

## Le transfert des connaissances au service du réseau de la santé et des services sociaux : perceptions d'acteurs et d'actrices clés

Julie Lane\*, Maxime Guillette, Sèverine Lanoue, Saliha Ziam et Esther McSween-Cadieux

**RÉSUMÉ** | Le transfert des connaissances (TC) est une activité clé au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ayant une mission universitaire (MU) au Québec. Bien que son importance soit soulignée, les modalités concrètes de sa mise en œuvre demeurent peu documentées. Cet article s'appuie sur une vaste consultation menée en 2021 visant à soutenir l'actualisation des critères de désignation universitaire au Québec, et explore plus spécifiquement les perceptions concernant la définition et les objectifs du TC, les types d'activités réalisées et les facteurs facilitant ou entravant leur mise en œuvre. Des données qualitatives ont été recueillies lors de 43 entretiens de groupe réunissant 322 personnes impliquées ou concernées par la MU. Les résultats positionnent la fonction de TC comme essentielle dans le RSSS et comme un levier clé de l'intégration de l'ensemble des fonctions de la MU. Les personnes interrogées ont rapporté la réalisation d'une diversité d'activités en matière de TC, tout en identifiant des facteurs facilitants et des obstacles significatifs. Parmi ces derniers figurent des enjeux liés aux ressources et aux capacités des établissements ainsi qu'un manque d'alignement avec la reddition de compte des instances gouvernementales, contribuant à faire en sorte que le TC soit peu priorisé dans le contexte. Cela a des répercussions sur la capacité des acteurs et actrices à déployer des activités de TC. Ces constats soulignent l'importance de mieux structurer et soutenir cette fonction afin de consolider son rôle dans l'amélioration continue des pratiques et des services.

**MOTS CLÉS** | *Transfert des connaissances, établissement de santé et de services sociaux, mission universitaire, facteurs facilitants et obstacles*

### MESSAGES CLÉS

- | Le TC est reconnu comme une composante essentielle de la mission universitaire, contribuant à renforcer les liens entre la recherche, l'enseignement et l'amélioration des soins et services dans le RSSS.
- | Les activités de synthèse et de dissémination des connaissances sont bien présentes dans les établissements, alors que les activités permettant l'échange de connaissances et celles de soutien à l'implantation, bien que reconnues comme importantes, semblent moins fréquentes.
- | Plusieurs obstacles peuvent limiter la portée du TC, notamment un manque de structuration organisationnelle, des ressources limitées, des politiques de reddition de compte et de performance peu alignées avec cette fonction et des contraintes liées à la charge de travail du personnel clinique.
- | Divers leviers peuvent être mobilisés pour renforcer le TC, notamment des infrastructures dédiées pour améliorer la coordination, un soutien accru aux personnes impliquées (ressources, temps, reconnaissance, etc.) et des mécanismes favorisant le partage entre les établissements.

## 1 | INTRODUCTION

Au Québec, les établissements de santé et de services sociaux à mission universitaire (MU) sont désignés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en vertu de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS) et des cadres de référence ministériels encadrant les critères de désignation. Cette désignation repose sur la contribution significative de ces établissements à des fonctions universitaires : les soins spécialisés et surspécialisés, l'enseignement, la recherche, l'évaluation des technologies et des modes d'intervention, le transfert de connaissances (TC), le développement de pratiques de pointe et le rayonnement. Alors que les trois premières fonctions sont historiquement associées à la mission universitaire en santé (centres hospitaliers universitaires), les autres fonctions, telles que le TC, ont été davantage mises de l'avant avec la désignation des établissements en services sociaux (Lanoue et al., 2022).

Parmi les objectifs de la mission universitaire figure l'amélioration continue des services offerts à la population, notamment par une meilleure utilisation des données issues de la recherche. Toutefois, le passage des connaissances à la pratique constitue un processus bien souvent complexe, qui exige du temps, des efforts concertés et la mise en place de stratégies de transfert de connaissances diversifiées et adaptées (Boaz et al., 2019; Holmes et al., 2017; Straus et al., 2013). Le TC<sup>1</sup> est ainsi compris comme « *un processus dynamique et itératif qui englobe toutes les activités visant la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application des connaissances* » (Instituts de recherche en santé du Canada, 2016). Il suscite un intérêt croissant dans les domaines de la santé et des services sociaux, notamment en raison de sa capacité à mobiliser les plus récentes connaissances issues de la recherche dans les pratiques et les politiques et, *in fine*, de son potentiel à contribuer à l'amélioration de la santé des populations (Straus et al., 2013). Dans cette optique, les établissements désignés sont appelés à se doter de structures de gestion des connaissances afin de soutenir et d'actualiser cette fonction (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010).

Dans la littérature internationale, la mission universitaire telle que déployée au Québec peut être rapprochée de celle des *Academic Health Centers* qui intègrent soins, recherche et enseignement. Ces centres sont fréquemment décrits comme des lieux d'innovation et de mobilisation des données probantes (Borden et al., 2015; Ferlie et al., 2012; Gray et Schubert, 2013; Raus et al., 2020; Robinson et al., 2020; Sanfilippo, 2010; VanLare et al., 2011). Bien qu'il n'existe pas de définition unique et consensuelle de ces établissements (p. ex. structure, gouvernance, buts et activités), leur mission est généralement décrite comme tripartite comprenant l'offre de soins cliniques, la production de connaissances scientifiques et la formation des professionnels et professionnelles de la santé (Edelman et al., 2018; French et al., 2014; Raus et al., 2020; Wartman, 2015). Plusieurs écrits soulignent l'importance du TC dans ces milieux en tant que levier intégrateur pour lier les résultats de la recherche, l'enseignement des meilleures pratiques et l'amélioration des soins et des services spécialisés (Côté-Boileau et al., 2020; Grumbach et al., 2014; King et al., 2016; Raus et al., 2020; Wartman, 2008, 2015). Toutefois, peu d'écrits se sont intéressés à clarifier et définir les contours du TC en tant que fonction

---

<sup>1</sup> Le terme « transfert de connaissances » est utilisé puisqu'il correspond à l'intitulé encore généralement utilisé au sein du RSSS. Nous reconnaissons que les termes *partage*, *mobilisation*, *science de l'implantation* sont également utilisés.

propre d'une mission universitaire. Dans ce contexte, l'expérience québécoise, où cette fonction est explicitement reconnue dans les critères de désignation universitaire, offre l'occasion d'en explorer les contours et les modalités concrètes d'actualisation.

Malgré l'essor et le dynamisme du champ de pratique et de recherche du TC (Barwick et al., 2020; Esmail et al., 2020; Grimshaw et al., 2012) et le leadership du Canada dans le domaine (Graham et al., 2006; Straus et al., 2013), les publications scientifiques portant sur les pratiques concrètes de TC dans les établissements désignés du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) demeurent peu nombreuses. Certains travaux réalisés dans le RSSS au Québec ont permis 1) d'identifier et catégoriser les activités de TC (St-Cyr Tribble et al., 2008), 2) d'identifier certaines conditions qui facilitent l'intégration des fonctions de la MU par la contribution du TC (Côté-Boileau et al., 2020) ou encore 3) de recenser les infrastructures québécoises ayant une mission de TC (Manceau et Lane, 2021). Cependant, les perceptions des acteurs et actrices du RSSS à l'égard de cette fonction, de ses objectifs et des défis liés à sa mise en œuvre sont encore peu documentées.

