

**Groupe de travail sur le transfert de
connaissances en traumatologie**

Rapport du Groupe de travail

Décembre 2010

Table des matières

Avant-propos et remerciements	2
Les membres du Groupe de travail sur le transfert de connaissances en traumatologie	4
Liste des acronymes et des abréviations utilisés dans ce rapport	5
Sommaire	6
Introduction	10
Démarche méthodologique	12
Constats à l'égard du transfert de connaissances	14
Pistes de solution envisagées	18
Recommandations	21
Conclusion	28
Références	30
Annexe A : La gestion des connaissances	33
Annexe B : Complément à la démarche méthodologique	36
Annexe C : Taxonomie des facteurs qui freinent/facilitent le TC	44
Annexe D : Le courtier et le courtage de connaissances	47
Annexe E : Modèle de partenariat de gestion des connaissances en santé	49
Annexe F : Information complémentaire sur l'IPFTC	50
Annexe G : Sources et outils d'intérêt particulier	52

« Le savoir que l'on ne complète pas chaque jour diminue tous les jours. »

Proverbe Chinois

Avant-propos et remerciements

« Pourquoi nous préoccuper [du TC] dans le domaine des soins de santé ? [Parce que] les nouvelles découvertes issues de la recherche clinique pourraient contribuer à donner des soins efficaces et efficients aux patients ; ces découvertes ne produiront aucun résultat pour la population si les services de soins de santé et les professionnels de la santé ne les appliquent pas dans leur pratique (*Grimshaw, Ward, Eccles. Oxford Handbook of Public Health*). /.../ Nous avons régulièrement des preuves selon lesquelles les découvertes issues de la recherche ne sont pas appliquées à la pratique clinique : de 30 à 40 % des patients reçoivent des traitements dont l'efficacité n'est pas démontrée [et] de 20 à 25 % des patients obtiennent des soins dont ils n'ont pas besoin ou qui sont potentiellement dangereux (*Schuster, McGlynn, Brook, 1998; Grol R, (2001)*). »¹ Il est donc naturel que les différents acteurs de la santé et de la traumatologie portent un intérêt grandissant au transfert de connaissances (TC).

Les consultations menées lors des États généraux de la recherche en traumatologie (2007) et lors des travaux de priorisation des thématiques de recherche qui ont suivi, ont révélé que la majorité des participants est hautement préoccupée par la question². Trois des recommandations contenues dans le rapport du Comité organisateur portaient spécifiquement sur le transfert de connaissances. C'est en réponse à ces recommandations que les Partenaires du consortium pour le développement de la recherche en traumatologie³ (nommés « les Partenaires du consortium » dans ce rapport) ont confié au Groupe de travail sur le transfert de connaissances en traumatologie (nommé « le Groupe de travail » dans ce rapport) un mandat en quatre volets :

- entreprendre une démarche de réflexion approfondie à l'égard du transfert de connaissances pour la traumatologie ;
- procéder à une consultation auprès des experts et des acteurs impliqués dans le continuum de services en traumatologie ;
- examiner les recommandations contenues dans le rapport des États généraux et les différentes propositions émises à l'égard du transfert de connaissances lors de la consultation ;

¹ Ian D. Graham, sur le site des IRSC : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/33747.html>

² Cette préoccupation a également retenu l'attention des participants aux États généraux en adaptation-réadaptation (2009).

³ Le Consortium est formé des partenaires suivants : le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ), l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

- soumettre aux partenaires du Consortium un nombre limité de propositions concrètes ayant fait consensus chez les milieux consultés et rapidement applicables afin d'assurer une diffusion et une utilisation optimale des résultats de la recherche financée.

Nous livrons aujourd'hui un rapport qui nous permet de croire que le Groupe de travail a rencontré le mandat qui lui avait été confié. Toutefois, l'ampleur du défi que représente l'amélioration continue des soins en traumatologie par l'application sans cesse renouvelée des connaissances issues de la recherche est telle que le Groupe n'a pas la prétention de proposer une solution à toutes les problématiques connues.

La réflexion sur le transfert de connaissances en traumatologie n'aurait pu être menée à bon port sans la généreuse contribution de personnes qui ont fait profiter le Groupe de travail de leur expertise, de leur expérience et de leur temps. Nous avons grandement bénéficié de leurs conseils, de leurs commentaires et de leurs réseaux de contacts professionnels. Des remerciements particuliers sont adressés à Mathieu Ouimet, professeur de l'Université Laval, qui a aidé à orienter les travaux et qui a facilité l'approche de plusieurs experts en TC. Nous remercions chaleureusement tous les experts consultés dont la liste se trouve au tableau 1 de l'annexe B. L'étendue du mandat du Groupe de travail ne permettait nullement de rendre justice à la richesse de leurs connaissances, mais leur contribution permettra la poursuite des initiatives de TC dans le continuum de services en traumatologie au Québec.

Nous remercions chaleureusement Dominique Auger, Lucie Raymond et Marie St-Amour pour leur diligence et leur efficacité à recruter les membres des associations et les représentants d'établissements qui ont été consultés et à qui le Groupe de travail adresse ses plus sincères remerciements. Notre mandat comprenait une consultation des Partenaires du consortium et de l'AETMIS. Nous remercions les représentants des directions de ces organismes qui ont aimablement accepté de nous rencontrer et d'échanger avec nous dans une ouverture d'esprit et avec un grand dynamisme.

Le cheminement de notre réflexion nous a conduits à échanger avec les représentants de certains ordres professionnels dont les membres sont des acteurs de la traumatologie. Nous remercions la Présidente directrice générale de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, Françoise Rollin, la Présidente directrice générale de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, Lucie Forget, et leurs collègues qui ont aimablement échangé avec nous sur nos missions et préoccupations respectives autour du TC. Grand merci également à Joël Brodeur, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui s'est révélé être un courtier de connaissances aguerri et qui nous a beaucoup appris sur les pratiques de TC dans son milieu. Les activités du Groupe de travail se sont principalement déroulées à Québec et à Montréal. Nos remerciements vont à l'IRSST, à l'IRGLM, à l'AERDPQ, à l'AQESSS et au CIRRIIS pour l'hospitalité de leurs locaux et pour le « pont interurbain » de leurs systèmes de vidéoconférence.

À tous, une bonne lecture et une fructueuse réflexion à poursuivre !

Les membres du Groupe de travail sur le transfert de connaissances en traumatologie

<i>Luc Noreau, Ph.D.</i>	Président du Groupe de travail Professeur, Département de réadaptation, Université Laval Directeur scientifique, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale
<i>Mélanie Bérubé, M.Sc., NP</i>	Conseillère en soins spécialisés, Trauma et soins critiques, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
<i>Michel Girard</i>	Conseiller en gestion et coaching de projets de réseaux collaboratifs et de communautés de pratique
<i>André Lavoie, Ph.D.</i>	Professeur associé, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval Responsable de l'axe traumatologie - urgence - soins intensifs, Centre de recherche FRSQ du Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec
<i>Kateri Leclair, BSc ergo, DESS adm. publique</i>	Directrice des services-clientèles, Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
<i>Hélène Lefebvre, Ph.D.</i>	Professeur, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Chercheur, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain, site Centre de réadaptation Lucie Bruneau
<i>Jean-Claude Martin, Ph.D.</i>	Directeur, Service veille et gestion de la qualité, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
<i>François Routhier, ing, Ph.D.</i>	Professeur associé, Département de réadaptation, Université Laval Chercheur, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
<i>Catherine Truchon, Ph.D.</i>	Chef du programme des myélopathies, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
<i>Dahlia Kairy, Ph.D.</i>	Coordonnatrice du groupe de travail, Coordonnatrice de recherche clinique, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain, site Hôpital juif de réadaptation

Liste des acronymes et abréviations utilisés dans ce rapport

AERDPQ :	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AETMISS :	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AQESSS :	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
CIRRIS :	Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et insertion sociale
CMR :	Centre Montréalien de réadaptation
CRDP	
InterVal :	Centre de réadaptation en déficience physique Interval (Mauricie et Centre-du-Québec)
CRDP	
Le Bouclier :	Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
CRE :	Centre de réadaptation Estrie
CRLB :	Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (Montréal)
CRLM :	Centre de réadaptation La Maison (Abitibi-Témiscamingue)
CRME :	Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Ste-Justine (Montréal)
CRR	
La RessourSe :	Centre régional de réadaptation La RessourSe (Outaouais),
FCRSS :	Fondation canadienne de recherche sur les services de santé
FRSQ :	Fonds de la recherche en santé du Québec
HJR :	Hôpital juif de réadaptation (Laval)
HSCM :	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
IPFTC :	Instance de promotion et de facilitation du transfert de connaissances
IRD :	Institut Raymond-Dewar (Montréal),
IRD PQ :	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRGLM :	Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal
IRSC :	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSST :	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
OEQ :	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPPQ :	Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
PNRT :	Programme national de recherche en traumatologie
REPAR :	Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation
SAAQ :	Société de l'assurance automobile du Québec
TC :	Transfert de connaissances

Sommaire

À la suite du mandat attribué par les Partenaires du consortium, le Groupe de travail a accepté de faire une réflexion approfondie sur le TC et d'émettre des propositions pour faciliter une diffusion et une utilisation optimale des résultats de la recherche et des données probantes. Le Groupe de travail propose de partager ses réflexions avec le lecteur à la lumière de deux pôles : 1) le TC en tant que processus d'apprentissage et de changement essentiel à l'amélioration de la qualité des soins et services et 2) l'environnement ou contexte organisationnel dans lequel les processus de TC se réalisent. La propension et la capacité de l'environnement à susciter et soutenir le TC et l'utilisation des données probantes reposent sur la *gouvernance érudite* et son actualisation à tous les niveaux organisationnels et sur la *gestion des connaissances* qui intègre les données probantes à la prise de décision quotidienne.

La *gouvernance érudite* ajoute une vision d'amélioration continue des soins et services basée sur les connaissances issues de la recherche et de l'expérience. Cette vision s'actualise dans une stratégie de gestion des connaissances qui a pour rôle de faire le lien entre la somme des connaissances pertinentes disponibles constamment mises à jour et les besoins des utilisateurs en milieu clinique. La *gestion des connaissances* réfère à une stratégie visant à privilégier l'utilisation des connaissances explicites et tacites en lien avec les orientations stratégiques d'une organisation et ses besoins d'innovation, d'amélioration continue et de compétitivité. À la lumière de la littérature, d'entrevues auprès de plusieurs spécialistes du TC et de consultations auprès des utilisateurs (gestionnaires et cliniciens) et de leurs regroupements (associations et ordres professionnels), le Groupe de travail énonce les constats qu'il a recueillis tout au long de cette démarche.

Tout d'abord, tous expriment le besoin d'augmenter et d'améliorer le TC en traumatologie, en accordant une attention particulière à l'utilisation et l'appropriation des données probantes. Il a été constaté que la culture organisationnelle (valeurs, croyances, normes, attentes présentes dans une organisation) et le contexte organisationnel (les réalités tangibles et intangibles qui conditionnent l'existence et le fonctionnement des organisations) sont des éléments critiques et déterminants du succès du TC et de la gestion des connaissances.

Deux éléments clés du contexte organisationnel à la base du changement proposé et essentiel au succès sont : 1) la nécessité d'inclure les activités de TC dans les charges de travail et 2) le soutien interne et externe requis pour mettre en place les stratégies de gestion qui répondront aux enjeux du TC. Par souci de rationalisation, il importe que les activités courantes de TC, particulièrement la formation continue, fassent l'objet d'une concertation nouvelle entre les organisations (établissements, ordres professionnels et universités) en les orientant sur l'utilisation soutenue des données probantes et en les liant directement à l'amélioration continue de la performance des organisations.

L'augmentation des activités de TC vers une véritable utilisation des connaissances des meilleures pratiques ne se fera pas sans un engagement des principaux acteurs du domaine de la traumatologie. Des gestes concrets devront être posés pour accompagner les organisations et établissements vers un changement organisationnel qui laissera une place à la gouvernance érudite, à l'intégration des activités de TC dans la gestion des soins. Cela devra également s'accompagner de l'élaboration de critères de performance non seulement basés sur la dispensation des services, mais également sur une réelle implantation des

meilleures pratiques. Plusieurs pistes de solutions ont été dégagées et elles ont conduit le Groupe de travail à formuler 12 recommandations qui ont été regroupées sous quatre grands défis :

Le *premier défi* est de mobiliser les acteurs autour d'une vision commune qui permettra à chacun de définir sa contribution pour que tous cheminent résolument vers un but commun. Ce défi est également lié à la mise en place de soutien nécessaire pour faciliter les changements souhaités et, à plus long terme, pouvoir en apprécier l'impact sur la qualité des soins.

Le *deuxième défi* est de faire en sorte que les activités courantes de TC, telle la formation continue, mènent le plus souvent possible à l'utilisation des données probantes.

Le *troisième défi* est d'impliquer davantage les chercheurs dans le TC, de les rapprocher davantage des gestionnaires et des cliniciens et de faciliter la communication et la collaboration entre eux.

Le *quatrième défi* est de mobiliser les connaissances produites par les projets financés par les Partenaires du consortium de recherche en traumatologie ou par d'autres organisations vers les milieux cliniques.

Recommandation n° 1 :

Que les Partenaires du consortium, dans une démarche initiale de gouvernance érudite :

- Énoncent leur vision de l'amélioration continue fondée sur l'utilisation des données probantes. Cette vision s'opérationnalisera dans les stratégies de gestion des connaissances propres à chacun des établissements.
- Fassent en sorte que les principes de gouvernance érudite soient intégrés dans les règles de gouvernance des établissements qui font partie du continuum de services en traumatologie.
- Exercent un leadership afin que la vision de l'amélioration continue fondée sur l'utilisation des données probantes et les stratégies de gestion des connaissances soient intégrées dans les ententes de gestion entre les agences de santé et les établissements qui font partie du continuum de services en traumatologie. Ce changement devrait concrètement se traduire par un rééquilibrage du temps de travail entre les heures de prestation de services et celles qui seront consacrées à la gestion des connaissances et à l'utilisation des données probantes, un incitatif jugé indispensable, particulièrement dans les établissements ayant une mission universitaire.
- Mandatent les administrateurs et les gestionnaires à tous les niveaux hiérarchiques pour promouvoir, favoriser et faciliter le changement lié aux objectifs de gouvernance érudite et de gestion des connaissances.

Recommandation n° 2 :

Que les Partenaires du consortium mettent sur pied une instance de promotion et de facilitation du TC en traumatologie (IPFTC). L'instance est vue comme une organisation réseau située en dehors des structures existantes, gouvernée et financée par un conseil de partenaires. Elle ne peut fonctionner qu'avec des collaborateurs en établissements, notamment les membres des comités de gestion des connaissances dans les programmes de traumatologie (voir recommandation n° 3).

