

Université de Montréal

La recherche sur le transfert des connaissances en santé publique dans les pays à faible revenu : une *synthèse exploratoire*

Par Stéphanie Siron

Faculté des arts et des sciences
Département de psychologie

Essai doctoral présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du doctorat clinique en psychologie (D.Psy)
sous la direction de Dr. Christian Dagenais

Septembre, 2013

© Stéphanie Siron, 2013

RÉSUMÉ

L'utilisation des connaissances issues de la recherche a le potentiel d'améliorer la qualité et l'offre des services offerts à la population. L'intégration de ces connaissances aux pratiques et aux prises de décisions dans le domaine de la santé est d'autant plus pertinente dans les pays à faible revenu, où les ressources financières, logistiques et humaines sont limitées, et où les problématiques de santé publique touchent des proportions alarmantes de la population. La présente étude vise à faire l'état de la recherche actuelle sur le transfert des connaissances en santé publique dans le contexte particulier des pays à faible revenu. Pour ce faire, nous avons réalisé une synthèse exploratoire qui respecte la démarche systématique du *PRISMA*. Au total, 28 études ont été retenues. Dans l'ensemble, les études portent sur l'évaluation de stratégies de transfert multiples, dont les plus fréquentes reposent sur des programmes de formation, la distribution de matériel et la formation d'agents multiplicateurs. D'autres stratégies reposent sur la distribution de matériel didactique, des séances de supervision et de rétroaction, l'implantation de guide de pratique, etc. Les agents de transfert impliqués sont en majorité des formateurs et des spécialistes de santé et les utilisateurs potentiels sont principalement des professionnels de santé de première ligne et des consommateurs de services, surtout les femmes et les enfants en bas-âge. Dans l'ensemble, les études rapportent des résultats positifs : une augmentation des pratiques recommandées, une plus grande utilisation des produits essentiels distribués et l'acquisition de nouvelles connaissances. On note également l'évaluation de quelques stratégies novatrices, telles que des performances artistiques et des activités ludiques. Ces stratégies obtiennent des résultats encourageants et sont grandement appréciées, tant des agents de transfert que des utilisateurs. Au niveau des méthodologies de recherche, la majorité des études utilisent des devis quantitatifs et sont essentiellement publiées au cours de la dernière décennie. De nombreux instruments de mesures sont utilisés, mais très peu d'études présentent leurs propriétés psychométriques. Ce faisant, il nous est difficile de nous prononcer sur la qualité méthodologique de ces dernières et les résultats des études obtenus dans ce contexte doivent être nuancés. Nous notons finalement la pertinence des problématiques de santé abordées, la présence de stratégies novatrices et la spécificité de certaines conditions d'utilisations au contexte des pays à faible revenu. En conclusion, nous proposons des pistes de réflexions pour guider les recherches futures sur le sujet.

Mots-clé : synthèse exploratoire, *scoping study*, santé publique, pays à faible revenu, transfert des connaissances, stratégies de transfert, évaluation des effets, examen des processus, données probantes, psychologie clinique.

ABSTRACT

Making use of the knowledge that comes from research has the potential of improving the quality and the offer of services targeted to the population. The integration of this knowledge to the interventions and decision making processes in healthcare is all the more central in countries with low income in which the financial, logistical, and human resources are limited, and in which public health concerns affect an alarming proportion of the population. The current study aims to describe the present state of research on knowledge transfer on public health in low-income countries. In order to do that, we conducted an exploratory synthesis abiding by the systematic method of *PRISMA*. 28 studies were selected. All in all, these studies evaluate multiple knowledge transfer strategies, of which the most common are training programs, distribution of material, and train the trainer programs. Other strategies are based on the distribution of educational materials, feedback and supervision, implementation of guidelines, etc. The agents of transfer that are implicated are mostly “non specialized” trainers and specialists of health; the potential users are mostly first-line health workers and consumers of services, especially women and young children. Globally, studies report positive results, many of which are significant: an increase in recommended practices, more utilization of essential products, and a better understanding of transferred knowledge. We also note the evaluation of some novel strategies such as artistic performances and playful activities. These strategies have shown encouraging results and are much appreciated by both transfer agents and users. In terms of the research methodology, the majority of studies use qualitative designs and have essentially been published in the last decade. Multiple research instruments are being used, but very few studies report their psychometric properties. In that sense, it is difficult for us to attest to their methodological quality and the results of these studies should therefore be nuanced. We finally note the importance of the health issues being addressed, the presence of novel strategies and the specificity of some conditions of utilization in the context of low-income countries. In conclusion, we propose future directions that could guide new research on the subject.

Key Words : scoping study, public health, low-income countries, knowledge translation, evidences based practice, effect and process, clinical psychology.

REMERCIEMENTS

Parce que le voyage est plus important que la destination...merci à tous pour avoir fait de ce travail bien plus qu'un document dans une couverture bleue, mais une aventure inoubliable partagée avec des gens fabuleux.

Emma, pour avoir partagé mes joies et consolé mes peines, être restée éveillée tard le soir pour me tenir compagnie, pour tous ces bouquets de fleurs qui ont colorés mon bureau, pour m'avoir sorti de mes bouquins de temps en temps et m'avoir évité de devenir trop sérieuse, pour m'avoir supporté sans relâche, pour ta patience exemplaire et ton amour infini !

Christian, pour avoir guidé mon cheminement et poussé ma réflexion, m'avoir fait profiter de ton expertise et guidé vers de nouvelles connaissances, m'avoir fait confiance et m'avoir toujours soutenue, même dans les moments de grande confusion!

Catherine, Mélo B.L., pour toutes ces heures de discussion inspirantes, vos conseils et vos réflexions vers la voie de la critique et de l'analyse, bases essentielles à l'apprentissage d'une démarche scientifique rigoureuse !

Kadja., Marco., Esth., Laurence, Xav., pour avoir fait du « lab » un endroit merveilleux où se retrouver entre ami(e)s, pour votre écoute, votre bonne humeur et votre aide inconditionnelle !

Maman, Papa, Fred, Manue, pour croire en moi et me soutenir, toujours, dans mes projets les plus fous !

Paul, Jean-C., Andréa, Michel, Nancy, Isa., Cath., Mélo T.B., Anne-Ma., Stef., Nath., Léna, Pierre, et tous ceux que j'oublie, pour votre soutien moral et votre optimisme incassable !

Marie-Mi., Nayla, pour être mes sauveuses de dernières minutes !

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	ii
REMERCIEMENTS	iii
TABLE DES MATIÈRES	iv
Liste des figures et des tableaux	vi
Liste des acronymes	vii
INTRODUCTION	1
CONTEXTE THÉORIQUE	3
Utilisation des connaissances issues de la recherche	4
Transfert de connaissances	4
<i>Stratégie de transfert</i>	5
Recherche sur le transfert de connaissances	6
<i>Évaluation des effets</i>	6
<i>Examen des processus</i>	8
Question et objectifs de recherche	11
<i>Contexte des pays à faible revenu</i>	11
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	13
Identification des études	14
Sélection et évaluation de la pertinence des études	15
Extraction et analyse des données	15
RÉSULTATS	17
Source et année de publication des études	17
Contextes et méthodes de recherche	20
<i>Pays à faible revenu</i>	20
<i>Problématiques de santé abordées</i>	21
<i>Devis de recherche utilisés</i>	22

<i>Outils et mesures</i>	23
Nature des activités de recherche sur le transfert des connaissances	25
<i>Objectifs des études</i>	25
<i>Objectifs de recherche et choix du devis</i>	26
<i>Stratégies de transfert étudiées</i>	26
<i>Acteurs impliqués dans les processus de transfert</i>	27
Résultats rapportés par les études	30
<i>Analyse des effets</i>	30
<i>Examen des processus</i>	32
DISCUSSION	34
Pertinence des problématiques abordées	36
Qualité méthodologique des études	36
Choix des stratégies de transfert	37
Conditions d'utilisation spécifique au contexte	39
Mesures de l'utilisation des connaissances	40
LIMITES DE L'ÉTUDE	41
CONCLUSION	42
RÉFÉRENCES	44
APPENDICE A : Stratégies d'identification des études	53
APPENDICE B : Synthèse des principales caractéristiques des études retenues	56

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Diagramme <i>PRISMA</i>	18
Figure 2 : Fréquences des problématiques de santé publique traitées	21
Tableau 1 : Grille adaptée de Malo et Robert (2011) pour l'extraction des données	16
Tableau 2 : Nombre d'études par années de publication	19
Tableau 3 : Fréquence des études selon les sources de publication	19
Tableau 4 : Nombre d'études par pays	20
Tableau 5 : Description des outils de mesure dans les 22* études qui ont utilisé des mesures quantitatives	24
Tableau 6 : Description des outils de mesure dans les 12* études qui ont utilisé des mesures qualitatives	24
Tableau 7 : Nombre d'études selon le type d'objectif poursuivi	25
Tableau 8 : Nombre d'études selon les objectifs et les devis de recherche	26
Tableau 9 : Énumération des stratégies de transfert étudiées	28
Tableau 10: Nombre d'études selon les types d'utilisation des CIR mesurés ...	31
Tableau 11: Conditions d'utilisation de la recherche répertoriées dans les études consultées	32
Tableau 12: Synthèse des principales caractéristiques des études retenues	57

LISTE DES ACRONYMES

CIR	Connaissances issues de la recherche
FRQ-SC	Fonds de recherche du Québec – Société et culture
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
TC	Transfert de connaissances
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ».
- Organisation mondiale de la Santé (2006)

L'utilisation des connaissances issues de la recherche permet l'amélioration des pratiques et de la prise de décisions. Dans le domaine de la santé, elle a le potentiel d'améliorer la qualité et l'offre des services offerts à la population. L'intégration des résultats de la recherche aux pratiques et aux prises de décisions dans le domaine de la santé est d'autant plus pertinente dans les pays à faible revenu, où les ressources financières, logistiques et humaines sont limitées, et où les problématiques de santé publique touchent des proportions alarmantes de la population. Un écart persiste toutefois entre les résultats scientifiques obtenus et leur utilisation par les professionnels de la santé et les décideurs politiques. Pour combler cet écart, de plus en plus d'efforts sont consacrés au transfert de connaissances, un processus complexe par lequel les résultats de recherche sont transformés puis partagés avec les milieux de pratique et de prise de décisions. Ces efforts ont donné lieu à l'émergence d'un nouveau domaine de recherche sur le transfert des connaissances. Il poursuit deux objectifs, d'abord: 1) évaluer l'efficacité des moyens mis en place pour transférer les connaissances scientifiques et ensuite 2) identifier les facteurs susceptibles de favoriser ou de nuire à l'utilisation de ces connaissances. La présente étude vise à regrouper les données disponibles et pertinentes afin de savoir ce qui a été étudié et découvert sur le transfert des connaissances dans le contexte particulier des pays à faible revenu.

Le présent essai se présente en cinq sections. Il sera d'abord question de présenter une recension des écrits scientifiques portant sur le transfert de connaissances en santé publique. La section suivante porte sur le choix de la méthodologie utilisée pour

réaliser cette synthèse exploratoire, soit celle de la « *scoping study* » (Arksey & O'Malley, 2005). Les résultats sont ensuite présentés en trois sous-sections distinctes selon qu'elles portent sur la description des éléments de l'identification des études, du contenu de la recherche ou des résultats rapportés par les études. La discussion permet de comparer nos résultats, obtenus dans le cadre de la recherche sur le transfert des connaissances dans les pays à faible revenu, avec ceux d'autres contextes. En conclusion, nous proposons des pistes de réflexion pour guider les recherches futures sur le sujet.

CONTEXTE THÉORIQUE

Au cours des dernières décennies, des efforts considérables ont été déployés afin que les connaissances scientifiques profitent aux milieux de pratique et de prise de décisions. Ces connaissances, dites issues de la recherche (CIR), se différencient de celles acquises sur la base de l'expérience, dites issues de la pratique. Ceci a favorisé l'émergence du mouvement *Evidence-Based Practices*, ou les pratiques fondées sur les données probantes. Ce mouvement apparaît d'abord en médecine au début des années 1980, puis gagne le domaine de la santé publique et de la politique (Woolf & Atkins, 2001). Les pratiques fondées sur les données probantes sont maintenant recommandées par plusieurs ordres professionnels comme ligne de conduite, par exemple en psychologie et en médecine :

Code de déontologie de la Société canadienne de psychologie

Article II.9. Le psychologue doit : « se tenir au courant de l'évolution d'un vaste éventail de connaissances et des dernières méthodes et techniques de recherche par la lecture de la documentation pertinente » (Société canadienne de psychologie, 2000, p.19).

Article II.21. « Il peut parfois falloir, entre autres, choisir des interventions qui sont pertinentes aux besoins et aux caractéristiques du client et qui ont une efficacité raisonnable démontrée de manière théorique et empirique à la lumière des besoins et des caractéristiques de la personne » (Société canadienne de psychologie, 2000, p.20).

Code de déontologie du Collège des médecins

Article 44. « Le médecin doit exercer sa profession selon les normes médicales actuelles les plus élevées possible; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés » (Collège des médecins du Québec, 2004, p.4).

Article 47. « Le médecin doit s'abstenir de faire des omissions, des manœuvres ou des actes intempestifs ou contraires aux données actuelles de la science médicale » (Collège des médecins du Québec, 2004, p.5).

Utilisation des connaissances issues de la recherche

L'utilisation des connaissances issues de la recherche peut prendre plusieurs formes, dont les plus courantes et les mieux documentées sont les types *instrumental*, *conceptuel* et *persuasif* (Huberman, 1993; Nutley, Jung, & Walter, 2008; Weiss, 1998). L'utilisation instrumentale signifie que l'application des connaissances se fait de façon concrète, entraînant des changements dans les comportements et les pratiques des intervenants, des administrateurs ou des décideurs. L'utilisation conceptuelle s'observe lorsque les connaissances transférées entraînent des changements dans la compréhension ou l'attitude des utilisateurs (Innvaer, Vist, Trommald, & Oxman, 2002). Enfin, lorsque les connaissances permettent de valider une pratique ou une décision, de supporter des actions politiques ou de justifier des priorités financières, il est question d'une utilisation persuasive (Landry, Amara, & Lamari, 1998; Nutley et al., 2008).

L'intérêt d'évaluer l'utilisation des connaissances issues de la recherche dans les milieux de pratique et de prise de décisions apparaît dans les années 1990. Une des premières observations fut alors de constater la sous-utilisation des CIR (Feldman, 1999; Rich, 1997; Weiss, 1988). Par exemple, des chercheurs américains ont démontré que 30 à 40% des patients ne recevaient pas les traitements démontrés efficaces et que 20 à 25 % recevaient même des soins qui n'étaient pas nécessaires, voir potentiellement dangereux (Grol, 2001; Grol & Grimshaw, 2003; McGlynn et al., 2003; Schuster, McGlynn, & Brook, 1998). Afin de combler ces écarts et de mieux comprendre les processus menant à l'utilisation des connaissances scientifiques, les chercheurs se sont penchés sur l'étude du transfert des connaissances.

Transfert de connaissances

Les processus conduisant du partage à l'utilisation des résultats scientifiques prennent plusieurs appellations (Graham et al., 2006; McKibbin et al., 2010) : échange de

connaissances, transfert de connaissances, dissémination, application des connaissances, valorisation des connaissances, diffusion des connaissances et gestion des connaissances, pour n'en nommer que quelques-uns. Nous avons choisi d'utiliser le terme « transfert des connaissances » et nous basons sur la définition du Fonds de recherche du Québec - Société et culture :

Le transfert des connaissances est l'« ensemble des efforts consentis pour contribuer à faire connaître et reconnaître les activités et les résultats de recherche (...) en vue de leur utilisation par les milieux de pratique, les décideurs et le grand public, que la démarche soit interactive ou non » (FRQ-SC, 2011, p. 9)

Deux catégories d'acteurs prennent part aux processus de transfert : ceux qui transmettent la connaissance, ceux que nous nommerons désormais les « agents de transfert », et ceux qui la reçoivent, soit les « utilisateurs ». Bien que le chercheur soit le principal producteur des connaissances scientifiques, la responsabilité du transfert ne lui incombe pas exclusivement. Les écrits scientifiques évoquent de plus en plus la présence d'agent intermédiaire permettant de faire le pont entre les chercheurs et les utilisateurs. Cet agent de transfert peut être un individu ou une organisation, par exemple un courtier de connaissance ou un centre de liaison. Leurs tâches consistent entre autres à sélectionner, transformer puis diffuser les connaissances scientifiques à des utilisateurs potentiels (Dobbins et al., 2009; Nutley, 2010). Les utilisateurs représentent un éventail de professionnels, des intervenants et des praticiens, des décideurs politiques, des gestionnaires et des cadres administratifs ou encore d'autres chercheurs. Ceux-ci se retrouvent dans des milieux variés tels que des centres communautaires, des centres hospitaliers, des organismes à but non lucratifs et des institutions gouvernementales.

Stratégies de transfert

Les stratégies de transfert sont nombreuses et se présentent sous des formes variées. Les chercheurs les regroupent généralement en trois grandes catégories, *passives*,

actives et *mixtes*, selon le niveau d'investissement qu'elles exigent de la part des acteurs impliqués dans le processus de transfert (Van Eerd et al., 2011). Les stratégies *passives* correspondent au niveau d'investissement minimal de part et d'autre. Ces stratégies incluent l'affichage, la distribution de matériel, la suggestion de lecture et la création de bases de données électroniques (Van Eerd et al., 2011). Les stratégies *actives* sont celles qui demandent davantage l'implication de la part des deux parties, agents et utilisateurs (Dobbins, Rosenbaum, Plews, Law, & Fysh, 2007). Des agents de transfert peuvent par exemple répondre à des besoins spécifiques des utilisateurs par l'envoi ciblé de messages « sur mesure » (traduction libre de *tailored and targeted message*). De leur côté, les utilisateurs peuvent participer à des ateliers de travail afin d'acquérir les nouvelles connaissances et les intégrer à leur pratique. Finalement, les stratégies *mixtes* sont celles qui combinent à la fois les stratégies passives et actives. Ces stratégies sont habituellement mise en place par des agents intermédiaires, notamment des courtiers de connaissance, dont le rôle peut impliquer d'évaluer les besoins du milieu, de synthétiser les connaissances, d'adapter la présentation des résultats et de participer à la rédaction de politiques locales (Dobbins et al., 2009; Nutley, 2010). Dans tous ces cas, les agents intermédiaires ne produisent pas de nouvelles connaissances, mais ils facilitent les processus de transfert et surtout, favorisent l'utilisation des CIR.

Recherche sur le transfert de connaissances

Les processus de TC comportent une multitude d'opérations dynamiques qui ont pour but de favoriser l'utilisation des CIR. L'étude du transfert des connaissances poursuit quant à elle deux objectifs, soit l'évaluation des effets des stratégies de transfert et l'examen des processus qui mènent à l'utilisation des CIR.

Évaluation des effets

Les stratégies de transfert sont nombreuses, mais toutes n'ont pas les mêmes effets. Elles sont généralement classées en trois catégories : celles qui sont jugées

inefficaces, celles qui présentent des effets mitigés et celles dont les études démontrent l'efficacité.

Stratégies jugées inefficaces. La revue systématique de Bero et ses collègues (1998) ainsi que la mise à jour de celle-ci par Grimshaw et ses collègues (2004) font consensus : les stratégies passives sont généralement inefficaces. Les auteurs mentionnent ainsi que la simple distribution de matériel éducatif, incluant le matériel audio-visuel, les guides de pratique et les publications électroniques ne présentent que peu ou pas d'effets. Corrigan et ses collègues (2001) soulignent toutefois que les guides de pratiques peuvent produire des effets positifs, mais pas lorsqu'ils sont utilisés comme stratégie unique. Les rencontres didactiques, par exemple les groupes de lecture, sont également démontrées inefficaces. Le simple fait d'avoir accès aux connaissances, par exemple en étant inscrit à un registre en ligne, semble également ne pas avoir d'effet significatif sur l'utilisation des connaissances par les utilisateurs (Dobbins et al., 2009b).

Stratégies produisant des effets mitigés. Plusieurs stratégies de transfert démontrent des effets qui fluctuent d'une étude à une autre, et à l'intérieur d'une même étude, de sorte que leur efficacité est variable. Parmi celles-ci, on note les audits et les séances de rétroactions (Bero et al., 1998; Grimshaw et al., 2004, 2006), la présence des leaders d'opinion (Bero et al., 1998; Flodgren et al., 2011; Grol & Grimshaw, 2003), les interventions de médiation (« *patient mediate intervention* ») (Bero et al., 1998; Grol & Grimshaw, 2003) ainsi que les conférences (Grol & Grimshaw, 2003). Les guides de pratique obtiennent également des effets variables (Grol & Grimshaw, 2003). Très peu d'études portent sur l'évaluation des courtiers de connaissances et bien que cette stratégie semble prometteuse, ses effets sont encore peu documentés et restent à démontrer (Dobbins et al., 2009). Il semblerait pour l'instant que cette stratégie soit efficace particulièrement dans un contexte où la culture organisationnelle est peu ouverte à la recherche.

Stratégies démontrées efficaces. Plusieurs interventions sont démontrées efficaces dans les écrits scientifiques. Toutefois, Grol et Grimshaw (2003) soulignent

qu'aucune activité de transfert n'est efficace pour entraîner tous les types de changements dans toutes les conditions. Ainsi, les rencontres interactives en petits groupes (« *interactive small group meeting* ») permettent d'améliorer la qualité des prescriptions de médicaments (Bero et al., 1998; Grol & Grimshaw, 2003), les stratégies qui utilisent la rétroaction ont des effets sur les performances cliniques des utilisateurs (Bero et al., 1998; Grol & Grimshaw, 2003) et les outils informatiques d'aide à la décision (« *computerised decision support* ») améliorent le dosage des médicaments (Grol & Grimshaw, 2003). L'introduction de l'ordinateur dans la pratique des utilisateurs et les campagnes médiatiques de masse sont aussi des stratégies démontrées efficaces (Grol & Grimshaw, 2003). Une stratégie de transfert se démarque des autres, celle des messages ciblés sur mesure (« *tailored targeted messages* »). Selon certains chercheurs, cette stratégie est efficace car elle permet de transmettre aux utilisateurs juste assez d'informations pour qu'ils en retiennent et appliquent les éléments essentiels (Dobbins et al, 2009b; Grol & Grimshaw, 2003). L'utilisation de stratégies multiples est quant à elle efficace, mais on ne sait pas encore quelle combinaison de stratégies fonctionne dans quel contexte. Ces stratégies sont susceptibles de contrer de nombreuses barrières à l'utilisation des connaissances (Grimshaw et al., 2004, 2006, 2012), mais il ne semble pas y avoir de relation évidente entre le nombre de stratégies implantées et les effets obtenus (Grimshaw et al., 2004, 2006, 2012; Walter, Nutley, & Davies, 2005). De plus, ces stratégies sont généralement plus coûteuses et mobilisent davantage de ressources.

Examen des processus

Les recherches menées sur les processus de transfert de connaissances identifient plusieurs conditions contextuelles et individuelles susceptibles d'influencer l'utilisation des CIR (Dagenais, Janosz, Abrami, Bernard, & Lysenko., 2008; Denis, Hébert, Langlay, Lozeau, & Trottier, 2002; Ouimet, Landry, Amara, & Belkhodja, 2006). Nous présentons une classification des conditions d'utilisation des CIR selon que celles-ci soient associées aux caractéristiques des stratégies de transfert, de

l'agent de transfert, de l'utilisateur, du contexte organisationnel ou de la connaissance transférée.

Conditions associées aux caractéristiques des stratégies de transfert. D'abord, le rapprochement entre les agents de transfert et les utilisateurs serait fortement encouragé. Certains auteurs mentionnent à cet effet qu'une interaction directe et dynamique (Dagenais et al., 2008; Ouimet et al., 2006) ainsi que l'implication des utilisateurs dans les activités de recherche (Estabrooks, Floyd, O'Leary, & Gushta, 2003) sont des conditions qui facilitent le processus de transfert et favorisent l'utilisation des CIR. Il est également favorable que les rôles de chacun soient clairement définis et que la relation soit basée sur la confiance mutuelle, facilitant ainsi la résolution de problème (Dagenais & Janosz, 2008). L'emploi d'une stratégie conviviale est également mentionné parmi les conditions favorables à l'utilisation des CIR (Dobbins et al., 2007).

Conditions associées aux caractéristiques de l'agent de transfert. Une attitude positive envers la collaboration et la présence de bonnes habiletés de communication sont quelques exemples des conditions favorables associées à l'agent de transfert, qu'il soit chercheur ou agent intermédiaire (Dagenais & Janosz, 2008). La connaissance des milieux utilisateurs par les chercheurs, en tant qu'agent de transfert, leur permettrait aussi d'être davantage conscients de la culture de l'organisation, des conditions contraignantes et des intérêts propres à ces milieux (Dagenais & Janosz, 2008). Il en résulterait un transfert des connaissances adapté aux demandes particulières du milieu et ainsi plus efficace.

Conditions associées aux caractéristiques des utilisateurs. La méconnaissance de la culture scientifique et des processus de recherche par les utilisateurs peut mener à des attentes irréalistes, des difficultés de compréhension concernant les résultats de recherches présentés et les difficultés à exprimer clairement leurs préoccupations (Dagenais & Janosz 2008). Ces conditions sont susceptibles d'entraver les processus de transfert de connaissances mis en place, mais ne sont toutefois pas insurmontables

et peuvent s'estomper au fur et à mesure que les parties collaborent sur des projets communs (Dagenais & Janosz, 2008).

Conditions associées aux caractéristiques du contexte organisationnel. Un contexte organisationnel peu favorable à l'intégration de nouvelles connaissances et qui présente des comportements de résistance face aux changements de pratiques nuit à l'utilisation des CIR (Dobbins et al., 2007; Gagliardi, Fraser, Wright, Lemieux-Charles, & Davis, 2008; Innvaer et al., 2002). De plus, les activités de transfert nécessitent une participation du personnel dans les organisations, ce qui implique d'y consacrer du temps et un minimum de ressources. Toutefois, ces ressources sont rarement considérées dans les charges de travail du personnel (Dagenais & Janosz, 2008).

Conditions associées aux caractéristiques de la connaissance transférée. La pertinence du sujet traité, l'adéquation de celui-ci avec les besoins des utilisateurs et la perception d'impacts positifs sur leur clientèle sont des conditions qui favorisent l'intégration de la connaissance transférée par les utilisateurs (Dagenais et al., 2008; Gagliardi et al., 2008). L'adaptation du mode de présentation de l'information favorise également l'utilisation, notamment par la création de synthèses (Bowen & Martens, 2005) et l'utilisation d'un langage adapté à l'auditoire (Gagliardi et al., 2008; Nutley, 2010).

L'analyse des écrits scientifiques sur le TC permet de constater que les revues systématiques et les recensions des écrits sur le transfert des CIR (Bero et al., 1998; Grimshaw et al., 2004, 2006; Van Eerd, 2011) portent principalement sur les interventions effectuées dans les pays riches (Australie, Canada, États-Unis, Royaume-Uni). À notre connaissance, aucune ne porte spécifiquement sur les interventions effectuées dans les pays plus pauvres. Dans certaines revues systématiques, les études réalisées dans les pays pauvres sont même un critère d'exclusion (Goldner et al., 2011). Dans ce contexte, il importe de réaliser une

synthèse des résultats scientifiques disponibles afin de connaître l'état de la recherche sur le TC dans ces pays et d'orienter judicieusement les prochaines études sur le sujet.

Question et objectifs de recherche

La question de recherche posée est la suivante : Quel est l'état actuel de la recherche sur le transfert des connaissances en santé publique dans les pays à faible revenu?

Pour ce faire, le présent essai s'appuie sur la démarche méthodologique de la « *scoping study* », une synthèse exploratoire récemment définie et décrite par Arksey et O'Malley (2005). La *scoping study* nous apparaît comme la méthode la plus pertinente pour répondre à cette question car celle-ci propose une démarche exploratoire, qualitative et descriptive qui permet de « cartographier rapidement les concepts clés sous-jacents au domaine d'étude ainsi que les principales sources de références et les types de données disponibles. » (Mays, Roberts, & Popay, 2001, p. 194).

Contexte des pays à faible revenu

La présente étude porte sur les 36 pays considérés à faible revenu par la Banque mondiale (2013). De ceux-ci, 27 se trouvent en Afrique Subsaharienne, huit en Asie du Sud et un dans les caraïbes. La Banque mondiale décrit en ces termes les pays à faible revenu: en 2012, 846,5 millions d'habitants y vivaient avec un salaire annuel moyen de 584\$ américains. Par comparaison, les habitants des pays à revenu intermédiaire recevaient, en 2012, un revenu annuel moyen de 3 469\$ américains et ceux des pays aux revenus les plus élevés touchaient un salaire moyen annuel de 42 300\$ américains. Les pays à faible revenu se démarquent également par l'ampleur des conséquences des problématiques de santé vécues. Par exemple, les pays à faible revenu connaissent les plus hauts taux de décès pour tous les types de causes identifiées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2006): maladies transmissibles, affections maternelles et périnatales, carences nutritionnelles, maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancer, maladies respiratoires

chroniques, diabète, troubles neuropsychiatriques, sensoriels et musculo-squelettiques, infections bucco-dentaires, maladies digestives, maladies uro-génitales, anomalies congénitales et affections cutanées) et traumatismes. Dans les pays de l'Afrique Subsaharienne, dont 56% sont considérés à faible revenu, les femmes ont 175 fois plus de risques de mourir pendant la grossesse ou à l'accouchement que celles des pays riches (OMS, 2006). L'OMS souligne également le manque de ressources et la pénurie du personnel de santé comme des barrières qui empêchent plusieurs pays d'offrir un accès à des soins de qualité pour tous.

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La *scoping study* se présente en cinq étapes systématiques: 1) définir la question de recherche, 2) identifier les études pertinentes, 3) sélectionner les études, 4) regrouper les données et 5) synthétiser les résultats (Arksey & O'Malley, 2005). Une des particularités de la *scoping study* est qu'elle ne tient pas compte des devis utilisés dans les études comme critères d'inclusion et d'exclusion. Cette caractéristique permet de faire un tour d'horizon complet des objets de recherches, des concepts et surtout des méthodologies employées dans le domaine étudié. La différenciation des résultats en fonction des devis de recherche des études consultées s'effectue plus tard dans l'analyse des données (Arksey & O'Malley, 2005). La *scoping study* se différencie ainsi de la revue systématique, laquelle porte sur l'étude d'une question bien précise en recherchant un devis de recherche particulier.

La présente démarche respecte les critères du « *PRISMA Statement* » (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), un outil international qui permet de guider les chercheurs dans l'examen systématique des écrits scientifiques et d'en assurer la qualité. Le développement du *PRISMA* « fait partie d'un effort plus large visant à améliorer la présentation des différents types de recherche en santé, et à son tour d'améliorer la qualité de la recherche utilisée dans la prise de décisions dans les soins de santé » (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009). Le document comprend une liste de 27 éléments (*27-items checklist*) concernant les informations essentielles attendues dans une revue systématique. Par exemple, ces éléments permettent de vérifier si la logique et le contexte de la démarche sont clairement explicités (section introduction), si les critères d'inclusion et d'exclusion sont décrits et expliqués (section méthodologie) ou encore si le nombre d'études retenues à chaque étape est présenté (section résultats). Il comporte aussi un diagramme (*Flow Diagram*) qui décrit chacune des étapes du

processus d'examen des études : 1) l'identification des études, 2) la sélection, 3) l'évaluation de la pertinence des études et finalement, 4) l'analyse des études incluses. Le diagramme permet de présenter de manière schématique et transparente le nombre d'études retenues et exclues à chacune des étapes du processus. La Figure 1 (p.18) présente le diagramme qui décrit ce processus pour la présente étude.

Identification des études

L'identification des études consiste à repérer un maximum de publications potentiellement pertinentes par le biais des bases de données électroniques. Une dizaine de bases de données ont été consultées: *MEDLINE and MEDLINE In-Process and Other Non-Indexed Citations, EMBASE, PsycINFO, EconLit, Social Services Abstracts, Social Policy and Practice, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Health Technology Assessment Database, NHS Economic Evaluation Database*. Afin d'éliminer les doublons, les titres et résumés de chacun ont été importés électroniquement et gérés par le logiciel bibliographique EndNote. Quatre types d'expression ou de mot-clé ont été utilisés: 1) les expressions associées au transfert et à l'utilisation des connaissances issues de la recherche, et ses synonymes; 2) les noms des 36 pays à faible revenu identifiés par la Banque mondiale (2013); 3) les expressions associées à l'intervention et ses synonymes; 4) les expressions associées à la recherche de type empirique, et ses synonymes. La liste complète des mots-clés se retrouve à l'Appendice A. Les mots-clés qui ont servi à la recherche des publications ont principalement été tirés des écrits scientifiques ainsi que des thésaurus des bases de données. Un consensus sur le choix des mots-clés a été obtenu avec le directeur de recherche et la professionnelle en recherche documentaire. La liste des références repérées a ensuite fait l'objet d'une analyse rapide afin d'éliminer les doublons et de restreindre la recherche selon l'année de publication. Seuls les articles publiés après 1960 ont été conservés, date à

laquelle le concept de transfert de connaissances a fait son apparition dans la documentation scientifique (Estabrooks, Thompson, Lovely, & Hofmeyer, 2006).

Sélection et évaluation de la pertinence des études

La sélection des articles s'est effectuée en deux temps. D'abord, les références obtenues à l'étape d'identification ont été traitées sur la base des titres et des résumés. Puis, tous les articles conservés à cette étape ont ensuite été examinés à nouveau à partir des documents complets. Les critères d'inclusions sont les mêmes pour ces deux étapes :

- la recherche s'effectue dans un pays à faible revenu;
- les objectifs de l'étude portent sur les processus de transfert des connaissances et/ou sur ses effets;
- l'étude est empirique, c'est-à-dire qu'elle repose sur une collecte et une analyse des données;
- l'étude est rédigée en anglais ou en français.

Finalement, les études incluses à la fin de cette deuxième étape ont fait l'objet des analyses descriptives.

Extraction et analyse des données

La démarche analytique a consisté, dans un premier temps, à extraire un maximum d'information pour décrire les études retenues. Pour ce faire, nous avons utilisé la *Grille descriptive des articles inclus dans une scoping study* proposée par Malo et Robert (2011). Un exemple de celle-ci se trouve au Tableau 1 (p.16). Les données extraites ont ensuite été regroupées par thèmes, décrites et quantifiées lorsque possible. La première étape consistait à recueillir les informations permettant de décrire les études et de répondre aux questions suivantes : « Quand et où les études ont-elles été publiées? », « Dans quel contexte et comment sont-elles réalisées? »,

« Quels sont les objectifs de transfert poursuivis, les stratégies de transfert employées et les acteurs impliqués? ». Dans un deuxième temps, les analyses ont consisté à dresser un portrait des principaux résultats rapportés par les études. Cette étape a permis de répondre à la question suivante : « Quelles sont les conclusions et les recommandations formulées par les auteurs? ».

Tableau 1: Grille adaptée de Malo et Robert (2011) pour l'extraction des données

<i>Étape 1 : Description des études</i>
- Année de publication (entre 1960 et mai 2013)
- Source de publication (noms des Revues)
- Pays à faible revenu où l'étude a lieu
- Problématique(s) de santé abordée(s) dans l'étude
- Devis de recherche utilisé (quantitatif, qualitatif, mixte)
- Outils et mesures employés
- Objectifs de l'étude (en termes de TC : effets/processus)
- Stratégie(s) de transfert étudiée(s)/évaluée(s)
- Acteurs impliqués dans les processus de TC (agents et utilisateurs)
<i>Étape 2 : Principaux résultats</i>
- Analyse de l'efficacité des stratégies de TC (s'il y a lieu)
- Type d'utilisation des connaissances mesuré (instrumental, conceptuel, persuasif)
- Examens des processus (s'il y a lieu)

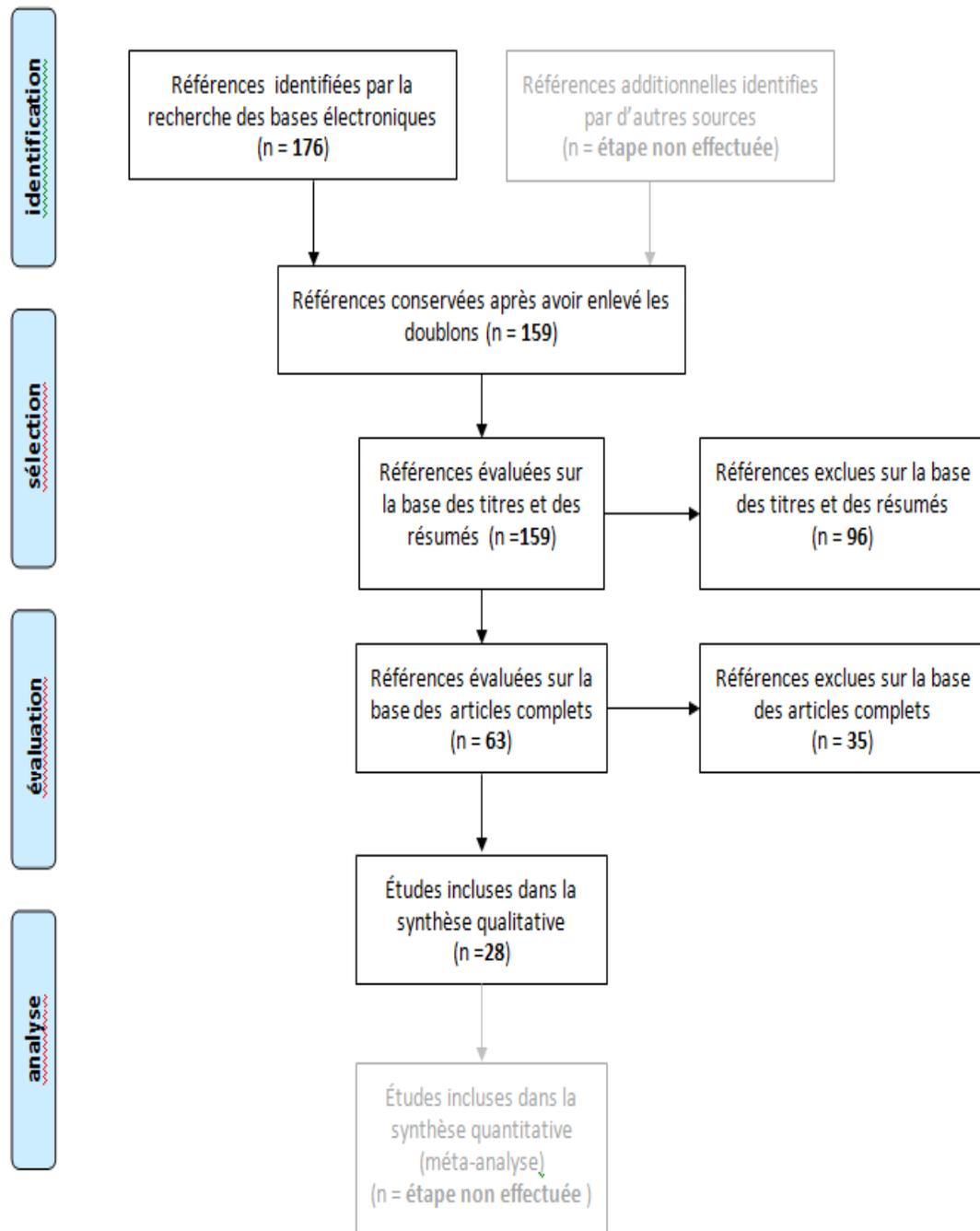
RÉSULTATS

La recherche dans les bases de données électroniques a permis d'identifier 176 études potentiellement pertinentes (Figure 1, p.18). L'analyse des titres et des résumés a réduit ce nombre à 63 études dont le format intégral a ensuite été examiné en profondeur. De ce nombre, 35 ont été exclues pour l'une ou plusieurs des raisons suivantes : 1) l'étude ne présente pas des données empiriques; 2) la référence obtenue est associée à un résumé uniquement et ne permet pas d'obtenir l'article intégral afin d'en faire une analyse plus approfondie; 3) l'objectif de l'étude ne porte pas sur le transfert des connaissances. Les analyses finales portent donc sur 28 études. Une liste complète de ces références se retrouve au Tableau 12 de l'Appendice B (p.56).

Les résultats présentent l'état de la recherche sur le transfert des connaissances en santé publique dans les pays à faible revenu. Ceux-ci sont regroupés en quatre sections. 1) La première décrit la source et l'année de publication des études. 2) La deuxième section porte sur la description du contexte et des méthodes de recherche : pays à l'étude, problématiques de santé traitées, devis méthodologiques choisis et instruments de mesure utilisés. 3) La section suivante décrit la nature des activités de recherche réalisées sur le transfert des connaissances : objectifs des études (évaluation des effets ou des processus), stratégies de transfert employées, acteurs impliqués dans le processus de transfert. 4) Finalement, la dernière section décrit les résultats rapportés par les études retenues. Les résultats de ces quatre sections permettent de tracer un portrait exhaustif de l'état des connaissances sur le sujet traité.

Source et année de publication des études

Une très forte majorité des études retenues ont été publiées au cours de la dernière décennie. Plus précisément, 60,7% des études retenues (n=17) ont été publiées entre 2010 et aujourd'hui, 28,6% entre 2005 et 2009 (n=8) et 10,7% entre 2000 et 2004 (n=3). Le Tableau 2 reprend la fréquence des années de publication. Aucune des

Figure 1 : Diagramme *PRISMA*

études retenues n'a été publiée avant 2000. Dans un deuxième temps, on constate une grande diversité dans les sources de publication; les 28 articles retenus ont été repérés dans 20 sources différentes (Tableau 3).

