



National Collaborating Centre  
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale  
des déterminants de la santé



**ANALYSE CRITIQUE DES MODÈLES DE PASSAGE DES CONNAISSANCES À LA PRATIQUE ET DE LEUR PORTÉE DANS LA PROMOTION DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ**

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit :

Davison, C.M. et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). *Analyse critique des modèles de passage des connaissances à la pratique et de leur portée dans la promotion de l'équité en santé*, Antigonish, N.-É., Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-926823-51-5

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses et le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils.

Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse [www.ccnds.ca](http://www.ccnds.ca).

A PDF format of this publication is also available in English at [www.nccdh.ca](http://www.nccdh.ca) under the title *Critical Examination of Knowledge to Action Models and Implications for Promoting Health Equity*.

*Le présent document est le fruit d'une collaboration entre trois Centres de collaboration nationale (CCN). Créés en 2005, et bénéficiant d'une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada, les CCN produisent de la documentation destinée à aider les professionnels de la santé publique à améliorer leur réponse par rapport aux menaces à la santé publique, aux maladies chroniques et aux blessures, aux maladies infectieuses et aux inégalités de santé. Leur mission consiste à synthétiser, à appliquer et à échanger les connaissances en santé publique en vue d'améliorer la pratique de santé publique au Canada.*



National Collaborating Centre  
for Determinants of Health  
Centre de collaboration nationale  
des déterminants de la santé

### **Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé**

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé s'intéresse aux facteurs sociaux et économiques qui agissent sur la santé de la population canadienne. Son personnel interprète, puis diffuse les données probantes aux professionnels et aux personnes travaillant dans les organismes de santé publique en vue d'influer sur les déterminants corrélatifs et de faire avancer l'équité en santé.

#### **Coordonnées**

Université St. Francis Xavier  
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5  
[ccnds@stfx.ca](mailto:ccnds@stfx.ca)  
Téléphone : (902) 867-5406  
Télécopieur : (902) 867-6130  
[www.ccnds.ca](http://www.ccnds.ca)  
Twitter : @NCCDH\_CCNDS



National Collaborating Centre  
for Infectious Diseases  
Centre de collaboration nationale  
des maladies infectieuses

### **Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses**

Le Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses rassemble, résume et diffuse les travaux de recherche et les renseignements sur les technologies et les outils disponibles en matière de prévention des maladies transmissibles en vue d'échanger le savoir avec ses principaux acteurs, notamment les leaders, les conseillers en politiques et les praticiens de la santé publique.

#### **Coordonnées**

International Centre for Infectious Diseases  
515, avenue Portage  
Winnipeg (MB) R3B 2E9  
Téléphone : (204) 943-0051  
Télécopieur : (204) 946-0927  
[www.ccni.ca](http://www.ccni.ca)



National Collaborating Centre  
for Methods and Tools  
Centre de collaboration nationale  
des méthodes et outils

### **Centre de collaboration nationale des méthodes et outils**

Le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils fournit du leadership et du savoir-faire quant à ce qui fonctionne en santé publique. Nous croyons que l'utilisation de données probantes dans la pratique de la santé publique et dans l'élaboration des politiques peut améliorer le système de santé publique et, par conséquent, la santé de tous les Canadiens. Nous vous aidons à trouver et à utiliser des méthodes et des outils innovateurs, à jour et de grande qualité qui vous permettent d'échanger sur ce qui fonctionne en santé publique.

#### **Coordonnées**

École des sciences infirmières,  
Université McMaster  
1685, rue Main Ouest, bureau 302  
Hamilton (ON) L8S 1G5  
Téléphone : (905) 525-9140, poste 20455  
Télécopieur : (905) 529-4184  
[www.ccnmo.ca](http://www.ccnmo.ca)

## REMERCIEMENTS

Colleen Davison, Ph. D., professeure adjointe à l'Université Queen's, a mené les recherches et élaboré le présent document. Elle est reconnaissante d'avoir reçu pour ce faire une bourse aux chercheurs émergents du Réseau de recherche sur l'amélioration de la santé des populations.

Sume Ndumbe-Eyoh, spécialiste du transfert des connaissances, et Connie Clement, directrice scientifique du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, ont passé en revue le document et en ont coordonné l'élaboration.

Nous remercions en outre les membres du comité de lecture externe, soit : Louise Potvin, Ph. D., Faculté de médecine de l'Université de Montréal; Maureen Dobbins, Ph. D., Centre de collaboration nationale des méthodes et

outils; Erica Di Ruggiero, Emma Cohen et Rachel McClean, Institut de la santé publique et des populations, Instituts de recherche en santé du Canada; Dr Allan Ronald, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (anciennement); D<sup>r</sup> Joel Kettner, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses.

Les adjoints de recherche Ariel Pulver et Bryn Pinkerton ont contribué en partie à la recherche documentaire et à la compilation de l'annexe 1.

Nous tenons à souligner l'apport du Comité sur la diffusion du savoir du Conseil canadien sur les déterminants sociaux de la santé de même que les analystes de la Division des initiatives sur les déterminants sociaux de la santé de la Direction des initiatives stratégiques et des innovations, à l'Agence de la santé publique du Canada.

# SOMMAIRE

## Introduction

Ce rapport avait pour objectif d'examiner les modèles de passage des connaissances à la pratique, puis d'en effectuer un examen critique du point de vue de leur utilité en matière de promotion de l'équité en santé. Les grandes disparités en santé et les conditions sociales observées au Canada sont bien documentées. Les savoirs et les moyens d'intervention efficaces pour remédier à une bonne partie de ces iniquités sont bien connus. Pourtant les prises de conscience, les prises en charge et les interventions pratiques pour améliorer la santé des populations défavorisées se révèlent de plus en plus rares<sup>1</sup>. Cet écart entre les connaissances et la pratique pour renforcer l'équité en santé se trouve de plus en plus au cœur des préoccupations des chercheurs et des professionnels de la santé publique, à l'échelle mondiale.

## Notre démarche

Nous avons mené une recherche documentaire sur les modèles et les cadres déjà existants concernant le passage des connaissances à la pratique. Nous avons ensuite examiné ces modèles et cadres d'un œil critique, puis leur avons attribué un pointage FFES pour « facteur favorable à l'équité en santé ».

## Nos constatations

Nous avons retenu 48 modèles ou cadres déjà existants. Le pointage FFES a permis de repérer six modèles ayant cumulé des pointages de 8 à 10, sur un maximum de 12 points. Quatre des six modèles prometteurs tiennent compte de l'équité, de la justice ou d'un concept semblable. Les approches ou les actions multisectorielles se sont révélées le facteur le plus souvent absent de ces modèles. Les concepts de courtage des connaissances, de processus d'intégration (comme ceux de la recherche en santé autochtone) et d'écosanté pour l'application des connaissances sont tous ressortis comme des champs potentiellement prometteurs.

## Modèles

- Cadres de courtage des connaissances (*Knowledge Brokering Frameworks*)<sup>2</sup>
- Cadre de transfert de la recherche (*Framework for Research Transfer*)<sup>3</sup>
- Modèle d'entreprise en coparticipation pour l'utilisation des connaissances (*Joint Venture Model of Knowledge Utilization*)<sup>4</sup>
- Cadre de recherche translationnelle pour atténuer les disparités en santé (*Translational Research Framework to Address Health Disparities*)<sup>5</sup>
- Modèle d'application et d'échange des connaissances avec les collectivités autochtones du Nord (*Model of Knowledge Translation and Exchange with Northern Aboriginal Communities*)<sup>6</sup>
- Modèle d'écosanté pour l'application des connaissances (*Ecohealth Model applied to knowledge translation*)<sup>7</sup>

## Conclusions

Les modèles existants peuvent contribuer à orienter l'application des connaissances de manière à soutenir l'action exercée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Il faut développer et tester davantage les modèles. Un tel processus devrait s'appuyer sur les démarches écosanitaires de même que sur la recherche participative et intégrative.

## Répercussions sur le domaine de la santé publique

- Les modèles de transfert des connaissances existants peuvent aider à orienter l'application des connaissances afin d'éclairer les interventions en santé publique visant l'amélioration de l'équité en santé. Les six modèles repérés constituent des exemples prometteurs de modèles de passage des connaissances à la pratique qui présentent une certaine utilité pour ce qui est de soutenir des interventions sur les déterminants sociaux de la santé.
- Les modèles les plus pertinents sont ceux incorporant des valeurs et des principes associés à l'équité et à la justice sociale.
- Grâce à ces modèles, les organismes de santé publique cherchant à agir sur les déterminants sociaux de la santé pourront :
  - citer explicitement l'équité comme objectif;
  - faire participer les intervenants;
  - mettre l'accent sur l'engagement multisectoriel;
  - tirer des connaissances de sources multiples;
  - reconnaître l'importance des facteurs contextuels;
  - s'appuyer sur une démarche proactive ou de résolution de problème.
- Il y a lieu de concevoir et de valider de plus solides modèles favorables à l'équité. Cet exercice exigera de porter attention aux critères proposés dans le présent document.

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	2
MÉTHODES .....	3
Tableau 1 Cible de la recherche et résultats .....	4
CONSTATATIONS .....	5
Vue d'ensemble .....	5
Pertinence des modèles pour l'équité en santé .....	6
Tableau 2 Analyse de l'équité en santé dans les modèles de passage des connaissances à la pratique .....	7
DISCUSSION .....	12
LIMITES .....	14
CONCLUSION .....	15
RÉPERCUSSIONS SUR LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE .....	15
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	16
ANNEXE .....	19
ANNEXE 1 Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif .....	20

## INTRODUCTION

Tous les ans, les maladies évitables, les incapacités et les lacunes en matière de déterminants sociaux de la santé entraînent le décès ou l'amoindrissement de la santé et du bien-être de millions de personnes dans le monde. Au Canada notamment, on rapporte annuellement plus de 1600 nouveaux cas de tuberculose, de 2 500 nouveaux cas de sida et de 29 000 hospitalisations d'enfants<sup>8-10</sup> attribuables à des blessures non intentionnelles évitables en grande partie. En outre, près de trois millions de Canadiens vivent sous le seuil de faible revenu<sup>11</sup>, et 8,5 % des jeunes de 20 à 24 ans ne détiennent aucun diplôme d'études secondaires<sup>12</sup>. On constate naturellement de grandes inégalités dans la santé et les conditions sociales au sein de la population canadienne. Les groupes défavorisés se caractérisent comme étant souvent formés de réfugiés, d'Autochtones, de personnes racialisées ou de personnes vivant dans la pauvreté, sans logement convenable ou avec une incapacité. On dispose des connaissances et des moyens d'intervention éprouvés et efficaces pour répondre à bien des préoccupations associées à la santé et aux inégalités. Malheureusement, la promotion, l'application et l'utilisation des interventions se révèlent parfois infimes, voire infinitésimales, dans le cas des interventions pour améliorer la santé des populations défavorisées<sup>1</sup>.

La différence entre ce que l'on connaît au sujet d'un problème de santé donné ou d'une intervention possible, et ce qui s'accomplit en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, s'appelle l'« écart entre le savoir et l'agir ». Cet écart se trouve au cœur des préoccupations des chercheurs et des professionnels de la santé, de la santé publique et à l'échelle mondiale, et se rapporte de plus en plus à ce qui n'est pas fait pour renforcer l'équité en santé, y compris pour améliorer la santé des populations défavorisées. L'expression « passage des connaissances à la pratique » s'emploie au sens large pour parler du processus visant à combler l'écart entre ce que nous savons et ce que nous utilisons. On décrit ce concept de bien des façons, par exemple : application, diffusion, mise en pratique, transfert et échange des connaissances, diffusion d'une innovation ou d'une idée, et utilisation des connaissances ou des données probantes issues de la recherche pour éclairer le processus décisionnel.<sup>13-15</sup> Les recherches universitaires sur cette question se sont multipliées considérablement au cours des deux dernières décennies<sup>16-18</sup>. En 1990, on recensait dans Medline moins d'une centaine de textes de langue anglaise à l'aide d'une recherche par mots clés associés à l'application des connaissances. En février 2006, on en récupérait plusieurs milliers en employant la même stratégie de recherche<sup>19</sup>. Puis, en 2012, nous avons dénombré près de 110 000 textes en utilisant les mots clés suivants : application des connaissances; transfert des connaissances; diffusion; fondé sur les données probantes; et passage des connaissances à la pratique. Même si une pléthore de documents traitant des modèles et des cadres associés au passage des connaissances à la pratique a été publiée, très peu de travaux ont été menés sur les stratégies ou les composantes susceptibles d'influer favorablement sur l'équité en santé<sup>20</sup>. Quand on trouve de telles évaluations, elles concernent principalement la pratique médicale fondée sur les données probantes dans les pays à revenu élevé<sup>21</sup>. Pourtant, des théories, des modèles et des méthodes de passage des connaissances à la pratique pourraient sans doute contribuer au discours, en plus d'éclairer la pratique en vue d'atténuer les iniquités en santé au Canada et ailleurs dans le monde<sup>22</sup>.