Recommandation n° 3 :

Que les établissements instaurent un « comité de gestion des connaissances » dans chaque programme de traumatologie (intra ou interétablissements) sous le modèle des comités de programme, souvent présents dans les établissements ou les continuums de soins. Ces comités seront une pierre angulaire de la mise en œuvre d'une stratégie globale de gestion des connaissances dans le continuum de soins en traumatologie. Ils serviraient de lien entre les programmes de traumatologie et l'IPFTC dans le but de soutenir les activités de gestion des connaissances et de développer des activités de TC.

Recommandation n° 4 :

Que les Partenaires du consortium s'associent à des experts pour identifier ou développer des indicateurs pouvant permettre à plus long terme de déterminer l'impact du TC et de l'acquisition de connaissance sur la performance clinique et l'excellence des services. Certains partenaires potentiels tels l'Agence de santé de la Montérégie et l'INSPQ seraient susceptibles d'apporter une expertise pour initier l'identification de ces indicateurs.

Recommandation n° 5 :

Que les associations d'établissements identifient certains de leurs membres avec lesquels elles pourraient expérimenter l'approche du courtage de connaissances parmi les moyens spécifiques pour que le TC mène à l'utilisation des données probantes.

Recommandation n° 6 :

Que les Partenaires du consortium mettent sur pied une table de concertation réunissant les organisations offrant des activités de formation continue qui incluraient, entre autres, les ordres professionnels des principales disciplines impliquées en traumatologie.

Recommandation n° 7 :

Que les Partenaires du consortium poursuivent le développement des programmes de subvention sur le modèle d'application des connaissances intégrée ('Integrated Knowledge Transfert') des IRSC. Les programmes existants soutenus par les Partenaires du consortium (voir programme FRSQ) présentent déjà des caractéristiques qui s'approchent du modèle proposé.

Recommandation n° 8 :

Que les Partenaires du consortium initient des discussions avec des organismes subventionnaires et des universités pour promouvoir la reconnaissance du TC fait par les chercheurs, incluant les liens collaboratifs étroits qu'ils peuvent développer avec l'IPFTC et l'AETMIS/INESSS. En appui à un CV commun qui intégrera davantage les activités de TC, les organismes subventionnaires doivent développer et adopter des grilles d'évaluation des

demandes de subventions et de bourses qui tiennent compte de la pleine valeur des réalisations des chercheurs en TC.

Recommandation n° 9 :

Que les Partenaires du consortium adoptent la formule « Comité de suivi » pour faciliter l'évaluation périodique des projets et de leurs activités de TC. Cette formule a déjà été expérimentée et semble répondre aux besoins exprimés. L'équipe de recherche peut alors rendre compte de l'avancement des travaux et faire part des difficultés rencontrées.

Recommandation n° 10 :

Que les Partenaires du consortium développent un programme complémentaire de subventions (20,000-25,000\$) pour l'appropriation des connaissances, directement relié à l'application des résultats d'un projet soutenu dans le volet 1 du programme actuel (ex. : *Ontario Neurotrauma Foundation*).

Recommandation n° 11 :

Que les Partenaires du consortium suivent le développement d'une initiative soutenue par *l'Institut Rick Hansen* (Vancouver) et *l'Ontario Neurotrauma Foundation* (Toronto), dans deux établissements québécois sur l'implantation des meilleures pratiques.

Recommandation n° 12 :

Que l'ensemble des partenaires de la traumatologie diffuse aux acteurs et aux programmes de traumatologie, les ressources disponibles en TC répertoriées à l'annexe G et les encourage à initier une démarche d'utilisation de ces ressources.

Introduction

Que savons-nous du transfert de connaissances (TC) en santé et en traumatologie ? Selon l'abondante littérature scientifique consultée par les membres du Groupe de travail, nous en savons beaucoup particulièrement en santé, mais la somme des connaissances actuelles sur le TC est d'une grande complexité parce que le sujet fait appel à des notions qui proviennent de plusieurs domaines scientifiques - sciences cognitives et communicationnelles, psychologie, sociologie, économie, sciences politiques et sciences de la gestion. Selon les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le TC est « un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé et d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé. » [4] Même si nous nous référons couramment au modèle de TC des IRSC (Figure 1), le lecteur doit tenir compte que la littérature campe ce modèle dans une famille de 15 modèles d'utilisation de la recherche [5]. Malgré une certaine complexité, le modèle montre un processus de création de connaissances (partie centrale du modèle), suivi d'une adaptation des connaissances qui, par la suite, doivent s'inscrire dans une série d'étapes de diffusion, d'appropriation et d'utilisation des connaissances, et cela dans des contextes fort variés.

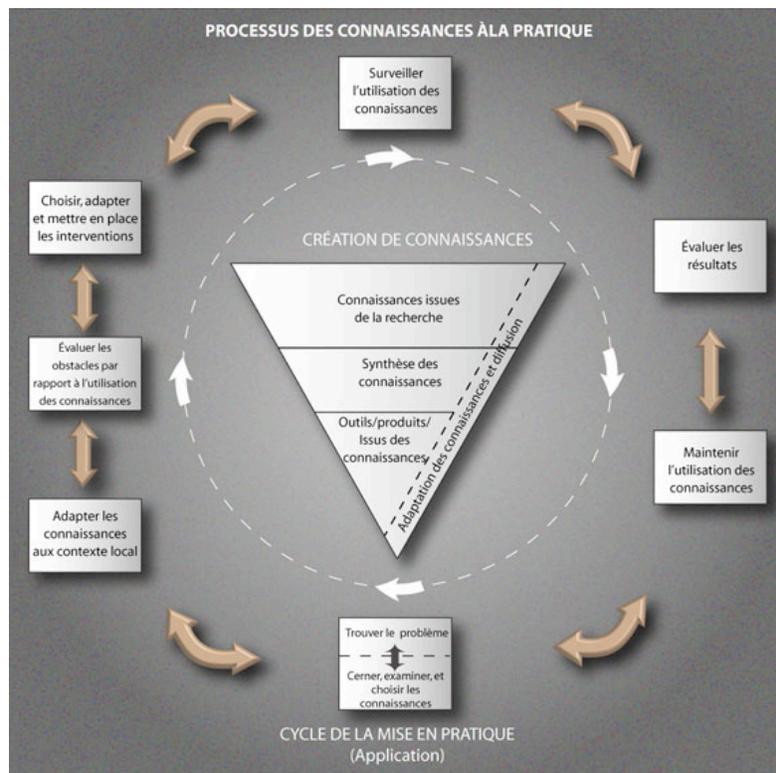


Figure 1 : Modèle du processus des connaissances à la pratique [3, 4]

Cette notion de contexte est importante et il est essentiel d'accorder une attention particulière aux différents contextes qui entourent et conditionnent le TC – gouvernance et culture organisationnelle, organisation des systèmes de santé, administration et gestion des établissements de santé, partenariat entre différents acteurs (associations, ordres professionnels, etc.) [5, 6]. Les membres du Groupe de travail ont eu le privilège de rencontrer plusieurs experts reconnus comme chefs de file dans leurs domaines respectifs.

Les échanges avec ces experts ont révélé que leur attention se porte également sur ce que nous appellerons les deux pôles du TC : le processus de TC lui-même et l'environnement ou le contexte dans lesquels il se réalise, autant à l'échelle de l'individu qu'à celle du système global. Sans surprise, les consultations faites auprès des gestionnaires de soins et des cliniciens ont donné lieu à des commentaires et des témoignages qui pointent autant vers l'un ou l'autre pôle. Le Groupe de travail propose donc de partager ses réflexions avec le lecteur à la lumière des deux pôles : 1) le TC en tant que processus d'apprentissage et de changement améliorant la qualité des soins et services et 2) l'environnement dans lequel il se réalise ; ce deuxième pôle est conditionné par deux notions que nous présentons ci-dessous, soit la *gouvernance érudite*⁴ et son actualisation, la *gestion des connaissances*. Cette notion d'érudition (un savoir approfondi dans une discipline particulière), et particulièrement celle du praticien érudit, n'est pas nouvelle et a déjà été adoptée par des associations professionnelles [7, 8].

La *gouvernance érudite* ajoute deux éléments fondamentaux à la gestion du système de santé et, dans le présent cas, en traumatologie : premièrement, elle la chapeaute d'une vision d'amélioration continue des soins et services basée sur les connaissances issues de la recherche et de l'expérience de plusieurs acteurs (décideurs, gestionnaires, cliniciens, etc.), vision qui doit se refléter dans les orientations et les planifications à tous les niveaux du continuum de services en traumatologie ; deuxièmement, elle actualise sa vision dans une stratégie de gestion des connaissances qui a pour rôle de faire le pont entre la somme des connaissances pertinentes disponibles constamment mises à jour et les besoins des acteurs oeuvrant dans le continuum de services. La gouvernance érudite intègre à la dispensation des soins le nécessaire apprentissage continu – qu'on observe notamment dans la pratique réflexive de l'individu et des organisations [9]. Elle légitimise et valorise les efforts accrus, soutenus et coordonnés dans les organisations pour que les objectifs d'amélioration continue soient atteints.

La *gestion des connaissances* réfère à une stratégie visant à structurer formellement les connaissances *explicites et tacites* en lien avec les orientations stratégiques d'une organisation et ses besoins d'innovation, d'amélioration continue et de compétitivité. Elle peut être soutenue par une infrastructure technologique et organisationnelle, mais essentiellement l'humain est le premier lieu d'interaction et de création de connaissances [10]. En pratique, elle comprend divers types d'activités d'apprentissage (formation, conférences et présentations de chercheurs, stages et réunions, veille, etc.) et de gestion de l'information (l'intranet, l'extranet et les bases de données informatiques, communautés de pratique [11], etc.). Le lecteur trouvera plus de détails sur la gestion des connaissances à l'annexe A.

En santé, le TC est souvent abordé dans un contexte de projet de TC, notamment dans le cadre d'une recherche, plutôt que dans un contexte d'apprentissage continu dans l'action, au quotidien lequel réfère à un processus de gestion des connaissances, tel que décrit plus haut. La réflexion du Groupe de travail, en lien avec ses diverses stratégies de collecte

⁴ Ce néologisme est un amalgame de « gouvernance basée sur les connaissances » utilisée par le Dr Denis A. Roy et de « pratique érudite » employée par le Dr Alain Lesage, érudition signifiant « une connaissance profonde et étendue /.../ résultant le plus souvent de l'étude et de la lecture étendue des documents consacrés au sujet plutôt qu'à des études scolaires » (Wikipédia).

d'information et de consultations, a été en soi un exercice d'apprentissage riche qui a amené ses membres à élargir la portée de son mandat. Cela se manifeste notamment dans la structure du rapport qui marie les pôles du TC et de la gestion des connaissances dans chacune des sections qui forment le corps du document. La première section présente le plus fidèlement possible les constats du Groupe de travail. La seconde section propose un certain nombre de pistes de solution. La troisième partie du rapport contient l'objet ultime du mandat confié au Groupe de travail, soit les recommandations. Il ne faudrait pas chercher de symétrie entre les sections bien qu'il y ait un cheminement de la pensée aussi rigoureux que possible qui relie les constats, au point de départ, aux recommandations formulées en bout de piste.

Démarche méthodologique

Le recoupement de plusieurs sources et méthodes de collectes de données a été favorisé afin de dresser un portrait le plus complet possible qui reflète fidèlement la réalité du TC en traumatologie au Québec. Ces données proviennent d'une revue de l'étendue de la littérature, d'entrevues individuelles avec des personnes ayant une expertise reconnue dans le champ du transfert de connaissances, d'entrevues en petits groupes avec des acteurs (individus et organismes) jouant un rôle dans la prestation de services en traumatologie, de groupes de discussion avec des individus des milieux cliniques et d'une consultation informelle sur les expériences de TC en santé.

a) Revue de l'étendue de la littérature :

Afin de mieux comprendre le champ du transfert de connaissances en santé, et plus particulièrement en traumatologie, incluant les enjeux et les stratégies utilisées, nous avons consulté la littérature scientifique. L'objectif était d'identifier ce qui a été documenté dans les articles scientifiques sur le TC (entre chercheurs, gestionnaires, cliniciens, décideurs) dans le domaine de la traumatologie. Avec le soutien d'un documentaliste, les bases de données suivantes ont été consultées : PubMed, Embase, CINAHL, Web of science et Cochrane Library menant à l'identification de plusieurs milliers de documents dont plus de 500 revues systématiques. Les abrégés de ces articles ont été consultés et une analyse initiale a permis de retenir 229 articles comme étant pertinents pour le mandat du Groupe de travail. Une grille d'analyse a été développée afin d'extraire les informations pertinentes pour ce rapport (la stratégie de recherche et la grille d'analyse des articles apparaissent à l'annexe B). Les revues systématiques pertinentes recueillies ont été également analysées (n=45).

b) Entrevues individuelles ou groupes restreints :

De novembre 2009 à juillet 2010, des entrevues et des échanges de courriels ont eu lieu avec des experts reconnus pour leur expertise dans le champ du transfert de connaissances (voir l'annexe B, tableau 1). Les experts provenaient des milieux universitaires au Québec, au Canada, et aux États-Unis, ainsi que d'organismes en santé au Québec. Les entrevues ont été menées soit en personne ou par vidéoconférence. Un plan de discussion a été élaboré pour chacune des entrevues qui consistaient en des questions générales sur le transfert de connaissances et des questions ciblées sur l'expertise de la personne ou du milieu consulté. Les entrevues ont été enregistrées et des notes détaillées de chacune des entrevues ont été

produites, validées avec l'enregistrement et transmises à tous les membres du groupe de travail.

Des entrevues en groupes restreints ont été menées avec des organismes jouant un rôle dans la prestation de services en traumatologie (ordres professionnels, associations d'établissements, MSSS, AETMIS ; voir l'annexe B, tableau 2). Le choix des participants invités aux rencontres a été fait par le milieu même. Un plan de discussion a été élaboré et transmis aux participants avant la rencontre. Les entrevues ont été enregistrées et des notes détaillées ont été produites, validées avec l'enregistrement et transmises à tous les membres du Groupe de travail pour commentaires et discussions.

c) Groupes de discussion (focus groups)

Au printemps 2010, des discussions de groupe (n=2, durée=3 heures) ont été menées auprès de 14 individus, en majorité des coordonnateurs cliniques provenant d'établissements faisant partie du continuum de services en traumatologie au Québec (voir l'annexe B, Tableau 3). En septembre 2010, un troisième focus group a eu lieu auprès de 8 directeurs cliniques de ces milieux (voir l'annexe B, Tableau 4). Un plan de discussion a été élaboré et transmis aux participants avant les rencontres, lesquelles ont également été enregistrées afin de compléter les notes et de permettre la validation. Les notes des groupes de discussion ont été transmises à tous les membres du Groupe de travail pour commentaires et discussions.

d) Consultation informelle

Une consultation informelle s'est déroulée sur le Web (Affinitiz.com), par courriel et au téléphone, du 22 janvier au 16 avril 2010. L'objectif de cette consultation était de permettre à tous les acteurs du continuum de services en traumatologie de partager leurs expériences personnelles de TC et d'engager entre eux des discussions sur les témoignages offerts. Une invitation ouverte a été envoyée par courriel aux listes de distribution de certains partenaires (ex. : AERDPQ et AQESS). Au total, 23 personnes se sont inscrites (sans compter les membres du Groupe de travail) et une autre personne a contribué par courriel (avec son accord, sa contribution a été publiée sur le Web).

e) Le processus d'analyse des données

L'analyse des données s'est réalisée de façon itérative tout au long du processus. Dans un premier temps, le comité restreint⁵ a examiné les grands thèmes qui ressortaient de la littérature scientifique afin de préparer les plans de discussion pour les rencontres avec les experts, les milieux et les groupes de discussion. Par la suite, le recoupement des données a permis au comité restreint de faire ressortir des grands thèmes qui émanaient des différentes sources de données. À partir des thèmes identifiés, il y a eu l'élaboration de documents de travail qui ont été repris par tout le Groupe de travail lors de deux journées de travail pour permettre la validation des thèmes, la discussion et la priorisation, et ce, jusqu'à la production du rapport final.