Tableau 2: Nombre d'études par années de publication

<i>Avant 2000</i>	<i>2000-2004</i>	<i>2005-2009</i>	<i>2010 +</i>
0 (0%)	3 (10,7%)	8 (28,6%)	17 (60,7%)

Tableau 3 : Fréquence des études selon les sources de publication

<i>Fréquence</i>	<i>Revues</i>
Sources identifiées 1 fois	Bulletin of the WHO; Evaluation and Program Planning; Global Health Promotion; Global Public Health; International of Tuberculosis and Lung Disease; Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes; Journal of Health Communication; Journal of Surgical Education; Midwifery; Pan African Medical Journal; PLoS Medicine; Public Health Nursing; Public Health Nutrition; Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene; Sexually Transmitted Infections (Journal)
Sources identifiées 2 fois	Implementaion Science; Journal of Health Population Nutrition; PLoS ONE
Source identifiée 3 fois	BMC International Health and Human Rights
Source identifiée 4 fois	American Journal of Tropical Medicine and Hygiene

Contextes et méthodes de recherche

Pays à faible revenu

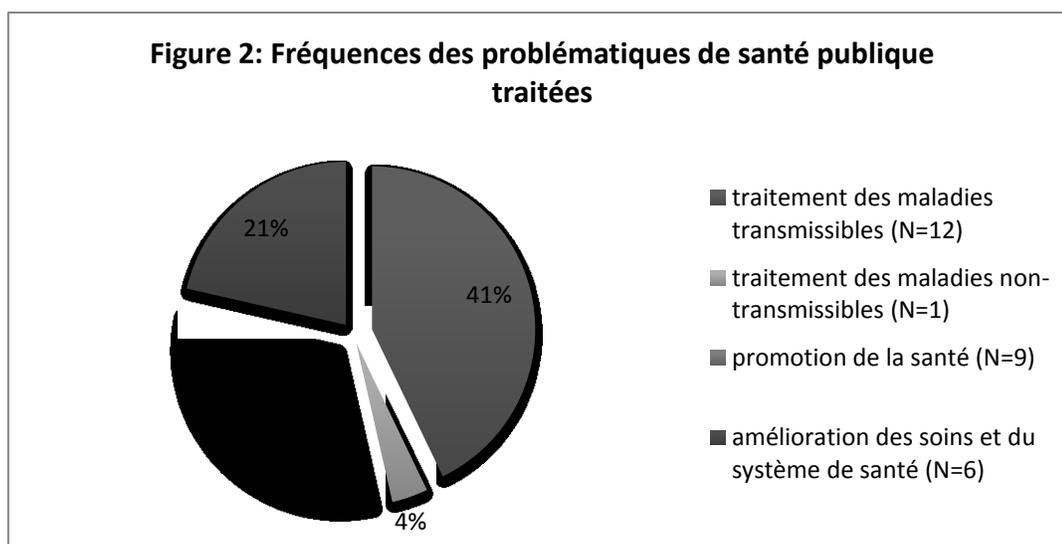
L'analyse des études retenues permet de noter une distribution inégale des études menées dans ces pays. En effet, la totalité des études consultées se sont déroulées dans huit pays seulement (22,2 %). Les pays où les études sont les plus nombreuses sont le Kenya (n=10), le Malawi (n=5), l'Ouganda (n=3), la Tanzanie (n=3), le Bangladesh (n=2) et le Népal (n=2). Le Burkina Faso, le Mali et le Sierra Leone ont servi de contexte une seule fois chacun. Du coup, 28 pays, représentant 77,8% de tous les pays à faible revenu, n'ont fait l'objet d'aucune étude publiée. Certains programmes de formation sont soutenus par une organisation non-gouvernementale internationale et les formateurs proviennent alors d'un pays du Nord. Quelques études sont également effectuées en partenariat avec une université étrangère, américaine ou européenne.

Tableau 4 : Nombre d'études par pays

<i>Fréquence</i>	<i>Pays où ont lieu les études</i>
Plus de 4	Kenya (n=10), Malawi (n=5)
3	Tanzanie
2	Bangladesh, Népal
1	Burkina Faso, Mali, Sierra Leone
Aucune étude	Afghanistan, Bénin, Burundi, Cambodge, Comores, Éthiopie, Érythrée, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Libéria, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Myanmar, Niger, République démocratique du Congo, République démocratique de Corée, République centrafricaine, République Kirghize, Rwanda, Somalie, Tadjikistan, Tchad, Togo, Zimbabwe

Problématiques de santé abordées

Les études retenues ont pour objectif d'examiner des mécanismes de transfert des connaissances scientifiques en lien avec les problématiques de santé publique traitées : le traitement des maladies transmissibles, le traitement des maladies non-transmissibles, la promotion de la santé, l'amélioration du système de santé. Selon le document de l'OMS (2012), la promotion de la santé est définie par des interventions qui tentent de « réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé pendant la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence » (OMS, 2012, p.5), et l'amélioration du système de santé par les interventions qui contribuent « au renforcement, à l'organisation et au financement des systèmes de santé » (OMS, 2012, p.5). La Figure 2 présente la fréquence des connaissances scientifiques transférées selon la problématique de santé traitée. Les études qui portent sur l'implantation d'interventions démontrées efficaces pour le traitement des maladies transmissibles sont les plus nombreuses (n=13, 46,4%). Parmi les maladies transmissibles abordées, nommons le paludisme, le VIH/SIDA et la tuberculose. Les connaissances transférées portent sur une maladie non-transmissible (anémie) dans une seule étude (n=1, 3,6%). Les problématiques en lien avec la promotion de la santé et la prévention incluent les mesures pour la prévention des mortalités, les soins essentiels, la planification familiale et le traitement des eaux (n=9, 32,1%). Finalement, six études portent sur l'amélioration des soins et des services de santé (n=6, 21,4%).



Devis de recherche utilisés

Les devis de recherche se divisent en trois catégories : les devis qualitatifs, les devis quantitatifs et les devis mixtes.

Devis qualitatifs (n=6, 21,4%). De façon générale, les études qualitatives présentent une description des méthodes de collecte des données, de leurs formats et les résultats tiennent compte du contexte de recherche. Par contre, très peu d'études mentionnent l'influence du chercheur sur l'interprétation des résultats obtenus. De plus, la description de la sélection des participants est parfois manquante et les motifs qui expliquent l'exclusion de certains participants sont rarement présentés.

Devis quantitatif (n=16, 57,1%). Les résultats montrent une majorité de devis quantitatifs (avec sélection aléatoire, sans sélection aléatoire et descriptifs) parmi les études consultées. Ceux-ci représentent 57,1% des études retenues. Parmi les devis quantitatifs, les méthodes sans sélection aléatoire sont les plus utilisées (n=9, 32,1%), suivis des méthodes avec sélection aléatoires (n=5, 17,9%), puis descriptives (n=2, 7,1%). Une grande majorité des études *quantitatives sans sélection* aléatoire présente un mode de recrutement qui permet de minimiser les biais associés à la sélection des participants ainsi que des données suffisamment complètes pour appuyer leurs résultats. De plus, toutes les études de ce type emploient des mesures appropriées aux objectifs poursuivis, les instruments de mesures sont généralement bien décrits et les variables mesurées sont clairement définies. Toutefois, les propriétés psychométriques de ces instruments sont très peu documentées. Dans l'ensemble, les études *quantitatives avec sélection aléatoire* expliquent bien les processus d'échantillonnage et présentent un faible taux d'exclusion et de décrochage. Toutefois, les processus d'assignation à l'aveugle à chacun des groupes sont présentés dans la moitié des études seulement. En ce qui concerne les études *quantitatives descriptives*, très peu d'informations sont présentées et il est impossible de se prononcer sur le mode de sélection des participants ou la pertinence des mesures. De plus, aucune information n'est présentée quant à la représentativité de l'échantillon et la pertinence des mesures utilisées est mitigée.

Devis mixtes (n=6, 21,4%). Pour l'ensemble des études qui utilisent une méthode mixte, le choix du devis de recherche et l'intégration des données qualitatives et quantitatives semblent pertinents pour répondre aux objectifs des études. Toutefois, très peu d'informations sont présentées quant aux limites de cette intégration.

Tous types de devis confondus, on note une faible majorité d'études qui identifient les limites de leur recherche de manière adéquate (n=14, 50%). Quelques unes les énumèrent succinctement (n=5, 17,9%) et une proportion importante n'en fait aucune mention (n=9, 32,1%).

Outils et mesures

Pour décrire les outils de collecte de données utilisés pour mesurer l'utilisation des CIR par les utilisateurs ciblés, nous les avons regroupés en deux catégories, soit les mesures quantitatives et les mesures qualitatives.

Mesures quantitatives. Parmi les 22 études qui ont utilisé des mesures quantitatives, 16 ont un devis purement quantitatif et 6 un devis mixte alliant qualitatif et quantitatif (Tableau 5). Les mesures quantitatives employées portent principalement sur l'évaluation des connaissances acquises à la suite des activités de transfert, des changements dans la pratique des utilisateurs et des effets des traitements sur l'état médical des utilisateurs. Les sources rapportées à partir desquelles les scores sont établis sont des guides de pratiques nationaux, des indicateurs de santé et des critères définis par l'OMS dans le cas de diagnostic médical et des modèles théoriques des changements de comportements (*Theory Planned Behavior, Health Belief Model*). Très peu d'informations sont disponibles sur les propriétés psychométriques et les appuis empiriques des outils de mesure quantitatifs. Les pré-tests effectués portent généralement sur la qualité de la langue et de la traduction des questionnaires.

Tableau 5 : Description des outils de mesure dans les 22* études qui ont utilisé des mesures quantitatives

<i>Outils de collecte de données</i>	
- Questionnaires et sondages	16
- Grilles d'observation	2
- Exemples cliniques	3
- Données médicales	9
<i>Qualité des outils</i>	
- Outils structurés	18
- Outils validés	4
- Pré-tests	4
<i>Méthode de cotation</i>	
- Sources des critères de cotations identifiées	5

* : 16 devis quantitatifs et 6 devis mixtes.

Mesures qualitatives. Parmi les 12 études qui ont utilisé des mesures qualitatives, 6 ont un devis qualitatif et 6 un devis mixte. Les méthodes de collecte de données qualitatives utilisées pour explorer les processus de transfert sont les entrevues individuelles, les *focus group*, les discussions informelles, l'observation ou l'analyse documentaire (Tableau 6). Les *focus group* sont par ailleurs toujours utilisés conjointement aux entrevues individuelles. Certaines études utilisent des guides structurés ou semi-structurés pour mener les entrevues et les *focus group* ainsi qu'une double cotation par des chercheurs indépendants.

Tableau 6 : Description des outils de mesure dans les 12* études qui ont utilisé des mesures qualitatives

<i>Outils de collecte de données</i>	
- Entrevues individuelles	10
- <i>Focus group</i>	5
- Observations et discussions informelles	4
- Analyse documentaire	3
<i>Qualité des outils</i>	
- Guides structurés ou semi-structurés	4
- Pré-test	1
<i>Méthode de cotation</i>	
- Double cotation avec évaluateurs indépendants	2

* : 6 devis qualitatifs et 6 devis mixtes.

Nature des activités de recherche sur le transfert des connaissances

Objectifs des études

Pour établir un portrait des objectifs de transfert poursuivis, nous avons décrit la fréquence des études selon qu'elles portent sur les effets, sur les processus ou sur les deux à la fois. Les études qui portent principalement sur les effets du transfert des connaissances représentent moins de la moitié des études retenues (n=11). La majorité de celles-ci présente uniquement des résultats sur l'efficacité des stratégies employées, sans en expliquer les raisons. Quelques études mentionnent toutefois l'impact de certaines conditions ayant entravé ou favorisé le transfert. Ces explications sont souvent brèves et rapportées dans la discussion, ne faisant pas l'objet principal des analyses effectuées. Environ une étude sur dix poursuit des objectifs uniquement en lien avec l'étude des processus (n=3). Très peu en effet proposent des méthodes de recherche qui explorent uniquement l'impact des conditions mises en place par les processus de transfert implantés sans en évaluer les effets. De fait, les études dont les objectifs se penchent à la fois sur les effets et les processus de transfert sont les plus nombreuses (n=14). Ces études utilisent des outils de collecte de données et des méthodes d'analyse qui permettent à la fois d'évaluer l'impact des stratégies, mais aussi de nuancer ces résultats par la présence de certaines conditions associées aux processus de transfert implantés.

Tableau7 : Nombre d'études selon le type d'objectif poursuivi

<i>Effet</i>	<i>Effets et Processus</i>	<i>Processus</i>
11 (39.29%)	14 (50%)	3 (10.71%)

Objectifs de recherche et choix du devis

Les devis de recherche utilisés varient selon les objectifs poursuivis par les études (Tableau8). D'abord, les études qui portent uniquement sur l'examen des processus de transfert (n=3) utilisent des devis qualitatifs. Ce type de devis permet d'approfondir les connaissances sur les conditions qui influencent l'utilisation des CIR. Ensuite, les études qui portent exclusivement sur les effets (n=11), dont l'objectif principal est d'évaluer l'efficacité des stratégies de transfert employées, utilisent des devis quantitatifs. Finalement, les études qui emploient les devis mixtes (n=6) portent à la fois sur l'évaluation des effets et l'examen des processus de transfert.

Tableau 8 : Nombre d'études selon les objectifs et les devis de recherche

	<i>Effets</i>	<i>Effets + Processus</i>	<i>Processus</i>	<i>T</i>
<i>Qualitatif</i>	-	3	3	6
<i>Quantitatif</i>	11	5	-	16
- <i>Avec sélection aléatoire</i>	(4)	(1)		
- <i>Sans sélection aléatoire</i>	(5)	(4)		
- <i>Descriptif</i>	(2)	(-)		
<i>Mixte</i>	-	6	-	6
<i>Total</i>	11	14	3	28

Stratégies de transfert étudiées

Plusieurs stratégies peuvent être employées pour transférer des connaissances issues de la recherche. La liste exhaustive de toutes les stratégies répertoriées dans les études retenues, en ordre croissant de fréquence, se retrouve au Tableau 9 (p.28). Les programmes de formation et la distribution de matériel sont les deux stratégies les plus souvent adoptées. En ce qui concerne les programmes de formation, ceux-ci varient d'une journée à deux semaines et intègrent différentes activités. On y retrouve la présence de démonstrations et d'activités pratiques durant lesquelles les participants peuvent intégrer les habiletés transmises, des rencontres sous forme de séminaires et d'ateliers de travail au cours desquels les participants discutent et partagent leurs expériences, des séances de supervision et de rétroaction sur leurs pratiques en lien avec les connaissances transférées. Presque tous les programmes de

formation répertoriés dans les études analysées ont été combinés à d'autres stratégies de transfert, telles que la distribution de matériel et les activités de diffusion publique. La distribution de matériel à grande échelle est aussi une stratégie largement répandue parmi les études analysées et a toujours été utilisée conjointement à d'autres. Cette stratégie est utilisée pour servir deux objectifs. Le matériel est parfois distribué aux agents de transfert afin de faciliter leurs tâches. Ceux-ci reçoivent par exemple des guides de pratique et des outils d'enseignement, ou encore des vélos ou des téléphones cellulaires afin de rejoindre les clientèles qu'ils desservent. Des produits de santé ont aussi été distribués aux populations ciblées (médicaments, condoms, sachets de purification pour l'eau, moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc.) et certains utilisateurs ont reçu des outils éducatifs, tels qu'une bande dessinée ou un livre imagé. La formation d'agents multiplicateurs, c'est-à-dire, des personnes chargées de retransmettre les connaissances dans leur milieu de travail, mieux décrite dans la section suivante, est également utilisée par plusieurs. Quelques études ont également mesuré l'efficacité des activités de diffusion à caractère public. De manière générale, on y retrouve des activités telles que des séances d'information aux points de services, des stands de santé dans les marchés ou des visites à domicile. Quelques études mettent également en place des activités qui visent à regrouper les différentes parties impliquées dans les processus de transfert, telles que la création d'une plate-forme électronique et de forums de discussion. Finalement, des stratégies novatrices, telles que des performances artistiques (théâtre, danse, chansons, poésie) et les activités ludiques (jeux de société) ont été utilisés dans trois études.