Les iniquités en santé se définissent comme étant « les différences dans la santé que l'on considère comme injustes ou comme étant le résultat d'une forme d'injustice quelconque (actuelle ou historique) »<sup>23</sup> [traduction libre]. Elles se définissent également comme étant des iniquités injustes et évitables<sup>24</sup>. Cibler l'équité en santé veut dire travailler pour faire en sorte que tout le monde puisse réaliser son plein potentiel de santé sans se voir désavantagé à cet égard en raison de sa classe, de son statut socioéconomique ou de toute autre condition sociale donnée<sup>24,25</sup>. Certaines personnes peuvent être plus vulnérables aux iniquités en santé en raison de l'un ou l'autre des facteurs suivants : lieu de résidence, race ou ethnie, travail, genre, appartenance religieuse, éducation, statut socioéconomique, orientation sexuelle ou, encore, niveau de capital social ou d'accès aux services de santé et à d'autres ressources de santé<sup>26</sup>. Le fait que les populations défavorisées ne réalisent pas leur plein potentiel de santé constitue une iniquité en santé. Au cours des cinq dernières années, les auteurs de rapports de fond comme *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*<sup>27</sup> et *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada*<sup>28</sup> ont explicitement appelé à l'action afin de combler l'écart entre ce que nous savons au sujet des iniquités en santé et ce qui se fait pour y pallier ou les atténuer. Plus particulièrement, ils ont fait état du besoin de placer l'équité au cœur du processus décisionnel et d'élaboration des politiques; d'appliquer des méthodes inclusives et participatives reconnaissant diverses formes de savoirs et de perspectives; d'encourager l'interaction entre les instances et les secteurs; et de considérer les facteurs sociaux, politiques et économiques favorisant ou défavorisant les efforts dans le sens de l'équité en santé. Ce que l'on ne sait pas encore très bien est comment, à l'heure actuelle, la théorie et les modèles d'application des connaissances peuvent intervenir pour nous éclairer à propos des mesures requises pour surmonter ces difficultés.

L'objectif du présent projet consiste à examiner les modèles existants de passage des connaissances à la pratique, puis d'effectuer un examen critique d'un sous-ensemble prometteur du point de vue de leur utilité pour ce qui est de promouvoir et de favoriser l'équité en santé sur la scène canadienne et internationale.

## MÉTHODES

Nous avons mené une recherche documentaire sur les modèles et les cadres déjà existants concernant le passage des connaissances à la pratique. En raison de la multitude de conceptualisations et de terminologies employées dans le domaine, nous ne sommes pas limités aux seuls termes du « passage des connaissances à la pratique » pour la recherche et le dénombrement des modèles en découlant. Nous avons aussi inclus d'autres dérivations et conceptualisations comme : application des connaissances; transfert et échange des connaissances, « dissémination », diffusion, pratique fondée sur les données probantes; et mise en pratique. La technique d'échantillonnage en boule de neige a servi à dresser une liste de modèles et de cadres cités au cours des 15 dernières années (entre 1997 et 2012), soit la période où s'est effectuée la vaste majorité des recherches portant particulièrement sur le thème du passage des connaissances à la pratique. Nous avons commencé l'échantillonnage avec un premier

nombre de textes fondamentaux, puis progressé en fonction des listes de références bibliographiques et des principales citations utilisées. Des chercheurs universitaires spécialisés dans le domaine ont également alimenté la recherche. Trois approches ont donc permis de recenser les modèles :

- 1) une recherche par mots clés – en anglais – dans les titres et les résumés de quatre bases de données scientifiques [Ovid MEDLINE(R), PsycINFO , AMED Allied and Complementary Medicine et EBSCO Host CINAHL] ainsi que dans Google Scholar;
- 2) une analyse des listes de références bibliographiques et des textes cités dans les documents relevés;
- 3) des entretiens avec des spécialistes du domaine, dont ceux faisant partie du comité de lecture externe pour le présent document.

Nous avons apporté des modifications à la chaîne de recherche suivante pour interroger les bases de données avec des termes anglais correspondant à « diffusion » ou « passage des connaissances à la pratique » ou « application des connaissances » ou « transfert des connaissances », « modèle » ou « cadre », comme suit : (“*dissemination*” ou “*knowledge to action*” ou “*knowledge translation*” ou “*knowledge transfer*”).mp. et (“*model*” ou “*framework*”).m\_titl. Pour ces recherches dans les bases de données, nous nous sommes restreints à certaines années (de 1997 jusqu’au moment de la recherche) et à la langue anglaise. Cette stratégie de recherche est expliquée dans le tableau 1, ci-dessous.

**Tableau 1 : Cible de la recherche et résultats**

CIBLE DE LA RECHERCHE	RÉSULTATS DE RECHERCHE
Ovid MEDLINE(R) 1946 à la deuxième semaine d’août 2012	464 documents pertinents
PsycINFO 1967 à la deuxième semaine d’août 2012	89 documents additionnels
AMED (Allied and Complementary Medicine) 1985 à août 2012	3 documents additionnels
EBSCO Host CINAHL août 2012	89 documents additionnels
Google Scholar (premiers 6 écrans de résultats)	26 documents additionnels (aucune restriction d’année)
Analyse des listes de références bibliographiques parmi les documents relevés	18 documents additionnels (aucune restriction d’année)
Consultation de spécialistes	4 documents additionnels (aucune restriction d’année)

La stratégie de recherche a donc permis de répertorier un total de 693 documents. Après une analyse plus poussée, 114 documents ont été retenus comme expressément présentant, abordant, testant ou critiquant un modèle ou un cadre unique associé à une quelconque dérivation de l’expression « passage des connaissances à la pratique ». L’étape suivante consistait à dresser une liste de modèles encore plus particuliers.

À partir de cette liste de 114, l'auteure a procédé à la critique de chacun des modèles retenus, à l'aide de la description disponible et en fonction de six caractéristiques liées à l'équité en santé. Ces critères se rapportent aux facteurs associés aux problèmes d'équité en santé et sont commentés par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>27</sup>, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé<sup>28</sup>, et quelques autres. Ces caractéristiques sont :

- 1) une attention, une mention ou une considération particulières à l'égard de l'équité, de l'égalité, de la justice ou des groupes défavorisés ou vulnérables;
- 2) une conceptualisation inclusive des connaissances, permettant de garantir que divers types de connaissances et de manières de savoir seront considérés dans l'ensemble des données probantes;
- 3) une représentation des membres de la collectivité ou une participation de la collectivité comme partie intégrante du modèle ou du cadre;
- 4) l'existence d'interactions entre toutes les disciplines et tous les secteurs;
- 5) une référence particulière à un contexte social, physique, politique ou économique qui génère et applique des connaissances;
- 6) une attention particulière portée aux interventions proactives ou génératrices de solutions.

Les modèles ont été évalués à l'aide d'un barème de trois points, où 0 = aucune mention ou inclusion évidente dans la description fournie, **1 (•)** = mention ou inclusion imprécise ou partielle et **2 (\*)** = caractéristique clairement reflétée. On a ensuite fait le total des points, nommé pointage FFES, pour « facteur favorable à l'équité en santé ».

## CONSTATATIONS

### Vue d'ensemble

Au total, 48 modèles ou cadres consacrés au thème du passage des connaissances à la pratique ont été dénombrés. La plupart ont été conçus au cours des 15 dernières années. Certains modèles sont préalables à cette période tout simplement parce que la recherche dans Internet, l'analyse des listes de références bibliographiques et les consultations auprès des spécialistes ont été effectuées sans restriction de date. L'annexe 1 renferme la liste complète, par ordre chronologique, de ces modèles ainsi qu'une brève description et une source pour chacun d'entre eux.

Ces modèles de passage des connaissances à la pratique diffèrent beaucoup l'un de l'autre, notamment par leur façon de définir et de conceptualiser la connaissance (p. ex. données probantes issues de la recherche, innovations, idées) et la notion même de ce passage (p. ex. application, transfert, pratique fondée sur les données probantes, échange, mise en pratique et autres). Les modèles se distinguent aussi par leur point de vue. Dans certains modèles, l'utilisation de la théorie (ou des données probantes issues de la recherche) est conceptualisée soit pour solutionner des problèmes, soit à des fins tactiques ou politiques; d'autres portent leur attention sur les interactions, les obstacles ou les solutions entrant en jeu quand les connaissances servent à éclairer le processus décisionnel. Enfin, certains modèles s'intéressent à la résolution de problèmes et sont de nature pratique, alors que d'autres reposent plutôt sur une démarche théorique et philosophique.

Il semble y avoir eu une évolution dans le domaine au cours des 15 dernières années. Par exemple, l'analyse a repéré au moins quatre modèles qui ont découlé ou qui se sont inspirés d'autres modèles ou cadres au fil des ans : le modèle pour le transfert et l'échange des connaissances de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)<sup>29</sup> ; le modèle d'application des connaissances dans le cycle de recherche mis de l'avant par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)<sup>30</sup> ; le cadre axé sur l'équité<sup>1</sup> ; et le modèle concret et solide de mise en œuvre et de durabilité (PRISM)<sup>31</sup>. Nous avons aussi constaté qu'avec le temps, les chercheurs ont semblé s'intéresser de plus près au contexte du passage des connaissances à la pratique.

### **Pertinence des modèles pour l'équité en santé**

Le tableau 2 présente les 48 modèles du passage des connaissances à la pratique qui ont été évalués en fonction de six caractéristiques favorables à l'équité en santé. Une valeur de 0, 1 ou 2 pour chacune de ces six variables a été attribuée à chaque modèle, et le pointage total quantifie le « facteur favorable à l'équité en santé », ou FFES. Les six modèles ayant cumulé les plus hauts pointages sont mis en évidence. Il ne s'agit pas d'un résultat définitif ou exclusif, mais simplement d'une approche pour repérer ceux des modèles qui, parmi tant d'autres, pourraient se révéler pertinents du point de vue de l'équité en santé, tout en fournissant, du même coup, quelques renseignements sur tous les modèles recensés.

Les modèles ayant cumulé les plus hauts pointages sont les suivants : cadres du courtage des connaissances (Knowledge Brokering Frameworks)<sup>2</sup> ; le cadre de transfert de la recherche (Framework for Research Transfer)<sup>3</sup> ; le modèle d'entreprise en coparticipation pour l'utilisation des connaissances (Joint Venture Model of Knowledge Utilization)<sup>4</sup> ; le cadre de recherche translationnelle pour atténuer les disparités en santé (Translational Research Framework to Address Health Disparities)<sup>5</sup> ; le modèle d'application et d'échange des connaissances avec les collectivités autochtones du Nord (Model of Knowledge Translation and Exchange with Northern Aboriginal Communities)<sup>6</sup> ; et le modèle d'écosanté appliqué au transfert des connaissances (Ecohealth Model applied to knowledge translation)<sup>7</sup>. Les raisons pour lesquelles ces modèles présentent de l'intérêt se trouvent également dans le tableau 2 [traduction libre].