⁵ Le comité restreint comprend le président (LN), le conseiller (MG) et la coordonnatrice (DK) du Groupe de travail.

Constats à l'égard du transfert de connaissances

Un constat est une réalité que nous avons apprise de nos lectures et de nos rencontres et qui porte sur **l'état actuel** des choses ou une réalité que nous inférons (induction) de différents constats. Nos constats peuvent donc contenir des hypothèses ou des présomptions sur l'état actuel des choses tel que nous l'avons perçu, mais excluent ce que nous jugeons possible et souhaitable pour l'avenir.

Parmi plusieurs constats provenant de sources diverses, le Groupe de travail a retenu ceux qui ont fait consensus ou qui ont été portés à son attention à plusieurs reprises, l'amenant à conclure qu'ils se situent au centre de la question globale du TC en traumatologie. Nous rapportons initialement des constats d'ordre général en complétant avec des constats s'adressant à des situations spécifiques. Certains proviennent de la littérature en santé, mais il n'y a pas lieu de croire qu'il existe des différences fondamentales (modèle, processus, mesure) entre le TC en traumatologie et le TC en santé.

Transfert de connaissances

- Globalement, les acteurs s'entendent sur l'importance du TC comme moyen d'améliorer la qualité de soins et des services et tant les organisations que les milieux cliniques souhaitent qu'il y ait un accroissement des activités de TC. Il est apparu clairement, selon plusieurs points de vue, que l'étape la plus problématique du processus de TC est l'application des connaissances (modification/changement de pratique) et la pérennité du changement. Rien n'indique que l'étape initiale de ce processus (la notion de transfert/diffusion à des utilisateurs) est suffisante pour mener au changement de pratique. À cet égard, les facteurs qui influencent (facilitateurs / obstacles) le TC sont bien connus et documentés (voir l'annexe C)⁶. Par contre, l'évaluation de l'efficacité des approches visant le TC (appelée 'implementation science') demeure embryonnaire et occupe peu de place dans la littérature.
- Plusieurs organismes (ex. : FCRSS, IRSC, Department of Veterans Affairs américain) ont développé des ressources (guides, modules de formation, sites internet) au service des groupes qui entreprennent des projets de TC, mais il semble que ces ressources soient peu ou pas connues et non utilisées pour des raisons non documentées. Au Québec, différentes organisations ont un mandat incluant une composante de TC (ex. : la promotion et la réalisation d'activités de TC). Ainsi, l'AETMIS porte un mandat d'amélioration continue de la qualité dans l'ensemble du continuum de services en

⁶ Voir aussi la classification des déterminants du TC par Marie-Joëlle Gervais, sous la direction de François Chagnon dans *Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale*, rapport présenté au Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec par la Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté (Université du Québec à Montréal), en mai 2010.

traumatologie. D'autres parts, les RUIS portent ce type de mandat pour les domaines santé / réadaptation et les instituts universitaires jouent un rôle similaire dans le domaine des services sociaux.

- Malgré une certaine abondance de moyens développés et d'organisations ayant un mandat relié au TC, les acteurs des milieux cliniques semblent percevoir peu de connexion ou de convergence entre les activités d'apprentissage (TC et amélioration continue) soutenues par les différentes organisations (ex. : établissements, ordres professionnels et associations). De façon générale, les individus perçoivent que la formation continue est une source importante de nouvelles connaissances [12-14], et qu'elle peut augmenter le niveau des connaissances. Cependant, la littérature suggère aussi que la formation continue est peu efficace dans l'adoption des pratiques fondées sur les données lorsqu'elle est utilisée seule, sans soutien au changement [15-18].

Les données probantes et la pratique clinique courante

Une autre dimension importante du TC qui a fait l'objet de constats est l'écart important qui semble exister entre les données probantes disponibles et la pratique courante.

- La quantité d'évidences dans certains domaines, la qualité variable des évidences, l'applicabilité dans la pratique et l'évolution rapide des évidences contribuent à démotiver l'adoption de la pratique fondée sur les données probantes.
- L'écart possible entre les évidences et les préférences des usagers et des cliniciens est aussi un élément qui peut limiter l'adoption des meilleures pratiques. Par contre, la littérature fait état des utilisateurs des soins de santé comme levier pour inciter les changements de pratiques visant l'amélioration continue des soins [19, 20].
- Alors que la littérature sur le TC indique clairement que le jugement professionnel fait partie intégrante de la pratique fondée sur les données probantes [21], il y a une perception que la pratique fondée sur les données probantes diminue l'autonomie professionnelle et conséquemment, on n'a pas tendance à voir d'emblée qu'elle contribue plutôt à augmenter les compétences professionnelles et la confiance en soi.
- On voit souvent une valorisation plus importante de la tradition et de l'opinion en comparaison à la valorisation de la recherche et des preuves qui en découlent [22, 23].

Le contexte et la culture des organisations

Afin de bien comprendre les constats relatifs au processus de gestion des connaissances, il est important de définir certains concepts qui semblent avoir une influence prépondérante sur le TC et particulièrement les différentes étapes qui mènent à l'utilisation des données probantes et au changement de pratique.

Culture organisationnelle

Plusieurs auteurs définissent la culture organisationnelle comme étant l'ensemble des valeurs, des croyances, des normes, des attentes et des suppositions, implicites et explicites, qui se développent dans le temps et qui sont partagées par les individus qui appartiennent à une organisation. La culture organisationnelle sous-tend la façon de faire dans l'organisation. Elle a un impact sur les perceptions et les pensées de ces membres, et éventuellement, sur leurs objectifs et actions, puisqu'avec le temps, les nouveaux membres d'un groupe apprennent quelles sont les actions acceptables et attendues, et quels en sont les résultats. Dans la littérature sur l'adoption des innovations, la culture organisationnelle est identifiée comme étant un élément important qui influence la capacité d'une organisation à introduire une innovation, soit une nouvelle idée, pratique ou technologie qui entraîne des changements [24-31]. Elle modèle les façons de faire de l'organisation qui réciproquement reflètent la culture existante ou la modifie. De par son impact sur les façons de faire de l'organisation, on comprendra l'influence marquée de la culture organisationnelle sur le TC et sur le processus de gestion des connaissances.

Contexte organisationnel

La culture organisationnelle est influencée par la mission et la vision de l'organisation, l'environnement externe, les ressources mises à la disposition pour atteindre des objectifs, la perception de l'organisation qu'ont ceux de l'extérieur, le style de gestion et le leadership en place, et les membres du personnel même [31]. En plus de la culture organisationnelle, ces autres facteurs sont des constituants du contexte organisationnel.

Le contexte organisationnel se définit à partir du sujet qui est soit un individu, soit une organisation. Le contexte organisationnel d'un individu comprend l'ensemble des réalités tangibles (ex. : installations, collègues) et intangibles (ex. : culture organisationnelle, réputation de l'organisation,) qui sont propres à l'organisation. Le contexte organisationnel d'une organisation comprend l'ensemble des réalités tangibles (ex. : l'environnement dans lequel se situent ses installations, sa mission première, ses sources de financement, etc.) et des réalités intangibles (ex. : contextes économique et politique, sa notoriété et sa réputation) qui l'entourent. Encore ici, on comprendra l'importance du contexte organisationnel sur la mise en place d'activités de TC et de gestion des connaissances.

La distinction entre ces concepts est utile et importante parce que la gouvernance érudite agit à la fois sur la culture organisationnelle et sur le contexte, tout en étant initialement influencée par ceux-ci. Cependant, même si l'un ne va pas sans l'autre, changer la culture organisationnelle est une action à long terme alors que changer les éléments du contexte organisationnel qui conditionnent la réalisation d'activités de TC ou de gestion des connaissances peut se faire à plus court terme. Il faut garder en tête également que certains changements dans le contexte organisationnel (ex. : courtage de connaissances) peuvent grandement contribuer au changement de culture organisationnelle souhaité.

- Le contexte organisationnel, incluant une culture organisationnelle favorable, est un élément critique et déterminant du succès du TC et de la gestion des connaissances. Un contexte favorable est celui qui stimule, encourage et favorise concrètement l'utilisation des données probantes afin d'améliorer la qualité des soins. De toute évidence, le contexte actuel dans plusieurs milieux de soins, influencé par une exigence de production quantitative (nombre d'utilisateurs desservis et d'heures de prestation de service), laisse peu de possibilités de réaliser des activités de TC. Généralement, les gestionnaires et les cliniciens ont la perception que la culture organisationnelle actuelle accorde peu ou pas d'importance au TC [23].
- Il existe peu d'incitatifs à la gestion dans un souci de maintien et d'amélioration de la qualité des soins et services (i.e. normes de désignation, mécanismes d'accréditation, objectifs organisationnels, reddition de comptes, etc.).
- Concrètement, la charge de travail de plusieurs acteurs en traumatologie (gestionnaires et cliniciens) laisse peu ou pas de temps : 1) pour acquérir les habiletés nécessaires pour chercher et critiquer les résultats de la recherche et utiliser ces habiletés sur une base régulière ; 2) pour adopter une pratique réflexive, c'est-à-dire sortir des habitudes et routines de pratique et se placer en mode d'amélioration continue [22, 23, 32]. On retrouve ces facteurs dans la taxonomie présentée à l'annexe C.
- En complément à un contexte favorable, il est reconnu que la diversité des processus organisationnels requiert une personnalisation des stratégies de TC dans chacun des établissements. L'importance de cette contextualisation des connaissances (et des approches) peut varier selon le degré de complexité des connaissances à transmettre et le type d'interaction souhaité. Par exemple, on reconnaît que le traitement d'un problème musculo-squelettique localisé pourrait être moins complexe et exiger moins d'interaction au plan de l'échange et de l'appropriation des connaissances qu'un plan d'intervention d'une victime d'un traumatisme cranio-cérébral.
- La présence de personnes ayant un leadership reconnu ('Champions') à tous les niveaux de l'organisation est un élément clé favorisant le TC [33]. Ceux-ci sont peu nombreux et leur rôle n'est généralement pas ou peu reconnu et valorisé. On voit peu de courtage de connaissances dans les établissements et là où il se fait, il s'agit souvent d'une tâche complémentaire assignée à une personne qui n'est pas dédiée au TC. L'accès aux ressources informationnelles est souvent inférieur aux besoins [23].
- Chez les utilisateurs des résultats de la recherche, on voit peu de partage et d'échange de connaissances inter ou intra organisation. « *La main gauche ignorant ce que fait la droite* », on risque de dupliquer des processus existants (duplication d'efforts) ; collectivement, on manque l'occasion de profiter des leçons apprises en amont de projets de recherche et de TC dans d'autres milieux.

Les producteurs et les utilisateurs de connaissances

En santé, on énonce régulièrement qu'il existe un écart entre les chercheurs et les utilisateurs des résultats de la recherche (administrateurs, gestionnaires et cliniciens). Rien n'indique que cela est différent en traumatologie.

- Les chercheurs et les utilisateurs des résultats de la recherche parlent souvent des langages différents. Sans généraliser ce constat, on observe que les utilisateurs maîtrisent peu ou pas les connaissances nécessaires pour contribuer à la recherche et pour en évaluer les résultats. Encore ici, les gestionnaires et les cliniciens affirment que leur charge de travail laisse peu ou pas de temps pour participer à la préparation (demande de financement) et à la réalisation des projets de recherche. On rapporte également que les milieux cliniques souhaitent faire une utilisation à court terme des résultats de recherche alors que ces derniers demandent souvent du temps pour être synthétisés ou adaptés à une utilisation clinique. Sur le plan de la collaboration, les échéances des chercheurs sont souvent courtes et ne correspondent pas à celles de potentiels collaborateurs cliniques qui pourraient participer activement à la conception et la préparation d'un projet de recherche.
- Il semble y avoir consensus que les systèmes d'évaluation des chercheurs (universités et organismes subventionnaires) laissent peu ou pas place à la reconnaissance (donc à des incitatifs) pour leur implication dans le transfert et l'utilisation des résultats de leurs recherches chez les utilisateurs des milieux cliniques (au-delà de la diffusion de leurs publications dans les revues scientifiques traditionnelles).
- Même si en traumatologie, des efforts récents ont été mis de l'avant pour favoriser l'arrimage entre les milieux de la clinique et la recherche (voir les programmes de recherche des Partenaires du consortium pour le développement de la recherche en traumatologie, frsq.gouv.qc.ca), on ne semble pas encore privilégier un mode d'évaluation basé sur l'approche appelée TC intégré (IKT, *Integrated knowledge translation*) qui semble favoriser l'utilisation des données probantes par les cliniciens.
- On observe que les niveaux de soutien et d'accès aux ressources dont les utilisateurs ont besoin pour se documenter sur les résultats de la recherche varient considérablement d'un établissement à l'autre. En fait, il s'agit davantage d'un manque d'accès élémentaire à de l'information-clé ou de l'expertise sur un sujet particulier et dans une forme facilement utilisable [34].

Pistes de solution envisagées⁷

Les constats qui précèdent ont mené le Groupe de travail à déterminer que les défis à relever en TC sont de deux ordres. D'une part, plus généraux ou collectifs au niveau

⁷ Une piste de solution est un énoncé de propositions d'actions (sans restriction de ressources, de temps, de contexte, etc.) qui permettrait de **bonifier l'état actuel** du TC en traumatologie.

d'organisations - telles que les Partenaires du consortium - qui contribuent directement ou indirectement au continuum de services, et d'autre part, plus individuels au niveau des chercheurs, des équipes, des gestionnaires de soins et des cliniciens. De plus, il apparaît clairement que le TC est également un défi de concertation et de communication entre les acteurs de ces deux ordres.

Au niveau collectif, la gouvernance érudite est une pièce maîtresse du processus de gestion de connaissances

Au départ, il est essentiel que les partenaires actifs en TC⁸ partagent une vision commune de la gouvernance érudite et exercent un leadership afin de mettre en place une gestion des connaissances intégrée à l'ensemble des activités de chacune des organisations. Les principes de la gouvernance érudite devraient servir de pierres d'assise pour la formulation d'une vision commune ; ces principes sont « la conciliation des besoins de la personne et ceux de la population, le recours aux données probantes, la mesure (indicateurs), le partenariat et le travail en réseau, la perspective d'amélioration continue » [9]. Pour dépasser le stade de l'intention et des orientations globales, les administrateurs et les gestionnaires à tous les niveaux hiérarchiques devront promouvoir, favoriser et faciliter le changement lié aux objectifs de gouvernance érudite, et de gestion des connaissances.⁹

Certaines conditions de succès prévalent. Même si l'initiative est globale ou collective, les stratégies de mise en œuvre de la gouvernance érudite se situeraient à plusieurs niveaux et viseraient simultanément le contexte organisationnel et celui des individus. Pour que leur leadership produise l'engagement nécessaire auprès du milieu, les décideurs à tous les niveaux hiérarchiques devront être convaincus de l'impact anticipé de la gouvernance érudite sur le TC en traumatologie.

Pour soutenir cette démarche et le succès de sa mise en œuvre dans les milieux cliniques, elle devrait inclure l'aide d'experts et de ressources spécialisées dont le rôle serait de guider, soutenir et promouvoir la gouvernance érudite et la gestion des connaissances. Cette aide faciliterait, entre autres, l'institutionnalisation des connaissances car il importe que le TC ne dépende pas uniquement des individus. Concrètement, en appui à l'accès à des ressources spécialisées, qui pourrait inclure le courtage de connaissances,¹⁰ chacun des

⁸ À titre d'exemples : les partenaires du Consortium, l'INESSS, l'INSPQ, les RUIS, les universités et les ordres professionnels.

⁹ À titre d'exemple, un exercice annuel de dialogue et d'autoévaluation pourrait être tenu pour tous les acteurs d'un établissement du genre de ce qui est proposé par la FCRSS autour du questionnaire « La recherche vous réussit-elle ? ».

¹⁰ Notons que le courtage de connaissances pourrait être un élément clé d'une stratégie de gestion des connaissances et un facteur important de rapprochement entre les chercheurs et les milieux cliniques. Une vigilance s'impose afin d'éviter que le courtage remplace malgré lui les échanges et la collaboration entre les partenaires de recherche, ce qu'il doit plutôt susciter, faciliter et soutenir. (Voir l'annexe D sur le courtage de connaissances).

programmes de traumatologie devrait mettre sur pied un mécanisme collaboratif de type réseau ou comité (intra ou interétablissements) qui permettrait de stimuler localement les équipes et serait un instrument de contextualisation de la gestion des connaissances.

Gestion et transfert de connaissances

Une stratégie de gestion des connaissances devrait offrir à tous – surtout aux acteurs clés d’une organisation – les moyens de mieux connaître les notions de gouvernance érudite, de gestion des connaissances et de TC, et de mieux comprendre comment chacun peut contribuer au changement attendu. Au niveau de la réalisation concrète de projets de TC, elle devrait permettre aux intervenants des programmes d’identifier les ressources et outils de TC disponibles au Québec et ailleurs, et d’en susciter l’utilisation. Une des conditions de succès demeure que les acteurs aient un accès en tout temps à une source d’expertise bien identifiée sur les initiatives et pratiques de TC et à des canaux de communication efficaces pour interagir avec les autres milieux. Offrir et maintenir à jour une telle source devrait faire partie du rôle de la ressource externe évoquée plus haut.

Quelle différence devrait faire une stratégie de gestion des connaissances quant au processus de TC ? Ayant constaté et validé que l’utilisation des connaissances pour initier un changement de pratique demeure jusqu’à aujourd’hui le « maillon faible » du processus de TC, une stratégie de gestion des connaissances devrait porter une attention particulière sur ce segment du processus qui en est l’aboutissement et sans lequel il n’y a pas d’amélioration continue de la qualité. Elle doit donc assurer un solide arrimage entre les stratégies de diffusion et les stratégies d’appropriation/utilisation de connaissances.

Sachant que la formation continue occupe une bonne part des activités consacrées au TC, comment une stratégie de gestion des connaissances pourrait-elle en faire un levier pour accroître l’utilisation des connaissances transférées ? La solution pourrait être dans des mesures qui viseraient à renforcer le point faible du TC, soit l’utilisation des données probantes transférées, lesquelles impliquent nécessairement la collaboration de partenaires actifs en TC, tels que les ordres professionnels, les RUIS et ultimement les milieux universitaires. Il pourrait s’agir, entre autres, de moduler les approches de formation continue et le contexte d’application des connaissances. Un exemple de modulation serait d’intégrer de façon systématique des modalités d’appropriation et d’utilisation des connaissances à l’intérieur des plans de formation. À long terme, on peut suggérer le développement d’un portfolio de formation continue unifié, normalisé et reconnu par tous les organismes du continuum de services en traumatologie.

Une autre différence que devrait faire une stratégie efficace de gestion des connaissances est de mettre en place des incitatifs pour que les chercheurs s’investissent davantage dans le TC pendant et après les subventions reçues¹¹, en accordant une importance croissante à leur implication dans l’adaptation (contextualisation) des résultats de la recherche de

¹¹ Distinction faite par les IRSC entre « during and after grant KT ».

façon à les rendre plus facilement applicables. Le temps consacré au TC par les chercheurs devrait être proportionnel à la complexité des connaissances à transmettre et dans la contribution qu'ils peuvent apporter à l'appropriation et l'utilisation des connaissances. Un incitatif fondamental nécessitera un mécanisme de reconnaissance officielle des activités de TC des chercheurs par les organismes subventionnaires et les milieux universitaires d'un poids suffisant pour atteindre un équilibre adéquat avec le poids actuel des publications.

Parmi ses objectifs, la gestion de connaissances doit permettre/faciliter le rapprochement des chercheurs avec des milieux cliniques en multipliant les occasions d'échanges pour que chacun développe sa compréhension et sa maîtrise du langage et des contraintes de l'autre partenaire. Une collaboration optimale pourrait ultimement inclure la participation des milieux cliniques à la conception des projets de recherche et se poursuivre à toutes les étapes du projet jusqu'à l'utilisation des connaissances. Notons que cette approche ne doit pas être considérée applicable à tous les projets, mais bien dans les cas où elle est utile et permet une bonification dans l'identification des problématiques et dans la réalisation des processus de recherche.

Gestion des connaissances et amélioration continue

Pour que la gestion des connaissances et l'amélioration continue soient étroitement arrimées l'une à l'autre à long terme, il serait indispensable de développer des collaborations avec les partenaires actifs en TC mentionnés précédemment pour déterminer la faisabilité de connecter et faire converger les différentes mesures évaluatives reliées à l'amélioration continue basée sur le TC.¹² Il y aurait lieu d'identifier (ou de développer) avec l'aide de partenaires des indicateurs de résultats du TC basés sur la performance clinique ou l'excellence des services.

Recommandations

Le Groupe de travail a convenu de formuler des recommandations (à court et long termes) qui interpellent chacun des niveaux décisionnels : instances gouvernementales, associatives (AERDPQ, AQESS, Ordres professionnels, etc.), organisationnelles (agences et établissements) et le milieu d'intervention (gestionnaires/cliniciens). Globalement, les recommandations tendent à contribuer à la mise en place de structures, processus ou activités qui visent une plus grande efficacité du transfert, de l'échange, et de l'appropriation des connaissances en vue d'une amélioration de la qualité des soins et des services en traumatologie.

¹² Ces différentes mesures évaluatives incluent par exemple l'évaluation de programme et peuvent se retrouver dans les processus d'agrément.

Toutefois, le résultat du développement d'une gouvernance érudite et d'une gestion des connaissances, dans le contexte d'une gestion du changement à l'égard du TC, déterminera ce que seront à l'avenir les contextes et cultures organisationnels des établissements et des acteurs du continuum de services en traumatologie. Tant que les contextes et cultures organisationnels ne seront pas en harmonie avec le cheminement de TC souhaité, les efforts continueront d'être sporadiques, morcelés et généralement en deçà des attentes de la majorité des décideurs, des chercheurs et des cliniciens.

Le premier défi est de mobiliser les acteurs autour d'une vision commune qui permettra à chacun de définir sa contribution pour que tous cheminent résolument vers un but commun.

Le défi est également de mettre en place le soutien nécessaire pour faciliter les changements souhaités dans l'action quotidienne, et à plus long terme, de pouvoir en apprécier l'impact sur la qualité des soins.

Recommandation n° 1 :

Que les Partenaires du consortium, dans une démarche initiale de gouvernance érudite :

- Énoncent leur vision de l'amélioration continue fondée sur l'utilisation des données probantes. Cette vision s'opérationnalisera dans les stratégies de gestion de connaissances propres à chacun des établissements.
- Fassent en sorte que les principes de gouvernance érudite soient intégrés dans les règles de gouvernance des établissements qui font partie du continuum de services en traumatologie.
- Exercent un leadership afin que la vision de l'amélioration continue fondée sur l'utilisation des données probantes et les stratégies de gestion de connaissances soient intégrées dans les ententes de gestion entre les agences de santé et les établissements qui font partie du continuum de services en traumatologie. Ce changement devrait concrètement se traduire par un rééquilibrage du temps de travail entre les heures de prestation de services et celles qui seront consacrées à la gestion des connaissances et à l'utilisation des données probantes, un incitatif jugé indispensable, particulièrement dans les établissements ayant une mission universitaire.
- Mandatent les administrateurs et les gestionnaires à tous les niveaux hiérarchiques pour promouvoir, favoriser et faciliter le changement lié aux objectifs de gouvernance érudite et de gestion des connaissances. À cet effet, nous suggérons aux dirigeants d'instaurer un exercice annuel de dialogue et d'autoévaluation pour tous les acteurs de leurs établissements en utilisant ou en s'inspirant de celui qui est proposé par la FCRSS autour du questionnaire « La recherche vous réussit-elle ? » et en se référant à la série

de documents intitulée « À bas les mythes » qui se trouve sur le site Web de la FCRSS [35].

Adopter une telle approche signifie amorcer un processus de changement important dont le succès et les résultats ne seront observables qu'au fil du temps. Une telle démarche ne s'improvise pas et ne se concrétisera pas sans une gestion des changements qui pourraient s'avérer perturbants à certains égards. C'est pourquoi nous signalons que certaines initiatives pourraient servir de modèle ou d'inspiration à la mise en œuvre de cette recommandation.¹³

Recommandation n° 2 :

Que les Partenaires du consortium instaurent une instance de promotion et de facilitation du TC en traumatologie (IPFTC)¹⁴.

L'instance est vue comme une organisation réseau située en dehors des structures existantes, gouvernée et financée par un conseil de partenaires et conseillée par un comité d'orientation comprenant des experts en TC et en traumatologie. Le caractère innovant de l'organisation et du fonctionnement de l'instance implique une période exploratoire afin de préciser les détails de son plan d'action, des moyens requis et des résultats escomptés. Au plan opérationnel, elle ne peut fonctionner qu'avec des collaborateurs en établissements, notamment les membres des comités de gestion des connaissances dans les programmes de traumatologie (voir recommandation n° 3).

Le mandat de cette instance serait :

- d'accompagner les organisations dans la mise en place d'un contexte organisationnel favorable au TC ;
- de conseiller les organisations afin de mettre en place des initiatives, des processus, des pratiques et des outils de TC ;
- d'agir comme instance pivot (point de chute) dédiée à la traumatologie pour faciliter et multiplier les échanges d'information et d'expériences en TC et pour assurer le réseautage entre les acteurs du continuum, notamment par les réseaux de veille existants et à construire ;
- d'agir comme supracourtier de connaissances entre les réseaux administratifs, académiques, cliniques et associatifs.

¹³ Par exemple, l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences soutenue par l'INSPQ (voir l'annexe E).

¹⁴ Un profil de l'IPFTC et des exemples d'activités reliées à son mandat sont suggérés à l'annexe F.

Recommandation n° 3 :

Que les établissements instaurent un « comité de gestion des connaissances » dans chaque programme de traumatologie (intra ou interétablissements) sous le modèle des comités de programme, souvent présents dans les établissements ou les continuums de soins.

Ces comités seront une pierre angulaire de la mise en oeuvre d'une stratégie globale de gestion des connaissances dans le continuum de soin en traumatologie. Le mandat de ces comités de gestion de connaissances serait :

- d'ancrer et de contextualiser la gestion des connaissances dans chacun des milieux cliniques selon leurs besoins et contextes organisationnels ;
- d'inciter les équipes à s'engager dans des activités de TC et de prioriser celles qui devraient être réalisées dans le programme ;
- de servir de lien entre les programmes de traumatologie et l'IPFTC dans le but de soutenir les activités de gestion des connaissances et de développer des activités de TC.

Recommandation n° 4 :

Que les Partenaires du consortium s'associent à des experts pour identifier ou développer des indicateurs pouvant permettre à plus long terme de déterminer l'impact du TC et de l'acquisition de connaissances sur la performance clinique et l'excellence des services.

La consultation menée par le Groupe de travail n'a pas permis d'étudier de façon exhaustive cette question, mais il demeure que sur le plan de l'imputabilité du processus de TC à long terme, l'identification de tels indicateurs de performance sera essentielle. Certains partenaires potentiels tels l'Agence de santé de la Montérégie et l'INSPQ seraient susceptibles d'apporter une expertise pour initier l'identification de ces indicateurs.

Recommandation n° 5 :

Que les associations d'établissements identifient certains de leurs membres avec lesquels elles pourraient expérimenter l'approche du courtage de connaissances parmi les moyens spécifiques pour que le TC mène à l'utilisation des données probantes.¹⁵

Il pourrait y avoir des avantages à expérimenter cette approche dans un continuum de service (ex.: centre d'expertise), pour augmenter le partage et l'appropriation de connaissances et données probantes sur un sujet particulier (exemple : le traitement d'une complication pouvant toucher un milieu de soins aigus et un milieu de réadaptation).

¹⁵ Dans certains milieux et particulièrement au 'Toronto Rehabilitation Institute' des positions de « practice leaders » dans les programmes semblent jouer un rôle qui inclut du courtage de connaissances et de l'implantation de pratiques cliniques.

(Source : Dr Anthony Burns, Directeur médical, Programme lésion médullaire, Lyndhurst Centre, TRI)

Le deuxième défi est de faire en sorte que les activités courantes de TC, telle la formation continue, mènent le plus souvent possible à l'utilisation des données probantes.

Recommandation n° 6 :

Que les Partenaires du consortium mettent sur pied une table de concertation réunissant les organisations offrant des activités de formation continue qui incluraient, entre autres, les ordres professionnels des principales disciplines impliquées en traumatologie.

L'objectif de cette initiative de concertation est :

- de faire converger les efforts de chacun en formation continue vers un TC qui rapproche davantage les résultats de la recherche et la pratique clinique ;
- de faire front commun pour moduler les approches de formation continue et le contexte d'application des connaissances de façon à optimiser la pratique fondée sur les données probantes.