Le présent article s'inscrit dans le cadre d'un mandat confié par le MSSS visant à accompagner scientifiquement une démarche d'actualisation des critères de désignation universitaire dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Cette démarche avait pour objectif de soutenir le développement d'une vision harmonisée et intégrée de la mission universitaire, incluant ses différentes fonctions, dont celle du transfert de connaissances. Cet article mobilise les données collectées dans le cadre de ce projet afin de documenter plus spécifiquement la fonction de TC, un domaine souvent évoqué, mais encore peu défini de manière générale. L'analyse vise ainsi à mettre en lumière les perceptions et les expériences d'acteurs et d'actrices clés du RSSS québécois concernant la définition et les objectifs du TC, les activités mises en œuvre qui lui sont associées ainsi que les facteurs facilitants et les barrières à leur réalisation.

## 2 | MÉTHODOLOGIE

L'étude qualitative présentée ici découle d'une vaste consultation menée en 2021 sur la mission universitaire dans le RSSS au Québec.

### 2.1 | Recrutement et personnes participantes à l'étude

Les participants et participantes ont été recrutés lors de deux vagues de consultation (mai-juillet et septembre-octobre 2021). Les personnes participantes des établissements ont été rejointes par l'intermédiaire des directions responsables de la recherche. Les autres organisations ont été rejointes en communiquant avec les directions générales. Dans chaque organisation, la personne-ressource identifiée était invitée à former un groupe de discussion rassemblant les personnes concernées par la mission universitaire.

Des entretiens de groupe (n=43) ont été menés auprès de 322 personnes professionnelles, chercheuses et gestionnaires interpellées par la MU (Baribeau et Germain, 2010; Krueger et Casey, 2015). Parmi les personnes participantes, une majorité (n=203) provient des établissements en santé et services sociaux, soit 16 établissements désignés universitaires par les autorités ministérielles et ayant une MU et 8

établissements sans désignation universitaire et n'ayant pas de MU (bien que réalisant tout de même, dans une moindre intensité, des activités de recherche, d'enseignement et de TC). Les autres personnes participantes étaient basées dans des organisations collaborant avec les établissements du RSSS ayant une MU. Le tableau 1 présente la répartition des personnes participantes.

**Tableau 1 | Fonctions et types d'organisations représentés parmi les personnes participantes**

Fonctions ou types d'organisations	n
<b>Établissements du RSSS</b>	
Haute direction (PDG, PDGA, DGA)	34
Directions liées à la mission universitaire (DEUR, DCMU, DMU, DEURI, DAUER, DREU, DAA, DERUR, DSMER, DREI, DEAU)	62
Directions programmes-services (DSI, DSM, DSP, DSMD, DSAPA, DDITSADP, DPJe)	44
Personnes liées aux secteurs désignés dans les établissements (CHU, IU, CAU, CHAU)	41
Directions administratives et de soutien (DQEPE, DRHCAJ, DSPu, DTBI)	10
Autres (représentant GMF-U, retraité du réseau, représentant universitaire, consultant)	12
<b>Organisations collaborant avec les établissements</b>	
Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux (RUISSS)	42
Organismes liés au MSSS (BI, INESSS, INSPQ)	34
Universités (UdeM, UQAM, McGill, ULaval, UdeS, UQAC, UQTR)	36
Autres sociétés publiques (Unité SSA Québec, Réseau-1 Québec)	7
<b>TOTAL</b>	<b>322</b>

## 2.2 | Collecte des données

Les entretiens de groupe, d'une durée variant entre 60 et 120 minutes, ont été réalisés en ligne via la plateforme Microsoft Teams. Toutes les personnes participantes ont signé un formulaire d'information et de consentement. Ce projet a reçu l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche – Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke.

Puisque le projet portait plus largement sur la MU, les guides d'entretien comprenaient d'abord des questions générales sur la définition de la MU, ses fonctions, ainsi que les défis et facilitateurs à son implantation. Des questions spécifiques étaient ensuite posées pour chacune des fonctions, incluant le

transfert de connaissances (p. ex. Quelle importance accordez-vous à la fonction du TC ? En quoi permet-elle d'actualiser la mission universitaire de l'établissement ? Comment devrait s'actualiser ou s'intégrer cette fonction ?) (Lanoue et al., 2022).

### 2.3 | Analyse des données

Les entretiens de groupe ont été enregistrés puis retranscrits intégralement par une professionnelle de recherche selon une approche à deux voies, distinguant les interventions des personnes participantes de celles des animatrices, sans toutefois identifier les locuteurs de manière nominative. Ce choix visait à préserver l'anonymat, notamment dans les contextes où l'identification aurait été possible, tout en valorisant l'égalité des voix et des perspectives exprimées au sein des groupes. Par ailleurs, bien que l'échantillon inclue des établissements avec ou sans mission universitaire, aucune analyse comparative n'a été réalisée afin de favoriser une compréhension transversale de la fonction de transfert de connaissances dans le réseau, ni ne visait à mettre en lumière les tensions ou divergences entre ces organisations.

L'analyse de contenu est la méthode ayant été privilégiée pour traiter les données (Bardin, 2013). Pour les fins du présent article, l'ensemble des segments de verbatims portant sur le TC ont été repérés (pas seulement lorsque la question portait spécifiquement sur le TC) dans le corpus global de données. Un total de 354 extraits a ainsi été identifié et codé à l'aide du logiciel NVivo (version 12, 2018). Une approche d'analyse en deux temps, d'abord déductive et ensuite inductive, a été utilisée. Dans un premier temps, tous les extraits ont été regroupés dans de grandes catégories thématiques correspondant aux types d'activités de TC évoquées et aux facteurs d'influence. Dans un deuxième temps, une analyse inductive a été menée à l'intérieur de ces catégories pour faire émerger les perceptions des personnes interrogées le plus fidèlement possible.

L'analyse des activités de TC s'appuie sur la classification issue des travaux de Graham et ses collègues (2006) qui distingue quatre composantes : 1) la synthèse de connaissances (mise en contexte de résultats de recherche et leur intégration dans l'ensemble des connaissances sur un sujet), 2) la dissémination (stratégies visant à rendre accessibles les productions et connaissances aux personnes utilisatrices), 3) l'échange (activités permettant des interactions entre les chercheurs et chercheuses et les autres parties prenantes) et 4) l'implantation (utilisation et application des connaissances en pratique). Les facteurs facilitants et les obstacles ont été organisés selon six dimensions : les facteurs liés aux connaissances, aux personnes productrices ou utilisatrices des connaissances, aux activités de TC ainsi qu'aux contextes organisationnel et politique (McSween-Cadieux et al., 2022).