Acteurs impliqués dans les processus de transfert

Tout comme les stratégies de transfert, les acteurs impliqués dans le transfert des connaissances sont nombreux. Il est donc intéressant de s'attarder à la description de ceux-ci, d'une part du côté de ceux qui transfèrent les connaissances et d'autre part de ceux qui les utilisent.

Tableau 9 : Énumération des stratégies de transfert étudiées

1. Programme de formation (n=26)
<ul style="list-style-type: none"> - Démonstrations et activités pratiques - Séminaires et ateliers de travail - Supervision et rétroaction (<i>feedback</i>) - Séances de mise à jour (<i>refresh</i>) - Éducation par les pairs - Rencontres de suivi - Sessions de discussion
2. Distribution de matériel (n=20)
<ul style="list-style-type: none"> - Pour l'implantation : bicyclette, téléphone cellulaire, guide de pratique et manuel de formation, outils d'enseignement, affiche pour mettre sur les murs aux points de services (<i>poster</i>) - Pour l'utilisation: médicaments, condoms, contenants d'eau, sachets de purification, graines/semis, moustiquaires, trousse de santé - Matériel adapté : Bande dessinée, livre imagé, diagrammes et photographies
3. Agents multiplicateurs (n=13)
<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de santé - Membres de la communauté
4. Diffusions publiques (n=9)
<ul style="list-style-type: none"> - Activités de sensibilisation - Séances d'information aux points de services - Kiosques de santé au marché - Visites à domicile - Messages éducatifs sur la santé transmis par les médias et réseaux sociaux - Distribution de T-shirts avec logos - Communication scientifique - Notes de politique (<i>Policy Briefs</i>) - Conférence de presse
5. Activités de partenariat (n=5)
<ul style="list-style-type: none"> - Plate-forme électronique - Forum de discussion et réseau de partage pour les partenaires - Atelier de travail
6. Performances artistiques et activités ludiques (n=3)
<ul style="list-style-type: none"> - Théâtre, danse, chansons, poésie - Jeux de société
7. Leader d'opinion (n=2)
<ul style="list-style-type: none"> - Chefs religieux - Chefs de village

Agents de transfert. Il n'est pas rare qu'une même étude implique plus d'un type d'agent de transfert à la fois. Parmi les plus souvent cités, notons d'abord les agents multiplicateurs. Dans la majorité des cas, ces agents de transfert sont des professionnels de la santé au niveau local ou général qui reçoivent une formation sur un sujet précis. Dans une moins grande proportion, on trouve d'autres types de professionnels tels que des enseignants qui organisent des ateliers avec leurs élèves, ou des artistes de théâtre qui exécutent des performances artistiques dans la communauté et animent des groupes de discussion avec l'auditoire. Certains agents multiplicateurs sont également des membres de la communauté, des mères, des chefs de villages ou encore des pairs aidants qui ont la charge de maintenir un inventaire de produits essentiels et de donner les conseils de base sur l'utilisation des médicaments distribués. On note également la présence des instructeurs/formateurs. Pour la majorité de ceux-ci, leur appartenance ou leur fonction n'est pas précisée dans les documents consultés. Seul un petit nombre peut être associé à des organisations de santé ou des ONG. Plusieurs professionnels de santé qui se retrouvent au niveau des *districts sanitaires*, par exemple les superviseurs ou les spécialistes médicaux, sont également utilisés comme agent de transfert auprès des professionnels de première ligne et de soins plus généraux. Finalement, les chercheurs représentent une faible proportion des agents de transfert répertoriés dans les études retenues. Plusieurs organisations privées, unités gouvernementales et délégués ministériels semblent également avoir été impliqués dans la planification, l'organisation et l'implantation des programmes de transfert.

Utilisateurs. Deux grandes catégories d'utilisateurs des connaissances sont ciblées : les intervenants/praticiens et les patients/consommateurs. Les intervenants/praticiens les plus souvent cités sont les infirmières, les professionnels de santé généralistes et les médecins en pratique privée. Chez les patients/consommateurs, ce sont surtout les mères, les femmes enceintes, allaitantes et/ou ayant un enfant de moins de cinq ans, ainsi que les enfants en bas âge. Les

décideurs politiques, les cadres et les chercheurs sont beaucoup moins ciblés à titre d'utilisateurs dans les études retenues. Une seule étude s'effectue auprès des chefs religieux. Plusieurs utilisateurs peuvent être impliqués à l'intérieur d'une même étude.

Résultats rapportés par les études

Analyse des effets

Deux types de résultats sont obtenus par l'analyse des effets. Elles concernent l'efficacité des stratégies de transfert et les types d'utilisation.

Efficacité des stratégies de transfert. Dans l'ensemble, les études rapportent des résultats positifs et plusieurs sont significatifs : augmentation des connaissances et des pratiques recommandées, adoption de meilleurs comportements de santé chez les utilisateurs, augmentation de l'utilisation des produits essentiels distribués, amélioration de la qualité des soins prodigués, augmentation de la couverture de santé. Certaines études parlent aussi d'un rapprochement entre les partenaires, de l'apparition d'un sentiment d'engagement et de responsabilité chez les gestionnaires administratifs et d'une plus grande autonomisation des pratiques chez les professionnels de la santé. Lorsqu'utilisé, le matériel visuel est souvent rapporté comme une stratégie efficace et appréciée, tant par les agents de transfert que les utilisateurs. Les impacts positifs des démonstrations pratiques, des sessions de groupes et de l'utilisation des agents multiplicateurs sont aussi nommés par certains auteurs. Les performances artistiques et les activités ludiques sont quant à elles appréciées des utilisateurs. Les programmes de formation et la distribution de matériel sont presque toujours utilisés conjointement et souvent combinés à d'autres stratégies. Ce faisant, il est difficile de se prononcer sur les effets spécifiques à chacune de ces stratégies, mais la combinaison de celles-ci semble avoir des effets favorables sur les connaissances des utilisateurs ainsi que sur l'utilisation des produits essentiels recommandés.

Type d'utilisation des connaissances mesuré. Les trois principaux types d'utilisation des connaissances sont documentés dans les études retenues : instrumental, conceptuel et persuasif. Nos analyses permettent de constater une distribution inégale des mesures d'utilisation en faveur de l'utilisation instrumentale (n=27, 96,4%). Par contre, la majorité des études retenues comportent également des mesures de l'utilisation conceptuelle (57,1%). Une seule étude ne mesure pas l'utilisation instrumentale et 35,7% s'appuient sur cette seule mesure pour évaluer les effets des stratégies de transfert. Le Tableau 10 reprend la fréquence des types d'utilisation des connaissances. Presque toutes les études consultées présentent des résultats obtenus par l'observation des changements de comportements chez les utilisateurs (utilisation instrumentale) : utilisation des services, adhérence aux traitements, augmentation de la demande des produits de santé, prise de décisions au niveau politique et administratif. Sur ce plan de l'utilisation conceptuelle, les changements les plus souvent rapportés sont l'augmentation des connaissances après un programme de formation, une plus grande conscience des comportements à risque et des traitements recommandés par la recherche ainsi qu'une attitude plus favorable envers les professionnels et les services de santé implantés. Une seule observe les trois types d'utilisation ; c'est la seule étude qui documente l'utilisation persuasive.

Tableau 10 : Nombre d'études selon les types d'utilisation des CIR mesurés

<i>Types d'utilisation uniques</i>			<i>Types d'utilisation combinés</i>	
<i>Instrumentale</i>	<i>Conceptuelle</i>	<i>Persuasive</i>	<i>Instrumentale</i>	<i>Instrumentale</i>
			<i>Conceptuelle</i>	<i>Conceptuelle</i>
				<i>Persuasive</i>
10 (35,72%)	1 (3,57%)	-	16 (57,14%)	1 (3,57%)

Examen des processus

L'analyse des études a permis de répertorier de nombreuses conditions susceptibles d'influencer l'utilisation des connaissances par les milieux utilisateurs. Nous les avons regroupés selon les cinq catégories mentionnées plus tôt. Ces conditions sont associées à la stratégie de transfert, de l'agent de transfert, de l'utilisateur, du contexte organisationnel et des connaissances transférées. Le Tableau 11 regroupe les conditions identifiées selon qu'elles favorisent ou entravent l'utilisation des connaissances scientifiques. Afin d'obtenir ces résultats, certaines études interrogent les agents de transfert sur les obstacles vécus lors de l'implantation des stratégies. D'autres se penchent plutôt du point de vue des utilisateurs et explorent les facteurs qui ont nuit à l'adoption des nouvelles pratiques. Comme le montre le Tableau 11, peu d'informations concernant les conditions associées aux caractéristiques des connaissances sont documentées.

Tableau 11 : Conditions d'utilisation de la recherche répertoriées dans les études consultées

Conditions qui favorisent l'utilisation des CIR	Conditions qui entravent l'utilisation des CIR
<i>1 – Une stratégie qui...</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Utilise une approche participative - Facilite la communication entre les agents et les utilisateurs, ainsi qu'entre les différents partenaires - Exige de faibles coûts - Permet d'obtenir du <i>feedback</i> rapidement - Est accessible (transport) et flexible (horaire) - Implique un mode de supervision 	<ul style="list-style-type: none"> - N'implique pas de séances d'éducation continue - Propose une formation trop courte ou trop intensive - Ne favorise pas la communication entre les différents partenaires, agents et utilisateurs ainsi qu'avec les personnes responsables de l'implantation
<i>2 – Un agent de transfert qui...</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Présente un haut niveau de dévouement et d'engagement auprès de la population - Se rend disponible auprès de l'utilisateur - Reçoit une rémunération adéquate 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de connaissances - Manque d'habiletés de communication - Ne possède pas les ressources nécessaires pour s'acquitter de ses tâches (moyens de transport limités)

pour la charge de travail	- Reçoit une rémunération inadéquate (trop faible)
3 – Un utilisateur qui...	
<ul style="list-style-type: none"> - Perçoit les bénéfices d'utiliser la connaissance qui lui est transférée - Présente des connaissances adéquates et justes en lien avec les données probantes - Reconnaît la valeur des données probantes présentées 	<ul style="list-style-type: none"> - Croit ne pas avoir besoin des connaissances transférées - Manque de connaissances sur les aspects de la maladie - A des contraintes financières et n'est pas prêt à payer le prix des produits essentiels - A des contraintes de transport qui rend difficile l'accès aux services - A des croyances et des pratiques culturelles en contradiction avec les recommandations - Est résistant au changement - Manque de motivation
4 – Un milieu organisationnel qui...	
<ul style="list-style-type: none"> - Facilite la délégation des tâches entre les professionnels - Favorise la communication entre les partenaires, les agents et les organisateurs des stratégies - Valorise les activités de transfert et supporte les agents dans leurs activités (acceptabilité sociale) - Peut accueillir et absorber les demandes des utilisateurs pour délivrer les produits recommandés par les données probantes (condoms, vaccins, services de premières lignes, etc...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne possède pas les ressources nécessaires: manque d'espace, de produits et de matériel d'enseignement. - Offre des services inadéquats, de l'information et de l'éducation incomplète - Ne comprend pas l'implication et la participation de la communauté dans le processus de transfert - Subi un fort roulement de personnel - N'offre pas le support nécessaire à la supervision - Ne permet pas aux utilisateurs d'avoir accès aux produits essentiels recommandés par les CIR
5 – Une connaissance qui...	
<ul style="list-style-type: none"> - Est adaptée au contexte - Est transmise en respectant le niveau scolaire des utilisateurs - Est disponible 	<ul style="list-style-type: none"> - Est compliquée à comprendre - N'est pas disponible

DISCUSSION

La présente étude avait pour objectif de dresser le portrait de la recherche sur le transfert des connaissances en santé publique dans les pays à faible revenu. Pour ce faire, nous avons utilisé une méthode de synthèse exploratoire et descriptive, la *scoping study*. Cela nous a permis de recenser, sélectionner et évaluer un maximum d'études pertinentes à notre étude puis d'en analyser les principaux résultats. Au final, les analyses ont porté sur 28 études. Voici les principaux résultats de notre synthèse :

Description du contexte, des méthodes de recherche et des activités de TC

- La majorité des études retenues sont publiées au cours de la dernière décennie et les sources de publications sont multiples.
- La majorité des études retenues se déroulent dans neuf des 36 pays considérés à faible revenu. Le Kenya et le Malawi sont les plus étudiés.
- Les connaissances transférées portent principalement sur le traitement des maladies transmissibles et la promotion de la santé auprès des enfants et des femmes enceintes, allaitantes ou ayant un enfant en bas-âge.
- La moitié des études retenues utilisent un devis quantitatif, principalement sans sélection aléatoire. L'autre moitié se divise également entre les devis qualitatifs et mixtes.
- Très peu d'informations sont présentées sur les propriétés psychométriques des outils de mesure utilisés. Les mesures quantitatives les plus utilisées sont les questionnaires de performances et les sondages sur les pratiques. Au niveau des mesures qualitatives, ce sont les entrevues individuelles et les *focus group*.

- Les stratégies de transfert sont nombreuses et généralement multiples. La combinaison des programmes de formations et de distribution de matériel ainsi que la formation d'agents multiplicateurs sont les plus étudiées. On note aussi les des activités de diffusion, des activités de partenariat, des performances artistiques et des activités ludiques et des leaders d'opinions.
- Les agents de transfert impliqués dans les études sont principalement des formateurs et des praticiens experts. Les utilisateurs sont, en grande majorité, des professionnels de la santé de première ligne et des consommateurs des services de santé.

Synthèse des résultats et conclusions des études retenues

- Dans l'ensemble, les études rapportent des résultats positifs dont plusieurs sont significatifs. On note principalement l'augmentation des connaissances et des pratiques recommandées chez les professionnels de santé ainsi qu'une plus grande utilisation par la population des produits essentiels recommandés.
- On note également l'évaluation de certaines stratégies novatrices, rarement retrouvées dans d'autres contextes : spectacles de théâtre, discussions post-performances avec l'auditoire, jeux de société. Ces stratégies obtiennent des résultats encourageants et sont grandement appréciées, tant des agents de transfert que des utilisateurs.
- Les mesures de l'utilisation instrumentale sont les plus fréquentes, suivies de l'utilisation conceptuelle. Une seule étude mesure l'utilisation persuasive.
- Les études retenues identifient de nombreuses conditions d'utilisation des CIR.

L'analyse de ces résultats permet plusieurs constats que nous abordons dans les sections qui suivent.

Pertinence des problématiques abordées

Dans un premier temps, on observe une préoccupation marquée pour le traitement des maladies transmissibles auprès des mères allaitantes ou enceintes et des enfants en bas âge. Ces résultats sont cohérents avec les priorités de santé émises par l'OMS : « La troisième priorité est de s'employer plus activement à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en mettant sur pied des programmes qui aident les pays à lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, à améliorer l'état de santé et l'état nutritionnel des femmes et des enfants, et à élargir l'accès aux médicaments essentiels. » (2006, p.1). De plus, la prévision des dépenses 2006-2007 de l'OMS prévoit 53% de son budget dans les interventions sanitaires essentielles et qui incluent les mêmes problématiques que celles abordées par les études de notre synthèse.

Qualité méthodologique des études

Plusieurs constats sont émis suite à l'analyse de la qualité méthodologique des études retenues dans notre synthèse. D'abord, les informations qui permettent habituellement de juger de la qualité méthodologique d'une étude sont, dans l'ensemble généralement peu détaillées ou absentes des études retenues pour notre synthèse. Cette situation est également rapportée dans les revues systématiques de Grimshaw et ses collègues (2004, 2006, 2012) ainsi que celle de l'Institut du travail et de la santé (Van Eerd et al., 2011). De plus, de nombreux outils semblent avoir été développés pour les besoins des études et n'ont pas fait l'objet d'évaluations préalables. Plusieurs études ne décrivent pas non plus suffisamment les outils de collecte utilisés de sorte qu'il est difficile de porter un jugement sur la pertinence et la qualité des résultats obtenus avec ceux-ci. Ce faisant, il nous est difficile de nous prononcer sur la qualité méthodologique de ces dernières. Conséquemment, les résultats des études obtenus dans ce contexte doivent être interprétés avec prudence.

Choix des stratégies de TC

L'analyse des stratégies de transfert permet de constater la cohérence ou les écarts des stratégies choisies avec les données probantes, ainsi que la présence de stratégies novatrices.

Cohérence avec les données probantes. L'ensemble des stratégies de transfert employées dans les études analysées sont cohérentes avec les données probantes disponibles, que ce soit sur l'évaluation des effets ou l'examen des processus. 1) *Données probantes en lien avec l'évaluation des effets.* Dans un premier temps, la majorité de ces stratégies ont généralement été démontrées efficaces ou ayant une efficacité variable. Par exemple, les séances de supervision et de rétroaction, qui sont présentes dans 28,6% des études consultées, sont démontrées efficaces par Grol et Grimshaw (2003). Aussi, 28,6% des études combinent les guides de pratique à d'autres stratégies. Selon Corrigan et ses collègues (2001), cette stratégie peut obtenir des effets positifs lorsqu'elle n'est pas utilisée seule. Une très grande proportion des études analysées (92,9%) se concentrent autour des programmes de formation. Dans les études consultées, ces programmes prennent l'allure de stratégies multiples démontrées efficaces (Grimshaw et al., 2004, 2006, 2012), combinant à la fois des stratégies passives et d'autres plus actives. 2) *Données probantes en lien avec l'examen des processus.* Dans un deuxième temps, plusieurs des stratégies mises en place dans les études sont cohérentes avec les conditions d'utilisation qui favorisent les processus de TC et l'utilisation des connaissances transférées par les utilisateurs. Par exemple, la distribution de matériel, largement utilisée dans les études analysées est démontrée inefficace lorsqu'elle n'est pas combinée à une autre stratégie (Grimshaw et al., 2004), ce qui n'est pas le cas dans les études analysées où elle semble être employée dans le but d'augmenter l'accessibilité aux services et de favoriser le rapprochement entre les agents de transfert et les utilisateurs, ce qui est recommandé par les écrits scientifiques (Dagenais et al., 2008, Ouimet et al., 2006). Les activités de partenariat, présentes dans 17,86% des études consultées, poursuivent également cet objectif de rapprochement. De plus, les stratégies dites

plus passives et démontrées inefficaces (Grimshaw et al., 2004), telles que les activités de sensibilisation, les séances d'information publique et la production de publications scientifiques sont, dans les études retenues dans nos analyses, toujours accompagnées d'activités plus actives. Finalement, aucune des stratégies démontrées inefficaces n'est employée seule.

Écart avec les données probantes. On observe une grande utilisation des stratégies multiples. Toutefois, les études retenues dans notre synthèse présentent rarement les motifs qui justifient la combinaison de plusieurs stratégies. Dans les pays à faible revenu où les ressources sont limitées et les besoins de traitement efficace urgent, un examen rigoureux de la pertinence de chacune des stratégies choisies est nécessaire. De plus, on retrouve très peu de stratégies qui utilisent les messages sur mesure (*tailored targeted message*) alors que celle-ci a été démontrée efficace par Dobbins et al. (2009b). L'écart observé entre les stratégies efficaces et celles employées dans les études analysées pourrait s'expliquer par la difficulté à accéder aux résultats scientifiques et à mettre en place des stratégies qui nécessitent des ressources financières et matérielles trop importantes.

Stratégies novatrices. Quelques unes des stratégies répertoriées dans les études incluses dans cette synthèse sont rarement ou pas du tout répertoriées dans les études des pays plus riches. Ce faisant, peu de données probantes sont disponibles concernant ces stratégies particulières. Toutefois, il est possible de faire un parallèle et de constater plusieurs cohérences entre les données probantes disponibles en lien avec l'examen des processus et ces stratégies. Par exemple, l'utilisation d'une bande dessinée sur les méthodes de purification de l'eau et une guide de premiers soins entièrement illustré suivent les recommandations concernant l'adaptation du mode de présentation et de langage pour présenter la connaissance transférée (Gagliardi et al. 2008; Nutley, 2010). On souligne également la création d'un jeu de société à partir duquel les intervenants de santé peuvent initier une discussion avec les utilisateurs sur les comportements de santé recommandés, une stratégie qui semble cohérente avec le

caractère direct et dynamique de la relation agent-utilisateur permettant de favoriser le TC et l'utilisation des connaissances (Dagenais et al., 2008; Ouimet et al., 2006)

Conditions d'utilisation

Deux constats peuvent être faits concernant l'analyse des conditions d'utilisation des CIR identifiées dans les études retenues : la cohérence avec les données probantes disponibles dans les pays plus riches et un contexte spécifique aux pays à faible revenu.

Cohérence avec les données probantes. Plusieurs conditions d'utilisation des CIR rapportées dans les études analysées sont similaires à celles rapportées dans d'autres contextes. À titre d'exemple, nommons les stratégies qui facilitent et favorisent la communication entre les agents et les utilisateurs (Dagenais et al., 2008; Ouimet et al., 2006), un utilisateur qui perçoit les bénéfices d'utiliser la connaissances (Gagliardi et al., 2008), un milieu organisationnel qui valorise les activités de TC et possède les ressources nécessaires à leur implantation ainsi qu'un mode de présentation adapté à l'auditoire (Nutley, 2010). Au niveau des conditions qui entravent l'utilisation des CIR, on note également la présence d'un milieu organisationnel qui ne possède pas les ressources nécessaires pour mettre en place les stratégies de TC recommandées (Dagenais & Janosz, 2008).

Contexte spécifique aux pays à faible revenu. L'adaptation des stratégies de transfert aux caractéristiques de ce contexte semble avoir reçu une attention particulière qui ressort moins clairement des écrits scientifiques dans d'autres contextes. L'analyse approfondie des études retenues apporte une foule d'informations pertinentes et spécifiques sur les caractéristiques du contexte des pays à faible revenu. On note par exemple l'emploi d'agents multiplicateurs provenant de la communauté pour pallier au manque de personnel qualifié ainsi que des programmes de formation parfois très courts pour éviter que les professionnels impliqués ne s'absentent trop longtemps. On note aussi l'attention portée aux choix des lieux de formation et des points de services afin d'en assurer la plus grande accessibilité. Certaines études

distribuent également des bicyclettes ou des billets d'autobus pour faciliter le transport des populations à l'étude, et d'autres donnent des téléphones cellulaires pour pallier la distance géographique qui sépare les professionnels de santé sur le terrain à leur superviseur. Certaines stratégies, telles que les pièces de théâtres suivies de groupe de discussion, les chansons et les poèmes permettant de véhiculer des informations concernant les maladies, semblent également témoigner d'une adaptation particulière en s'adaptant aux croyances et aux traditions de certains pays.

Certaines conditions touchent également les caractéristiques des utilisateurs. Par exemple, on note la création d'outils visuels afin de s'ajuster au faible niveau scolaire de la population étudiée. Il est également question de cibler et d'impliquer les personnalités importantes aux processus de transfert pour en favoriser leur acceptabilité sociale auprès des utilisateurs potentiels. L'adaptation des stratégies de transfert aux caractéristiques du contexte semble devenir une nécessité dans le cadre spécifique des pays à faible revenu et il est encourageant de constater que de nombreuses études en ont fait une priorité.

Mesures de l'utilisation des connaissances

Dans un premier temps, on note la très grande présence des mesures de l'utilisation instrumentale. Cette observation est cohérente avec les résultats de l'étude de Malo et Robert (2011). Cette tendance peut s'expliquer par le caractère observable de l'utilisation instrumentale, se basant sur les changements de comportements des utilisateurs, et donc, favoriser comme mesure d'observation dans les recherches. La forte présence des mesures de l'utilisation conceptuelle parmi nos analyses est toutefois plus surprenante. Dans le cadre de la présente étude, cette situation pourrait s'expliquer par la présence prépondérante des programmes de formation en tant que stratégies de transfert employées, puisque les mesures utilisées dans ce cadre portent essentiellement sur l'évaluation des connaissances des utilisateurs et de leurs attitudes face à la connaissance transmise, donc de l'utilisation conceptuelle.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Malgré la systématisation des étapes de la *scoping study*, la présente recherche présente certaines limites. D'abord, on retrouve une barrière au niveau de la langue; seuls les articles publiés en anglais ou en français ayant été consultés. Le manque de temps nous a également empêchés de contacter les auteurs des études lorsque certaines informations étaient manquantes, particulièrement à l'étape de sélection. De plus, nous avons circonscrit notre recherche aux articles publiés dans des revues scientifiques. Il est probable que d'autres publications pertinentes auraient pu être identifiées dans la littérature grise ou par la stratégie boule de neige, et que certaines aient été publiées dans une autre langue que l'anglais ou le français.

CONCLUSION

Nous avons comme objectif de faire la synthèse des caractéristiques et des résultats des études qui portent sur le transfert des connaissances en santé publique dans les pays à faible revenu. Plusieurs constats ressortent de notre synthèse : 1) les préoccupations de santé publique abordées semblent cohérentes avec les priorités internationales de santé; 2) la qualité de la recherche sur le transfert des connaissances en santé publique dans les pays à faible revenu ne permet pas d'obtenir des conclusions solides sur l'efficacité des stratégies employées. 3) les stratégies de transfert examinées sont, dans l'ensemble, cohérentes avec les données probantes et obtiennent des effets positifs; 4) quelques stratégies novatrices sont étudiées; 5) certaines conditions d'utilisation semblent spécifiques au contexte des pays à faible revenu.

Ces différents constats nous amène à proposer les recommandations suivantes, d'abord en termes de recherche, puis dans une perspective clinique.

Recommandation pour la recherche :

- *Évaluation de l'efficacité des stratégies.* Les méthodologies de recherche utilisées pour l'évaluation des stratégies multiples devraient permettre de différencier les effets spécifiques à chacune des stratégies implantées. Nous considérons entre autre l'avantage d'examiner et de détailler les éléments suivants : les caractéristiques du matériel développé, utilisé et distribué, le niveau d'engagement des utilisateurs, les caractéristiques des formateurs et les caractéristiques des utilisateurs. De plus, les outils devraient être sensibles aux différentes mesures d'utilisation des connaissances autrement que par les changements de comportements.

- *Qualité des études.* Lorsque possible, il est recommandé d'utiliser des instruments de mesure dont les qualités psychométriques ont été démontrées. Si un outil est développé dans le cadre d'une étude, nous recommandons qu'un pré-test soit effectué préalablement à son utilisation et que ces résultats soient présentés. Dans tous les cas, les études devraient documenter la qualité des outils utilisés, au minimum la validité et de fidélité, détailler les mesures employées et donner des exemples de celles-ci.

Recommandations cliniques

- *Choix des stratégies de TC.* Tel que suggéré par l'Institut du travail et de la santé (Van Eerd et al., 2011), nous recommandons d'effectuer une évaluation systématique des conditions d'utilisation des CIR dans lesquelles se déroulent les démarches de transfert afin de choisir des stratégies qui ciblent de manière spécifique les barrières du contexte, selon les cinq catégories de conditions proposées. Cette étape est susceptible d'augmenter les effets obtenus et de minimiser les coûts associés à la multiplication des stratégies, dont certaines sont parfois moins pertinentes.

RÉFÉRENCES

- Abuya, T. O., G. Fegan, Amin, A.A., Akhwale, W.S., Noor, A.M., Snow, R.W., & Marsh, V. (2010). Evaluating different dimensions of programme effectiveness for private medicine retailer malaria control interventions in Kenya. *PLoS ONE*, 5(1), e8937. doi: 10.1371/journal.pone.0008937
- Abuya, T., G. Fegan, Rowa, H., Karisa, B., Chola, S., Mutemi, W., & Marsh, V. (2009). Impact of ministry of health interventions on private medicine retailer knowledge and practices on anti-malarial treatment in Kenya. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 80(6), 905-913. Repéré à <http://www.ajtmh.org/content/80/6/905>
- Ahmed, S. M., & Zerihun, A. (2010). Possession and usage of insecticidal bed nets among the people of Uganda: Is BRAC Uganda health programme pursuing a pro-poor path? *PLoS ONE*, 5(9), e12660. doi : 10.1371/journal.pone.0012660
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi :10.1080/1364557032000119616
- Ayieko, P., Ntoburi, S., Wagai, J., Opondo, C., Opiyo, N., Migiro, S., ... English, M. (2011). A multifaceted intervention to implement guidelines and improve admission paediatric care in Kenyan district hospitals: A cluster randomised trial. *PLoS Medicine*, 8(4), e1001018. doi: 10.1371/journal.pmed.1001018
- Bagamoyo College of Art, Tanzania Theater Center, Mabala, R. & Allen, K.B. (2002). Participatory action research on HIV/AIDS through a popular theatre approach in Tanzania. *Evaluation and Program Planning*, 25(4), 333-339. doi: 10.1016/S0149-7189(02)00044-7
- Banque mondiale (2013). [Données : liste des pays à faible revenus]. Repéré à <http://donnees.banquemondiale.org/income-level/LIC>
- Bero, L.A, Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D., & Thomson, M.A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317(7156), 465-468. doi:10.1136/bmj.317.7156.465
- Blanton, E., Ombeki, S., Oluoch, G.O., Mwki, A., Wannemuehler, K., & Quick, R. (2010). Evaluation of the role of school children in the promotion of point-of-use

- water treatment and handwashing in schools and households - Nyanza Province, Western Kenya, 2007. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 82(4), 664-671. doi: 10.4269/ajtmh.2010.09-0422
- Bowen, S., & Martens, P. (2005). Demystifying knowledge translation. Learning from the community. *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(4), 203-211. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16259686>
- Collège des médecins (2004). *Code de déontologie des Médecins (R.R.Q., C. M-9, r.17). Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 87)*.
- Corrigan, P.W., Steiner, L., McCracken, S.G., Blaser, C., & Barr, M. (2001). Strategies for Disseminating Evidence-Based Practices to Staff Who Treat People With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 52(12), 1598-1606. doi: 10.1176/appi.ps.52.12.1598
- Dagenais, C., & Janosz, M. (2008). Étude des besoins des chercheurs de l'université en matière de transfert des connaissances issues de la recherche. Regroupement VINCI, Bureau Recherche- Développement-Valorisation. Université de Montréal.
- Dagenais, C., Janosz, M., Abrami, P., Bernard, R., & Lysenko, L. (2008). *Intégrer les informations issues de la recherche aux pratiques professionnelles des enseignants et des gestionnaires dans les écoles : Pour un modèle de transfert des connaissances adapté au domaine de l'éducation*. Rapport « public élargi » préparé pour le Conseil Canadien sur l'Apprentissage, Ottawa, Canada.
- Dagenais, C., Queuille, L., & Ridde, V. (2012). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(1), 70-79. doi: 10.1177/1757975912462416
- Denis, J.-L., Hébert, Y., Langlay, A., Lozeau, D., & Trottier, L.-H. (2002). Explaining Diffusion Patterns for Complex Health Care Innovations. *Health Care Manage Review*, 27(3), 60-73. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12146784>
- Delva, W., Yard, E., Luchters, S., Chersich, M.F., Muigai, E., Oyier, V., & Termmerman, M. (2010). A Safe Motherhood project in Kenya: Assessment of antenatal attendance, service provision and implications for PMTCT. *Tropical Medicine and International Health*, 15(5), 584-591. doi: 10.1111/j.1365-3156.2010.02499.x

- Dobbins, M., Hanna, S.E., Ciliska, D., Manske, S., Cameron, R., Mercier, L.S., ... Robeson, P. (2009a). A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementation Science*, 4(61), 1-16. doi: 10.1186/1748-5908-4-61
- Dobbins, M., Robeson, P., Ciliska, D., Hanna, S., Cameron, R., O'Mara, L., ... Mercer, S. (2009b). A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implementation Science*, 4(23), 1-9. doi:10.1186/1748-5908-4-23
- Dobbins, M., Rosenbaum, P., Plews, N., Law, M., & Fysh, A. (2007). Information transfer: what do decision-makers want and need from researchers? *Implementation Science*, 2(20), 1-12. doi: 10.1186/1748-5908-2-20
- Dynes, M., Rahman, A., Beck, D., Moran, A., Rahman, A., Pervin, J., ... Sibley, L., (2011). Home-based life saving skills in Matlab, Bangladesh: A process evaluation of a community-based maternal child health programme. *Midwifery*, 27(1), 15-22. doi: 10.1016/j.midw.2009.07.009
- English, M., Nzinga, J., Mbindyo, P., Ayieko, P., Irimu, G., & Mbaabu, L. (2011). Explaining the effects of a multifaceted intervention to improve inpatient care in rural Kenyan hospitals-interpretation based on retrospective examination of data from participant observation, quantitative and qualitative studies. *Implementation Science*, 6(124), 1-12. doi:10.1186/1748-5908-6-124
- Estabrooks, C.A., Floyd, J.A., O'Leary, K.A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506-520. doi : 10.1046/j.1365-2648.2003.02748.x
- Estabrooks, C.A., Thompson, D.S., Lovely, J.E., & Hofmeyer, A. (2006). A Guide to Knowledge Translation Theory. *The Journal of Continuing Education in the Health Profession*, 26(1), 25-36. doi: 10.1002/chp.48
- Friend, D., & Chertok, I.R.A. (2009). Evaluation of an educational intervention to promote breast pump use among women with infants in a special care nursery in Kenya. *Public Health Nursing*, 26(4), 339-345. doi: 10.1111/j.1525.1446.2009.00788.x
- Feldman, S. (1999). Strangers In The Night: Research And Managed Mental Health Care. *Health Affairs*, 18(5), 48-51. doi: 10.1377/hlthaff.18.5.48
- Flodgren, G., Parmelli, E., Doumit, G., Gattellari, M., O'Brien, M.A., Grimshaw, J., & Eccles, M.P. (2011). Local opinion leaders : effects on professional practice

- and health care outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. doi: 10.1002/14651858.CD000125.pub4
- FRQ-SC (2011). Plan d'action en matière de transfert de connaissances 2011-2014. Fonds de recherche québécois – Société et culture. Québec.
- Gagliardi, A. R., Fraser, N., Wright, F. C., Lemieux-Charles, L., & Davis, D. (2008). Fostering knowledge exchange between researchers and decision-makers: Exploring the effectiveness of a mixed-methods approach. *Health Policy*, 86(1), 53-63. doi:10.1016/j.healthpol.2007.09.002
- Gazi, R., Mercer, A., Khatun, J., & Islam, Z. (2005). Effectiveness of depot-holders introduced in urban areas: Evidence from a pilot in Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 23(4), 377-387. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16599109>
- Goldner, E.M., Jeffries, V., Bilsker, D., Jenkins, E., Menear, M., & Peterman, L. (2011). Knowledge Translation in Mental health: A Scoping Review. *Health Care Policy*, 7(2), 83-95. doi:10.12927/hcpol.2011.22620
- Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. doi: 10.1002/chp.47
- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P., Lavis, J.N., Hill, S.J., & Squires, J.E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(50), 1-29. doi: 10.1186/1748-5908-7-50
- Grimshaw, J.M., Eccles, M.P., Thomas, R., MacLennan, G., Ramsay, C., Fraser, C., & Vale, K. (2006). Toward Evidence-Based Quality Improvement. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 14-20. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00357.x
- Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser, G., Ramsay, C.R., Vale, L., & Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6), 1-72. doi: 10.3310/hta8060
- Grol, R. (2001). Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical Care*, 39(8), 46-54. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11583121>

- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, *362*(9391), 1225-1230. doi:10.1016/S0140-6736(03)14546-1
- Huberman, M. (1993). Linking the Practitioner and Researcher Communities for School Improvement. *School Effectiveness and School Improvement*, *4*(1), 1-16. Repéré à http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0924345930040101#.Uu_1A_15Muc
- Innvaer, S., Vist, G., Trommald, M., & Oxman, A. (2002). Health policymakers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research and Policy*, *7*(4), 239-244. doi:10.1258/135581902320432778
- Kaseje, D., Olayo, R., Musita, C., Oindo, C.O., Wafula, C., & Muga, R. (2010). Evidence-based dialogue with communities for district health systems' performance improvement. *Global Public Health*, *5*(6), 595-610. doi: 10.1080/17441690903418969
- Kidala, D., Greiner, T., & Gebre-Medhin, M. (2000). Five-year follow-up of a food-based vitamin A intervention in Tanzania. *Public Health Nutrition*, *3*(4), 425-431. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11135797>
- Landry, R., Amara, N., & Lamari, M. (1998). *Utilization of Social Science Research in Canada*. Quebec: University Laval.
- Lemay, N.V., Sullivan, T., Jumbe, B., & Perry, C.P. (2012). Reaching remote health workers in Malawi: baseline assessment of a pilot mHealth intervention. *Journal of Health Communication*, *17*(1), 105-117. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2011.649106>
- Leow, J.J., Groen, R.S., Kamara, T.B., Dumbuya, S.S., Kingham, T.P., Daoh, K.S., Kushner, A.L. (2011). Teaching emergency and essential surgical care in sierra leone: A model for low income countries. *Journal of Surgical Education*, *68*(5), 393-396. doi:10.1016/j.jsurg.2011.05.012
- Libamba, E., Makombe, S.D., Harries, A.D., Schouten, E.J., Kwong-Leung Yu, J., Pasulani, O., ... Lungu, D. (2007). Malawi's contribution to "3 by 5": achievements and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, *85*(2), 156-160. doi: 10.2471/BLT.05.033688

- Malo, M., & Robert, E. (2011). Proposition: Canevas pour une Scoping Study. Repéré à <http://recherchevtc.pbworks.com/w/page/39079873/Canevas%20pour%20une%20Scoping%20Study>.
- Manzi, F., Schellenberg, J., Hamis, Y., Mushi, A.K., Shirima, K., Mwita, A., ... Schellenberg, D. (2009). Intermittent preventive treatment for malaria and anaemia control in Tanzanian infants; the development and implementation of a public health strategy. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(1), 79-86. doi:10.1016/j.trstmh.2008.08.014
- Mays, N., Roberts, E., & Popay, J. (2001). Synthesising research evidence. Dans Fulop, N., Allen, P., Clarke, A., & Black, N. (Eds.), *Studying the organisation and delivery of health services: Research methods*. London: Routledge.
- McGlynn, E.A., Asch, S.M., Adams, J., Keeseey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A., & Kerr, E.A. (2003). The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 348(26), 2635-2645. doi: 10.1056/NEJMsa022615
- McKibbin, K.A., Lokker, C., Wilczynski, N.L., Ciliska, D., Dobbins, M., Davis, D.A., Straus, S.E. (2010). A cross-sectional study of the number and frequency of terms used to refer to knowledge translation in a body of health literature in 2006: a Tower of Babel? *Implementation Science*, 5(16), 1-11. Repéré à <http://www.implementationscience.com/content/5/1/16>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Nutley, S. (2010). *Evidence-informed practice: Using research to improve services for children and young people*. Dans Walshe, K., Harvey, G., & Jas, P. (Eds), *Connecting knowledge and performance in public services: from knowing to doing*. Cambridge University Press.
- Nutley, S., Jung, T., & Walter, I. (2008). The many forms of research-informed practice: a framework for mapping diversity. *Cambridge Journal of Education*, 38(1), 53-71. doi: 10.1080/03057640801889980
- Nutley, S., Walter, I., & Davies, H.T.O. (2009). Promoting Evidence-based Practice: Models and Mechanisms From Cross-Sector Review. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 552-559. doi:10.1177/1049731509335496

- Nyagero, J., Wangila, S., Kutai, V., & Olango, S. (2012). Behaviour change and associated factors among Female Sex Workers in Kenya. *The Pan African Medical Journal*, 13(1), 1-6. Repéré à <http://www.panafrican-med-journal.com/content/series/13/1/16/full>
- Nzinga, J., Mbindyo, P., Mbaabu, L., Warira, A., & English, M. (2009). Documenting the experiences of health workers expected to implement guidelines during an intervention study in Kenyan hospitals. *Implementation Science*, 4(44). doi: 10.1186/1748-5908-4-44
- Organisation mondiale de la Santé (2006). *Œuvrer pour la santé : présentation de l'organisation mondiale de la Santé*. Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (mars 2012). *Réforme de L'OSM. Rapport du directeur général*. Communication présentée à la soixante-cinquième assemblée mondiale de la santé, Genève, Suisse.
- Ouimet, M., Landry, R., Amara, N., & Belkhodja, O. (2006). What factors induce health care decision-makers to use clinical guidelines? Evidence from provincial health ministries, regional health authorities and hospitals in Canada. *Social Science and Medicine*, 62(4), 964-976. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.06.040
- Perez, F., Ba, H., Dastagire, S.G., & Altmann, M. (2009). The role of community health workers in improving child health programmes in Mali. *BMC International Health and Human Rights*, 9(28). doi:10.1186/1472-698X-9-28
- Puchalski Ritchie, L. M., Van Lettow, M., Barnsley, J., Chan, A.K., Joshua, M., Martiniuk, A.L.C., ... Zwarenstein, M. (2012). Evaluation of lay health workers' needs to effectively support anti-tuberculosis treatment adherence in Malawi. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 16(11), 1492-1497. Repéré à <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.12.0206>
- Rich, F. R. (1997). Measuring Knowledge Utilization: Processes and Outcomes. *Knowledge and Policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization*, 10(3), 11-24. doi: 10.1007/BF02912504
- Société canadienne de psychologie (2000). *Code canadien de déontologie professionnelle des psychologues – Troisième édition*. Ottawa, Canada.
- Schuster, M., McGlynn, E., & Brook, R.H. (1998). How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Quarterly*, 76(4), 517-563. doi: 10.1111/1468-0009.00105

- Shrestha, N., Samir, K.C., Baltussen, R., Kafle, K.K., Bishai, D., & Niessen, L. (2006). Practical approach to lung health in Nepal: better prescribing and reduction of cost. *Tropical Medicine & International Health*, *11*(5), 765-772. doi: 10.1111/j.1365-3156.2006.01599.x
- Shrestha, S. (2002). Increasing contraceptive acceptance through empowerment of female community health volunteers in rural Nepal. *Journal of Health, Population and Nutrition*, *20*(2), 156-165. Repéré à <http://www.jhpn.net/index.php/jhpn/article/view/140/135>
- Sodhi, S., Banda, H., Kathyola, D., Burciul, B., Thompson, S., Joshua, M., ... Schull, M. (2011). Evaluating a streamlined clinical tool and educational outreach intervention for health care workers in Malawi: the PALM PLUS case study. *BMC International Health & Human Rights*, *11*(2). Repéré à <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/11/S2/S11>
- Ssengooba, F., Atuyambe, L., Kiwanuka, S.N., Puvanachandra, P., Glass, N., & Hyder, A.A. (2011). Research translation to inform national health policies: Learning from multiple perspectives in Uganda. *BMC International Health and Human Rights*, *11*(1), 13. Repéré à <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/11/S1/S13>
- Van Eerd, D., Cole, D., Keown, K., Irvin, E., Kramer, D., Brennehan Gibson, J., ... Morassaei, S. (2011). *Report on Knowledge Transfer and Exchange Practices: A systematic review of the quality and types of instruments used to assess KTE implementation and impact*. Repéré sur le site de Institute for Work & Health: <http://www.iwh.on.ca/sys-reviews/kte-evaluation-tools>
- Wanyama, J. N., Castelnovo, B., Robertson, G., Newell, K., Sempa, J.B., Kambugu, A., ... Colebunders, R. (2012). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a board game on patients' knowledge uptake of HIV and sexually transmitted diseases at the infectious diseases institute, Kampala, Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *59*(3), 253-258. doi: 10.1097/QAI.0b013e31824373d5
- Walter, I., Nutley, S.M., & Davies, H.T.O. (2005). What works to promote evidence-based practice? A cross-sector review. *Evidence & Policy*, *1*(3), 335-364. doi: 10.1332/1744264054851612
- Weiss, C.H. (1998). Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation? *American Journal of Evaluation*, *19*(1), 21-33. doi: 10.1177/109821409801900103

- Willms, D.G., Arratia, M.I., & Makondes, P. (2011). Can interfaith research partnerships develop new paradigms for condom use and HIV prevention? The implementation of conceptual events in Malawi results in a 'spiritualised condom'. *Sexually Transmitted Infections*, 87(7), 611-615. doi: 10.1136/sextrans-2011-050045
- Woolf, S.H., & Atkins, D. (2001). The Evolving Role of Prevention in Health Care: Contributions of the U.S. Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(3), 13-20. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11306228>

APPENDICE A

STRATÉGIES D'IDENTIFICATION DES ÉTUDES

Stratégie d'identification des études

A. Transfert des connaissances/utilisation des connaissances

Synonymes recherchés dans les titres/résumés [.ti,ab]

Combiner les recherches avec OU

(evidence* adj1 adopt*)	knowledge* action*
(evidence* adj1 applicat*)	knowledge* practic*
(evidence* adj1 disseminat*)	(research* adj1 adopt*)
(evidence* adj1 exchang*)	(research* adj1 applicat*)
(evidence* adj1 implement*)	(research* adj1 disseminat*)
(evidence* adj1 uptak*)	(research* adj1 exchang*)
(evidence* adj1 utili?at*)	(research* adj1 implement*)
evidence* action*	(research* adj1 transfer*)
(knowledge* adj1 adopt*)	(research* adj1 translat*)
(knowledge* adj1 applicat*)	(research* adj1 uptak*)
(knowledge* adj1 disseminat*)	(research* adj1 utili?at*)
(knowledge* adj1 exchang*)	research* action*
(knowledge* adj1 implement*)	research* practic*
(knowledge* adj1 mobili*)	guideline* implement*
(knowledge* adj1 transfer*)	(innovat* adj1 adopt*)
(knowledge* adj1 translat*)	know-do*.ti,ab.
(knowledge* adj1 uptak*)	(best* practic* adj1 adopt*)
(knowledge* adj1 utili?at*)	

B. Pays à faible revenu

Pays à faible revenu, tous les champs [.mp=ti, ot, ab, sh, hw, kw, tx, ct, tn, dm, mf, dv, nm, ps, rs, ui, tc, id, tm]

Combiner les recherches avec OU

Afghanistan	Ethiopia
Bangladesh	Gambia
Benin	Guinea
Burkina Faso	Guinea-Bissau
Burundi	Haiti
Cambodia	Kenya
Central African Republic	Kyrgyzstan (Kyrgyz republic)
Chad (Republic of)	Liberia
Comoros	Madagascar
Dem. Republic of	Malawi
Congo	Mali
Eritrea	Mauritania

Mozambique
 Myanmar
 Nepal
 Niger
 North Korea (Dem. Republic)
 Rwanda
 Sierra Leone

Somalia
 Tajikistan
 Tanzania
 Togo
 Uganda
 Zimbabwe

C. Interventions

Synonymes recherchés dans tous les champs [.mp=ti, ot, ab, sh, hw, kw, tx, ct, tn, dm, mf, dv, nm, ps, rs, ui, tc, id, tm]

Combiner les recherches avec OU

intervention*
 program*

D. Études empiriques – juste dans titre et résumés

Synonymes recherchés dans les titres/résumés [.ti,ab]; Combiner les recherches avec OU

study	evaluation*
interview	participant*
case stud*	trial*
qualitative study	population
quantitative study*	sample*
review*	finding*
descriptive study	result*
data	metho*
analy*	

APPENDICE B

SYNTHÈSE DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RETENUES

Tableau 12 : Synthèse des principales caractéristiques des études retenues

<i>Auteurs</i>	<i>Année</i>	<i>Revue</i>	<i>Pays</i>	<i>Devis</i>	<i>TC</i>	<i>Stratégies</i>	<i>Utilisation</i>	<i>Résultats</i>
Abuya, et al.	2009	<i>Am. J. Trop. Med. Hyg.</i>	Kenya	2	E	F, Dt, Df	I, C	Les utilisateurs démontrent une augmentation significative des connaissances des doses recommandées et des pratiques adéquates
Abuya, et al.	2010	<i>PLoS ONE</i>	Kenya	3	E	F, Dt	I, C	Les utilisateurs démontrent une augmentation significative des connaissances des doses recommandées et des pratiques adéquates
Ahmed, Zerihum	2010	<i>PLoS ONE</i>	Ouganda	3	E	F, Dt, Df, M, R	I, C	La population étudiée présente des connaissances limitées sur les données probantes transmises en lien avec le traitement de la maladie, sa transmission et les comportements de prévention à adopter. Selon les résultats sur la possession et l'utilisation des produits distribués sont peu encourageants. Il y a des différences marquées dans les résultats entre les régions.
Ayieko, et al.	2011	<i>PLoS Medicine</i>	Kenya	2	E	F, Dt, S, G, V	I	Les auteurs relèvent une augmentation significative des pratiques recommandées par le guide de pratique et amélioration des performances à l'évaluation d'admission.
Bagamoyo College of Art, Tanzania Theater Center, Mabala, Allen,	2002	<i>Evaluation and Program Planning</i>	Tanzanie	1	E, P	F, Df, A, M	I, C	Les performances artistiques et les discussions avec les participants ont permis de briser le silence sur les sujets tabous. Les auteurs notent une augmentation du sentiment de responsabilité collective, de la motivation à adopter de nouveaux comportements, de la capacité à analyser des problèmes et à apporter des solutions. Ils soulignent aussi l'augmentation de l'utilisation des produits et des services recommandés.
Blanton, et al.	2010	<i>American Journal of Tropical Medicine and Hygiene</i>	Kenya	3	E*	F, Dt, V, M	I, C	Les utilisateurs, directs et indirects, possèdent une conscience significativement plus grande des traitements implantés et des produits disponibles. Ils démontrent aussi une augmentation significative des connaissances transférées, des comportements de santé recommandés et de l'utilisation des produits distribués. Les résultats ne sont pas attribuables aux données sociodémographiques mesurées.
Dagenais, Queuille, Ridde.	2012	<i>Global Health Promotion</i>	Burkina Faso	1	E, P	Dt, Df, P	I, C, P	Les utilisateurs semblent être plus familiers avec le processus de recherche. Peu d'utilisateurs ont pris connaissance des documents écrits publiés et disent préférer les ateliers de travail, même si pour le rendre efficace, un agent-intermédiaire doit ensuite retransmettre l'information dans son milieu respectif. Les auteurs notent aussi des changements dans les comportements et les attitudes des utilisateurs.

Delva et al.	2010	<i>Tropical Medicine and International Health</i>	Kenya	3	E*	F, Df, R, S	I	Les auteurs n'observent pas les améliorations anticipées dans les indicateurs de santé. Selon eux, les activités de sensibilisation et de mobilisations auraient des effets limités. La fréquence et le moment des visites ne se sont pas améliorés tels que recommandé, mais davantage de services prénataux ont été fournis.
Dynes et al.	2011	<i>Midwifery</i>	Bangladesh	5	E, P	F, Dt, V, M, G	I, C	Les résultats suggèrent une intégration rapide du programme, une augmentation significative de la performance post-formation et une satisfaction élevée des participants et des agents de transfert face à la formation.
English et al.	2011	<i>Implementation Science</i>	Kenya	5	E, P	F, Dt, V, G, S	I, C	Les auteurs soulignent que l'approche normative-rééducative et que les aspects soutenus tout au long du projet de recherche ont été déterminants dans la performance
Friend, Chertok.	2009	<i>Public Health Nursing</i>	Kenya	3	E*	F, Dt, V, M	I, C	Les démonstrations pratiques améliorent significativement les habiletés des utilisateurs et l'utilisation des images a été prouvée culturellement efficace. Dans l'ensemble, les connaissances pratiques des utilisateurs se sont significativement améliorées.
Gazi et al.	2005	<i>J. Health Population Nutrition</i>	Bangladesh	3	E, P	F, M, S	I, C	Les utilisateurs démontrent une meilleure connaissance des services et les utilisent davantage. Ils utilisent également davantage les produits recommandés. Les résultats démontrent que les agents multiplicateurs transfèrent les connaissances, prodiguent les services et orientent les utilisateurs vers les cliniques.
Kaseje et al.	2010	<i>Global Public Health</i>	Kenya	5	E, P	F, P	I	Les résultats démontrent une amélioration marquée de la performance des comités de gouvernance, des meilleures pratiques de gestion des données et des services. On note une amélioration significative de la couverture de plusieurs services.
Kidala, Greiner, Gebre-Medhin.	2000	<i>Public Health Nutrition</i>	Tanzanie	2	E	F, Dt, Df, M, L	I, C	Les connaissances sur la possession et l'utilisation des produits distribués ainsi que la fréquence des pratiques recommandées augmentent significativement.
Lemay, Sullivan, Jumbe, Perry.	2010	<i>Journal of Health Communication</i>	Malawi	5	E, P	F, Dt	I	La stratégie employée s'avère dispendieuse et plus efficace pour obtenir du feedback rapidement que les stratégies transitionnelles. Grâce à cela, on note une amélioration de la qualité des soins de santé prodigués.
Leow et al.	2011	<i>Journal of Surgical Education</i>	Sierra Leone	4	E	F, Dt	I, C	Les participants ont trouvé la formation bénéfique. Plus de 90% d'entre eux trouvent que leurs attentes ont été satisfaites, que le contenu était bien expliqué, que les sessions pratiques étaient utiles et se disent confiants de pouvoir enseigner à leur tour, dans leur milieu respectif, les habiletés apprises. Les ateliers subséquents, menés par les participants, démontrent de l'efficacité de la stratégie à l'autonomisation de ceux-ci.
Libamba et al.	2007	<i>Bulletin of the WHO</i>	Malawi	4	E*	F, G, S	I	Augmentation de la couverture des services

Manzi et al.	2009	<i>Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene</i>	Tanzanie	5	E, P	F, Dt, Df, P, S, G, V	I	Après deux mois, 92% des centres de santé ont implanté l'utilisation des WaterGuard. L'indisponibilité du produit était la barrière principale en début de projet, mais son approvisionnement a été augmenté au fur et à mesure de l'implantation. Après neuf mois, les utilisateurs disent ne pas avoir vécue de difficulté majeure à intégrer le produit à leur routine de soins.
Nyagero, Wangila, Kuai, Olango.	2012	<i>Pan African Medical Journal</i>	Kenya	3	E, P	F, Dt	I, C	Les utilisateurs démontrent de bonnes pratiques de changement de comportements de santé. Ces changements sont associés à plusieurs données sociodémographiques, certaines de manière significative.
Nzinga et al.	2009	<i>Implementati on Science</i>	Kenya	1	P	F, Dt	I	Dix thèmes susceptibles d'entraver l'implantation du processus de transfert ont été identifiés.
Perez, Ba, Dastagire, Altmann.	2009	<i>BMC International health and Human Rights</i>	Mali	3	E, P	F, Dt, Df, M	I, C	Les résultats suggèrent l'influence positive des agents-utilisateurs par l'augmentation significative de la possession et de l'utilisation des produits distribués et l'adoption de certains comportements de santé. On note aussi le maintien de certains comportements non recommandés.
Puchalski Ritchie et al.	2012	<i>Int Journal Tuberculosis and Lung Disease</i>	Malawi	1	E, P	F, Dt, M, S	I	Les agents multiplicateurs évoquent plusieurs barrières à l'accomplissement de leur rôle et l'intégration des connaissances à leur pratique. Il en résulte des messages conflictuels, des erreurs de documentation et une faible interaction avec les utilisateurs.
Shrestha et al.	2006	<i>Tropical Medicine and Internat. Health</i>	Népal	2	E	F, Dt, M, G, V	I	L'implantation du guide de pratique a mené à la réduction significative des prescriptions multiples. Les résultats suggèrent, bien que non significatives, l'augmentation des pratiques recommandées et la diminution des coûts moyens de gaspillage.
Shrestha.	2002	<i>J. Health Population Nutrition</i>	Népal	3	E, P	F, Dt, V, M, S	I, C	L'utilisation de support visuel a été bénéfique et les utilisateurs démontrent de meilleures connaissances après la formation. Les sessions de groupes ont permis aux agents multiplicateurs de se rapprocher des utilisateurs et de mieux comprendre leurs préoccupations, en plus de sauver du temps. Six mois plus tard, on note un changement significatif dans la recherche des services.
Sodhi et al.	2011	<i>BMC International health and Human Rights</i>	Malawi	5	E, P	F, Dt, M, G	I, C	Le guide de pratique a permis aux participants de se sentir plus autonomes à prodiguer des soins de santé appropriés. Ceux-ci recommandent l'approche car elle présente plusieurs conditions favorisant l'implantation du processus de transfert, mais soulèvent aussi certaines barrières à l'utilisation des connaissances.
Ssenooba et al.	2011	<i>BMC Inter. Health and Hum. Rights</i>	Ouganda	1	P	P, Df, G, P	I	L'étude permet d'identifier les facteurs qui facilitent l'absorption des connaissances et l'implantation des politiques. Certaines barrières sont également mentionnées.

Wanyama et al.	2012	<i>Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes</i>	Ouganda	2	E, P	A, M F	C	Les utilisateurs de la condition intervention obtiennent des scores significativement plus élevés dans les questionnaires de connaissances. Dans l'ensemble, les participants de la condition intervention sentent en avoir appris davantage et ils recommandent cette méthode. Ceux-ci et les agents de transfert évoquent des particularités favorables à l'outil.
Willms, Arratia, Makondesha.	2011	<i>Sexually Transmitted Infections (journal)</i>	Malawi	1	E, P	P, A, L	I, C	Les auteurs observent des changements dans l'attitude et les comportements des utilisateurs. Ils évoquent la création d'un forum de discussion, des énoncés de presse et des documents en faveur des connaissances issues de la recherche.

Devis : 1:qualitatif; 2:quantitatif aléatoire; 3:quantitatif non-aléatoire; 4:quantitatif descriptif; 5:mixte

Objectif de transfert des connaissances : E:effet; E* : l'objectif principal porte sur l'évaluation des effets, mais certaines conditions du processus sont abordées lors de la discussion; P:processus

Utilisation : I:instrumentale; C:conceptuelle; P:persuasive

Stratégies de transfert : F:formation; Dt:distribution de matériel; Df:diffusion publique; P:activité de partenariat; A:activités artistiques et ludiques; V:matériel visuel précisé; M:Agent multiplicateurs; L:leader d'opinion; S:supervision et rétroaction; R: mise à jour (*refresh*); G:guide de pratique