Tableau 2 : Analyse de l'équité en santé dans les modèles de passage des connaissances à la pratique

	Modèle	Accent explicite sur l'équité ou la valeur associée	Conceptualisation des connaissances inclusive	Engagement des intervenants	Accent explicite sur les interactions dans l'ensemble des instances ou des secteurs	Contexte souligné	Résolution des problèmes proactive	Total du pointage FFES
1	Modèle de la diffusion des innovations		●	●		●	●	4
2	Paradigme d'application des connaissances au sein d'un système de communications						●	1
3	Six modèles d'utilisation des connaissances		●	●		●		3
4	Modèle des deux collectivités ou des deux cultures			●		●	*	4
5	Quatre paliers d'utilisation des connaissances		●			*	*	5
6	Cadres du courtage des connaissances	*	*	*	●	*	●	10
7	Modèle de mesure de l'utilisation du savoir		*			●		3
8	Modèle d'utilisation de la recherche d'Ottawa	●	*			*	●	6
9	Modèle d'utilisation de la recherche					●	*	3
10	Modèle de transfert de la recherche de nature locale			*	●	*	*	7
11	Cadre pour le changement du comportement en matière de mise en pratique				●	*	●	4
12	Modèle du transfert technologique	●	●			●	●	4
13	Modèle de la FCRSS pour le transfert et l'échange des connaissances			*		*	*	6
14	Modèle de pratique fondée sur les données probantes de l'Iowa			*			*	4
15	Cadre pour la diffusion et l'utilisation de la recherche			●		●	●	3
16	Modèle d'utilisation de la recherche			●		*	●	4
17	Cadre d'application des connaissances en cinq points		●	*			●	4
18	Modèle d'application des connaissances Pathman-PRCEED		●	●		●	*	5

Tableau 2 : Analyse de l'équité en santé dans les modèles de passage des connaissances à la pratique

	Modèle	Accent explicite sur l'équité ou la valeur associée	Conceptualisation des connaissances inclusive	Engagement des intervenants	Accent explicite sur les interactions dans l'ensemble des instances ou des secteurs	Contexte souligné	Résolution des problèmes proactive	Total du pointage FFES
19	Cadre centré sur le contexte de l'utilisateur dans l'application des connaissances		●	*		*	*	7
20	Application des connaissances comme partie intégrante du modèle du cycle de recherche	●		*		*	●	6
21	Modèle conceptuel aux fins d'analyse des déterminants comme la diffusion, la « dissémination » et la mise en pratique			*		*	*	6
22	Modèle étoilé ACE de la transformation des connaissances		*			*	●	5
23	Cadre PARIHS de promotion des applications de la recherche à la pratique		*	●		*	*	7
24	Le cadre d'évaluation RE-AIM – portée, efficacité, adoption, mise en œuvre, maintien		●	●		●	●	4
25	Modèle visant à faire avancer la recherche et la pratique clinique grâce à la collaboration étroite pour une pratique fondée sur les données probantes en soins infirmiers et en soins de santé			*		*	*	6
26	Cadre de transfert de la recherche		●	*	●	*	*	8
27	Cadre d'application des données probantes à l'action		●			*	*	5
28	Modèle du processus des connaissances à la pratique		*			*	*	6
29	Cadre d'application des connaissances axé sur l'équité	*	●			*	*	7
30	Modèle d'entreprise en coparticipation pour l'utilisation des connaissances		*	*	●	*	●	8
31	Chaîne de valeur de la connaissance		*	●	●	●	*	7
32	Cadre d'intervention pour l'application des connaissances axée sur les résultats			*			*	4
33	Modèle de changement stratégique		*	●		*	●	6

Tableau 2 : Analyse de l'équité en santé dans les modèles de passage des connaissances à la pratique

	Modèle	Accent explicite sur l'équité ou la valeur associée	Conceptualisation des connaissances inclusive	Engagement des intervenants	Accent explicite sur les interactions dans l'ensemble des instances ou des secteurs	Contexte souligné	Résolution des problèmes proactive	Total du pointage FFES
34	Modèle de Trinity pour une pratique fondée sur les données probantes		*			*	*	6
35	Modèles d'utilisation des étapes de recherche			●		●	*	4
36	Cadre de reproduction des programmes efficaces		●	*		●	*	6
37	Cadre d'adhérence des connaissances		●	●		*	*	6
38	Modèle d'application des connaissances à grande échelle	●	●		*	*	●	7
39	Modèle d'application des connaissances des Sciences médicales de l'Université de Téhéran		●	●		*	*	6
40	Modèle d'application des connaissances axée sur la concertation entre la recherche et la pratique		●	*		●	*	6
41	Cadre de systèmes interactifs pour la diffusion et la mise en pratique		*	*		●	●	4
42	Modèle concret et solide de mise en œuvre et de durabilité		●	●		*	*	6
43	Cadre de recherche translationnelle pour atténuer les disparités en santé	*	*			*	*	8
44	Cadre de recherche translationnelle en santé publique						*	2
45	Cadre pour le transfert des connaissances en action		*			*	*	6
46	Modèle d'application et d'échange des connaissances avec les collectivités autochtones du Nord	*	*	*		*	●	9
47	Modèle de mise en pratique fondée sur les données probantes					*		2
48	Modèle d'écosanté appliqué au transfert des connaissances	*	●	●	*	*		8

LÉGENDE : 0 = aucune mention ou inclusion évidente dans la description fournie, 1 (●) = mention ou inclusion imprécise ou partielle, 2 (\*) = caractéristique clairement reflétée

Les cadres du courtage des connaissances (*Knowledge Brokering Frameworks*), mis de l'avant par Oldham et McLean<sup>2</sup>, ont cumulé le plus haut pointage de cette évaluation de l'équité en santé du point de vue du passage des connaissances à la pratique. Les auteurs présentent une série de trois cadres associés au courtage des connaissances, soit : un cadre théorique, un cadre transactionnel et un cadre du changement social. La combinaison de ces trois cadres explique le fort pointage obtenu. Ces cadres combinés favorisent explicitement la conceptualisation inclusive des connaissances sans sacrifier quoi que ce soit, même si un certain accent est mis sur les données probantes issues de la recherche. L'approche repose d'abord sur l'engagement d'intervenants provenant de divers horizons et met fortement l'accent sur les facteurs contextuels. Les auteurs abordent aussi comment l'utilisation du cadre du changement social dans le courtage des connaissances pourrait aider à atténuer les déséquilibres du pouvoir et encourager les travaux en faveur des droits de la personne.

La deuxième place revient au modèle d'application et d'échange des connaissances avec les collectivités autochtones du Nord (*Model of Knowledge Translation and Exchange with Northern Aboriginal Communities*)<sup>6</sup>. Celui-ci porte principalement sur l'application des connaissances aux collectivités autochtones du Nord, et comporte les interventions suivantes : établissement de partenariats et d'une relation de confiance avec et entre les membres de la collectivité; mise sur pied d'activités de développement des compétences; et obtention de la participation des travailleurs communautaires sur le terrain à toutes les étapes, notamment la planification de la recherche, puis la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données. Les chercheurs seront invités à organiser régulièrement des ateliers pour tous les membres de l'équipe de recherche et à s'engager à transmettre les résultats de recherche d'abord aux participants et aux collectivités aux fins de vérification et de validation. Ce modèle insiste aussi sur l'importance que les produits associés à la recherche et aux politiques soient pertinents, afin que les décideurs gouvernementaux puissent les utiliser pour alimenter les politiques et la pratique. Les auteurs proposent un remarquable modèle d'intégration de la recherche et d'application des connaissances concernant les groupes vulnérables, et y ajoutent une sensibilité aux dimensions éthique, culturelle et spirituelle propres aux peuples autochtones. Ce modèle obtient un bon pointage dans l'évaluation de l'équité en santé pour les raisons suivantes : il met un accent explicite sur l'équité et la justice; il milite pour une conceptualisation inclusive des connaissances; il encourage la participation positive et soutenue de la collectivité; il est sensible aux facteurs contextuels. Le modèle se classe moins bien en matière de résolution de problèmes. Même s'il s'agit implicitement d'une approche appliquée, les auteurs ne décrivent pas explicitement s'ils choisissent la recherche (ou devraient la choisir) en fonction d'une question ou d'un problème particuliers. Ils n'expliquent pas non plus comment aborder la question des priorités. Enfin, les auteurs ne s'attardent pas non plus au travail de concertation entre les instances ou les secteurs, même s'il est possible de voir comment cet aspect pourrait facilement s'intégrer au modèle.

Les quatre modèles suivants ont chacun obtenu la marque de « 8 » à l'évaluation des facteurs favorables à l'équité en santé. Le cadre de recherche translationnelle pour atténuer les disparités en santé (*Translational Research Framework to Address Health Disparities*), proposé par Fleming et ses collaborateurs<sup>5</sup>, vise essentiellement l'atténuation des disparités en santé en caractérisant plus

particulièrement et en appliquant plus efficacement les résultats de recherche. Ce cadre est basé sur deux modèles conceptuels interreliés. Dans le premier, on montre comment faire avancer la recherche sur les disparités en santé en cernant mieux les disparités, en examinant leurs causes, en élaborant et en mettant en œuvre des interventions, puis en effectuant le suivi des résultats différentiels. Dans le deuxième modèle, on explique le concept de passage des connaissances à la pratique et ses différentes composantes dans le contexte de la recherche en santé (p. ex. appliquer les « connaissances de laboratoire » au « chevet des patients » et jusqu'à la « collectivité et la pratique en santé publique »). Les auteurs insistent sur la nécessité de relier la recherche biomédicale à la recherche en santé publique et clinique, et d'utiliser la recherche dans des applications pratiques et des interventions en santé communautaire. Les forces de ce modèle résident dans le fait qu'il s'intéresse particulièrement aux disparités en matière de santé et que, logiquement, il propose de traiter des problèmes découlant de ces disparités. De plus, les auteurs mettent nettement l'accent sur les facteurs contextuels et se montrent favorables à une approche inclusive des connaissances.

Deux autres modèles obtiennent aussi la note « 8 », et pour les mêmes raisons : le cadre de transfert de la recherche (*Framework for Research Transfer*)<sup>3</sup> et le modèle d'entreprise en coparticipation pour l'utilisation des connaissances (*Joint Venture Model of Research Utilization*)<sup>4</sup>. Ils abordent tous les deux la plupart des aspects sous-jacents aux six caractéristiques examinées et accordent une attention toute particulière aux facteurs contextuels. Edgard et ses collaborateurs s'intéressent de près aux interactions observées dans certains contextes donnés, par exemple chez les individus qui s'engagent dans des organismes, lesquels agissent eux-mêmes dans une sphère sociale. Le leadership, l'intelligence émotionnelle, le travail et les contextes sociopolitiques sont également au nombre des composantes dont il est question. Dans leur cadre, Nieva et ses collaborateurs déterminent que les utilisateurs finaux ont besoin d'un « leader du changement » et que les outils d'intervention doivent être adaptés aux besoins locaux et aux contextes organisationnels particuliers. Les développements et les adaptations en matière de stratégies de passage des connaissances à la pratique se rattachant aux contextes particuliers d'équité en santé pourraient s'inspirer des composantes de ces modèles. En outre, ces deux modèles mentionnent le travail interdisciplinaire ou intersectoriel.

Le modèle d'écosanté utilisé pour l'application des connaissances (*Ecohealth Model as applied to knowledge translation*)<sup>7</sup> est le dernier à obtenir un pointage de « 8 » dans l'évaluation des facteurs favorables à l'équité en santé. Il combine un modèle axé sur la santé et un modèle sur le passage des connaissances à la pratique. Ce modèle d'écosanté (décrit par Hancock<sup>32</sup> et aussi par d'autres) fait le pont entre le domaine de la santé et celui de l'écologie; il s'attarde à la santé des humains, à la santé d'autres espèces et à l'environnement naturel. Les humains et la santé des humains sont des composantes d'écosystèmes. Arrendondo et Orozco<sup>7</sup> s'appuient sur cette conceptualisation et y superposent un modèle de passage des connaissances à la pratique qui prévoit la participation de chercheurs et d'autres spécialistes dans des domaines précis de la connaissance (et de différents types de connaissance), de même que celle de décideurs ou de membres de la collectivité. Les auteurs soulignent que ce sont les piliers de la transdisciplinarité, de la participation et de l'équité qui étayent un tel modèle, fédérant un modèle d'écosanté et un modèle de passage des connaissances à la pratique.

## DISCUSSION

L'objectif du présent projet consistait à reconsidérer les modèles de passage des connaissances à la pratique afin d'examiner d'un œil critique leur utilité pour ce qui est de promouvoir ou de favoriser l'équité en santé. Nous avons ainsi recensé 48 modèles de passage des connaissances à la pratique, utilisés ou rapportés par des chercheurs au cours des 15 dernières années. Tous ces modèles ont été évalués en fonction de six caractéristiques présentant une pertinence positive par rapport à l'équité en santé. Bien qu'aucun modèle ne méritait une note parfaite, les modèles ayant cumulé les plus hauts pointages présentent des caractéristiques appropriées à l'avancement de l'application des connaissances pour l'équité en santé.