## 3 | RÉSULTATS

### 3.1 | Définitions et objectifs du TC

Le TC est considéré par plusieurs personnes participantes comme étant un élément essentiel pour atteindre la finalité de la MU, à savoir d'améliorer la santé des populations :

« Le TC, [...] c'est une fonction absolument fondamentale du mandat universitaire au complet. [...] si on n'en fait pas une priorité et qu'on développe des connaissances, et qu'on ne les transfère pas, l'essence même de la mission ne s'accomplit pas. » (Extrait d'entretien)

Sur le plan de la terminologie, certaines personnes estiment que l'expression « transfert de connaissance » ne reflète pas la complexité du processus, qui implique l'application des connaissances dans les pratiques réelles. De ce fait, celles-ci préféreraient que d'autres termes soient utilisés, comme : « mobilisation »; « intégration »; « appropriation » de connaissances.

Les objectifs du TC rapportés par les participants et participantes sont les suivants :

- De construire un pont entre la recherche et les personnes intervenantes.
- De rendre accessible et de promouvoir ce qui se fait de mieux ici et ailleurs en termes de pratiques de soins et de services, et ce, à partir de données pertinentes, voire probantes.
- D'assurer le maintien et le développement des connaissances et des compétences des intervenants et intervenantes, d'augmenter le sentiment de compétence et ainsi de contribuer à favoriser la rétention et l'attraction du personnel.
- D'offrir un soutien à la prise de décision à l'ensemble des directions dans l'atteinte de leurs objectifs de soins et services.
- De renforcer le pouvoir d'agir des personnes citoyennes et usagères, de démocratiser le savoir et de fournir l'information juste, au bon moment et au bon public cible.

Certaines personnes consultées définissent aussi le TC comme étant associé à la recherche. Dans ce cas, le TC est alors perçu comme :

- Un soutien aux chercheurs et chercheuses pour faire de la vulgarisation scientifique et de la diffusion des connaissances.
- L'engagement des chercheurs et chercheuses de mener des activités de TC dans les établissements à la suite de projets de recherche.

Ainsi, les définitions et objectifs rapportés montrent que le TC est intimement lié aux autres fonctions de la MU, comme l'enseignement, la recherche et les soins cliniques, et qu'il peut contribuer à mieux les lier.

### 3.2 | Types d'activités de TC mises en œuvre

#### Synthèse de connaissances

Les personnes rencontrées ont fait référence à une diversité de documents de type synthèse des connaissances, telles que des revues rapides de la littérature pour soutenir la prise de décision, des avis d'experts, des consensus d'acteurs ou actrices du RSSS et des guides de pratique. Ces synthèses sont

parfois produites par des équipes spécialisées en TC dans les établissements et, en plus, les établissements ont également régulièrement accès à de nombreuses synthèses produites par des sociétés savantes partenaires ayant un mandat national (p. ex. INESSS, INSPQ, Consortium InterS4). De ce fait, il est possible de constater que les établissements ayant une MU ont accès à une multitude de synthèses de connaissances.

### **Dissémination des connaissances**

De nombreuses activités de dissémination ont été rapportées par les personnes participantes. Certaines sont plus traditionnelles, comme des publications, la diffusion de documents via des infolettres ou via des envois ciblés à certains utilisateurs ou utilisatrices potentielles, l'organisation de conférences, d'ateliers, de discussions avec certaines directions dans l'établissement. Par ailleurs, plusieurs autres types d'activités plus émergentes ont également été identifiés : publication de messages sur les réseaux sociaux, Facebook live, podcasts, plateformes virtuelles pour les personnes professionnelles et communautés de pratique. Le choix de format, et même des personnes qui les présentent, varie en fonction des retombées visées et des destinataires ciblés.

En plus de favoriser l'accès aux connaissances, la dissémination est perçue comme étant intrinsèquement liée avec le rayonnement des activités de recherche et un levier pour obtenir de la visibilité (p. ex. prix d'excellence, hôte d'événements scientifiques, médiatisation des résultats de recherche). Dans un effet d'enchaînement, la visibilité favorise l'attraction d'éminents chercheurs ou chercheuses ou la participation à des projets de recherche d'envergure internationale. Ainsi, la dissémination comporte également une dimension organisationnelle stratégique.

### **Échange de connaissances**

Ce type d'activités implique une dynamique d'échange bidirectionnelle, entre les personnes productrices de connaissances et celles qui les utilisent. L'importance des échanges bidirectionnels a été soulevée lors des entretiens. Certaines personnes ont souligné la participation de cliniciens et cliniciennes dans la co-construction de projet ou au soutien à la prise de décision des gestionnaires. Malgré la reconnaissance de la pertinence des échanges de connaissances et quelques exemples qui avançaient positivement dans ce sens, la plupart des activités d'échanges identifiées étaient unidirectionnelles et allaient des personnes productrices de connaissances vers celles qui les utilisent.

### **Implantation**

Deux grandes approches s'opposent en ce qui concerne l'implantation. Pour certaines personnes participantes, toutes les activités de TC favorisent naturellement l'implantation des connaissances et auront ultimement certains effets sur la qualité des soins et services dispensés. Cette posture est toutefois remise en cause par d'autres qui estiment que davantage d'efforts sont requis pour soutenir l'application des connaissances dans la pratique afin d'en favoriser l'utilisation et vérifier si des effets se produisent réellement.

*« Il y a une multitude d'activités de TC à travers le réseau. Mais le problème, c'est qu'il y a un manque de suivi de l'utilisation et de l'appropriation de ces connaissances. Parce qu'on a beau donner des conférences, des colloques, des congrès, mais après, qu'est-ce qu'on fait*

avec ces connaissances ? Si on ne le sait pas, on n'a pas atteint notre objectif. » (Extrait d'entretien)

Au-delà d'un discours plus général appelant à accorder davantage d'attention à l'implantation dans les pratiques, peu d'activités concrètes allant dans ce sens ont été repérées dans les contenus des entretiens. Parmi les quelques exemples, une personne évoque la pertinence des communautés de pratique pour favoriser l'application des connaissances et suggère d'intensifier ce type d'activité qui tient mieux compte du passage de la connaissance à la pratique réelle des personnes utilisatrices.

### 3.3 | Facteurs facilitant ou entravant la réalisation des activités de TC

L'analyse des données a permis d'identifier une diversité de facteurs pouvant influencer la réalisation d'activités de TC dans le RSSS. Le tableau 2 présente la synthèse de ces facteurs.

**Tableau 2 | Synthèse des principaux facteurs facilitants et barrières au TC dans le RSSS**

Niveau d'analyse	Facilitants	Barrières
Politique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Volonté de partage accru des connaissances à l'échelle provinciale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mobilisation inégale de l'expertise des établissements ayant une mission universitaire</li> </ul>
Organisationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Structuration du TC dans l'organisation pour assurer coordination et cohérence</li> <li>Conditions favorables au changement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilité parfois dispersée à l'interne</li> <li>Politiques de performance et de reddition de compte peu compatibles avec le TC</li> </ul>
Producteurs et productrices de connaissances	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perceptions d'attentes accrues des organismes subventionnaires et établissements en TC</li> <li>Soutien dans les établissements (ressources humaines)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque de soutien financier ou humain pour réaliser le TC</li> <li>Capacités et compétences inégales en TC</li> </ul>
Activités de TC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usage accru des technologies</li> <li>Stratégies adaptées aux besoins des publics cibles</li> <li>Création de postes en soutien</li> <li>Pratiques collaboratives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégies classiques peu adaptées</li> <li>Faible suivi des retombées et de l'application des connaissances</li> </ul>
Utilisateurs et utilisatrices de connaissances	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconnaissance de l'importance de la co-construction</li> <li>Importance des initiatives visant à favoriser l'implication dès la conception des projets</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contraintes de temps liées à la charge clinique</li> <li>Priorisation des activités cliniques (performance et reddition de comptes)</li> </ul>
Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développement de stratégies plus agiles et de produits de connaissances plus courts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inadéquation entre rythme de production des connaissances et besoins décisionnels</li> </ul>

## Facteurs au niveau politique

Un nombre élevé de personnes rencontrées suggèrent d'intensifier le partage des connaissances produites par les établissements ayant une MU afin qu'elles puissent mieux influencer les pratiques et les décisions dans l'ensemble du RSSS. Par exemple, une plateforme nationale pourrait être mise en place pour que les établissements ayant une MU puissent rendre accessibles leurs travaux dans leur champ d'expertise, autant aux établissements du RSSS qu'à leurs partenaires névralgiques (p. ex. les universités).