Une modulation possible est l'intégration de façon systématique des modalités d'appropriation et d'utilisation des connaissances à l'intérieur des plans de formation. Une autre est de mettre sur pied un portfolio de formation continue unifié, normalisé et reconnu par tous les organismes du continuum de services en traumatologie dans lequel chacun pourrait refléter l'utilisation des données probantes qui aurait résulté de la formation reçue.

Le troisième défi est d'impliquer davantage les chercheurs dans le TC, de les rapprocher davantage des gestionnaires et des cliniciens et de faciliter la communication et la collaboration entre eux.

Recommandation n° 7 :

Que les Partenaires du consortium poursuivent le développement des programmes de subvention sur le modèle d'application des connaissances intégrée ('Integrated Knowledge Transfert') des IRSC.

Cette approche soutenue par les IRSC¹⁶ permettant aux utilisateurs possibles des connaissances de participer au processus de recherche à titre de partenaires nécessite une approche de recherche participative ou collaborative axée sur la pratique et centrée sur les répercussions et la résolution de problèmes. Par exemple, l'utilisateur des connaissances qui est partenaire de l'initiative contribue à définir le sujet de recherche et joue un rôle dans l'interprétation et l'application des résultats de recherche.

Les programmes existants soutenus par les Partenaires du consortium (voir programme FRSQ)¹⁷ présentent déjà des caractéristiques qui s'approchent du modèle des IRSC par l'inclusion de critères de pertinence des activités de maillage avec les milieux cliniques et du plan de transfert des connaissances. Pour maximiser cette approche, comme le présentent les IRSC, la pondération de ces critères lors de l'évaluation scientifique devrait tendre à rejoindre la pondération que l'on donne à la valeur scientifique d'un projet.

Recommandation n° 8 :

Que les Partenaires du consortium initient des discussions avec des organismes subventionnaires et des universités¹⁸ pour promouvoir la reconnaissance du TC fait par les chercheurs, incluant les liens collaboratifs étroits qu'ils peuvent développer avec l'IPFTC et l'AETMIS/INESSS.

Considérant l'importance du transfert et de l'échange de connaissances à l'égard des changements de pratique, il importe de tenir compte de ces activités dans l'évaluation des chercheurs. Des échanges avec la vice-présidence (application des connaissances) des IRSC, suggèrent au Groupe de travail qu'il sera possible de voir l'intégration dans le CV commun des chercheurs d'une section spécifique à la reconnaissance des activités de transfert et d'échange de connaissances, au même titre que les sections sur les publications, les communications et l'obtention de subventions de recherche. Cependant, en appui au CV commun, les organismes subventionnaires doivent développer et adopter des grilles d'évaluation des demandes de subventions et de bourses qui tiennent compte de la pleine valeur des réalisations des chercheurs en TC.

¹⁶ <http://www.irsc-cihhr.gc.ca/f/42211.html>

¹⁷ http://www.frsq.gouv.qc.ca/fr/financement/Programmes_2011_2012/s18_fiche.shtml

¹⁸ Voir ces deux bulletins de la FCRSS qui portent sur la reconnaissance des chercheurs :
<http://www.fcrss.ca/PublicationsAndResources/PastSeries/Recognition.aspx>

Le quatrième défi est de mobiliser les connaissances produites par les projets financés par le Consortium ou par d'autres organisations vers les milieux cliniques.

Recommandation n° 9 :

Que les Partenaires du consortium adoptent la formule « Comité de suivi » pour faciliter l'évaluation périodique des projets et de leurs activités de TC.

La formule de « comité de suivi » a déjà été expérimentée et semble répondre aux besoins exprimés. Sur la base de rencontres prédéterminées, l'équipe de recherche peut alors rendre compte de l'avancement des travaux (en développement et transfert de connaissances) et faire part des difficultés rencontrées. Les membres du comité peuvent alors obtenir des clarifications et faciliter, au besoin, certains aspects de la réalisation des projets.

Recommandation n° 10 :

Que les Partenaires du consortium développent un programme complémentaire de subventions (exemple : 20,000-25,000\$) pour l'appropriation des connaissances, directement relié à l'application des résultats d'un projet soutenu dans le volet 1 du programme actuel (Ex. : *Ontario Neurotrauma Foundation*).

Ce programme pourrait être réservé aux détenteurs d'une subvention du volet 1 des programmes de subvention des Partenaires du consortium (voir programme FRSQ). Il consisterait à développer des stratégies complémentaires pour favoriser la diffusion et l'appropriation des connaissances directement avec les partenaires associés au projet. Cette approche a certaines similitudes avec les programmes d'application de connaissances en fin de subvention des IRSC.

Recommandation n° 11 :

Que les Partenaires du consortium suivent le développement d'une initiative soutenu par *l'Institut Rick Hansen* (Vancouver) et *l'Ontario Neurotrauma Foundation* (Toronto), dans deux établissements québécois sur l'implantation des meilleures pratiques.

L'Institut Rick Hansen et *l'Ontario Neurotrauma Foundation*, deux organismes soutenant la recherche et le transfert des connaissances dans le domaine des lésions médullaires, ont entrepris de soutenir l'implantation des meilleures pratiques d'interventions pour le

traitement de complications spécifiques (plaies de pression, fonction vésicale et douleur). Cette approche sera soutenue financièrement dans quatre programmes cliniques en Ontario (Toronto et London) et au Québec (Québec et Montréal) au cours des trois prochaines années (2010-2013). Il serait de première importance que les Partenaires du consortium puissent suivre l'évolution de cette initiative unique et favoriser l'utilisation des connaissances qui seront générées de cette expérience pilote.

Recommandation n° 12 :

Que l'ensemble des partenaires de la traumatologie diffuse aux acteurs et aux programmes de traumatologie les ressources disponibles en transfert et gestion des connaissances et les encourage à entreprendre une démarche d'utilisation de ces ressources.

Au cours de ses consultations, le Groupe de travail a répertorié plusieurs sources d'information et d'outils sur le transfert et la gestion des connaissances. Plusieurs sont des applications pratiques pour quiconque (décideur, gestionnaire, clinicien) souhaite débiter une démarche individuelle ou institutionnelle vers la gestion des connaissances (voir l'annexe G).

Ces ressources ont été décrites à titre informatif et aucune évaluation de leur efficacité n'a été effectuée ou répertoriée. Prises individuellement, elles peuvent constituer des actions initiales, mais elles ne sauraient se substituer à un processus plus large de mise en place d'une gouvernance érudite ; elles pourraient plutôt être incluses comme actions concrètes en complément d'un tel processus.

Conclusion

Le contexte économique, politique et social exerce une forte pression sur le système de santé du Québec, incluant le continuum de services en traumatologie. Il s'agit d'un facteur global plutôt défavorable à l'actualisation du changement que pourrait demander la mise en œuvre des recommandations du Groupe de travail. Pourtant, un changement de pratique ne s'impose-t-il pas partout où on observe un besoin d'amélioration continue de la qualité des soins et des services ? Dans ce rapport, le Groupe de travail a proposé des éléments d'une réflexion à poursuivre et a formulé des recommandations concrètes et applicables immédiatement.

Certes, certaines recommandations sont ambitieuses et requièrent un effort soutenu dont les résultats ne peuvent être perceptibles dans un horizon à court terme qui balise trop souvent notre imputabilité ou nos redditions de comptes. Cependant, initier ces recommandations est possible à court terme dans la mesure où les acteurs impliqués en traumatologie se les approprieront et mettront du temps et du soutien financier pour que des *progrès* soient perceptibles dans un avenir rapproché. Nous n'hésitons pas à l'affirmer en nous fondant sur l'enthousiasme, l'engagement et la bonne foi des acteurs que nous avons rencontrés et de ceux qui ont participé aux États généraux de la recherche en

traumatologie. Il ne faudrait pas que le contexte en apparence défavorable prive l'ensemble des acteurs du continuum de services en traumatologie de cette opportunité de maintenir la synergie qui s'est développée sous l'initiative des Partenaires du consortium.

Ces derniers ont facilité le développement de la recherche en lien avec des problématiques cliniques par des programmes de subvention innovants qui faisaient appel à un arrimage plus serré avec le milieu clinique. Il y a maintenant un effort additionnel à faire pour que les données probantes et les résultats de la recherche aient un plus grand impact sur la dispensation des soins. Il s'agit de l'essence même de ce rapport et c'est à ce défi que le Groupe de travail convie les acteurs du domaine de la traumatologie.

Références

1. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*. 2003;348:2635-2645.
2. Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care*. 2001;39:1146-54.
3. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in Health Professions*. 2006;26:13-24.
4. Instituts de recherche en santé du Canada. À propos de l'application des connaissances aux IRSC. <http://www.irsc-cihr.gc.ca/f/39033.html>.
5. Estabrooks C, Scott-Findlay S, Winther C. Nursing and Allied Health Sciences Perspective on Knowledge Utilization. In: Lemieux-Charles L, Champagne F, eds. *Using Knowledge and Evidence in Health Care : Multidisciplinary Perspective*. Toronto: University of Toronto Press; 2004:242-280.
6. Denis J-L, Lehoux P. Organizational Theory. In: Straus S, Tetroe J, Graham I, eds. *Knowledge Translation in Health Care : Moving from Evidence to Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
7. Association canadienne des ergothérapeutes. Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada. www.caot.ca/pdfs/otprofilefr.pdf.
8. Group consultatif national en physiothérapie. Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada. http://www.physiotherapy.ca/public_fr/PublicUploads/224032Profil%20des%20competences%20essentielles%202009.pdf.
9. Roy D. Gouvernance clinique et application des connaissances : quel défi pour les établissements universitaires ? Colloque « Savoir en mouvement » du Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal, Québec. 11 juin 2010
10. Jacob R. [Titre inconnu] Présentation faite dans le cadre de la préparation de la recherche du CEFRIO intitulée Nouveaux modes de travail et de collaboration à l'ère d'Internet. 2000
11. Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyte PC, Graham ID. Use of communities of practice in business and health care sectors: A systematic review. *Implementation Science*. 2009;4:9.
12. Bennett S, Tooth L, McKenna K, Rodger S, Strong J, Ziviani J, Micken S, Gibson L. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2003;50:13-22.
13. Fuhrer MJ, Grabois M. Information sources that influence physiatrists' adoption of new clinical practices. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1988;69:167-169.

14. Stevenson TJ, Barclay-Goddard R, Ripat J. Influences on treatment choices in stroke rehabilitation: survey of Canadian physical therapists. *Physiotherapy Canada*. 2005;57:135-144.
15. Brennan GP, Fritz JM, Hunter SJ. Impact of continuing education interventions on clinical outcomes of patients with neck pain who received physical therapy. *Physical Therapy*. 2006;86:1251-1262.
16. Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *J Contin Educ Health Prof*. 2007;27:6-15.
17. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009:CD003030.
18. Thomas DC, Johnston B, Dunn K, Sullivan GM, Brett B, Matzko M, Levine SA. Continuing medical education, continuing professional development, and knowledge translation: improving care of older patients by practicing physicians. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54:1610-1618.
19. Santesso N, Maxwell L, Tugwell PS, Wells GA, O'Connor AM, Judd M, Buchbinder R, Cranney A, De Bie R, Falzon L, Johnston R, McGowan J, Shea B, Suarez-Almazor M, Zanolli G, Davies J, Qualman A. Knowledge transfer to clinicians and consumers by the Cochrane Musculoskeletal Group. *Journal of Rheumatology*. 2006;33:2312-2318.
20. Shea B, Santesso N, Qualman A, Heiberg T, Leong A, Judd M, Robinson V, Wells G, Tugwell P. Consumer-driven health care: Building partnerships in research. *Health Expectations*. 2005;8:352-359.
21. Ballay J-F. *Tous managers du savoir !* : Groupe Eyrolles; 2002.
22. Salbach NM, Veinot P, Rappolt S, Bayley M, Burnett D, Judd M, Jaglal SB. Physical therapists' experiences updating the clinical management of walking rehabilitation after stroke: A qualitative study. *Physical Therapy*. 2009;89:556-568.
23. Blair FA. Evidence-based emergency nursing practice: state of the science and recommendations for the profession. Texas Woman's University; 2008.
24. Hemmelgarn AL, Glisson C, James LR. Organizational culture and climate: Implications for services and interventions research. *Clinical Psychology-Science and Practice*. 2006;13:73-89.
25. Schein EH. *Organizational culture and leadership*. San Francisco: Jossey-Bass; 2004.
26. Schein EH. Culture: The missing concept in organization studies. *Administrative Science Quarterly*. 1996;41:229-240.
27. Verbeke W, Volgering M, Hessels M. Exploring the conceptual expansion within the field of organizational behaviour: Organizational climate and organizational culture. *Journal of Management Studies*. 1998;35:303-329.
28. Weiss JW. *Organizational behavior and change: Managing diversity, cross-cultural dynamics, and ethics*. Cincinnati: South-Western College Publishing; 2001.

29. Martins E, Terblanche F. Building organisational culture that stimulates creativity and innovation. *European Journal of Innovation Management*. 2003;6:64-74.
30. Johnson G. Strategy through a cultural lens - Learning from managers' experience. *Management Learning*. 2000;31:403-426.
31. Kairy D. Évaluer la téléadaptation : la synthèse des effets et l'analyse des changements cliniques et organisationnels (Thèse de doctorat). Université de Montréal; 2010.
32. Salbach NM, Jaglal SB, Korner-Bitensky N, Rappolt S, Davis D. Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice of physical therapists for people with stroke. *Physical Therapy*. 2007;87:1284-1303.
33. Nelson A. Top ten reasons why programs fail...and what to do about it. 23-26 septembre 2009
34. Landry R, Amara N, Pablos-Mendes A, Shademani R, Gold I. The knowledge-value chain: A conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84:597-602.
35. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. à bas les mythes. <http://www.fcrss.ca/PublicationsAndResources/Mythbusters.aspx>.

Annexe A

La gestion des connaissances

1. Définition théorique et dynamique de la gestion des connaissances :

« **Capitalisation des connaissances** : l'ensemble des processus par lesquels des informations et des connaissances sont répertoriées, évaluées, rassemblées, formalisées, codifiées, classifiées, commentées, synthétisées de façon à constituer une base de connaissances.

Transferts des connaissances : l'ensemble des processus de distribution, d'accès, d'utilisation et surtout d'apprentissage, voire de combinaison et de transposition, par lesquels les utilisateurs s'approprient les contenus de la base de connaissances, de sorte qu'ils deviennent capables à leur tour de créer de la valeur en produisant leurs propres applications ou en créant de nouvelles connaissances.

Renouvellement des connaissances : l'ensemble des processus par lesquels la communauté critique, corrige, ajuste, voire détruit les connaissances, pour les renouveler aussi bien de façon incrémentale que par des innovations de rupture.

Socialisation des connaissances : l'ensemble des échanges directs, par communication orale, collaboration ou discussion. La socialisation est une condition nécessaire qui soutient les trois autres processus de capitalisation, de transfert et de renouvellement. C'est en quelque sorte un méta-processus de la gestion des connaissances, et non pas, comme le suggèrent des interprétations hâtives et réductrices du modèle de Nonaka, un processus en particulier. »

Source : Jean-François Balley, *Tous managers du savoir ! : La seule ressource qui prend de la valeur en la partageant*, p. 89

2. Activités connues que la gestion des connaissances inclut, en pratique :

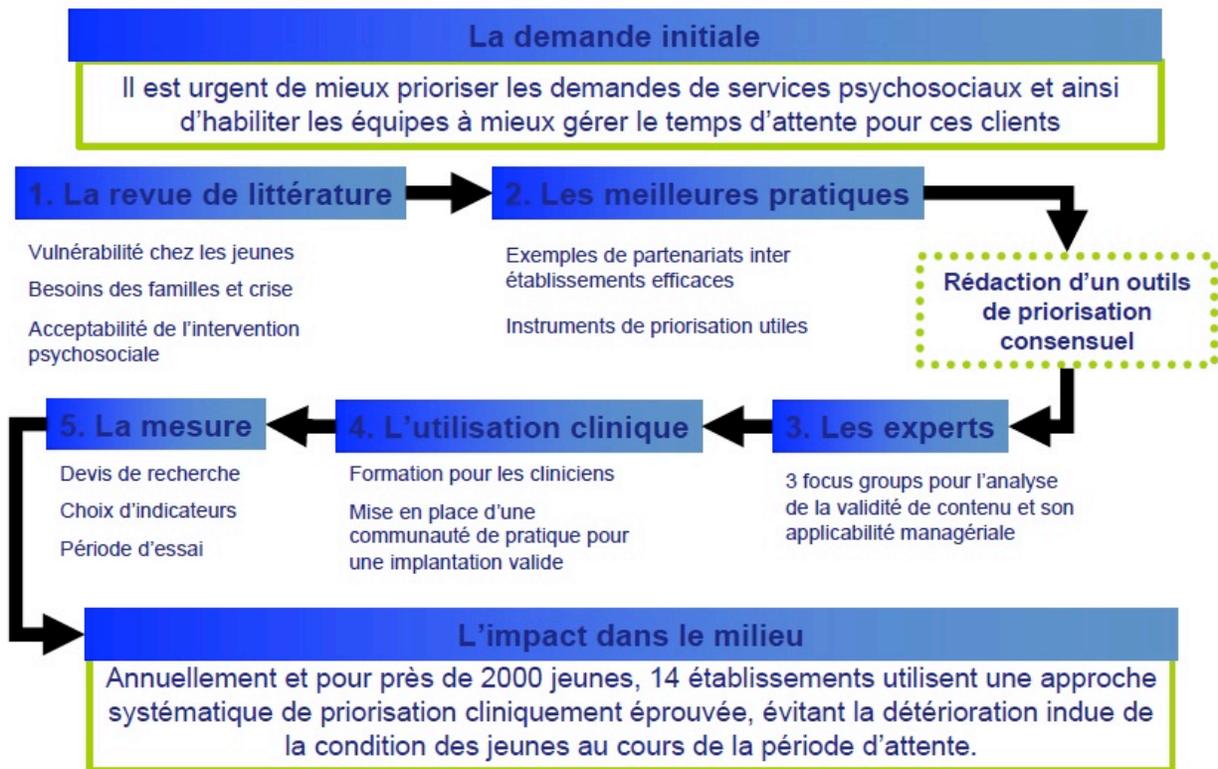
- Formation (l'e-formation connaît présentement un essor considérable), conférences et présentations de chercheurs, stages et réunions
- Consultation
- Mentorat, tutorat et compagnonnage
- Veille (les réseaux se multiplient et deviennent des réseaux de réseaux)
- Gestion de l'information (l'intranet, l'extranet et les bases de données informatiques deviennent des outils majeurs, ce qui amène les bibliothèques et les centres de documentation à ajuster leur rôle)
- Clubs de lecture et cafés des connaissances
- Réseaux d'apprentissage et communautés de pratique

3. Place du TC relativement à la gestion des connaissances :

Tous les processus de transfert de connaissances qui entrent en action dans une organisation ou un système prennent place soit dans les activités de gestion des connaissances énumérées ci-dessus (donc aux étapes de la création, de la diffusion et de l'appropriation des connaissances), soit dans la prise de décision (étape de l'utilisation des connaissances). Le succès de la gestion des connaissances dépend donc de l'efficacité du transfert de connaissances à tous les niveaux de l'organisation ou du système.

4. Un exemple de gestion des connaissances appliquée en santé :

La gestion de connaissances appliquée, un exemple...



Source : *Gérer les connaissances pour améliorer notre performance : trop difficile ?*
Présentation du Dr Denis A. Roy lors du Colloque annuel du REPAR, Montréal, 7 mai 2010.

5. Un exemple de cadre conceptuel de la gestion des connaissances :

Dimension Culturelle Encourager le partage des connaissances par une remise en question des modes d'apprentissage.	Dimension Stratégique Déterminer les connaissances à partager et à protéger pour créer de la valeur au sein de l'organisation.
Dimension Structurelle Favoriser ou supporter le développement de pratiques et de projets de management des connaissances.	Dimension Technologique Développer un système d'information permettant de codifier et de transférer des connaissances.

Figure 1 : Un cadre intégrateur pour le management des connaissances

Source : Alexandre Perrin (doctorant à l'U. de Nice), *La valorisation des pratiques de management des connaissances, outils de mesure et mesure des outils.*

Annexe B

Complément à la démarche méthodologique

1. Stratégie de recherche sur l'étendue de la littérature

Set	Concepts	PubMed	Embase	CINAHL	Web of science (SCI)	Cochrane Library
1	Trauma	Wounds and Injuries [MH] OR Traumatology [MH] OR Trauma Severity Indices [MH] OR Trauma Centers[MH] OR Accidents, Traffic[MH] OR Accidents, Occupational[MH] OR Trauma*[TI] OR Injury[TI] OR Injuries[TI] OR Accident*[TI]	Injury'/exp OR 'Traumatology'/exp OR 'Accident'/de or 'Occupational accident '/de or 'Traffic accident '/de OR Trauma*:ti OR Injury:ti OR Injuries:ti OR Accident*:ti	MH "Wounds and Injuries+" OR MH "Trauma+" OR MH "Trauma Centers" OR MH "Trauma Nursing" OR MH "Accidents+" OR TI Trauma* OR TI Injury OR TI Injuries OR TI Accident*	TI=(Trauma* OR Injury OR Injuries OR Accident*)	(Trauma* OR Injury OR Injuries OR Accident*):ti
2	Soins intentifs	Critical Care[MH] OR Intensive Care Units[MH] OR Emergencies[MH] OR Emergency Service, Hospital[MH] OR Emergency Medical Services[MH] OR Emergency Medical Technicians[MH] OR Emergency Services, Psychiatric[MH] OR Emergency Treatment[MH] OR Emergency Nursing[MH] OR Emergency Medicine[MH] OR Ambulances[MH] OR Critical Care[TI] OR Intensive Care[TI] OR Emergencies[TI] OR Emergency[TI] OR Ambulance*[TI]	Intensive care'/exp OR 'Intensive Care Unit'/de OR 'Emergency'/de OR 'Ambulance'/de OR 'Emergency care'/de OR 'Emergency ward'/de OR 'Emergency health service'/de OR 'Emergency medicine'/de OR 'Emergency nurse practitioner'/de OR 'Emergency physician'/de OR 'Emergency surgery'/de OR 'Emergency patient'/de OR Critical care:ti OR Intensive Care:ti OR Emergencies:ti OR Emergency:ti OR Ambulance*:ti	MH "Critical Care+" OR MH "Intensive Care Units+" OR MH "Neonatal Intensive Care Nursing" OR MH "Critical Care Nursing+" OR MH "Emergencies+" OR MH "Emergency Medical Services+" OR MH "Ambulances" OR TI Critical care OR TI Intensive Care OR TI Emergencies OR TI Emergency OR TI Ambulance*	TI=(("Intensive Care") OR ("Critical care") OR Emergencies OR Emergency OR Ambulance)	("Intensive Care" OR "Critical care" OR Emergencies OR Emergency OR Ambulance):ti

3	Rehabilitation	Rehabilitation [MH] OR Physical Therapy Modalities[MH] OR Physical Therapy[MH] OR Social Work[MH] OR Home Care Services[MH] OR Rehabilitation[TI] OR Physical Therap*[TI] OR Physiotherap*[TI] OR Social Work*[TI] OR Home Care[TI]	Rehabilitation'/exp OR 'Physiotherapy'/exp OR 'Social Work'/exp OR 'Home care'/exp OR Rehabilitation:ti OR 'Physical Therapy':ti OR Physiotherapy:ti OR 'Social Work':ti OR 'Home Care':ti	MH "Rehabilitation+" OR MH "Social Work +" OR MH "Home Health Care +" OR TI Rehabilitation OR TI Physical Therapy OR TI Physiotherap* OR TI Social Work OR TI Home Care	TI=(Rehabilitation OR ("Physical Therap") OR Physiotherap* OR ("Social Work") OR ("Home Care"))	(Rehabilitation OR "Physical Therap" OR Physiotherap* OR "Social Work" OR "Home Care"):ti
4	KT	Evidence diffusion[TIAB] OR Evidence dissemination[TIAB] OR Evidence exchange[TIAB] OR Evidence transfer[TIAB] OR Evidence translation[TIAB] or Evidence uptake[TIAB] or Evidence utilisation[TIAB] or Evidence utilization[TIAB] OR Knowledge diffusion[TIAB] OR Knowledge dissemination[TIAB] OR Knowledge exchange[TIAB] OR Knowledge transfer[TIAB] OR Knowledge translation[TIAB] or Knowledge uptake[TIAB] or Knowledge utilisation[TIAB] or Knowledge utilization[TIAB] OR knowledge into practice[TIAB] OR Knowledge to action[TIAB] OR Research diffusion[TIAB] OR Research dissemination[TIAB] OR Research exchange[TIAB] OR	Evidence diffusion':ab OR 'Evidence dissemination':ab OR 'Evidence exchange':ab OR 'Evidence transfer':ab OR 'Evidence translation':ab or 'Evidence uptake':ab or 'Evidence utilisation':ab or 'Evidence utilization':ab OR 'Knowledge diffusion':ab OR 'Knowledge dissemination':ab OR 'Knowledge exchange':ab OR 'Knowledge transfer':ab OR 'Knowledge translation':ab or 'Knowledge uptake':ab or 'Knowledge utilisation':ab or 'Knowledge utilization':ab OR 'knowledge into practice':ab OR 'Knowledge to action':ab OR 'Research diffusion':ab OR 'Research dissemination':ab OR 'Research	AB Evidence diffusion OR AB Evidence dissemination OR AB Evidence exchange OR AB Evidence transfer OR AB Evidence translation OR AB Evidence uptake OR AB Evidence utilisation OR AB Evidence utilization OR AB Knowledge diffusion OR AB Knowledge dissemination OR AB Knowledge exchange OR AB Knowledge transfer OR AB Knowledge translation OR AB Knowledge uptake OR AB Knowledge utilisation OR AB Knowledge utilization OR AB knowledge into practice OR AB Knowledge to action OR AB Research diffusion OR AB Research dissemination	TS=((Evidence OR Knowledge OR Research) SAME (Diffusion OR Dissemination or Exchange OR Transfer OR Translation OR Uptake OR Utilisation OR Utilization))	"Evidence diffusion" OR "Evidence dissemination" OR "Evidence exchange" OR "Evidence transfer" OR "Evidence translation" or "Evidence uptake" or "Evidence utilisation" or "Evidence utilization" OR "Knowledge diffusion" OR "Knowledge dissemination" OR "Knowledge exchange" OR "Knowledge transfer" OR "Knowledge translation" or "Knowledge uptake" or "Knowledge utilisation" or "Knowledge utilization" OR "knowledge into practice" OR "Knowledge to action" OR "Research diffusion" OR "Research dissemination" OR "Research

		Research transfer[TIAB] OR Research translation[TIAB] or Research uptake[TIAB] or Research utilisation[TIAB] or Research utilization[TIAB] OR Translation research[TIAB] OR Translational research[TIAB] OR Research into practice[TIAB] OR Research into action[TIAB] OR ((Evidence[TI] OR Knowledge[TI] OR Research[TI]) AND (Exchange[TI] OR Diffusion[TI] or Disseminat*[TI] OR Transfer*[TI] or Translat*[TI] or Uptake*[TI] or Utilis*[TI] or Utiliz*[TI]))	exchange':ab OR 'Research transfer':ab OR 'Research translation':ab or 'Research uptake':ab or 'Research utilisation':ab or 'Research utilization':ab OR 'Translation research':ab OR 'Translational research':ab OR 'Research into practice':ab OR 'Research into action':ab OR ((Evidence:ti OR Knowledge:ti OR Research:ti) AND (Exchange:ti OR Diffusion:ti or Disseminat*:ti OR Transfer*:ti or Translat*:ti or Uptake*:ti or Utilis*:ti or Utiliz*:ti))	OR AB Research exchange OR AB Research transfer OR AB Research translation OR AB Research uptake OR AB Research utilisation OR AB Research utilization OR AB Translation research OR AB Translational research OR AB Research into practice OR AB Research into action OR ((TI Evidence OR TI Knowledge OR TI Research) AND (TI Exchange OR TI Diffusion or TI Disseminat* OR TI Transfer* or TI Translat* or TI Uptake* or TI Utilis* or TI Utiliz*))		exchange" OR "Research transfer" OR "Research translation" or "Research uptake" or "Research utilisation" or "Research utilization" OR "Translation research" OR "Translational research" OR "Research into practice" OR "Research into action" OR ((Evidence OR Knowledge OR Research) AND (Exchange OR Diffusion or Disseminat* OR Transfer* or Translat* or Uptake* or Utilis* or Utiliz*)):ti
5	Continuing education & Others	Diffusion of Innovation [MH:NOEXP] OR Education, Continuing [MH] OR Diffusion of Innovation [TIAB] OR Continuing education[TIAB] OR Community of practice[TIAB] OR Learning collaborative[TIAB] OR Collaborative development[TIAB]	Continuing education'/de OR 'Diffusion of Innovation':ti,ab OR 'Continuing education':ti,ab OR 'Community of practice':ti,ab OR 'Learning collaborative':ti,ab OR 'Collaborative development':ti,ab	MH "Education, Continuing +" OR MH "Diffusion of Innovation" OR AB Diffusion of Innovation OR AB Continuing education OR AB Community of practice OR AB Learning collaborative OR AB Collaborative development	TS=(Continuing SAME education) OR (Diffusion SAME Innovation) OR (Community SAME practice) OR (Learning SAME Collaborative) OR (Collaborative SAME Development)	"Diffusion of Innovation" OR "Continuing education" OR "Community of practice" OR "Learning collaborative" OR "Collaborative development"

6	Guideline Implementation	((Guidelines as topic [MH] or Practice guidelines as topic [MH] OR Consensus Development Conferences as topic[MH] or Guideline*[TI] OR Consensus Development Conference*[TIAB] OR Consensus statement[TIAB] OR Consensus conference OR Research[TI]) AND Implement*[TI]) OR Guideline implementation [TIAB] OR Research implementation [TIAB]	((Guideline*:ti OR Research:ti OR 'Consensus Development Conference':ti,ab OR 'Consensus statement':ti,ab OR 'Consensus conference OR Research':ti,ab) AND Implement*:ti) OR 'Guideline implementation':ab OR 'Research implementation':ab OR 'Implementation Guideline':ab OR 'Implementation Research':ab	((TI Guideline* OR TI Research OR TI Consensus Development Conference OR TI Consensus statement OR TI Consensus conference OR AB Consensus Development Conference OR AB Consensus statement OR AB Consensus conference) AND (TI Implement*) OR AB Guideline implementation OR AB Research implementation	((TI=(Guideline* OR Research) OR TS=(("Consensus Development Conference") OR ("Consensus statement") OR ("Consensus conference")))) AND TS=(Implement*) OR TS=((Guideline*) SAME (Implement* OR Research))	((Guideline*:ti OR Research:ti OR "Consensus Development Conference" OR "Consensus statement" OR "Consensus conference") AND Implement*:ti) OR "Guideline implementation" OR "Research implementation"
7	Systematic review	(Systematic review*[TI] OR Meta-Analysis [PT] OR Meta-Analysis [TI] OR (Review[PT] AND Systematic[TIAB])) AND 2005:2009[DP]	systematic review'/de OR 'Meta Analysis'/de OR 'Systematic review':ti OR 'Meta-Analysis':ti OR ('Review'/de AND Systematic:ti,ab) AND Year limitation 2005-2009 using menu	MH "Systematic Review" OR MH "Meta Analysis" OR TI Systematic review OR TI Meta-Analysis OR (PT Review AND (TI Systematic OR AB Systematic)) AND Year limitation 2005-2009 using menu	TI=(Systematic) AND Year limitation 2005-2009 using menu	None
8	Langue et autres limitations	(ENG[LA] OR FRE[LA])	([english]/lim OR [french]/lim) AND [embase]/lim	(LA English OR LA French) Exclude Medline	None	None

2. Grille d'analyse des articles

DESCRIPTION DE L'ARTICLE #					
AUTEURS	ANNÉE	REVUE	TITRE	RECHERCHE PRIMAIRE OU SYNTHÈSE	PERTINENCE DE L'ARTICLE (non pertinent, peu pertinent, pertinent, prioritaire)
CONTENU DE L'ARTICLE					
ACTEURS VISÉS (ex. chercheurs, cliniciens (préciser), décideurs, enseignants, étudiants, patients, autres)	NIVEAU D'ANALYSE (ex. clinique, organisationnel, politique, autres)	DÉTERMINANTS (quels sont les obstacles et facilitateurs rapportés)	RÉSULTATS RAPPORTÉS ET PISTES DE SOLUTIONS (détailler dans la mesure du possible)	STRATÉGIES DE TC (si pertinent préciser une catégorie: ex: audit & feedback, des interventions ciblés, structures organisationnelles, stratégies interactives)	
Autres commentaires (incluant les pistes de réflexion) :					

3. Information sur les participants

Tableau 1 : Experts consultés

Nom	Affiliation
Bussières, André	Université du Québec � Trois-Rivières
Burns, Dr Anthony S.	Toronto Rehabilitation Institute
Chagnon, François	Université du Québec � Montréal
Contandriopoulos, Damien	Université de Montréal
Curran, Janet	IWK Health Center (Halifax)
Denis, Jean-Louis	Université de Montréal
Estabrooks, Carole	University of Alberta
Fortin, Jacques	Agence de santé de la Montérégie
Graham, Ian D.	Instituts recherche en santé du Canada
Grimshaw, Dr Jeremy	Université d'Ottawa
Gruen, Dr Russell	University of Melbourne (Australia)
Landry, Réjean	Université Laval
Laurendeau, Marie-Claire	Institut national de santé publique du Québec
Lavis, Dr John	McMaster University
Légaré, Dr France	Université Laval
Lesage, Dr Alain	Université de Montréal
Nelson, Audrey	Department of Veterans Affairs, Tampa (USA)
Mota, Adrian	Instituts de recherche en santé du Canada
Ouimet, Mathieu	Université Laval
Poissant, Lise	Université de Montréal
Postras, Stéphane	Université d'Ottawa
Rosenbaum, Dr Peter	McMaster University
Roy, Dr Denis A.	Institut national de santé publique du Québec
Russell, Dianne	McMaster University
Tetroe, Jacqueline	Instituts de recherche en santé du Canada
Vachon, Brigitte	Université de Sherbrooke

Tableau 2 : Organismes consultés

Nom de l'organisme consulté
<ul style="list-style-type: none"> • Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) • Ordre des ergothérapeutes du Québec • Ordre des infirmières et infirmiers du Québec • Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec • Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) • Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) • Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) – Direction de la recherche et de l'innovation • Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) – (Volet traumatologie)

Tableau 3 : Caractéristiques des participants aux groupes de discussion avec les coordonnateurs cliniques

Caractéristiques des participants (n=14)	
Âge : moyenne (écart type)	46.9 (7.3)
Milieux représentés	CMR, IRDPQ, CRME, CRDP Le Bouclier, AERDPQ, HJR, CHU Ste-Justine, IRGLM, HSCM
Postes représentés	chef de programme, coordonnateur de programme, coordonnateur clinique, coordonnateur de recherche clinique, chef de service du développement intégré des pratiques et de l'évaluation, conseiller aux affaires cliniques

Note : CMR : Centre Montérégien de réadaptation ; IRDPQ : Institut de réadaptation en déficience physique de Québec ; CRME : Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Ste-Justine ; CRDP Le Bouclier : Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier ; HJR : Hôpital juif de réadaptation ; IRGLM : Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal ; HSCM : Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Tableau 4 : Caractéristiques des participants aux groupes de discussion avec les directeurs cliniques

Caractéristiques des participants (n=8)	
Milieus représentés	CRE, CRLM, CRDP InterVal, CRLB, IRD, CRR La RessourSe, IRDPQ
Directions représentées	Services et programmes clientèles, services de réadaptation, services professionnels et activités universitaires

Note : CRE : Centre de réadaptation Estrie ; CRLM : Centre de réadaptation La Maison (Abitibi-Témiscamingue) ; CRDP InterVal : Centre de réadaptation en déficience physique Interval Mauricie et Centre-du-Québec) ; CRLB : Centre de réadaptation Lucie-Bruneau (Montréal) ; IRD : Institut Raymond-Dewar (Montréal), CRR La RessourSe : Centre régional de réadaptation La RessourSe (Outaouais), IRDPQ : Institut en déficience physique de Québec

Annexe C

Taxonomie des facteurs qui freinent/facilitent le TC

(Tiré de Straus, Tetroe, Graham, 2009)

Knowledge	
Lack of awareness	Inability to correctly acknowledge the existence of shared decision making (SDM)
Lack of familiarity	Inability to correctly answer questions about SDM content, as well as self-reported lack of familiarity
Forgetting	Inadvertently omitting SDM
Attitudes	
<i>Lack of agreement with specific components of shared decision making</i>	
Interpretation of evidence	Not believing that specific elements of SDM are supported by scientific evidence
<i>Lack of applicability</i>	
Characteristics of the patient	Lack of agreement with the applicability of SDM to practice population based on the characteristics of the patient
Clinical situation	Lack of agreement with the applicability of SDM to practice population based on the clinical situation
Asking patient about his/her preferred role in decision making	Lack of agreement with a specific component of SDM, such as asking patients about their preferred role in decision making
Asking patient about support or undue pressure	Lack of agreement with a specific component of SDM, such as asking patients about supports and/or undue pressure
Asking about values/clarifying values	Lack of agreement with a specific component of SDM, such as asking patients about values
Not cost-beneficial	Perception that there will be increased costs if SDM is implemented
Lack of confidence in the developers	Lack of confidence in the individuals who are responsible for developing or presenting SDM

<i>Lack of agreement in general</i>	
“Too cookbook” - too rigid to be applicable	Lack of agreement with SDM because it is too artificial
Challenge to autonomy	Lack of agreement with SDM because it is a threat to professional autonomy
Biased synthesis	Perception that the authors were biased
Not practicable	Lack of agreement with SDM because it is unclear or impractical to follow
Overall lack of agreement with using the model (not specified why)	Lack of agreement with SDM in general (unspecified)
<i>Lack of expectancy</i>	
Patient's outcome	Perception that performance following the use of SDM will not lead to improved patient outcome
Health care process	Perception that performance following the use of SDM will not lead to improved health care process
Feeling expectancy	Perception that performance following the use of SDM will provoke difficult feelings and/or does not take into account existing feelings
Lack of self-efficacy	Belief that one cannot perform SDM
Lack of motivation	Lack of motivation to use SDM or to change one's habits
Behavior	
<i>External barriers</i>	
<i>Factors associated with patient</i>	
Preferences of patients	Perceived inability to reconcile patient preferences with the use of SDM

Factors associated with shared decision making as an innovation	
Lack of triability	Perception that SDM cannot be experimented with on a limited basis
Lack of compatibility	Perception that SDM is not consistent with one's own approach
Complexity	Perception that SDM is difficult to understand and to put into use
Lack of observability	Lack of visibility of the results of using SDM
Not communicable	Perception that it is not possible to create and share information with one another in order to reach a mutual understanding of SDM
Increased uncertainty	Perception that the use SDM will increase uncertainty (for example, lack of predictability, of structure, of information)
Not modifiable/way of doing it	Lack of flexibility to the extent that SDM is not changeable or modifiable by a user in the process of its adoption and implementation
<i>Factors associated with environmental factors</i>	
Time pressure	Insufficient time to put SDM into practice
Lack of resources	Insufficient materials or staff to put SDM into practice
Organizational constraints	Insufficient support from the organization
Lack to access to services	Inadequate access to actual or alternative health care services to put SDM into practice
Lack of reimbursement	Insufficient reimbursement for putting SDM into practice
Perceived increase in malpractice liability	Risk of legal actions is increased if SDM is put into practice
Sharing responsibility with Patient*	Using SDM lowers the responsibility of the health professional because it is shared with patient

*Only for the facilitator assessment taxonomy.

Source : France Légaré, *Assessing barriers and facilitators to knowledge use*, Table 3.4.1 *Taxonomy of barriers and facilitators and their definitions*, dans Straus, Tetroe, Graham, *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*, 2009, pp. 87-88.

Annexe D

Le courtier et le courtage de connaissances

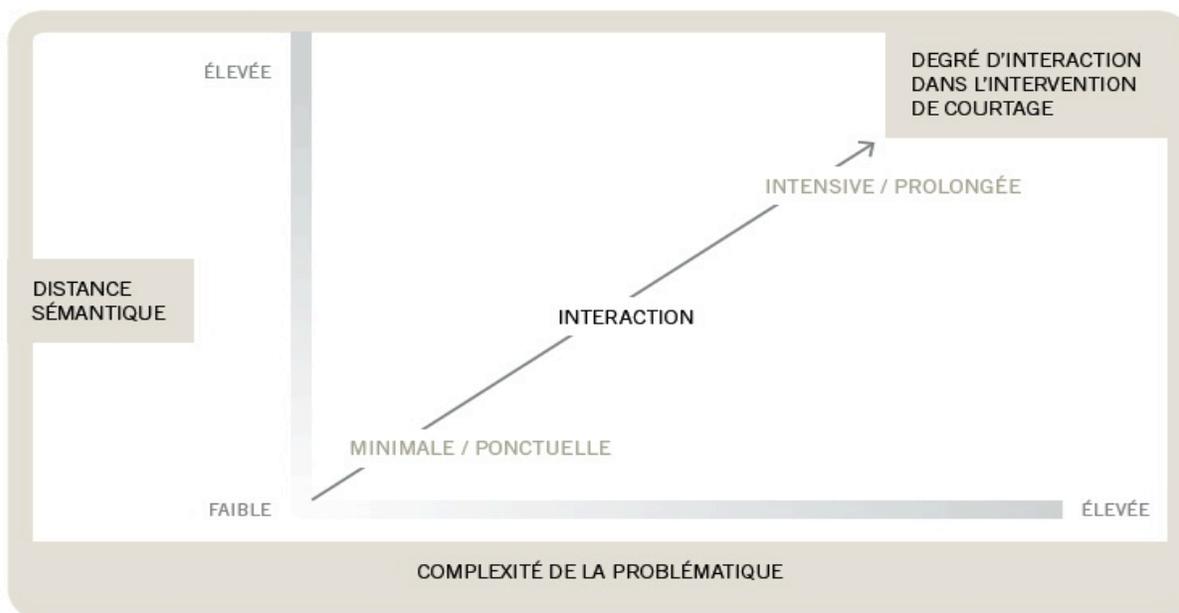
1. Définition

La définition la plus répandue des pratiques de courtage de connaissances provient de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS), qui les voit comme un « *moyen d'établir des liens entre les décideurs et les chercheurs et de faciliter leur interaction afin qu'ils comprennent mieux leur culture professionnelle respective et les objectifs de chacun, qu'ils influencent mutuellement leurs travaux, qu'ils forment de nouveaux partenariats et qu'ils fassent la promotion de l'utilisation des données de la recherche dans la prise de décision.* » (FCRSS, 2004) http://www.fcrss.ca/other_documents/brokering_digest_f.php

Source : *Un cadre conceptuel pour guider les pratiques de courtage des connaissances*, Réseau de recherche en santé des populations du Québec, Carnet synthèse #7, juillet 2008, p. 3, rédaction : Martine Cinq-Mars, Jean-François Labadie, Karine Souffez, coordination : Marie-Claire Laurendeau.

2. Modèle conceptuel

SCHÉMA 1
VARIABLES INFLUENÇANT LE DEGRÉ D'INTERACTION REQUIS DANS L'INTERVENTION DE COURTAGE



Adapté de : Labadie, J-F., 2007. « Quel est le rôle du courtier de connaissances au sein des organisations de première ligne? », Communication présentée aux Journées annuelles de santé publique (JASP), novembre 2007.

Source : Idem, p. 4

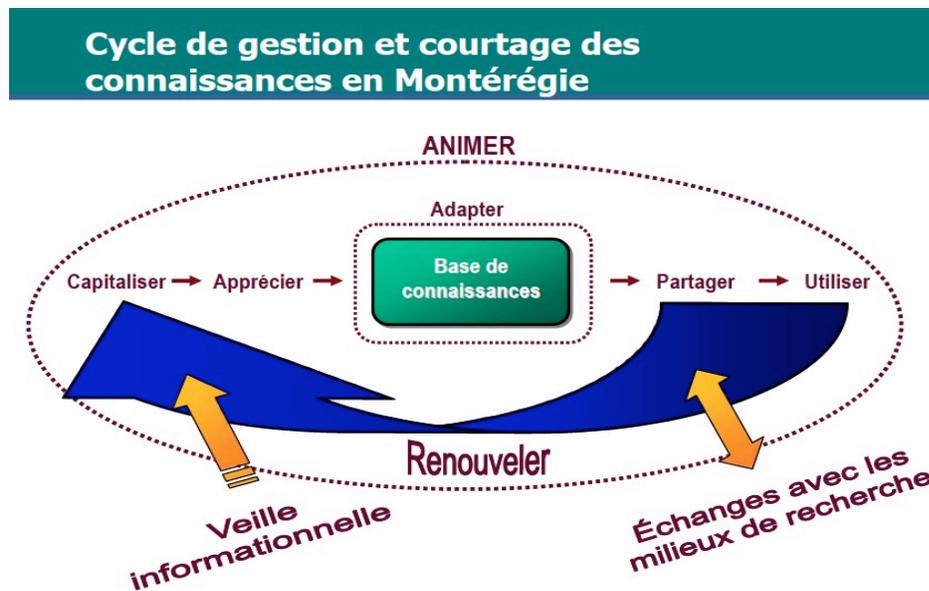
3. Profil de quatre rôles de courtage

Instead of adopting a particular definition of knowledge brokers and knowledge brokering, we have conceptually and empirically defined the concept of broker in reference to two dimensions that are tightly interdependent: knowledge intermediation and knowledge integration on which brokers can achieve a high or low performance. The combination of these dimensions generated four brokering role profiles: knowledge transmitter, knowledge intermediary, knowledge integrator, and knowledge brokers. The individuals that adopt the knowledge broker profile in carrying out their professional activities are the ones who contribute the most significantly to create value for their organizations. Such a perspective invites to consider factors that would help individuals to move from the transmitter profile to the intermediary and integrator profile up to the knowledge broker profile.

Source : *Knowledge Management in Health Service Organizations: the Role of Knowledge Brokers*, Réjean Landry, Nabil Amara and Jalila Jbilou

<http://kuuc.chair.ulaval.ca/fichier.php/58/WP-2007-02-Landry+Amara+Jbilou-Cape+Town.pdf>

4. Cycle de gestion et courtage de connaissances en Montérégie



Note : En appliquant ce modèle à l'IFPTC, l'élément « Échanges » pourrait se lire « Échanges avec les milieux de recherche et d'expérimentation/d'application »

5. Recherche sur le courtage de connaissances à McMaster University

Nous signalons les travaux de recherche de Dianne Russell et de son équipe de McMaster University, en particulier ce sommaire sur comment soutenir le courtage de connaissance :

http://www.canchild.ca/en/resources/Participant_InBrief_Apr20_10.pdf

Annexe E

Modèle de partenariat de gestion des connaissances en santé

L'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) vise à renforcer les connaissances, les compétences et le leadership des administrateurs, gestionnaires et intervenants pour soutenir les changements touchant l'exercice de la responsabilité populationnelle. Il est issu d'un partenariat entre l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les milieux universitaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les agences de santé et de services sociaux (ASSS) et leurs directions de santé publique (DSP), l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESS) et l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services. L'approche privilégiée par les partenaires du Consortium IPCDC est de créer une synergie entre les établissements et entre les régions en initiant ou en rendant accessibles des stratégies de développement de compétences et de partage de connaissances. L'une de ces stratégies, « Compétences en action », vise à renforcer les compétences collectives des gestionnaires et intervenants locaux et régionaux de santé publique relatives à leurs rôles professionnels ainsi qu'à leurs réalités régionale et locale. Cette stratégie est réalisée en étroite collaboration avec les directions de santé publique (DSP) et s'intègre à une démarche de soutien aux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et à leurs partenaires dans la réalisation de projets organisationnels liés à leur responsabilité populationnelle.

Source : <http://www.inspq.qc.ca/ipcdc%5F1/default.asp>

Annexe F

Information complémentaire sur l'IPFTC

1. Profil de l'IPFTC

L'Instance est formée de quelques professionnels « experts », dont un agit à titre de coordonnateur responsable, ayant une expérience reconnue de la gestion des connaissances et du TC. Ils devraient posséder ou acquérir :

- une connaissance approfondie des acteurs du continuum de services en traumatologie et de leurs activités ;
- une connaissance (théorique et pratique) approfondie de la collaboration en réseau des acteurs individuels et collectifs ;
- une capacité à développer une stratégie de gestion des connaissances et de TC et à soutenir les organisations qui souhaitent disposer d'une telle stratégie ;
- une capacité à communiquer et à motiver les acteurs individuels et collectifs à adopter des pratiques communicationnelles performantes.

Les professionnels « experts » sont assistés par des services de soutien essentiels à leur mandat : secrétariat et administration ; services informatiques ; communication (notamment rédaction/diffusion).

2. Exemples d'activités de l'IPFTC

2.1. En collaboration étroite avec les partenaires qui la gouvernement, planifier et soutenir les travaux nécessaires au développement, à l'adoption et à la mise en oeuvre d'une stratégie de gestion des connaissances (et de TC) pour l'ensemble du continuum de services en traumatologie et accompagner les organisations et les groupes dans le changement (de culture et de pratiques) qui s'impose.

2.2. À la demande d'un nombre déterminé d'acteurs du continuum de services en traumatologie, fournir des avis sur des analyses de besoins de TC intra ou interétablissements, collaborer à la planification et à la réalisation de projets de TC en conseillant les acteurs sur les choix de stratégies et d'outils, en guidant et conseillant tous les participants des projets pour que ceux-ci retirent le maximum de bénéfices de leurs investissements personnels dans le TC.

2.3. Mettre sur pied et animer une plateforme Web de réseautage et de collaboration dédiée à la gestion des connaissances et au TC en traumatologie, la faire connaître au plus grand nombre possible d'acteurs du continuum de services en traumatologie et voir à ce que l'outil évolue de façon à répondre de mieux en mieux aux besoins des utilisateurs.

2.4. Développer et garder à jour une base de connaissances¹⁹ et un annuaire d'expertise²⁰ sur la gestion des connaissances et le TC en traumatologie destinés à l'usage de tous les acteurs du continuum de services en traumatologie. Les faire connaître au plus grand nombre possible d'acteurs, en faciliter l'utilisation et développer le réflexe de mise à jour par les utilisateurs.

2.5 Faire une veille sur les pratiques émergentes en courtage de connaissances et sur l'évolution de la pratique des « practice leaders ».

¹⁹ Devrait contenir une bibliographie exhaustive, une webographie, un répertoire des initiatives québécoises de TC en santé d'intérêt pour le continuum de services en traumatologie (terminées ou en cours), un répertoire des recherches et thèses québécoises sur le TC en santé.

²⁰ Devrait contenir le nom des acteurs qui peuvent faire des présentations sur leurs projets respectifs, le nom d'individus à la recherche d'un emploi de courtier de connaissances ou de gestionnaire des connaissances, le nom des chercheurs qui cherchent des gestionnaires et cliniciens pour participer à des projets de recherche intégrés, le nom des membres du réseau de veille en santé.

Annexe G

Sources et outils d'intérêt particulier

- Modules de formation des IRSC : <http://www.irsc-cihr.gc.ca/f/38766.html>

Ce site contient 4 modules d'apprentissage sur l'application des connaissances :

- Guide sur la collaboration entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances dans la recherche en santé
- Introduction au processus décisionnel fondé sur des faits
- Évaluation critique des études d'intervention
- Guide sur la synthèse des connaissances

- Guide INSPQ : *Animer un processus de transfert des connaissances : Bilan des connaissances et outil d'animation* :
http://www.inspq.qc.ca/publications/transfert_connaissances/

Ce site contient le lien vers un rapport ainsi qu'un aide-mémoire sur le TC proposé par le MSSS et l'INSPQ. Le rapport comporte un bilan des écrits ainsi qu'un « outil pour animer un processus de transfert de connaissances » avec des questions spécifiques à poser tout au long du processus de TC. L'aide-mémoire reprend sur une page ces différentes questions et les modèles qui les accompagnent. Bien qu'il soit orienté vers les acteurs en santé publique, il s'applique à divers contextes.

- FCRSS : *De la recherche à la pratique : guide de planification du transfert de connaissances*
<http://www.FCRSS.ca/SearchResultsNews/07-03-01/9a0dd1b2-d7b2-4eb6-ae05-47c4b966531b.aspx>
- FCRSS : Questionnaire (et utilisation proposée) d'autoévaluation pour les organismes offert par la FCRSS : *La recherche vous réussit-elle ?*
On trouvera des renseignements sur l'outil à la page Web suivante :
<http://www.fcrss.ca/PublicationsAndResources/ResourcesForResearchers/KEYS/SelfAssessmentTool.aspx>
- Courtage de connaissances selon la FCRSS :
<http://www.fcrss.ca/PublicationsAndResources/PastSeries/BrokeringDigest.aspx>
- RRSST : Guide sur le transfert des connaissances : À l'intention des chercheurs en Santé et Sécurité du Travail (Faye, C., Lortie, M., Desmarais, L., 2007)
http://web.mac.com/denis.duhalde/RRSSTQ_Transfert_des_connaissances/Publications/Entr%C3%A9es/2008/12/12_Guide_sur_le_transfert_des_connaissances.html

Ce guide est un document qui synthétise les connaissances dans le domaine du TC, par rapport aux concepts et définitions du TC, aux modèles du TC, à l'évaluation du TC et aux facteurs favorisant le TC, en particulier dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.

- McMaster (KTplus, Evidence-Based REHAB plus) :
<http://plus.mcmaster.ca/kt/About.aspx>
Le site KT+, financé par les IRSC, et géré par McMaster University, recense la littérature en TC, incluant l'amélioration de la qualité, la formation médicale continue, les outils informatisés d'aide à la décision clinique, la recherche sur les services de santé, et l'adhésion des patients au traitement. Le site Evidence-Based REHAB+ contient un répertoire à jour d'articles qui ont été recensés et évalués pour leur qualité et pertinence clinique, dans le but de fournir un accès aux meilleures preuves scientifiques en réadaptation.
- Sites internet du Department of Veterans Affairs des États-Unis en lien avec la traumatologie :
 - <http://www.queri.research.va.gov/ptbri/default.cfm>
 - <http://www.queri.research.va.gov/sci/default.cfm>

Le QUERI (Quality Enhancement Research Initiative) est un programme d'amélioration de la qualité du Department of Veterans Affairs. Les différents QUERIs analysent les écarts dans la performance et les soins, et identifient et soutiennent l'implantation des interventions. Les recherches dans ce programme visent à étudier des nouvelles pratiques et nouveaux tests et modes organisationnels pour les intégrer dans la pratique. Deux des centres s'inscrivent dans le champ de la traumatologie, soit le Polytrauma and Blast-Related Injuries QUERI et le Spinal Cord Injury QUERI.

- Exemple de trousse d'outils (*toolkit*) pour les gestionnaires développé par le Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety :
<http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/fallstoolkit/index.html>

Ce site rassemble de l'information et des outils (documents, présentations, dépliants...) pour l'implantation de programmes de prévention et gestion des chutes, la mise en place d'interventions efficaces pour les patients à risque de chutes, et l'enseignement sur les chutes et la prévention des chutes au personnel ainsi qu'aux patients et à leurs familles.

- Global Evidence-Mapping (GEM), dirigé par Russell Gruen (Australie) :
<http://www.evidencemap.org/index>

Le but du GEM est d'améliorer l'accès à la recherche dans le domaine de la santé. En concertation avec les milieux en neurotraumatologie, on a identifié des préoccupations importantes pour les phases pré-hospitalières, de soins aigus, de réadaptation et de soins de longue durée, pour les patients ayant subi un traumatisme crânien ou une blessure médullaire. On a ensuite développé des cartes (*evidence maps*) de la recherche sur chacune des préoccupations, ce qui permet de

voir les évidences pour chaque question (utile pour les intervenants, les patients et les aidants) ainsi que les domaines qui mériteraient qu'il y ait plus de recherche (utile pour les chercheurs, décideurs et organismes subventionnaires).

- <http://www.fecst.gouv.qc.ca/index.php?id=1>

Ce site web, mis sur pied par l'équipe d'évaluation du CST de l'AETMIS (<http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/809.1110.0.0.1.0.phtml>), rassemble de l'information pour soutenir l'amélioration continue des services de prévention primaire, secondaire, et tertiaire en traumatologie. Il est également un outil pour les partenaires pour permettre de remplir la fonction évaluative du CST.

- <http://www.repar.veille.qc.ca/fr/bulletin.html>

Le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) favorise l'accès à l'information sur l'adaptation et la réadaptation à travers un bulletin de veille scientifique intitulé *Réadap_veille*. Ce bulletin contient entre autres, les nouvelles publications les plus pertinentes et les événements à venir.

- <http://www.repar.veille.qc.ca/info-tcc/-Accueil->

Le site Internet INFO-TCC est dédié aux intervenants de la santé, aux gestionnaires, aux étudiants, aux membres associatifs et aux chercheurs intéressés par la clientèle ayant un traumatisme crânien (TCC). Elle est aussi une référence en information pour les personnes ayant un TCC, leur famille et leur entourage afin de leur donner accès à une information de pointe dans un format adapté à leur réalité, et de les aider à prendre des décisions éclairées. Cette ressource est développée sur la base des besoins des personnes concernées par le TCC et en partenariat avec les acteurs concernés par la problématique du traumatisme crânien. Une infolettre scientifique sur la résilience est aussi en ligne sur le site. Celle-ci s'adresse autant aux intervenants en soins aigus, en réadaptation, qu'en intégration communautaire qu'à la population en général.

- *Quel est le rôle du chercheur dans le processus d'échange et d'application des connaissances*, présentation donnée par Brigitte Vachon
http://slidfinder.net/q/quel_rôle_chercheur_processus_échange/4236514

Cette présentation de Brigitte Vachon synthétise en quelques pages les liens entre la recherche, les données probantes et le TC de même que certains défis que nous avons signalés dans notre rapport.

- <http://kuuc.chair.ulaval.ca/francais/index.php>

Le site Web de la La Chaire FCRSS/IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation de l'Université Laval est notoire parce qu'il est une source incontournable de connaissances sur le TC

- Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté (UQAM) : *Augmenter la retombée de l'utilisation des connaissances dans les organisations de services humains et sociaux.*

Même si ce n'est pas en santé, cette brochure est du plus grand intérêt pour son modèle conceptuel unique sur la capacité d'utilisation des connaissances par les organisations (sept compétences distinctes mais complémentaires forment le système dynamique de la capacité d'utilisation des connaissances soit : la capacité de vision et de leadership, la capacité d'acquisition, la capacité réflexive, la capacité d'intégration, la capacité de création/diffusion, la capacité d'adaptation et la capacité relationnelle).

La brochure n'est pas publiée mais on peut en obtenir un exemplaire gratuit en écrivant à : chagnon.francois@uqam.ca.