Dans notre évaluation, nous proposons six caractéristiques susceptibles de servir de marqueurs importants : 1) mention explicite de l'équité, de la justice ou d'un concept semblable; 2) utilisation d'une conceptualisation inclusive des connaissances; 3) contribution de diverses parties prenantes; 4) attention particulière à l'engagement d'intervenants de disciplines ou de secteurs multiples; 5) reconnaissance de l'importance des facteurs contextuels; et 6) attention particulière au caractère proactif ou à la résolution de problèmes. Certaines tranches de populations, certaines solutions ou certains sujets sont marginalisés ou écartés, ou tombent entre deux chaises si, par exemple, seules certaines connaissances se voient accorder une certaine valeur, ou s'il n'y a pas de référence spécifique à l'équité ou à la justice, ou si le travail en concertation avec d'autres secteurs n'est pas mentionné, ou si les déterminants contextuels associés à la santé<sup>27,28</sup> ne sont pas considérés.

Les iniquités en santé sont souvent chroniques et solidement ancrées. En général, les facteurs entraînant l'iniquité se trouvent enchâssés dans les systèmes, les processus et les normes des sociétés et des cultures<sup>24</sup>. En s'attaquant aux « causes des causes »<sup>33</sup> des iniquités en santé, les approches multisectorielles, centrées sur la reconnaissance et l'atténuation des iniquités, ont été saluées. Par exemple, les interventions transdisciplinaires et intersectorielles constituent l'une des principales recommandations émanant de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS et du rapport du CCNDS intitulé *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada*. Parmi les six caractéristiques recherchées concernant l'équité en santé dans les modèles de passage des connaissances à la pratique, c'est la mention explicite d'approches ou d'actions multisectorielles qui s'est révélée la plus souvent absente. Parmi les modèles cumulant un pointage élevé en faveur de l'équité en santé, le modèle d'écosanté appliqué au transfert des connaissances (*Ecohealth Model Applied to Translate Knowledge*)<sup>7</sup> est le seul qui prend clairement compte de cette caractéristique. Parmi les 48 modèles analysés, un seul autre, le modèle d'application des connaissances à grande échelle (*Model for Large-Scale Knowledge Translation*)<sup>34</sup> affirme aussi l'importance de cette caractéristique. Bien que d'autres modèles interdisciplinaires ou intersectoriels puissent se révéler utiles, nous n'avons rien trouvé d'explicite à ce sujet; cela demeure, d'après nous, un champ d'intérêt qui mériterait un examen plus détaillé.

En vue d'éclairer la prise de décision et de changer la situation en matière d'iniquité, il faut souvent adopter, recueillir, synthétiser ou valoriser certains éléments de connaissances. Cela peut exiger de s'éloigner des normes de la pratique, des façons traditionnelles de fonctionner et des systèmes d'engagement habituels, surtout si on envisage des interventions susceptibles de couvrir une multitude de disciplines ou de secteurs. Par conséquent, il serait souhaitable de mettre en place des structures de soutien<sup>26</sup>. Le courtage des connaissances implique des actions ciblées, qui peuvent mettre en contact les producteurs de connaissances – y compris celles concernant les iniquités – avec les utilisateurs potentiels de ces connaissances<sup>35</sup>. On conceptualise parfois cette notion en mettant l'accent sur des interactions dirigées entre chercheurs et décideurs<sup>29</sup>, quand ces deux groupes se trouvent aux antipodes, de par leur contexte ou leur collectivité. Les courtiers en connaissances, pris au sens d'un organisme ou d'une personne, aident à faciliter les interactions. Leur objectif consiste à soutenir la compréhension mutuelle et la formation de liens entre les différents intervenants. Quand on comprend mieux les tenants et aboutissants des visées et des cultures organisationnelles, on peut forger de nouveaux partenariats. Ce faisant, on ouvre la voie à un processus décisionnel fondé sur les connaissances issues de la recherche<sup>29,36</sup>. Les cadres du courtage du savoir mis de l'avant par Oldham et McLean<sup>2</sup> ont cumulé le plus haut pointage à la suite de l'évaluation de l'équité en santé des 48 modèles recensés. Ce modèle comprend un cadre de la connaissance, un cadre transactionnel et un cadre du changement social. Ces cadres favorisent explicitement une conceptualisation inclusive du savoir et font ressortir l'importance des déterminants contextuels dans le concept du passage des connaissances à la pratique et de l'engagement d'intervenants de divers horizons. Ils ont été conçus pour tenir compte des contextes sociaux et des déséquilibres du pouvoir qui se trouvent parfois au cœur des iniquités en santé. Le courtage des connaissances a déjà été soutenu par divers organismes canadiens, dont la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et la Coalition canadienne pour la recherche en santé mondiale. Il est probablement temps de revoir ce concept et ces démarches si on veut faire davantage en matière d'application des connaissances, d'équité en santé et de déterminants sociaux de la santé. Il reste encore à choisir comment aborder la question du courtage du savoir pour augmenter l'efficacité des interventions contre l'iniquité en santé au Canada. Cela dit, il s'agit certainement d'un sujet de discussion à traiter plus en profondeur.

Les rapports entre la vulnérabilité de certaines tranches de la population et les facteurs associés aux milieux sociaux et physiques sont clairs<sup>37-38</sup>. En plus de l'intérêt intrinsèque du courtage des connaissances, la conceptualisation du passage des connaissances à la pratique d'une manière holistique et interreliée semble prometteuse, notamment si on considère les facteurs contextuels et environnementaux comme étant d'importants déterminants de l'équité en santé. Les facteurs environnementaux ont des effets différents sur les sous-populations, appelant ainsi à privilégier certaines préoccupations ou certains problèmes plutôt que d'autres<sup>39</sup>. C'est pourquoi des modèles comme le modèle d'écosanté (*Ecohealth Model*)<sup>7</sup> ou le modèle d'application et d'échange des

connaissances avec les collectivités autochtones du Nord (*Model of Knowledge Translation and Exchange with Northern Aboriginal Communities*)<sup>6</sup>, présentent un intérêt manifeste. Ils se révèlent utiles pour l'examen des facteurs sociaux, culturels et historiques<sup>39</sup> intervenant dans le passage des connaissances à la pratique. Le modèle de Jardine et Furgal<sup>6</sup>, qui découle d'un partenariat communautaire dans le cadre de travaux de recherche sur la santé autochtone, met en relief et respecte les contextes culturels, sociaux, spirituels et géographiques; les divers types de connaissances et les diverses façons de savoir; de même que le caractère indispensable de l'engagement et du leadership des parties prenantes. De même, il faut se tourner vers les modèles d'éthique de la recherche mis au point pour travailler avec les peuples autochtones<sup>40</sup> si on veut mieux comprendre comment les démarches participatives, respectueuses de la culture, intégratives et axées sur la collectivité peuvent éclairer les démarches de passage des connaissances à la pratique ou celles portant sur l'équité en santé. Ces modèles n'ont pas beaucoup servi en dehors des collectivités autochtones et leur potentiel semble encore très élevé dans divers autres champs d'action pour faire avancer l'équité en santé.

## LIMITES

Nous voulions déterminer quels étaient les modèles les plus utilisés et les plus connus, particulièrement parmi ceux auxquels se sont référés les chercheurs canadiens au cours des 15 dernières années; nous voulions savoir lesquels seraient capables de bien soutenir les efforts en matière d'équité en santé. Nous comprenons que nous n'avons peut-être pas recensé tous les modèles existants. Nous n'avons pas effectué de recherche à l'aide du syntagme « *evidence-based* » (fondé sur les données probantes) pris comme un seul mot clé (comme dans « médecine fondée sur des données probantes » ou « pratique fondée sur des données probantes »). Cela dit, nous avons tout de même inclus ces types de modèle dans notre liste s'ils ont fait surface dans les documents recueillis par l'entremise de notre stratégie de recherche, expliquée dans le présent document (voir le tableau 1).

Les six caractéristiques qui ont servi au pointage du « facteur favorable à l'équité en santé » (FFES) ont été évaluées à partir de la documentation disponible. Nous avons accordé la même valeur à chacune des composantes. Le pointage se fonde sur les descriptions, parfois courtes, trouvées dans la documentation. Cette approche n'a sans doute pas permis de détecter toutes les subtilités du soutien à l'équité en santé, ni permis de tenir compte de l'efficacité de la mise en pratique d'un modèle. Une seule personne a réalisé les évaluations (l'auteure principale); nous reconnaissons que l'évaluation aurait peut-être présenté certaines variations si elle avait été effectuée par plusieurs réviseurs indépendants, surtout en ce qui a trait à l'interprétation de la pertinence « minimale » ou « importante » relativement à l'équité (valeurs 1 et 2). Nous reconnaissons aussi que certains modèles n'ont peut-être pas été repérés.

## CONCLUSION

Nous avons recensé et évalué 48 modèles de passage des connaissances à la pratique, en fonction de six caractéristiques liées à l'équité en santé. Le pointage maximum aurait été de 12, mais nous n'avons recensé aucun modèle « parfait ». Nous avons trouvé que six modèles, dont les pointages se situent entre 8 et 10, se révèlent des exemples prometteurs de modèles de passage des connaissances pour ce qui est de contribuer à l'équité en santé. Il serait possible, à l'aide des six caractéristiques utilisées dans la présente revue, de peaufiner tous ces modèles d'une manière ou d'une autre afin de les rendre plus aptes à favoriser l'équité en santé. Ceux qui présentent le plus d'intérêt sont le courtage des connaissances et ceux des modèles qui possèdent une vision holistique et intersectorielle de passage des connaissances à la pratique, considérant ainsi les déterminants environnementaux et contextuels. Voilà les avenues précises à explorer, à la lumière de ce projet. Puisqu'aucun modèle idéal n'a été repéré, on pourrait aussi travailler à définir ce que devrait comporter un modèle de passage des connaissances à la pratique qui serait spécifique à l'équité en santé. Si un tel modèle semble alors présenter un bon potentiel, il serait intéressant de se pencher également sur la manière de le concevoir, de le tester et de l'utiliser efficacement. Une discussion autour d'un tel projet pourrait réunir des personnes possédant des connaissances et de l'expérience en courtage du savoir, en approche d'écosanté, en recherche participative et intégrative et en application des connaissances auprès des peuples autochtones du Canada.

## RÉPERCUSSIONS SUR LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

- Les modèles existants de transfert des connaissances peuvent aider à orienter l'application des connaissances afin d'éclairer les interventions en santé publique visant l'amélioration de l'équité en santé. Les six modèles analysés en détail constituent des exemples prometteurs de modèles de passage des connaissances à la pratique, car ils présentent une certaine utilité pour ce qui est de soutenir des interventions sur les déterminants de la santé et d'améliorer l'équité en santé.
- Les modèles les plus pertinents se révèlent être ceux qui incorporent des valeurs et des principes associés à l'équité et à la justice sociale.
- Ces modèles disent explicitement que l'équité constitue un objectif; ils montrent la valeur de la participation d'intervenants venus de divers horizons; ils mettent l'accent sur l'engagement multisectoriel; ils s'appuient sur une conceptualisation inclusive des connaissances; ils font ressortir l'importance des facteurs contextuels; et ils se fondent sur une démarche proactive ou une démarche de résolution de problème.
- Il y a lieu de concevoir et de valider de plus solides modèles favorables à l'équité. Cet exercice exigera de porter attention aux critères proposés dans le présent document.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

\*La source des mentions de chacun des 48 modèles en question paraissent à l'annexe 1, à moins qu'ils n'aient été nommés de manière spécifique dans les résultats et le texte de discussion. Dans ce cas, elle apparaîtra ci-dessous.