*« Pourquoi on ne partagerait pas sur le plan provincial les innovations, les actions de mission universitaire sous une veille ou par n'importe quel moyen ? Il me semble qu'il manque ça. »*  
(Extrait d'entretien)

En plus, de nombreux acteurs et actrices du RSSS dans des établissements ayant une MU n'ont pas l'impression que leur expertise est utilisée à son plein potentiel pour influencer les politiques publiques. Quelques personnes interrogées mentionnent que certaines directions ministérielles semblent avoir tenté de mieux mobiliser les expertises des établissements ayant une MU pour appuyer leurs travaux. Toutefois ces efforts seraient inconsistants d'une direction ministérielle à l'autre.

## Facteurs liés au contexte organisationnel

Plusieurs personnes participantes ont suggéré que les activités de TC visaient souvent les individus et que ceux-ci portaient explicitement la responsabilité du changement, mais que les organisations devaient en faire davantage pour s'assurer que les conditions favorisent le TC et la transformation des pratiques.

D'abord, la structure organisationnelle et les politiques internes à l'organisation ont fait l'objet de nombreuses discussions lors des entretiens. Une meilleure intégration du TC dans les organisations et les politiques internes serait fondamentale. Selon certaines personnes interrogées, la responsabilité du TC est généralement dispersée à travers un ensemble de programmes au sein des organisations et il y aurait un certain manque de structuration pour être en mesure de le mettre en œuvre de façon cohérente. La capacité de développer une infrastructure qui assure de la cohérence et une coordination pour mieux orchestrer les efforts de TC réalisés semble un facteur facilitant (p. ex. une équipe mandatée pour coordonner le TC et regroupant des chercheurs et chercheuses ainsi que des gestionnaires et des cliniciens et cliniciennes de différentes directions). À l'inverse, certaines organisations qui n'ont pas ce type d'infrastructure présentent ce contexte comme étant un facteur entravant la réalisation du TC :

*« Actuellement, on a peu de structure. On n'a pas d'experts. On n'a pas nécessairement de budget. Le TC, je vous le dis, ça se fait un peu... on tourne les coins ronds. »* (Extrait d'entretien)

Par ailleurs, les participants et participantes ont identifié un autre obstacle majeur, soit celui des politiques internes de reddition de compte et de performance. Celles-ci ne tiennent pas compte du TC des chercheurs et chercheuses vers le personnel clinique, ou des cliniciens et cliniciennes vers les

personnes étudiantes, et de l'amélioration des activités cliniques qui en découlent, mais elles sont surtout centrées sur la quantité d'activités cliniques réalisées.

### **Facteurs liés aux personnes productrices de connaissances**

Les chercheurs et chercheuses perçoivent que les organismes subventionnaires (fédéraux et provinciaux) et les établissements du RSSS qui autorisent la réalisation des projets de recherche exigent de plus en plus que des activités de TC soient menées, ce qui peut constituer un levier favorisant le TC. Malgré ces attentes et les plans de TC développés, la réalisation de ces activités de TC se fait souvent attendre.

*« [...] on a actuellement 135 projets en cours, une trentaine d'essais cliniques. La centaine d'autres projets, souvent, je suis interpellée par les différentes directions cliniques : "On n'a pas de retour des chercheurs". » (Extrait d'entretien)*

À cet effet, certaines personnes mentionnent que sans apport supplémentaire en ressources financières et humaines spécialisées, les activités de TC vers les milieux pratiques sont difficiles à réaliser pour les équipes de recherche. Pour composer avec ces entraves, certains tentent d'obtenir des financements spécifiques pour réaliser des activités de TC :

*« Donc, j'ai dit au PDG [président de l'établissement ayant une MU] que je ne prenais pas ce mandat-là à moins qu'on me donne des ressources. [...] on ne reçoit pas d'argent du FRQ [Fonds de recherche du Québec] pour faire du TC. On ne le reçoit pas de l'université. On ne le reçoit de personne. Et ça devient de plus en plus important pour que le public sache ce qu'on fait puis que les utilisateurs, dans notre établissement ou dans le réseau, puissent utiliser finalement les résultats de notre recherche. Donc, c'est hyper important, mais non-subventionné... on assume que ça va se faire tout seul. » (Extrait d'entretien)*

En plus de tenter d'obtenir des financements spécifiques pour réaliser des activités de TC, des gestionnaires du RSSS évoquent la possibilité de prévoir des ressources humaines dans les établissements pour soutenir les activités de TC :

*« On prenait en charge une partie du salaire de professionnels de recherche qui agissaient un peu comme, de vulgarisateurs scientifiques ou de courtiers de connaissances. C'est sûr que pour faire de beaux travaux intéressants comme ça, bien, ça prend des ressources supplémentaires sinon les chercheurs ne peuvent pas l'assumer à même leur subvention de recherche. » (Extrait d'entretien)*

Un tel arrangement au sein des établissements permet également de compenser les capacités et compétences inégales des personnes productrices de connaissances en matière de TC, en mobilisant des spécialistes dans ce domaine.

### **Facteurs liés aux activités de TC**

Si les stratégies plus traditionnelles de TC (publications et communications) ont une importance certaine, plusieurs participants et participantes insistent sur l'importance d'également mobiliser de nouvelles stratégies qui rejoignent mieux les publics cibles. Les technologies sont perçues comme étant un levier

crucial pour rejoindre facilement de nombreuses personnes potentiellement intéressées. L'usage des technologies demeurerait limité dans le RSSS avant 2019, mais la pandémie a généré une accélération du déploiement des plateformes informatisées et de leur usage. Ainsi, il s'agit d'un facteur favorable. Par ailleurs, au-delà de la quantité d'activités de TC, plusieurs personnes participantes soulignent l'importance de mettre en place des stratégies personnalisées qui tiennent compte des besoins spécifiques des publics cibles et de l'intégration effective des connaissances issues du TC dans leurs pratiques. Sinon, la connaissance peut se rendre jusqu'aux utilisateurs et utilisatrices, sans avoir toutefois l'effet réel et durable attendu sur leurs pratiques.

*« Je pense qu'il faudrait insister davantage aussi sur l'accompagnement des équipes. Il y a quelque chose aussi dans l'utilisation efficiente et dynamique [des connaissances], que l'on devrait accompagner davantage. »* (Extrait d'entretien)

Pour être en mesure de réellement atteindre cette cible et de mieux accompagner les publics cibles, les personnes participantes ont proposé plusieurs facteurs facilitants. Au cours des dernières années, plusieurs postes ont été créés (p. ex. courtiers ou courtières de connaissances) afin de construire des ponts entre les connaissances et leur utilisation :

*« Puis on est en train de former plein de courtiers de connaissances. [...] on a 12 personnes actuellement en formation pour ça. [...] je trouve que c'est une belle avancée aussi dans tout le développement du TC. »* (Extrait d'entretien)

*« Dans chaque équipe, il y avait ce qu'ils appelaient un "sage". C'était généralement un des professionnels qui était intéressé à aller voir des articles scientifiques puis qui allait capter cette information-là, qui était libéré, [...] faire de la lecture puis vraiment faire une vigie des articles qu'il ramenait à l'équipe. »* (Extrait d'entretien)

Les participants et participantes misent sur ces rôles pour mieux répondre à des enjeux précis identifiés par plusieurs et réfléchir aux façons d'incorporer les connaissances dans leur pratique. Le souhait d'avoir davantage de courtiers et courtières de connaissances dans leurs organisations est partagé par plusieurs.

En plus de la consolidation et de l'expansion de la fonction de courtage de connaissances, les personnes consultées proposent d'impliquer plus rapidement les publics cibles dans des activités de co-construction. Cela aurait des effets positifs sur l'utilisation des connaissances dans les pratiques, tout en favorisant l'adhésion des individus aux activités de TC.

### **Facteurs liés aux utilisateurs et utilisatrices**

Les utilisateurs et utilisatrices de connaissances les plus souvent cités par les personnes interrogées sont les gestionnaires et le personnel clinique. Cependant, quelques personnes soulignent également l'importance de mieux cibler les usagers et usagères ainsi que les partenaires externes à leur organisation en TC :

*« Le TC, ça s'adresse aussi à la population. »* (Extrait d'entretien)

Selon les personnes consultées, le processus de TC devrait s’amorcer à partir du moment où un projet se définit, idéalement en co-construction avec les divers utilisateurs et utilisatrices potentielles. La co-construction peut se vivre au sein d’un établissement entre les personnes chercheuses et cliniciennes, avec des partenaires externes de l’établissement, entre plusieurs établissements, etc.

*« On utilise beaucoup des méthodes de co-construction, des méthodes participatives, des comités qui se fondent beaucoup sur la conception des programmes de mobilisation des connaissances. [...] pas juste des chercheurs, pas juste des intervenants. Ça prend des gestionnaires. Ça prend des patients partenaires. »* (Extrait d’entretien)

Cette co-construction est identifiée, par plusieurs, comme étant essentielle pour favoriser le partage d’expériences entre diverses parties prenantes, car elle permet de s’assurer d’une adéquation entre les besoins des utilisateurs et utilisatrices et les projets, et finalement, elle favorise leur adhésion au TC.

Malgré cette volonté de mieux inclure les personnes utilisatrices des connaissances dans des processus de co-construction et d’intensifier les efforts de TC, certaines personnes interrogées nomment que les cliniciens et cliniciennes se heurtent aux exigences de performance et de reddition de compte, ce qui limite leur participation. Ainsi, ces personnes se trouvent coincées entre leur implication dans ces activités de TC et la réalisation des activités cliniques :

*« Dans le contexte actuel des soins de santé, le personnel doit souvent choisir entre participer à des recherches, assister à des séances de formation ou répondre aux besoins immédiats des clients. Ainsi, de nombreux membres du personnel et étudiants doivent moralement choisir de répondre à un client avant d’opter pour un nouvel apprentissage. »* (Extrait d’entretien)

### **Facteurs liés aux connaissances**

Selon plusieurs, le principal défi de la connaissance est le temps nécessaire pour la produire. Il y aurait un décalage entre le rythme de la recherche et les besoins exprimés par les gestionnaires ou les cliniciens et cliniciennes.

*« Si moi, j’ai besoin de prendre une décision ou d’être éclairé par rapport à une décision sur un programme clinique, je ne veux pas la réponse dans deux ans. Il faut que ça avance. »* (Extrait d’entretien)

Malgré tous ses effets d’alourdissement sur le RSSS, la pandémie de COVID-19 est perçue comme étant un facteur favorable sur le plan des vitesses de production des connaissances et du TC. Les gestionnaires ainsi que les cliniciens et cliniciennes devaient avoir accès rapidement à des connaissances pour décider, intervenir, agir et fonctionner dans cette situation de crise. Cela aurait favorisé l’émergence de nouvelles stratégies et de nouveaux formats de TC plus courts pour répondre à des besoins précis et émergents :

*« Je pense qu’il y a un processus qui est assez long, qui est même des fois je trouve un petit peu rigide, mais là, pendant la COVID, on a su faire preuve d’agilité pour des réponses rapides. [...]. Je ne dis pas qu’il ne faut pas que le processus soit rigoureux, mais je pense*

*qu'il faut qu'il soit un petit peu plus agile selon les besoins de la clientèle aussi.* » (Extrait d'entretien)

Ainsi, bien que certains chantiers de TC doivent être de plus grande envergure et s'étaler dans le temps, il est probable que la pandémie aura ouvert de nouvelles voies plus rapides pour le TC quand il s'agit de besoins précis et imminents.

## 4 | DISCUSSION

Les résultats révèlent que les acteurs et actrices clés du RSSS au Québec perçoivent le TC comme une fonction essentielle pour atteindre la finalité ultime de la mission universitaire, soit de contribuer à l'amélioration de la santé des populations. Une telle perspective est en résonance avec la littérature internationale qui s'intéresse aux centres de santé à vocation académique (Borden et al., 2015; Ferlie et al., 2012; Gray et Schubert, 2013; Raus et al., 2020; Robinson et al., 2020; Sanfilippo, 2010; VanLare et al., 2011). Plusieurs soulignent le rôle intégrateur du TC, qui permettrait de dépasser les silos et favoriser l'intégration des différentes fonctions universitaires comme celles de la recherche et de l'enseignement et de réellement influencer les pratiques et les décisions (Borden et al., 2015; Côté-Boileau et al., 2020; Raus et al., 2020; Sanfilippo, 2010).

Nos résultats confirment cette perspective, en mettant en lumière un éventail d'activités de TC actuellement mises en œuvre dans le RSSS québécois. Ce constat rejoint des travaux précédents menés sur les infrastructures québécoises de TC (Manceau et Lane, 2021) et illustre que cette fonction dépasse largement la publication scientifique traditionnelle souvent valorisée en recherche (Borden et al., 2015; Gonzalo et al., 2021; King et al., 2016). Néanmoins, la présente étude montre que les activités permettant l'échange de connaissances et celles visant le soutien à l'implantation sont moins fréquemment mises en œuvre, ce qui suggère une capacité encore inégale à accompagner les différentes équipes cliniques dans l'intégration des connaissances dans leur pratique. Ce constat faisait déjà l'objet de préoccupations en 2008 dans une étude menée dans des établissements ayant une MU dans le secteur des services sociaux du Québec (St-Cyr Tribble et al., 2008).

Il convient toutefois de souligner que certaines actions locales susceptibles de contribuer de manière significative à l'utilisation des meilleures connaissances disponibles n'ont peut-être pas été pleinement captées par la présente étude. En effet, plusieurs activités, bien qu'elles ne soient pas explicitement désignées comme relevant du TC, participent à la circulation, à l'adaptation et à l'appropriation des meilleures connaissances disponibles dans les établissements. Par exemple, le rôle de nombreuses personnes professionnelles en soutien à la qualité, à l'amélioration continue ou au développement des pratiques (p. ex. spécialistes en activités cliniques, agents ou agentes de planification, de programmation et de recherche (APPR), conseillers ou conseillères en soins infirmiers) mérite d'être pris en compte dans une lecture plus élargie de la fonction de TC dans le RSSS québécois.

Les résultats permettent également de mettre en lumière divers facteurs qui facilitent ou freinent le déploiement des activités de TC dans le RSSS. En écho à la littérature, certains constats généraux méritent d'être discutés. Tout d'abord, les personnes consultées reconnaissent le rôle du TC comme

levier essentiel de la mission universitaire. Toutefois, cette reconnaissance devrait s'accompagner d'un ancrage organisationnel fort (dans les structures, les priorités stratégiques et les processus décisionnels), ainsi que d'un soutien financier ministériel suffisant et d'une clarification des rôles et responsabilités des personnes œuvrant en TC, comme le soulignent plusieurs travaux sur le TC dans des systèmes complexes (Holmes et al., 2017; Rycroft-Malone et al., 2016). Lorsque le TC est porté par des individus isolés, sans ressources ou coordination suffisantes, cela peut compromettre sa pérennité et son efficacité (Kislov et al., 2017). À cet effet, on voit émerger dans la littérature de plus en plus d'écrits qui s'intéressent à la mise en place de plateformes, d'infrastructures ou d'unités dédiées au TC, dotées de mécanismes de gouvernance favorisant les partenariats et les collaborations intersectorielles (Breckon et Boaz, 2023; MacKillop et Downe, 2023; Partridge et al., 2020). De tels dispositifs, conçus pour soutenir une approche intégrée et institutionnalisée du TC, pourraient inspirer des réflexions quant au renforcement de cette fonction dans le contexte du RSSS québécois. Au-delà de la structuration interne, des mécanismes de coordination entre les établissements apparaissent également essentiels pour renforcer la cohérence du TC dans l'ensemble du réseau (Hong et al., 2025). À cet égard, des initiatives telles que la communauté de pratique en science de l'implantation et en transfert de connaissances (SITC) du MSSS, mise sur pied en 2022, représentent des espaces prometteurs pour le partage d'innovations et la circulation des apprentissages à l'échelle du RSSS.

Notre étude révèle également une adhésion marquée aux démarches de co-construction et aux pratiques collaboratives en TC. Celles-ci sont perçues comme un moyen pour assurer la pertinence et l'applicabilité des connaissances produites ou mobilisées, en réponse aux réalités des milieux (Boaz et al., 2018; Dunn et al., 2023; Jull et al., 2017). Cette perspective s'inscrit dans la mouvance des modèles interactionnels du TC, qui valorisent la collaboration entre les personnes productrices et utilisatrices de connaissances (Gagliardi et al., 2016; Holmes et al., 2017; Ward et al., 2009) et qui remettent en question les modèles linéaires traditionnels. Néanmoins, malgré cet intérêt, plusieurs facteurs limitent la mise en œuvre de ces démarches, notamment l'absence de temps dédié, de soutien formel ou de reconnaissance dans les pratiques organisationnelles. Dans ce contexte, la présence de courtiers et courtières de connaissances, qui assurent des fonctions de médiation, de liaison, de facilitation et de renforcement des capacités, apparaît comme facilitant le TC (Bornbaum et al., 2015; Cranley et al., 2017; Glegg et Hoens, 2016). Le développement de ces rôles, encore inégalement implantés, est perçu comme un levier prometteur pour renforcer les capacités organisationnelles et soutenir les dynamiques de collaboration. En parallèle, l'importance de mieux soutenir les personnes chercheuses afin de s'assurer que leurs recherches aient des retombées dans les milieux de pratique du RSSS est également un besoin qui demeure (St-Cyr Tribble et al., 2008).

Enfin, la pandémie de COVID-19 a agi comme un catalyseur, en favorisant l'adoption de méthodes et stratégies abrégées, plus agiles et des formats de TC plus ciblés et plus courts et une utilisation accrue des outils numériques afin de répondre aux besoins en temps opportun (Hong et al., 2025; McSween-Cadieux et al., 2024). Par ailleurs, l'intelligence artificielle suscite un intérêt croissant pour son potentiel à soutenir le TC, notamment par la synthèse et l'évaluation de données scientifiques, la personnalisation des contenus ou l'optimisation des modalités de diffusion. Bien qu'encore en émergence dans le RSSS, ces technologies offrent des perspectives à explorer pour renforcer l'arrimage entre connaissances et pratiques. Toutefois, l'importance du relationnel demeure fondamentale dans les démarches de TC

orientées vers le changement, qu'il s'agisse de construire des relations de confiance, de soutenir l'appropriation ou d'accompagner les milieux (Dobbins et al., 2018; McSween-Cadieux et al., 2023; Metz et al., 2022). Dans cette perspective, les innovations numériques peuvent être des leviers complémentaires aux relations interpersonnelles (Nguyen et al., 2021).

#### 4.1 | Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites importantes à souligner. D'abord, les données analysées proviennent d'un projet plus vaste portant sur l'ensemble des fonctions de la mission universitaire. Bien que le TC ait été abordé, la plupart des questions ne portaient pas uniquement sur cette fonction. Il est donc possible que certains types d'activité, initiatives locales ou enjeux liés au TC n'aient pas été pleinement explorés. Malgré cela, une quantité importante de contenu a porté sur le TC, ce qui a tout de même permis de constituer un répertoire de données significatives.

Ensuite, bien que les entretiens de groupe soient appropriés et permettent d'accéder aux perceptions d'un nombre élevé de participants et participantes, cette méthode présente certaines limites (Baribeau et Germain, 2010). Par exemple, certaines personnes peuvent prendre plus de temps de parole que d'autres et d'autres peuvent nuancer leur propos pour éviter d'aller à l'encontre des normes sociales. Les personnes animatrices ont ainsi pris plusieurs précautions, comme encourager la diversité des points de vue au début de chaque entretien, solliciter la participation des personnes plus discrètes, et inviter à s'exprimer par écrit après la rencontre au besoin (ce que quelques personnes ont fait).

Par ailleurs, bien que des personnes participantes provenant de différents milieux aient été consultées, l'analyse ne visait pas à comparer les perspectives entre ces groupes. Il est possible que des différences dans les représentations du TC existent selon les établissements, les mandats ou les secteurs, mais celles-ci n'ont pas été analysées dans le cadre de cette étude. De plus, une autre limite est liée au fait que certaines perspectives comme celles des patients et patientes, usagers et usagères, personnes proches aidantes et citoyens et citoyennes n'ont pas été directement documentées. Enfin, certaines initiatives récentes, mises en place après la collecte des données en 2021, pourraient ne pas avoir été captées.

## 5 | CONCLUSION

Les résultats de cette étude soulignent que le TC est perçu par les acteurs et actrices du RSSS rencontrés comme un levier important pour soutenir l'amélioration des pratiques, la prise de décision éclairée, et ultimement, contribuer à la santé des populations. Cette fonction est présente dans les établissements sous diverses formes, avec des niveaux d'intensité qui varient tout comme leur potentiel de transformation des pratiques. Un travail collectif de clarification, de structuration et de valorisation du TC semble pertinent à poursuivre, spécialement dans le contexte actuel de la réforme et la mise en place de Santé Québec. Le besoin d'une meilleure reconnaissance des efforts de TC a été nommé par les personnes consultées, mais aussi le besoin de soutien pour aller plus loin, notamment en matière de ressources, de financement, de coordination et de partage entre établissements.

Pour renforcer cette fonction au sein de la mission universitaire, cinq pistes d'action générales sont proposées : 1) développer un portail national regroupant les ressources, activités et initiatives en TC, accessible à l'ensemble des établissements, 2) mettre en place une infrastructure responsable du TC dans chaque établissement désigné universitaire soutenue par le MSSS, 3) prendre en compte davantage le TC dans les processus de reddition de compte, 4) documenter les retombées des activités de TC sur les pratiques et les décisions et 5) mieux reconnaître les activités de TC dans la tâche des personnes cliniciennes, professionnelles ou gestionnaires. Dans un contexte où les enjeux de santé sont de plus en plus complexes, le développement d'un écosystème robuste et coordonné de TC, à l'image d'un système de santé apprenant, constitue un levier stratégique pour renforcer l'impact de la mission universitaire.

## AFFILIATION DES AUTRICES ET AUTEURS

**Julie Lane, Ph. D.**

Faculté d'éducation | Université de Sherbrooke  
Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale

**Maxime Guillette, Ph. D.**

École de travail social | Faculté des lettres et sciences humaines | Université de Sherbrooke

**Sèverine Lanoue, Ph. D.**

Faculté d'éducation | Université de Sherbrooke  
Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale

**Saliha Ziam, Ph. D.**

École des sciences de l'administration | Université TÉLUQ

**Esther McSween-Cadieux, Ph. D.**

École des sciences de l'administration | Université TÉLUQ

## RÉFÉRENCES

- Baribeau, C. et Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : Considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 22.
- Barwick, M., Dubrowski, R. et Petricca, K. (2020). *Knowledge translation: The rise of implementation*. <https://ktdrr.org/products/kt-implementation/KT-Implementation-508.pdf>
- Boaz, A., Davies, H., Fraser, A. et Nutley, S. (2019). *What works now? Evidence-informed policy and practice*. Policy Press.
- Boaz, A., Hanney, S., Borst, R., O'Shea, A. et Kok, M. (2018). How to engage stakeholders in research: Design principles to support improvement. *Health Research Policy and Systems*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0337-6>
- Borden, W. B., Mushlin, A. I., Gordon, J. E., Leiman, J. M. et Pardes, H. (2015). A new conceptual framework for academic health centers. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(5), 569-573. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000688>
- Bornbaum, C. C., Kornas, K., Peirson, L. et Rosella, L. C. (2015). Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: A systematic review and thematic analysis. *Implementation Science*, 10(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0351-9>
- Breckon, J. et Boaz, A. (2023). *Evidence Intermediary organisations: Moving beyond a definitional morass*. (Transforming Evidence Working Paper Series No. TE-2023-001). <https://doi:10.70399/HUDW1786>
- Côté-Boileau, É., Cambourieu, C. et Denis, J.-L. (2020). *Synthèse des connaissances sur l'intégration de la mission universitaire pour l'innovation et l'amélioration des pratiques cliniques* (p. 39). CIUSSS de l'Estrie - CHUS.
- Cranley, L. A., Cummings, G. G., Profetto-McGrath, J., Toth, F. et Estabrooks, C. A. (2017). Facilitation roles and characteristics associated with research use by healthcare professionals: A scoping review. *BMJ Open*, 7(8), e014384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014384>
- Dobbins, M., Traynor, R. L., Workentine, S., Yousefi-Nooraie, R. et Yost, J. (2018). Impact of an organization-wide knowledge translation strategy to support evidence-informed public health decision making. *BMC Public Health*, 18(1), 1412. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6317-5>
- Dunn, S. I., Bhati, D. K., Reszel, J., Kothari, A., McCutcheon, C. et Graham, I. D. (2023). Understanding how and under what circumstances integrated knowledge translation works for people engaged in collaborative research: Metasynthesis of IKTRN casebooks. *JBIC Evidence Implementation*, 21(3), 277. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000367>
- Edelman, A., Taylor, J., Ovseiko, P. V. et Topp, S. M. (2018). The role of academic health centres in improving health equity: A systematic review. *Journal of Health Organization & Management*, 32(2), 279-297. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2017-0255>
- Esmail, R., Hanson, H. M., Holroyd-Leduc, J., Brown, S., Striffler, L., Straus, S. E., Niven, D. J. et Clement, F. M. (2020). A scoping review of full-spectrum knowledge translation theories, models, and frameworks. *Implementation Science*, 15(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-0964-5>
- Ferlie, E., Crilly, T., Jashapara, A. et Peckham, A. (2012). Knowledge mobilisation in healthcare: A critical review of health sector and generic management literature. *Social Science & Medicine*, 74(8), 1297-1304. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.042>

- French, C. E., Ferlie, E. et Fulop, N. J. (2014). The international spread of Academic Health Science Centres: A scoping review and the case of policy transfer to England. *Health policy*, 117(3), 382-391. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.005>
- Gagliardi, A. R., Berta, W., Kothari, A., Boyko, J. et Urquhart, R. (2016). Integrated knowledge translation (IKT) in health care: A scoping review. *Implementation Science*, 11, 38. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0399-1>
- Glegg, S. M. et Hoens, A. (2016). Role domains of knowledge brokering: A model for the health care setting. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 40(2), 115-123. <https://doi.org/10.1097/NPT.000000000000122>
- Gonzalo, J. D., Dekhtyar, M., Caverzagie, K. J., Grant, B. K., Herrine, S. K., Nussbaum, A. M., Tad-y, D., White, E. et Wolpaw, D. R. (2021). The triple helix of clinical, research, and education missions in academic health centers: A qualitative study of diverse stakeholder perspectives. *Learning Health Systems*, 5(4), 1-13.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Gray, M. et Schubert, L. (2013). Knowing what we know about knowledge in social work: The search for a comprehensive model of knowledge production. *International Journal of Social Welfare*, 22(4), 334-346. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12013>
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J. et Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
- Grumbach, K., Lucey, C. R. et Johnston, S. C. (2014). Transforming from centers of learning to learning health systems: The challenge for academic health centers. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 311(11), 1109-1110. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.705>
- Holmes, B. J., Best, A., Davies, H., Hunter, D., Kelly, M. P., Marshall, M. et Rycroft-Malone, J. (2017). Mobilising knowledge in complex health systems: A call to action. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 13(3), 539-560. <https://doi.org/10.1332/174426416X14712553750311>
- Hong, Q. N., McSween-Cadieux, E., Guillette, M., Manceau, L. M., Li, J., Granikov, V., Pomey, M.-P., Gagnon, M.-P., Ziam, S., Dagenais, C., Dagenais, P., Lesage, A., Poder, T. G., Drapeau, M., Ridde, V. et Lane, J. (2025). Addressing evidence needs during health crises in the province of Quebec (Canada): A proposed action plan for rapid evidence synthesis. *BMC Health Services Research*, 25(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12204-y>
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2016). *À propos de l'application des connaissances*. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html>
- Jull, J., Giles, A. et Graham, I. D. (2017). Community-based participatory research and integrated knowledge translation: Advancing the co-creation of knowledge. *Implementation Science*, 12(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0696-3>
- King, G., Thomson, N., Rothstein, M., Kingsnorth, S. et Parker, K. (2016). Integrating research, clinical care, and education in academic health science centers. *Journal of health organization and management*, 30(7), 1140-1160. <https://doi.org/10.1108/JHOM-11-2015-0177>
- Kislov, R., Wilson, P. et Boaden, R. (2017). The "dark side" of knowledge brokering. *Journal of Health Services Research & Policy*, 22(2), 107-112. <https://doi.org/10.1177/1355819616653981>
- Krueger, R. A. et Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th edition). SAGE.

- Lanoue, S., Guillette, M., Lane, J. et Massuard, M. (2022). *Pour une vision universitaire harmonisée et porteuse dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois : Recension des écrits, perceptions d'acteurs-clés et pistes d'actions qui en découlent*. Publication du Centre RBC d'expertise universitaire en santé de l'Université de Sherbrooke.
- MacKillop, E. et Downe, J. (2023). Knowledge brokering organisations: A new way of governing evidence. *Evidence & Policy*, 19(1), 22-41. <https://doi.org/10.1332/174426421X16445093010411>
- Manceau, L. M. et Lane, J. (2021). *Référentiel des infrastructures de transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux* (Soutien à l'implantation des pratiques prometteuses et au transfert de connaissances dans le réseau de la santé et des services sociaux). Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- McSween-Cadieux, E., Lane, J., Hong, Q. N., Houle, A.-A., Lauzier-Jobin, F., Saint-Pierre Mousset, E., Prigent, O., Ziam, S., Poder, T., Lesage, A. et Dagenais, P. (2024). Production and use of rapid responses during the COVID-19 pandemic in Quebec (Canada): Perspectives from evidence synthesis producers and decision makers. *Health Research Policy and Systems*, 22(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01105-x>
- McSween-Cadieux, E., Lane, J., Kadio, K., Ridde, V. et Dagenais, C. (2022). Le transfert de connaissances et la science d'implantation : Pour que vos résultats d'évaluation aient plus d'impact. Dans L. Rey, J.-S. Quesnel, & V. Sauvin (Éds.), *Évaluer les initiatives en développement : Enjeux, approches, processus, méthodes et pratiques*. ÉNAP.
- McSween-Cadieux, E., Ziam, S. et Lane, J. (2023). Les compétences clés en courtage de connaissances : L'importance du soutien à l'implantation et des compétences relationnelles. *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 7(3), Article 3. <https://doi.org/10.18166/tuc.2023.7.3.43>
- Metz, A., Jensen, T., Farley, A., Boaz, A., Bartley, L. et Villodas, M. (2022). Building trusting relationships to support implementation: A proposed theoretical model. *Frontiers in Health Services*, 2, 894599. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.894599>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2010). *Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux : Mission, principes et critères*. Gouvernement du Québec.
- Nguyen, V. M., Bell, C., Berseth, V., Cvitanovic, C., Darwent, R., Falconer, M., Hutchen, J., Kapoor, T., Klenk, N. et Young, N. (2021). Promises and pitfalls of digital knowledge exchange resulting from the COVID-19 pandemic. *Socio-Ecological Practice Research*, 3(4), 427-439. <https://doi.org/10.1007/s42532-021-00097-0>
- Partridge, A. C. R., Mansilla, C., Randhawa, H., Lavis, J. N., El-Jardali, F. et Sewankambo, N. K. (2020). Lessons learned from descriptions and evaluations of knowledge translation platforms supporting evidence-informed policy-making in low- and middle-income countries: A systematic review. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00626-5>
- Raus, K., Mortier, E. et Eeckloo, K. (2020). Past, present and future of university hospitals. *Acta clinica Belgica*, 75(3), 177-184. <https://doi.org/10.1080/17843286.2019.1590024>
- Robinson, T., Bailey, C., Morris, H., Burns, P., Melder, A., Croft, C., Spyridonidis, D., Bismantara, H., Skouteris, H. et Teede, H. (2020). Bridging the research–practice gap in healthcare: A rapid review of research translation centres in England and Australia. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00621-w>
- Rycroft-Malone, J., Burton, R. C., Wilkinson, J., Harvey, G., McCormack, B., Baker, R., Dopson, S., Graham, I. D., Staniszewska, S., Thompson, C., Ariss, S., Melville-Richards, L. et Williams, L. (2016). Collective action for

- implementation: A realist evaluation of organisational collaboration in healthcare. *Implementation Science*, 11, 17. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0380-z>
- Sanfilippo, F. (2010). Academic health centers. *Studies in Health Technology and Informatics*, 153, 383-414.
- St-Cyr Tribble, D., Lane, J., Boyer, G., Aubé, D., Blackburn, F., Brassard, C., Gendron, S., Labadie, J.-F., Belleau, H. et La Gall, J. (2008). *Le cadre de référence « trans-action » en transfert des connaissances : Rapport de recherche : Le transfert des connaissances entre praticiens, gestionnaires et chercheurs comme source d'innovation en CLSC*. Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Direction de la coordination et des affaires académiques. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1563403>
- Straus, S. E., Tetroe, J. et Graham, I. D. (Éds.). (2013). *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed). Wiley/BMJ Books.
- VanLare, J. M., Conway, P. H. et Rowe, J. W. (2011). Building academic health centers' capacity to shape and respond to comparative effectiveness research policy. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(6), 689-694. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318217d0d1>
- Ward, V., House, A. et Hamer, S. (2009). Knowledge brokering: The missing link in the evidence to action chain? *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 5(3), 267-279. <https://doi.org/10.1332/174426409X463811>
- Wartman, S. A. (2008). Toward a Virtuous Cycle: The Changing Face of Academic Health Centers. *Academic Medicine*, 83(9), 797-799. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318181cf8c>
- Wartman, S. A. (Éd.). (2015). *The transformation of academic health centers: Meeting the challenges of healthcare's changing landscape*. Elsevier/AP, Academic Press is an imprint of Elsevier.

### CITATION SUGGÉRÉE

Lane, J., Guillette, M., Lanoue, S., Ziam, S. et McSween-Cadieux, E. (2025). Le transfert des connaissances au service du réseau de la santé et des services sociaux : perceptions d'acteurs et d'actrices clés. *Revue sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 9(3).  
<https://doi.org/10.18166/tuc.2025.9.3.52>



ISSN | 2369-8896

[www.revue-tuc.ca](http://www.revue-tuc.ca)



Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons  
Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International