1. Tugwell, P.S., Santesso, N.A., O'Connor, A.M. et Wilson, A.J.; Effective Consumer Investigative Group. « Knowledge translation for effective consumers ». *Physical Therapy*, 2007, vol. 87, n° 12, p. 1728-1738.
2. Oldham, G. et McLean, R. « Approaches to Knowledge-Brokering » [Internet]. Winnipeg (Manitoba) : Institut international du développement durable (Canada), mai 1997 [cité le 22 août 2012]. Récupéré à l'adresse : [www.iisd.org/publications/pub.aspx?id=829](http://www.iisd.org/publications/pub.aspx?id=829).
3. Nieva, V.F., Murphy, R., Ridley, N. et collab. « From science to service: a framework for the transfer of patient safety research into practice » dans Henriksen, K., Battles, J.B., Marks, E.S. et collab. (dir.). *Advances in patient safety: from research to implementation* (volume 2 : Concepts and Methodology). Rockville (Maryland) : Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis), février 2005, p. 441-453.
4. Edgar, L., Herbert, R., Lambert, S., MacDonald, J.A., Dubois, S. et Latimer, M. « The joint venture model of knowledge utilization: a guide for change in nursing ». *Nursing Leadership*, 2006, vol. 19, p. 41-55.
5. Fleming, E.S., Perkins, J., Easa, D., Conde, J.G., Baker, R.S., Southerland, W.M. et collab. « The role of translational research in addressing health disparities: a conceptual Framework ». *Ethnicity & Disease*, 2008, vol. 18, p. S2-155-160.
6. Jardine, C. et Furgal, C. « Knowledge translation with northern Aboriginal communities: a case study ». *Canadian Journal of Nursing Research*, 2010, vol. 42, n° 1, p. 119-127.
7. Arredondo, A. et Orozco, E. « Application of the ecohealth model to translate knowledge into action in the health sciences ». *Environmental Health Perspectives*, 2012, vol. 120, n° 3, p. 104-105.
8. Agence de la santé publique du Canada. La tuberculose au Canada 2008. Ottawa (Ontario), Agence de la santé publique du Canada, 2008.
9. Agence de la santé publique du Canada. *Sommaire – Estimations de la Prévalence et de l'Incidence du VIH au Canada*, 2008 [Internet]. Ottawa (ON), Agence de la santé publique du Canada; 2008 [cité le 20 août 2012]. Récupéré à l'adresse : [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat08-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat08-fra.php).
10. Agence de la santé publique du Canada. *Étude des blessures chez les enfants et les jeunes, édition 2009* [Internet]. Ottawa (ON), Agence de la santé publique du Canada; 2009 [cité le 20 août 2012]. Récupéré à l'adresse : [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cyi-bej/2009/pdf/injrep-rapbles2009\\_fra.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cyi-bej/2009/pdf/injrep-rapbles2009_fra.pdf).
11. Collin, C. et Jensen, H. *Profil statistique de la pauvreté au Canada*. Ottawa (Ontario), Service d'information et de recherche parlementaires, Division des affaires sociales (Canada), le 28 septembre 2009, rapport n° PRB0917F.
12. Gilmore, J. *Tendances du taux de décrochage et des résultats sur le marché du travail des jeunes décrocheurs* [Internet]. Ottawa (Ontario), Statistique Canada, Division de la statistique du travail, 2011 [cité le 22 août 2012]. Récupéré à l'adresse : [www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2010004/article/11339-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2010004/article/11339-fra.htm).
13. Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. « Lost in knowledge translation: time for a map? ». *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006, vol. 26, n° 1, p. 13-24.

14. McKibbin, K.A., Lokker, C., Wilczynski, N.L., Ciliska, D., Dobbins, M., Davis, D.A., Haynes, R.B. et Straus, S.E. « A cross-sectional study of the number of frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel? ». *Implementation Science* [Internet], 2010 [cité le 20 août 2012], vol. 5, no 16. Récupéré à l'adresse : [www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-5-16.pdf](http://www.implementationscience.com/content/pdf/1748-5908-5-16.pdf).
15. Davison, C.M. « Knowledge translation: implications for evaluation » dans : Ottoson, J.M., Hawe, P., éditeurs. *Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: implications for evaluation*. New Directions for Evaluation, 2009, vol. 124, p. 75-87.
16. Pablos-Mendez, A. et Shademani, R. « Knowledge translation in global health ». *Journal for Continuing Education in the Health Professions*, 2006, vol. 26, n° 1, p. 81-86.
17. Rycroft-Malone, J. « Theory and knowledge translation: setting some coordinates ». *Journal of Nursing Research*, 2007, vol. 56, no 4, Suppl., p. S78-85.
18. Straus, SE, Tetroe, J. et Graham, I. « Defining knowledge translation ». *Canadian Medical Association Journal*, 2009, vol. 181, n° 3-4, p. 165-168.
19. Straus, SE, Graham, I. et Mazmanian, P. « Knowledge translation: resolving the confusion ». *Journal for Continuing Education in the Health Professions*, 2006, n° 26, p. 3-4.
20. Reimer-Kirkham, S., Varcoe, C., Browne, A.J., Lynam, M.J., Khan, K.B. et McDonald, H. « Critical inquiry and knowledge translation: exploring compatibilities and tensions ». *Nursing Philosophy*, 2009, vol. 10, n° 3, p. 152-166.
21. Santesso, N. et Tugwell, P. « Knowledge translation in developing countries ». *Journal for Continuing Education in the Health Professions*, 2006, vol. 26, n° 1, p. 87-96.
22. Welch, V., Ueffing, E. et Tugwell, P. « Knowledge translation: an opportunity to reduce global health inequalities ». *Journal of International Development*, 2009, vol. 21, p. 1066-1082. Doi : 10.1002/jid.164.
23. Bowen, S., Botting, I. et Roy, J. *Promoting action on equity issues: a knowledge to action handbook*. Edmonton (Alberta), School of Public Health, Université de l'Alberta (Canada); Sept. 2011.
24. Whitehead, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (DM), 1990. Rapport n° EUR/ICP/RPD 414.
25. Dahlgren, G. et Whitehead, M. *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé (DM); 1992.
26. *Bridging the "Know-Do" Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health*. Du 10 au 12 octobre 2005, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2006, 18 p.
27. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux* [Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé (CHE), 2008 [cité le 20 août 2012]. Récupéré à l'adresse : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf).
28. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (Canada). *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : Analyse du contexte en 2010*. Antigonish (N.-É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier (Canada), mars 2011, 84 p.

29. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *La théorie et la pratique du courtage de connaissances dans le système de santé canadien : Un rapport issu d'une consultation nationale de la FCRSS et d'une recherche documentaire* [Internet]. Ottawa (Ontario), Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, décembre 2003 [cité le 22 août 2012]. Récupéré à l'adresse : [www.fcass-cfhi.ca/migrated/pdf/Theory\\_and\\_Practice\\_f.pdf](http://www.fcass-cfhi.ca/migrated/pdf/Theory_and_Practice_f.pdf).
30. IRSC, *Stratégie liée à l'application des connaissances 2004-2009 : L'innovation à l'œuvre*. Ottawa (Ontario), Instituts de recherche en santé du Canada (Canada), 2004, 14 p.
31. Feldstein, A.C. et Glasgow, R.E. « A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice ». *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, avril 2008, vol. 34, n° 4, p. 228-243.
32. Hancock, T. *Toward healthy and sustainable communities: health, environment and economy at the local level*. Document présenté dans le cadre du 3e Colloque sur la santé environnementale, le 22 novembre 1990, Québec (Canada).
33. Marmot, M. « Social determinants of health inequalities ». *Lancet*, 2005, vol. 365, p. 1099-1104.
34. Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M. et Needham, D.M. « Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation ». *BMJ*, le 6 octobre 2008, vol. 337, p. a1714. Doi : 10.1136/bmj.a1714.
35. Meyer, M. « The rise of the knowledge broker ». *Science Communication*, 2010, vol. 32, p. 118-127.
36. Lomas, J. « The in-between world of knowledge brokering ». *BMJ*, 2007, vol. 334, n° 7585, p. 129-132.
37. Macintyre, S., Ellaway, S. et Cummins, S. « Place effects on health: how can we conceptualize, operationalize and measure them? ». *Social Science & Medicine*, 2002, vol. 55, p. 125-139.
38. Schulz, A.J., Kannan, S., Dvonch, J.T., Israel, B.A., Allen, A., James, S.A., House, J.S. et Lepkowski, J. « Social and physical environments and disparities in risk for cardiovascular disease: the healthy environments partnership conceptual model ». *Environmental Health Perspectives*, 2005, vol. 113, n° 12, p. 1817-1825.
39. Smylie, J., Martin, C.M., Kaplan-Myrth, N., Steele, L., Tait, C. et Hogg, W. « Knowledge translation and indigenous knowledge ». *International Journal of Circumpolar Health*, 2004, vol. 63, suppl. 2, p. 139-143.
40. 40 Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada; Conseil de recherche en sciences humaines du Canada. [2010]. « EPTC 2 — 2<sup>e</sup> édition de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains ». Chapitre 9 : La recherche visant les Premières Nations, les Inuits ou les Métis du Canada. Cité le 31 octobre 2012. Récupéré à l'adresse : [www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/](http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/Default/).

# ANNEXE

ANNEXE 1 Modèles de la théorie à la pratique passés en revue



**ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.**

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
1	<b>Modèle de la diffusion des innovations (Diffusion of Innovations Model)</b>	La diffusion se définit comme étant la circulation d'idées et d'innovations dans un ou des systèmes. L'application et l'utilisation des connaissances, quand on les appelle « transfert des connaissances », prennent diverses formes selon les utilisateurs et fonction des besoins et des intérêts de chacun.	<b>1962</b> Rogers, E.M. <i>Diffusion of Innovations</i> . New York, éd. The Free Press, mis à jour 1995, 2003.
2	<b>Paradigme d'application des connaissances au sein d'un système de communications (Knowledge Translation within a Communication System Paradigm)</b>	On présente ici l'application des connaissances comme faisant partie des six fonctions, activités ou processus s'imbriquant dans un paradigme de système de communications plus large se rapportant à la production, à la gestion, à l'application, à l'élaboration de produits, à la diffusion de produits et à l'adoption ou l'utilisation de produits des connaissances.	<b>1978</b> Beal, G. et Meehan, P. (septembre 1978). <i>Knowledge production and utilization</i> . Annual Meeting of the Rural Sociological Society, San Francisco.
3	<b>Six modèles d'utilisation des connaissances (Six Knowledge Utilization Models)</b>	L'auteur propose six modèles ou scénarios d'utilisation des connaissances (de la recherche), où les connaissances issues de la recherche servent selon les diverses motivations et idées sous-jacentes. Ces modèles sont : le modèle du savoir, le modèle de résolution de problèmes, le modèle interactif, le modèle politique, le modèle de compréhension et le modèle tactique.	<b>1979</b> Weiss, C. (1979). « The many meanings of research utilization ». <i>Public Administration Review</i> , vol. 39, p. 426-431.
4	<b>Modèle des deux collectivités ou des deux cultures (Two-Communities or Two-Cultures Model)</b>	Dans ce modèle, on conceptualise les divers milieux dans lesquels évoluent les chercheurs et les décideurs, et on met l'accent sur les principes de la compréhension interculturelle.	<b>1979</b> Caplan, N. (1979). « The two-communities theory and knowledge utilization ». <i>American Behavioral Scientist</i> , vol. 22, n° 3, p. 459-470.
5	<b>Quatre paliers d'utilisation des connaissances (Four Levels of Knowledge Utilization)</b>	Dans ce modèle, on définit quatre paliers d'utilisation des connaissances. À la base (au premier palier), l'utilisation des connaissances inclut les activités de diffusion comme celles des centres de diffusion du savoir. Au palier le plus avancé (au quatrième palier), l'utilisation des connaissances s'inscrit dans un « système intégré servant à l'application des connaissances », que l'on rapproche d'un plan directeur pour un système d'utilisation des connaissances intégré au sein d'une politique précise. On insiste sur le fait qu'une importante stratégie d'application des connaissances consiste à choisir les activités d'application des connaissances à intégrer en fonction du contexte dans lequel sera appliqué le savoir.	<b>1991</b> Backer, T.E. « Knowledge Utilization, The Third Wave ». <i>Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization</i> , vol. 12, p. 225-240.
6	<b>Cadres du courtage des connaissances (Knowledge Brokering Frameworks)</b>	Les auteurs proposent trois cadres à la lumière desquels considérer le « courtage des connaissances » : 1) Le cadre du système de la connaissance s'intéresse à la manière dont est créée, diffusée et utilisée la connaissance dans un pays, de même qu'au rôle joué par les divers organismes, aux interactions entre les organismes et à la façon dont on pourrait renforcer les différents processus. 2) Le cadre transactionnel porte sur l'interface entre les organismes qui sont les « créateurs » de la connaissance et ceux qui en sont les « utilisateurs » dans un contexte donné. 3) Le cadre du changement social se rattache aux activités qui facilitent l'accès à la connaissance dans une société et, ce faisant, sont susceptibles de mener directement ou indirectement à des résultats sociaux positifs (p. ex. changements notables dans les relations de pouvoir, les rôles sociaux ou les droits de la personne).	<b>1997</b> Oldham, G. et McLean, R. « Approaches to Knowledge-Brokering ». Récupéré à l'adresse : <a href="http://www.iisd.org/publications/pub.aspx?id=829">www.iisd.org/publications/pub.aspx?id=829</a>

ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
7	<b>Modèle de mesure de l'utilisation du savoir (<i>Measuring Knowledge Utilization Model</i>)</b>	L'auteur conceptualise l'utilisation du savoir comme étant un processus évoluant progressivement sur une grande période de temps. Un tel processus comprend la cueillette, le traitement et l'application de l'information. En fonction de la personne ou de l'organisme, le processus peut prendre beaucoup ou peu de temps. En outre, il peut y avoir bien des variations à chacune de ces étapes ou de ces phases.	<b>1997</b> Rich, R.F. « Measuring knowledge utilization: Processes and outcomes ». <i>Knowledge and Policy</i> , vol. 10, n° 3, p. 3-10.
8	<b>Modèle d'utilisation de la recherche d'Ottawa (<i>Ottawa Model of Research Use</i>)</b>	Ce modèle offre un cadre par lequel on peut analyser, suivre et évaluer les stratégies d'application des connaissances. On commence par analyser les caractéristiques et le processus associés à l'innovation et aux connaissances, puis à évaluer les facteurs facilitant ou entravant l'utilisation des connaissances et, enfin, à comprendre et à évaluer les résultats. Les concepteurs mentionnent que ce modèle peut se révéler particulièrement pertinent dans les pays à revenu faible ou moyen si on y constate des barrières à l'application des connaissances et peu d'évaluations en la matière.	<b>1998</b> Logan, J. et Graham, I. « Toward a comprehensive interdisciplinary model: Health care research use ». <i>Science Communication</i> , vol. 20, n° 2, p. 227-246.
9	<b>Modèle d'utilisation de la recherche (<i>Research Utilization Model</i>)</b>	Six étapes servent à faire passer à la pratique l'utilisation des données probantes issues de la recherche. La première consiste à évaluer la présence d'un besoin de changement dans la pratique. La deuxième vise à relier le problème à des interventions ou à des résultats. Ensuite, il s'agit de synthétiser les données probantes les plus intéressantes. Dans la quatrième étape, on conçoit un changement pour la pratique. Cinquièmement, on met en œuvre et on évalue le changement dans la pratique. Enfin, l'étape six consiste à faire la description de l'intégration et de la continuation du changement.	<b>1999</b> Rosswurm, M.A. et Larrabee J.H. « A Model for Change to Evidence-Based Practice », <i>Image – the Journal of Nursing Scholarship</i> , vol. 31, p. 317-322.
10	<b>Modèle de transfert de la recherche de nature locale (<i>Locally Based Research Transfer Model</i>)</b>	Le point de départ dans ce modèle réside dans la prise de conscience des besoins tant des organismes que des chercheurs. L'étape suivante se caractérise par la communication entre les deux. Ensuite, on passe à l'interaction permettant aux deux parties d'acquérir des connaissances et des capacités, dans leur intérêt mutuel. L'interaction se révèle l'ultime étape dans l'évolution d'un bon processus de transfert de la recherche.	<b>1999</b> Anderson, M., Cosby, J., Swan, B., Moore, H. et Broekhoven, M. « The use of research in local health service agencies ». <i>Social Science &amp; Medicine</i> , vol. 49, p. 1007-1019.
11	<b>Cadre pour le changement du comportement en matière de mise en pratique (<i>Framework for Changing Implementation Behaviour</i>)</b>	Ce cadre en cinq étapes porte sur l'utilisation des données probantes issues de la recherche en vue d'un changement dans la pratique. Il repose sur les expériences découlant d'un exhaustif programme de mise en œuvre de lignes directrices pour la pratique clinique en soins primaires. Les étapes sont : 1) établir une proposition de changement concrète; 2) analyser le milieu et le groupe ciblés afin de déterminer les obstacles au changement; 3) relier les interventions aux besoins, aux intervenants et aux obstacles du changement; 4) élaborer un plan de mise en œuvre; 5) suivre la progression de la mise en œuvre.	<b>1999</b> Grol, R. et Grimshaw, J. « Evidence-based implementation of evidence-based medicine ». <i>Joint Commission Journal of Quality Improvement</i> , 1999, vol. 25, n° 10, p. 503-513.
12	<b>Modèle du transfert technologique (<i>Technology Transfer Model</i>)</b>	Ce modèle comprend trois grandes phases d'activités, soient : avant la mise en œuvre, la mise en œuvre elle-même et enfin le maintien et la progression. La première consiste à déterminer les interventions et à préparer le terrain à la mise en œuvre. Il s'agit ensuite de mettre en œuvre les interventions et à en effectuer l'évaluation. La dernière phase se révèle essentielle si on veut continuer de renforcer le soutien par rapport à l'intervention et à évaluer s'il y a lieu de faire des ajustements. La planification et l'évaluation jouent un rôle déterminant dans l'efficacité des services d'intervention.	<b>2000</b> Kraft, J.M., Mezoff, J.S., Sogolow, E.D., Neumann, M.S. et Thomas, P.A. « A technology transfer model for effective HIV/AIDS interventions: science and practice ». <i>AIDS Education and Prevention</i> , vol. 12, p. 7-20.

ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
13	<b>Modèle de la FCRSS pour le transfert et l'échange des connaissances (CHSRF Model of Knowledge Transfer and Exchange)</b>	<p>Le modèle de la FCRSS tourne essentiellement autour de la relation entre les décideurs, les bailleurs de fonds pour la recherche, les chercheurs et les fournisseurs de connaissances. Au cœur se trouvent trois concepts :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) L'application des données probantes dans le processus décisionnel passe par bien des étapes et il n'y a pas de lien direct entre les chercheurs et les décideurs.</li> <li>2) Chacune des étapes exige de bonnes relations et voies de communication entre les quatre groupes intervenant dans le secteur de la santé.</li> <li>3) N'importe quel « maillon faible de la chaîne » risque d'interrompre le passage idéal de la recherche au processus décisionnel. L'outil d'autoévaluation de l'échange des connaissances, destiné aux organismes, porte sur la cueillette des données probantes, l'évaluation de ces données, l'adaptation de la forme des données et l'application des données probantes dans le processus décisionnel.</li> </ol> <p>Jacobson, Butterill et Goering (2003) ont plus tard débattu de ce modèle dans leur cadre centré sur le contexte de l'utilisateur dans l'application des connaissances [le numéro 19 dans la liste apparaissant dans le présent document].</p>	<p><b>2000</b> FCRSS (2000). « Knowledge Exchange Self Assessment Tool ». Récupéré à l'adresse : <a href="http://74.81.206.232/publicationsandresources/ResourcesForResearchers/SelfAssessmentTool.aspx">http://74.81.206.232/publicationsandresources/ResourcesForResearchers/SelfAssessmentTool.aspx</a></p>
14	<b>Modèle de pratique fondée sur les données probantes de l'Iowa (Iowa Model of Evidence-Based Practice)</b>	<p>Dans ce modèle, la personne à la recherche de connaissances est motivée par ses expériences pratiques. La pratique fondée sur les données probantes s'appuie sur la « demande de données probantes » par les cliniciens, pour qu'elles servent à la résolution des problèmes qui ne pourraient pas se résoudre à l'aide des connaissances disponibles.</p>	<p><b>2001</b> Titler, M.G., Kleiber, C., Steelman, V.J., Rakel, B.A., Budreau, G., Everett, L.Q. et coll. « The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care ». <i>Critical Care Nursing Clinics of North America</i>, vol. 13, p. 497-509.</p>
15	<b>Cadre pour la diffusion et l'utilisation de la recherche (Framework for Research Dissemination and Utilization)</b>	<p>Dans ce cadre, le processus d'adoption de l'innovation suit un cheminement linéaire. Il débute avec les connaissances, passe à la persuasion, puis à la décision, à la mise en œuvre et à la confirmation. Ce cadre montre que le processus d'adoption des données probantes issues de la recherche dans le domaine des soins de santé se trouve influencé par une pléiade de caractéristiques à mesure qu'on progresse de l'étape des connaissances à celle de la confirmation.</p>	<p><b>2002</b> Dobbins, M., Ciliska, D., Cockerill, R., Barnsley J. et DiCenso, A. « A framework for the dissemination and utilization of research for health-care policy and practice ». <i>Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing</i>, 2002, vol. 9, p. 7.</p>
16	<b>Modèle d'utilisation de la recherche (Model of Research Utilization)</b>	<p>Les contextes externes autant que les processus internes influencent le transfert des connaissances. Celui-ci se fonde sur la « demande de données probantes » par les individus et les organismes et suppose que les utilisateurs s'intéressent davantage aux connaissances qu'aux règles.</p>	<p><b>2001</b> Stetler, C.B. « Updating the Stetler model of research utilization to facilitate evidence-based practice ». <i>Nursing Outlook</i>, vol. 49, p. 272-279.</p>

ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
17	Cadre d'application des connaissances en cinq points ( <i>Five-Point Knowledge Translation Framework</i> )	Ce cadre d'application des connaissances se divise en cinq points, soit : 1) le message, 2) le public cible, 3) le messenger, 4) les processus d'application des connaissances et l'infrastructure de communication à l'appui, 5) l'évaluation.	<b>2003</b> Lavis, J., Robertson, D., Woodside, J., McLeod, C., Abelson, J. et Knowledge Transfer Study Group (2003). « How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? ». <i>Milbank Quarterly</i> , vol. 81, p. 221-248.
18	Modèle d'application des connaissances Pathman-PRCEED ( <i>Pathman-PRCEED Model for Knowledge Translation</i> )	Les interventions peuvent rendre mieux préparé, plus apte ou plus compétent. Les interventions doivent s'adapter au public cible (grand public, patient, décideur ou autre). L'application des connaissances se traduira différemment selon que le public cible en est à l'étape de la conscientisation, de l'acceptation, de l'adoption ou de l'adhésion.	<b>2003</b> Davis, D Evans M et al. « The case for knowledge translation: Shortening the journey from evidence to effect ». <i>BMI</i> , vol. 327, n° 7405, p. 33-35.
19	Cadre centré sur le contexte de l'utilisateur dans l'application des connaissances ( <i>User-Context Framework for Knowledge Translation</i> )	Ce modèle s'articule autour de cinq axes : 1) le groupe d'utilisateurs et le contexte dans lequel évolue la population; 2) le message ou la matière pertinente à transmettre et à appliquer; 3) les caractéristiques de la recherche (c.-à-d. quelles sont les données probantes déjà disponibles? Dans quelle mesure le public cible connaît-il la question?); 4) le rapport entre le chercheur et l'utilisateur; et 5) la stratégie d'application des connaissances déjà en place.	<b>2003</b> Jacobson, N., Butterill, D. et Goering, P. « Development of a framework for knowledge translation: understanding user context ». <i>Journal of Health Services Research &amp; Policy</i> , vol. 8, p. 94-99.
20	Application des connaissances comme partie intégrante du modèle du cycle de recherche ( <i>Knowledge Translation as part of the Research Cycle Model</i> )	Ce modèle reflète la croyance selon laquelle l'application des connaissances devrait prendre la forme d'un processus itératif et multidimensionnel et faire partie intégrante de tous les segments du cycle de recherche, notamment : 1) les interactions survenant entre les producteurs et les utilisateurs des connaissances; 2) les activités associées aux travaux de recherche; 3) la capacité de considérer les résultats de la recherche à la lumière d'autres connaissances et normes socioculturelles; 4) le geste de fournir et de publier des rapports dans un langage simple et clair; 5) la capacité d'éclairer l'action et le processus décisionnel; et 6) la capacité d'influer sur d'autres séries de recherche.  Ce modèle a été enrichi et précisé, en 2006, par le modèle d'entreprise en coparticipation pour l'utilisation des connaissances [le numéro 30 dans la liste du présent document].	<b>2004</b> Instituts de recherche en santé du Canada (2004). <i>Stratégie liée à l'application des connaissances 2004-2009 : L'innovation à l'œuvre</i> . Ottawa, Ontario, Instituts de recherche en santé du Canada.
21	Modèle conceptuel aux fins d'analyse des déterminants comme la diffusion, la « dissémination » et la mise en pratique ( <i>Conceptual Model for Considering the Determinants of Diffusion, Dissemination, and Implementation</i> )	Les principales composantes de ce modèle sont l'innovation, l'adaptation par les individus, l'assimilation par le système (notamment les antécédents et la réceptivité du système par rapport à l'innovation), la diffusion et la « dissémination », la mise en pratique et le passage à l'usage.	<b>2004</b> Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. « Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations ». <i>The Milbank Quarterly</i> , vol. 82, n° 4, p. 581-629.

ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
22	<b>Modèle étoilé ACE de la transformation des connaissances (ACE Star Model of Knowledge Transformation)</b>	Ce modèle se décline en cinq étapes, c'est-à-dire : 1) la découverte : la génération des connaissances 2) la synthétisation des données probantes 3) l'application : la transposition des données probantes dans la pratique 4) l'intégration: la mise en pratique des innovations 5) l'évaluation: l'amélioration de la qualité des soins de santé à la lumière des données probantes.	<b>2004</b> Stevens, K.R. <i>ACE Star Model of EBP: Knowledge Transformation</i> . 2004. Récupéré à l'adresse : <a href="http://www.acestar.uthscsa.edu/acestar-model.asp">www.acestar.uthscsa.edu/acestar-model.asp</a>
23	<b>Cadre PARIHS de promotion des applications de la recherche à la pratique [Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) Framework]</b>	Dans le cadre PARIHS, la mise en pratique efficace de la recherche est considérée comme étant le résultat des relations entre les données probantes, le contexte et la facilitation. Ces trois éléments ont en outre une relation simultanée et dynamique. Chacun apparaît dans un continuum d'élevé à faible, et comprend des sous-éléments comme les données locales, l'expérience du patient, la culture, le leadership, le but et les compétences. Ce modèle s'inspire du cadre conceptuel élaboré précédemment par Kitson, A., Harvey, G. et McCormack, B. « Enabling the Implementation of Evidence Based Practice: a Conceptual Framework » dans <i>Quality in Health Care</i> , 1998, vol. 7, n° 3, p. 149-158.	<b>2004</b> Rycroft-Malone. « The PARIHS Framework—A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice ». <i>Journal of Nursing Care Quality</i> , vol. 19, n° 4, p. 297-304.
24	<b>Cadre d'évaluation RE-AIM – portée, efficacité, adoption, mise en œuvre, maintien [(Reach, Efficacy or Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance REAIM)]</b>	Avec ce cadre, les auteurs cherchent à améliorer la qualité, la rapidité et les effets sur la santé publique des efforts pour appliquer la recherche à la pratique. Cinq étapes caractérisent ce cadre : 1) l'atteinte de la population cible 2) l'efficacité 3) l'adoption par les établissements et les personnes cibles 4) la mise en œuvre et l'uniformité en matière de prestation de l'intervention 5) la continuité des effets de l'intervention chez les individus et les milieux.	<b>2004</b> Dziewaltowski, D.A., Glasgow, R.E., Klesges, L.M., Estabrooks, P.A. et Brock, E. « RE-AIM: evidence-based standards and a web resource to improve translation of research into practice ». <i>Annals of Behavioral Medicine</i> , vol. 28, p. 75-80.
25	<b>Modèle visant à faire avancer la recherche et la pratique clinique grâce à la collaboration étroite pour une pratique fondée sur les données probantes en soins infirmiers et en soins de la santé [Advancing Research and Clinical Practice through Close Collaboration (ARCC) Model of Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare]</b>	Dans ce modèle ARCC, on décrit la séquence des étapes du transfert des connaissances comme suit : 1) l'évaluation de la réceptivité de la culture et de l'organisation par rapport à une pratique fondée sur les données probantes; 2) la détermination des forces et des principales barrières à l'instauration d'une pratique fondée sur les données probantes; 3) la formation et l'utilisation de mentors pour la pratique fondée sur les données probantes (normalement des infirmières praticiennes chevronnées ou des cliniciens versés en matière de pratique fondée sur les données probantes); 4) l'accentuation de l'instauration des pratiques fondées sur les données probantes et l'amélioration des résultats.	<b>2005</b> Melnyk, B.M. et Fineout-Overholt, E. <i>Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare: A Guide to Best Practice</i> , éd. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphie.

ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
26	<b>Cadre de transfert de la recherche</b> ( <i>A Framework for Research Transfer</i> )	Ce cadre présente trois grandes étapes du passage des conclusions de la recherche à leur utilisation. Ces étapes sont : 1) la création et la distillation du savoir; 2) la diffusion et la « dissémination », y compris l'établissement de partenariats avec des courtiers du savoir et des organismes de liaison; 3) l'adoption, la mise en pratique et l'institutionnalisation par les utilisateurs finaux; les auteurs décrivent l'élaboration de « séries d'interventions » comme des lignes directrices, du matériel d'information, de la formation et d'autres outils de mise en pratique.  Les utilisateurs finaux doivent travailler avec une équipe et un leader concernés par le changement. Les outils de mise en pratique doivent correspondre aux besoins locaux et au contexte organisationnel.	<b>2005</b> Nieva, V.F., Murphy, R., Ridley, N., Donaldson, N., Combes, J., Mitchell, P., Kovner, C., Hoy, E. et Carpenter, D. <i>From Science to Service: A framework for the transfer of patient safety research into practice. Advances in patient safety: From research to implementation. Volume 2.</i> Récupéré à l'adresse : <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20521/">www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20521/</a>
27	<b>Cadre d'application des données probantes à l'action</b> ( <i>Framework for Translating Evidence into Action</i> )	Le cadre s'appuie sur cinq grands principes associés aux politiques et aux programmes : 1) préparer un argumentaire pour inciter à l'action; 2) déterminer les facteurs favorables et les cibles d'intervention; 3) définir les possibilités d'action; 4) évaluer les interventions possibles; 5) choisir une série de politiques, de programmes et d'actions précis.	<b>2005</b> Swinburn, B., Gill, T., Kumanyika, S. « Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action ». <i>Obesity Reviews</i> , 2005, vol. 6, p. 23-33.
28	<b>Modèle du processus des connaissances à la pratique</b> ( <i>Knowledge to Action Process Model</i> )	Ce modèle met l'accent sur le concept selon lequel la recherche et la connaissance doivent servir à quelque chose. Le cycle de l'action comprend : la détermination du problème; l'analyse et la sélection des connaissances; l'adaptation des connaissances au contexte local; l'évaluation des obstacles à l'utilisation des connaissances; la détermination, l'adaptation et la mise en œuvre des interventions; le suivi de l'utilisation des connaissances; l'évaluation des résultats; et la persistance de l'utilisation des connaissances.	<b>2006</b> Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., et coll. « Lost in knowledge translation: time for a map? ». <i>Journal of Continuing Education in the Health Professions</i> , vol. 26, n° 1, p. 1324.
29	<b>Cadre d'application des connaissances axé sur l'équité</b> ( <i>Equity-Oriented Knowledge Translation Framework</i> )	Le cadre s'inspire de la composante de l'application des connaissances sous-jacente à la boucle de l'efficacité de l'équité communautaire (Community Equity-Effectiveness Loop) (Tugwell, P., de Savigny, D., Hawker, G. et Robinson, V. « Applying Clinical Epidemiological Methods to Health Equity: the Equity Effectiveness Loop » dans <i>BMJ</i> , 2006, vol. 332, p. 358-361). Il s'appuie par ailleurs sur le concept de l'équité en santé et se décline en une cascade d'activités associées à l'application des connaissances, par exemple : l'évaluation des facteurs favorables ou défavorables à l'application des connaissances; la priorisation des obstacles aux modifications; le choix des interventions en matière d'application des connaissances visant à éliminer les obstacles; l'évaluation de l'application des connaissances et la facilitation de la gestion ou de l'échange des connaissances.	<b>2006</b> Tugwell, P., Robinson, V., Grimshaw, J. et Santesso, N. (2006). « Systematic reviews and knowledge translation ». <i>Bulletin of the World Health Organisation</i> , vol. 84, n° 8, p. 643-651
30	<b>Modèle d'entreprise en coparticipation pour l'utilisation des connaissances</b> ( <i>Joint Venture Model of Knowledge Utilization</i> )	Ce modèle est centré sur les interactions entre les individus, les organismes et le milieu social. Il tient compte des facteurs qui influencent l'utilisation des connaissances dans les soins de santé, notamment : le leadership, l'intelligence émotionnelle, « la personne », « le message », le milieu de travail, le contexte sociopolitique et les résultats.	<b>2006</b> Edgar, L., Herbert, R., Lambert, S., MacDonald, J.A., Dubois, S. et Latimer, M. « The joint venture model of knowledge utilization: a guide for change in nursing ». <i>Nursing Leadership</i> (Toronto, Ont.), 2006, vol. 19, p. 4155.

ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
31	<b>Chaîne de valeur de la connaissance (The Knowledge Value Chain)</b>	La chaîne de valeur de la connaissance comprend trois paliers : tactique (les tactiques et les outils), fonctionnel (les fonctions et les activités) et stratégique (les stratégies employées). Elle part de la gestion de cinq capacités dyadiques : cartographie et acquisition; création et destruction; intégration et échange ou transfert; reproduction et protection; rendement et innovation. La connaissance est gérée comme une ressource, au même titre que les ressources physiques, humaines ou financières.	<b>2006</b> Landry, R., Amara, N., Pablos-Mendes, A. et Shademani, R. (2006). « The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health ». <i>Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé</i> , vol. 84, p. 597-602
32	<b>Cadre d'intervention pour l'application des connaissances axée sur les résultats (Outcomes-Focused Knowledge Translation Intervention Framework)</b>	L'application des connaissances axée sur les résultats suppose quatre composantes, soit : 1) les mesures des résultats chez le patient et les commentaires en temps réel quant aux résultats obtenus; 2) les lignes directrices relatives aux meilleures pratiques inscrites dans les outils d'aide à la décision qui fournissent des messages précis en réponse aux données provenant de l'évaluation des patients; 3) la clarification des préférences des patients quant aux soins; 4) la facilitation par des infirmières de la pratique chevronnées et des chefs de file de la pratique.	<b>2007</b> Doran, D.M. et Sidani, S. « Outcomes-focused knowledge translation: a framework for knowledge translation and patient outcomes improvement ». <i>Worldviews of Evidence-Based Nursing</i> , 2007, vol. 4, p. 3-13.
33	<b>Modèle de changement stratégique (Model of Strategic Change)</b>	Ce cadre théorique est structuré par trois grandes dimensions fondamentales du changement stratégique, c'est-à-dire le contexte, le contenu et le processus. Ainsi, le « pourquoi » se rapporte au contexte; le « quoi » se rattache au contenu et le « comment » est associé au processus. Dans ce modèle, on décrit aussi les signes et les symptômes associés à la réceptivité au sein du système de soins de santé.	<b>2007</b> Pettigrew, M. et Whipp, R. « Model of strategic change ». <i>Implementation Science</i> , 2007, vol. 2, p. 3.
34	<b>Modèle de Trinity pour une pratique fondée sur les données probantes (The Trinity Evidence-Based Practice Model)</b>	Voici un modèle de la pratique fondée sur les données probantes qui s'appuie sur la théorie du changement organisationnel et stratégique. Le but consiste à promouvoir l'assimilation et l'adoption des nouvelles connaissances. À l'aide de la métaphore de l'arbre en croissance, les auteurs décrivent de nombreuses composantes du leadership (le soleil); les barrières à la pratique fondée sur les données probantes comme le manque d'autonomie, le manque de confiance (les nuages); l'éducation (l'eau); la recherche de qualité (les racines) et un système relatif à la pratique fondée sur les données probantes pour les organismes (l'arbre).	<b>2007</b> Vratny, A. et Shriver, D. « A conceptual model for growing evidence-based practice ». <i>Nursing Administration Quarterly</i> , vol. 31, p. 162-170.
35	<b>Modèles d'utilisation des étapes de recherche (Stages of Research Utilization Model)</b>	Le concept qui consiste à relier les systèmes entre eux, en mettant en rapport les systèmes de ressources aux systèmes d'utilisateurs, se trouve au cœur de ce modèle, qui se divise selon les étapes suivantes : Étape 0 : recherche-développement, Étape 1 : diffusion, Étape 2 : intention d'adopter, Étape 3a : mise en pratique, Étape 3b : adaptation, Étape 4 : institutionnalisation, Étape 5 : diffusion et répétition.	<b>2007</b> Davis, S.M., Peterson, J.C., Helfrich, C.D. et Cunningham-Sabo, L. « Introduction and conceptual model for utilization of prevention research ». <i>American Journal of Preventive Medicine</i> , 2007, vol. 33, p. S15.

ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
36	Cadre de reproduction des programmes efficaces ( <i>Replicating Effective Programs Framework</i> )	Ce cadre comprend quatre phases, c'est-à-dire : 1) postulat d'entrée (p. ex. déterminer les besoins, la population cible et l'intervention appropriée); 2) avant la mise en œuvre (p. ex. conception de l'intervention et participation de la collectivité); 3) mise en œuvre (p. ex., conception de la diffusion, formation, aide technique et évaluation); 4) persistance et évolution (p. ex. préparer l'intervention en fonction de sa durabilité).	<b>2007</b> Kilbourne, A.M., Neumann, M.S., Pincus, H.A., Bauer, M.S. et Stall, R. « Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs Framework ». <i>Implementation Science</i> , vol. 2, p. 42.
37	Cadre d'adhérence des connaissances ( <i>Sticky Knowledge Framework</i> )	Dans le cadre d'adhérence des connaissances, on détermine les facteurs influençant la diffusion des connaissances dans le contexte des soins de santé primaires. Ces facteurs sont : ambiguïté causale; connaissances non avérées; intention de la source; crédibilité de la source, intention des acquéreurs; capacité d'absorption des acquéreurs; capacité de rétention des acquéreurs; contexte organisationnel stérile; et enfin relation ardue entre la source et l'acquéreur.  Les auteurs relient l'adhérence aux diverses étapes de la pratique de transfert comme suit : 1) adhérence de départ, 2) adhérence de mise en œuvre, 3) adhérence de progression, 4) adhérence d'intégration.	<b>2007</b> Elwyn, G., Taubert, M. et Kowalczyk, J. « Sticky knowledge: a possible model for investigating implementation in healthcare contexts ». <i>Implementation Science</i> , vol. 2, p. 44.
38	Modèle d'application des connaissances à grande échelle ( <i>Model for Large-Scale Knowledge Translation</i> )	Cette démarche se divise en cinq grandes composantes : une attention portée aux systèmes (comment nous organisons le travail) plutôt qu'aux soins des patients; la participation d'équipes interdisciplinaires locales qui prendront sur eux la charge du projet d'amélioration; la création d'un soutien technique centralisé; l'incitation à adapter l'intervention au contexte local; la création d'une culture de concertation au sein du bureau local et du système dans son ensemble.  Le modèle prévoit quatre étapes, c'est-à-dire : 1) synthétiser les données probantes, 2) déterminer les barrières locales à la mise en œuvre, 3) mesurer le rendement, 4) veiller à ce que tous les patients profitent de l'intervention (faire participer, éduquer, exécuter, évaluer, maintenir et prolonger).	<b>2008</b> Pronovost, P.J., Berenholtz, S.M. et Needham, D.M. « Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation ». <i>BMJ</i> , vol. 337, p. a1714. Doi : <a href="http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a1714">http://dx.doi.org/10.1136/bmj.a1714</a>
39	Modèle d'application des connaissances des Sciences médicales de l'Université de Téhéran ( <i>Tehran University of Medical Sciences (TUMS) Knowledge Translation Model</i> )	Ce modèle couvre cinq grands domaines, c'est-à-dire : 1) la création des connaissances, 2) le transfert des connaissances, 3) l'utilisation de la recherche, 4) le transfert de la question, 5) le contexte organisationnel.  On y trouve aussi une composante de « poussée » de la part des producteurs des connaissances « poussent » leurs savoirs et une autre où les utilisateurs de connaissances « tirent » ces savoirs, le tout s'inscrivant dans un processus d'échange.	<b>2008</b> Majdzadeh, R., Sadighi, J., Nejat, S., Mahani, A.S. et Gholami, J. « Knowledge translation for research utilization: Design of a knowledge translation model at Tehran University of Medical Sciences ». <i>Journal of Continuing Education in the Health Professions</i> , vol. 28, p. 270-277.

ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
40	<b>Modèle d'application des connaissances axée sur la concertation entre la recherche et la pratique</b> <i>(Collaborative Model for Knowledge Translation Between Research and Practice Settings)</i>	Le modèle propose une représentation cyclique non linéaire de l'application des connaissances en tant que processus de synthèse, de collecte et d'analyse des données. Il s'intéresse surtout à la relation entre les chercheurs et les professionnels et décrit le cycle d'application des connaissances à l'aide de six « repères » de base, soit : 1) la question de recherche, 2) le partage des observations « en temps réel », 3) le peaufinage de la question de recherche, 4) la mise au point et la mise en œuvre d'initiatives d'application des connaissances, 5) les plans de formation et d'action « juste-à-temps », 6) la pratique de la transformation.	<b>2008</b> Baumbusch, J.L., Kirkham, S.R., Khan, K.B., McDonald, H., Semeniuk, P., Tan, E. et coll. « Pursuing common agendas: A collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings ». <i>Research in Nursing &amp; Health</i> , 2008, vol. 31, p. 130-140.
41	<b>Cadre de systèmes interactifs pour la diffusion et la mise en pratique</b> <i>(Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation)</i>	Le cadre repose sur trois systèmes : le système de synthèse et d'application à la prévention ( <i>Prevention Synthesis and Translation System</i> ), qui vise à distiller l'information sur les innovations et à les traiter en vue d'une mise en pratique par les utilisateurs; le système de soutien à la prévention ( <i>Prevention Support System</i> ), qui vise à soutenir le travail des personnes qui mettront en pratique les innovations; et enfin le système de prestation de la prévention ( <i>Prevention Delivery System</i> ), qui vise à mettre en pratique les innovations sur le terrain.	<b>2008</b> Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L. et coll. « Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation ». <i>American Journal of Community Psychology</i> , 2008, vol. 41, p. 171-181.
42	<b>Modèle concret et solide de mise en œuvre et de durabilité (PRISM)</b> <i>[Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM)]</i>	Le modèle PRISM est exhaustif. Il permet d'examiner sous divers angles l'intervention et les caractéristiques des bénéficiaires de l'intervention. Dans ce modèle, on s'intéresse à la manière dont la structure de l'intervention, l'environnement externe, l'infrastructure de mise en place et de continuité de même que les bénéficiaires influencent l'adoption, la mise en place et le maintien du programme. Il s'inspire du cadre RE-AIM pour ce qui est de l'analyse de la portée et de l'efficacité des étapes d'adoption, de mise en place et de continuité.	<b>2008</b> Feldstein, A.C. et Glasgow, R.E. « A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice ». <i>Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i> , vol. 34, p. 228-243.
43	<b>Cadre de recherche translationnelle pour atténuer les disparités en santé</b> <i>(Translational Research Framework to Address Health Disparities)</i>	Ce cadre repose sur deux modèles conceptuels.  Dans le premier on fait la description, en trois phases séquentielles, d'un cadre visant à faire avancer la recherche sur les disparités en santé : 1) détecter les disparités; 2) en examiner les causes et mettre au point des interventions et 3) mettre en œuvre ces interventions et en suivre les résultats spécifiques aux disparités de santé.  Dans le second modèle, la première phase est décrite comme étant une transition entre les « connaissances de laboratoire » et le « chevet des patients » et la deuxième phase comme étant une transition entre le « chevet des patients » et la « collectivité et la pratique en santé publique ». Les auteurs font des liens entre la recherche biomédicale, la recherche en santé publique et la recherche clinique, et s'intéressent aux effets découlant des applications pratiques des résultats de la recherche et des interventions en santé communautaire.	<b>2008</b> Fleming, E.S., Perkins, J., Easa, D., Conde, J.G., Baker, R.S., Southerland, W.M. et coll. « The role of translational research in addressing health disparities: a conceptual Framework ». <i>Ethnicity &amp; Disease</i> , vol. 18, p. S2-155-160.

ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
44	<b>Cadre de recherche translationnelle en santé publique (Translational Framework for Public Health Research)</b>	Ce cadre suit un cheminement non linéaire. Le résultat ultime est défini comme étant l'amélioration de la santé de la population, ce qui correspond à des changements par rapport aux comportements ou à d'autres facteurs de risque (à plus court terme) associés à la santé <sup>34</sup> ; au bien-être ou à la qualité de vie; ou aux résultats ultimes en matière de morbidité ou de mortalité « rigides » (à plus long terme). Ceci suppose la nécessité d'avoir une boucle de rétro-information formée par la synthèse des données probantes, l'application des connaissances et le suivi. Cette boucle permet de mettre en lumière les liens entre la synthèse des données probantes et l'application des connaissances, liens qui sont présents indirectement dans le domaine public et directement dans la pratique professionnelle.	<b>2009</b> Ogilvie, D., Craig, P., Griffin, S., Macintyre, S. et Wareham, N.J. « A translational framework for public health research » dans <i>BMC Public Health</i> , vol. 9, p. 116.
45	<b>Cadre pour le transfert des connaissances en action (Framework for Transferring Knowledge into Action)</b>	Le cadre pour le transfert des connaissances en action comporte les cinq composantes habituelles du processus de transfert des connaissances, c'est-à-dire : 1) la détermination et la communication du problème; 2) la génération des connaissances par la recherche, puis la sélection; 3) l'analyse contextuelle; 4) les activités ou les interventions pour le transfert des connaissances et 5) l'utilisation de la recherche et des connaissances.  Dans cette étude, les auteurs organisent les composantes suivant des processus linéaires, des processus cycliques et des processus multidirectionnels dynamiques. Le cadre montre un série d'interactions multidirectionnelles survenant simultanément, dans un ordre aléatoire et à de multiples occasions.	<b>2009</b> Ward, V., House, A. et Hamer, S. « Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the littérature ». <i>Journal of Health Services Research &amp; Policy</i> , 2009, vol. 14, p. 156-164.
46	<b>Modèle d'application et d'échange des connaissances avec les collectivités autochtones du Nord (A Model for Knowledge Translation and Exchange with Northern Aboriginal Communities)</b>	Ce modèle d'application et d'échange des connaissances repose sur ce qui suit : 1) l'établissement de partenariats et d'une relation de confiance avec les collectivités; 2) l'utilisation de professionnels et de chercheurs communautaires travaillant sur le terrain pour toutes les étapes, notamment la planification de la recherche puis la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion des données; 3) la tenue périodique d'ateliers avec tous les membres de l'équipe de recherche; 4) l'engagement à transmettre d'abord les résultats de la recherche à tous les participants et à toutes les collectivités aux fins de vérification et de validation et 5) l'interprétation des résultats de recherche pour que ceux-ci puissent éclairer les décideurs gouvernementaux au chapitre des politiques et de la pratique.	<b>2010</b> Jardine, C. et Furgal, C. « Knowledge translation with northern Aboriginal communities: a case study ». <i>Canadian Journal of Nursing Research</i> , vol. 42, n° 1, p. 119-127.

ANNEXE 1: Modèles de la théorie à la pratique passés en revue et listés dans un ordre chronologique approximatif.

	MODÈLE OU CADRE	DESCRIPTION GÉNÉRALE	SOURCE DE LA MENTION
47	<b>Modèle de mise en pratique fondée sur les données probantes (A Model for Evidence-Based Practice Implementation)</b>	Voici un modèle en quatre phases sur le processus de mise en pratique fondée sur les données probantes à l'intention des services du secteur public. Ces quatre phases sont : l'exploration; l'adoption et la préparation; la mise en pratique; et la durabilité. Il met en relief certains éléments des contextes organisationnels internes et externes associés aux systèmes de service du secteur public, ainsi que la manière dont ces éléments interviennent dans la mise en pratique. Ce modèle s'appuie sur une série d'études à propos de la pratique fondée sur les données probantes; certaines de ces études présentent des modèles de pratique fondée sur les données probantes observés dans des cadres cliniques. Il faut noter que cette revue ne couvre pas tous les modèles précédents.	<b>2011</b> Aarons, G.A., Hurlburt, M. et McCue-Horwitz, S. « Advancing a Conceptual Model of Evidence-Based Practice Implementation in Public Service Sectors ». <i>Administration and Policy in Mental Health</i> , 2011, vol. 38, p. 4-23.
48	<b>Modèle d'écosanté appliqué au transfert des connaissances (Ecohealth Model Applied to Translate Knowledge)</b>	Le modèle d'écosanté met l'accent sur le contexte et place la santé humaine au cœur des facteurs environnementaux ou économiques et des aspirations de la collectivité. L'application de ce modèle au transfert des connaissances suppose la participation de trois groupes, c'est-à-dire les chercheurs et autres spécialistes, les membres de la collectivité et les décideurs. Ce modèle a été construit sur les piliers de la pratique transdisciplinaire, de la participation et de l'équité.	<b>2012</b> Arredondo, A. et Orozco, E. « Application of the Ecohealth model to translate knowledge into Action in the Health Sciences ». <i>Environmental Health Perspectives</i> , vol. 120, n° 3, p. 104-105.





National Collaborating Centre  
for Determinants of Health

---

Centre de collaboration nationale  
des déterminants de la santé

**CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS)**

Université St. Francis Xavier Antigonish, NÉ B2G 2W5

tél. : (902) 867-5406 fax : (902) 867-6130

ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca