



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Lidiana MUNEROL

le 1^{er} juin 2012

LE COURTAGE EN CONNAISSANCES EN PROMOTION DE LA SANTE

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Examineurs de la thèse :

M. François ALLA	Professeur	Président
M. Serge BRIANÇON	Professeur	}
M. Cédric BAUMANN	Maître de Conférences	} Juges
Mme Marie-Christine COLOMBO	Docteur en médecine	}

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Administrateur Provisoire de l'Université de Lorraine : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales » :	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VÉSPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET
Christian JANOT – Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS
Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN
Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER – Claude SIMON - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE – Professeur Luc TAILLANDIER

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERÉ – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Bioséquences, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Généraliste)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT
Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON
Professeur Jacques POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A.)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A.)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A.)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A.)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A.)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A.)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A.)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A.)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A.)

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur François ALLA

Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention (type mixte : clinique)

Vous me faites le très grand honneur de présider cette thèse et de juger ce travail.

Je vous remercie pour la confiance accordée et votre soutien dans l'élaboration de cette thèse.

Vous avez accompagné mon cursus d'interne et ce travail avec beaucoup de bienveillance et de gentillesse, et avez su me transmettre des connaissances et une méthodologie rigoureuse.

Sensible à votre grande disponibilité et à vos qualités humaines, veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus profond respect et de ma sincère gratitude.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous me faite le grand honneur de juger ce travail.

*Je vous remercie de m'avoir reçue et accueillie dans la spécialité de Santé Publique et
Médecine Sociale et dans votre service.*

*Votre encadrement et votre accompagnement dans mon parcours et mes diplômes a été d'une
grande aide et je suis heureuse de votre présence dans cette nouvelle étape.*

*Je vous remercie pour votre accueil, votre disponibilité et vos conseils dans mon
apprentissage professionnel.*

Soyez assuré de mon plus profond respect et de ma reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN

Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

Tu me fais l'honneur et le plaisir de juger ce travail.

*Tu m'as suivi avec beaucoup de bienveillance et de disponibilité, dans mon cursus de Santé
Publique et lors de l'encadrement de mon Master.*

Merci de ta confiance et de ton aide tout au long de mon parcours.

Puisse ce travail être le reflet de mon respect et de ma gratitude.

A notre Juge

Madame le Docteur Marie-Christine COLOMBO

Docteur en Médecine, Médecin Départemental de Protection Maternelle et Infantile

Vous avez accepté de juger ce travail, pour mon plus grand honneur.

*Vous m'avez fait découvrir avec beaucoup de passion, de rigueur et de disponibilité votre
métier, votre service et les valeurs qui sont les vôtres.*

Un immense merci pour votre accueil, vos connaissances et vos qualités humaines.

*Sensible à votre confiance, veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma sincère
reconnaissance et de mon profond respect.*

A Madame Linda CAMBON

Tu m'as fait l'honneur d'accepter d'encadrer ce travail alors que tu ne me connaissais pas.

Je te remercie de tes relectures attentives, de tes conseils et de ta disponibilité.

Puisses-tu trouver dans ce travail l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon respect pour ton travail et tes connaissances.

Tous mes remerciements

A toutes les personnes qui m'ont aidé pour mener à bien ce travail, et particulièrement

A Madame Agnès Peignier, documentaliste

Sans qui ce travail n'aurait pas abouti.

Merci de ton aide précieuse pour mettre à ma disposition les articles scientifiques nécessaires à ce travail et de ta disponibilité

A Monsieur Vincent Pierre, pour son aimable aide

A Yvon Brecreint, pour sa relecture attentive et sa patience, celles-ci m'ont beaucoup aidée

A toutes les personnes rencontrées au cours mon internat, dans les différents services, qui m'ont aidé à construire mon savoir mais m'ont apporté bien plus que des connaissances techniques...

A l'ensemble des membres du service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Verdun, qui m'ont accueillie pour la première fois et avec qui j'ai tant appris

A l'équipe de Psychiatrie du troisième secteur de Jury-lès-Metz, pour votre accueil et votre gentillesse

Au service de Psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Legouest, pour votre bonne humeur et pour m'avoir traitée comme une princesse, avec une pensée toute particulière pour le brillant Docteur Thierry Simon de Kergunic

Au service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU et surtout à ses deux assistants de l'époque, les Dr. Werner et Bourgognon

A l'équipe de la CIRE Est, pour m'avoir confortée dans mon changement de parcours et pour votre amitié

Au service d'Hygiène Hospitalière du CHU, pour leur accueil et gentillesse

A l'Ecole de Santé Publique, pour les qualités humaines des personnes, avec une pensée toute particulière pour Véronique Devienne qui par sa douceur et son indéfectible bonne humeur a été d'un grand soutien pendant tout mon internat

Au service de Protection Maternelle et Infantile de Meurthe-et-Moselle, pour les valeurs qui sont les vôtres, votre grande richesse et votre accueil chaleureux lors de mes stages

Au service du DIM de Metz, pour votre accueil et pour le dépaysement

Per la Mamma e il Babbo,
che sempre ci sono e sempre ci saranno...grazie di cuore di esserci proprio così come siete.
Giurin giuretta, adesso metto a posto la camera !

Pour Bibiana et Benjamin,
sur qui on peut compter, où que l'on soit et quoi que l'on fasse, même sur le quai d'une gare à
Agra...

Per Elga, Thomas e tutta la famiglia, chi c'è e chi purtroppo è già andato,
siete il posto da dove vengo e quello dove vado

Per tutti voi in Italia,
a cui penso tanto e voglio così bene, anche se ci si vede poco

Last but not least at all, to my sweet Vincent,
Je prends les mots de Patti Smith pour Frederick :
"...all the things I've been dreamin' of, are expressed in this name of love"

Pour Albert, Chantal, Antonio, Fatima et Tino, qui savent tant de choses que je ne saurai jamais et qui sont toujours si attentionnés et généreux envers moi

Per Irene, Sara e Margherita, lontane nella vita ma sempre così vicine nel cuore

Pour Marion, parce que je n'ai pas trop de mots pour le dire, mais tu le sais bien

Pour Joffrey, parce qu'avec toi je sais que je serai toujours l'italienne préférée de quelqu'un...

Pour Frédérique, la plus jolie, brillante, drôle et pétillante journaliste de France et de Navarre ...parce que la Madeleine n'est pas la seule à rouler sa bosse, et que tu es là, à mes côtés

Pour Céline et David, pour Emilie et Nicolas, parce que vous m'avez toujours si bien accueillie, parce qu'au lieu de trouver juste une famille, j'ai trouvé encore plus que des amis

Pour Amandine, parce que tu es la preuve qu'un coup de cœur sur un cours de tennis peut durer...

Pour Anne, pour le Coach Pascal et Basile, parce que même si on s'éloigne en kilomètres, quand je pense à vous il n'y a que des bons souvenirs

Pour ma Fleur, qui est si loin, mais que je ne saurai oublier ici. Tu es la plus courageuse et tu fais mon admiration

Pour Cathy et Benito, merci à Ben d'avoir habité à Metz, et merci à toi d'apporter le soleil en Lorraine

Pour Maevah, qui est toujours là

Pour Ariane, Claire, Eliette et Emeline, merci pour toutes ces années ensemble, qui me font tant de beaux souvenirs passés et à venir

Pour Sophie et la famille Alsibaï, Virginie et la famille Bier, pour Claire et la famille Janin, Fred et la famille Viller, parce qu'au-delà d'un beau stage, j'ai rencontré de si belles familles

Pour Dorothée, amie yogi et bien plus..., pour Marine (sans toi la piscine n'est plus pareille), Julien et Emma, pour Nathalie et Thierry, amis de jeux et de soupe, pour Soumia « Charly » (je reste ton Tango à jamais), pour Sandrine et Aurore, qui m'ont tant appris et apporté ...et m'ont fait aimer Verdun, pour Emilie, Xavier et Virgile, pour Elodie, Jimmy et Lila, pour Manue et Fabienne, qui ont su faire du Master une année haute en couleurs et agréable, pour Barbara, Georgia, Ludmilla et Pasqualita, dont l'amitié résiste aux kilomètres...et pour tous ceux que j'oublie, merci pour votre amitié

Pour tous mes co-internes de Psychiatrie et de Santé Publique, merci pour tous ces moments partagés, vous avez su transformer les pires en de bons souvenirs

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

Table des matières

I.	Introduction.....	20
1.	La promotion de la santé	20
2.	L’Evidence-Based Health Promotion, contexte et historique	20
2.1.	La médecine basée sur les preuves	21
2.2.	Evidence Based Public health et Evidence Based Health Promotion.....	21
3.	Difficultés et écueils de l’Evidence Based Health Promotion.....	22
3.1.	Difficultés méthodologiques pour générer la preuve.....	22
3.2.	Manque d’information	23
3.2.	Relation chercheur acteur	24
4.	La recherche translationnelle et le transfert de connaissance.....	25
4.1.	Recherche translationnelle	25
4.2.	Le transfert de connaissances.....	26
5.	Le courtage en connaissances.....	27
II.	Objectifs du travail.....	28
III.	Matériels et Méthodes	29
	Présentation de l’étude : revue de la littérature globale.....	29
3.1.	Première partie: Revue systématique de la littérature	29
3.1.1.	Recherche des données	29
3.1.2.	Sélection des articles.....	31
3.1.3.	Analyse	32
3.1.4.	Recherche d’articles supplémentaires.....	33
3.2.	Seconde partie: recherche dans la littérature grise	34
3.2.1.	Recherche des données	34
3.2.2.	Sélection des articles.....	36
3.2.3.	Analyse	36
IV.	Résultats de la revue de la littérature	37
5.1.	Description des données	37
	Sélection des articles.....	37
5.2.	Résultats d’analyse	39
5.2.1.	Objectif 1 : définition du courtage en connaissances.....	39
5.2.2.	Objectif 2 : leviers et freins dans la pratique du courtage.....	45

V. Résultats de l'analyse de la littérature grise.....	55
CHSRF.....	55
Autres sites	57
Moteur de recherche généraliste : Google.....	61
VI. Discussion	65
Le courtage en connaissances, des définitions très différentes	65
Deux mondes: producteurs et utilisateurs.....	67
Facteurs favorisant / facteurs limitant	70
Preuves disponibles sur le courtage.....	76
Forces et limites de l'étude.....	77
VII. Conclusion.....	79
Bibliographie.....	82
Annexe 1 : Grille de lecture correspondant à l'objectif n°1, analyse des définitions du courtage en connaissances.....	88
Annexe 2 : Grille de lecture correspondant à l'objectif n°2, analyse des pratiques du courtage en connaissances	90
Annexe 3 : Sites consultés lors de la recherche dans la littérature grise (ordre alphabétique) 93	
Annexe 4 : Liste des 45 références prises en compte pour l'analyse des définitions du courtage en connaissances (objectif n°1) – ordre alphabétique	94
Annexe 5 : Liste des 25 références prises en compte pour l'analyse des pratiques du courtage en connaissances (objectif n°2) – ordre alphabétique	98
Annexe 6 : Détails des résultats des items de la grille de lecture pour l'objectif n°1	101
Annexe 7 : Détails des résultats des items de la grille de lecture pour l'objectif n°2.....	102
Annexe 8: Fiche de poste d'un Knowledge Broker	105
Annexe 9 : Description résumée d'une expérience de courtage en connaissances.....	108
Imprimatur.....	110

Table des Tableaux

Tableau 1: Années de publication des 45 références retenues répondant à l'objectif n°1	40
Tableau 2: Années de publication des 45 références retenues répondant à l'objectif n°2.....	45
Tableau 3 : Nombre total de résultats et nombre de résultats pertinents parmi les 50 premiers résultats pour chaque expression recherchée	62
Tableau 4: Nombre de résultats communs aux différentes expressions recherchées pour les termes anglais.....	62
Tableau 5 : Nombre de résultats communs aux différentes expressions recherchées pour les termes français et anglais	63

Table des Figures

Figure 1 : Flow-chart de sélection des articles	38
Figure 2: Différentes sections de l'outil d'animation d'un processus de transfert en connaissances (figure issue de la référence originale)	60
Figure 3 : Différents intrants à la base de la production de connaissances utiles et pertinentes aux actions de santé publique (titre et figure issus de la référence originale).....	68
Figure 4 : Le mode de transfert en spirale (titre et figure issus de la référence originale).....	69
Figure 5: Cadre de pratique du courtage de connaissances (titre et figure issus de la référence originale)	73
Figure 6 : Variables influençant le degré d'interaction requis dans l'intervention de courtage (titre et figure issus de la référence originale).....	74

I. Introduction

1. La promotion de la santé

La promotion de la Santé est l'un des grands champs de la Santé Publique.

Dans le sillon d'une approche positive de la santé, ce concept a été défini en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé dans la charte d'Ottawa comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (1).

Ce processus vise les déterminants de la santé, au sens global et positif du terme, dans un but d'amélioration de la Santé.

Ce concept a été novateur après une époque où médecine et santé étaient encore envisagées dans une approche négative très biomédicale (absence de maladie). Mais outre cet aspect de santé positive, ce concept est plus global : il ne se limite pas à une action au niveau des individus eux-mêmes mais envisage les populations dans un contexte de vie, avec des facteurs sociaux, environnementaux, économiques...(2).

Depuis l'adoption de la charte d'Ottawa, de nombreuses autres conférences centrées sur la promotion de la santé se sont tenues, la dernière au Kenya en 2009 (3).

Au court du temps, la promotion de la santé a évolué et notamment dans l'idée de mettre en place des actions et des interventions dont l'efficacité a été prouvée. C'est ainsi que le concept d'Evidence Based Health Promotion (EBHP) a vu le jour. Ce point a été souligné lors de la dernière conférence de 2009 (*“the gap in health programmes where the evidence about good health promotion practice could be more effectively incorporate”* (4)).

2. L'Evidence-Based Health Promotion, contexte et historique

L'EBHP est partie intégrante de l'Evidence-Based Public Health (EBPH).

L'ensemble de ces concepts est dérivé de celui plus global d'Evidence Based Medicine (EBM) ou médecine basée sur les preuves.

2.1. La médecine basée sur les preuves

Les différentes avancées scientifiques au cours du siècle dernier ont permis à la médecine de s'appuyer pour sa pratique quotidienne de moins en moins sur des préceptes empiriques et de plus en plus sur des preuves scientifiques validées. Cette évolution a trouvé son essor au cours des 20 dernières années avec l'avènement de l'« Evidence Based Medecine » ou « médecine basée sur les preuves » (5-7). Désormais, la pratique médicale, si elle reste dans le discours un « art », est devenue une discipline où recommandations et guides de bonnes pratiques sont basés sur des études scientifiques, prouvant leur efficacité et leur validité. Sa pratique consiste donc à adapter la prise en charge des patients selon des preuves existantes dans la littérature (8). Si ceci est aujourd'hui mis en place dans la pratique des médecins cliniciens, cette évolution a été récemment affirmée également dans certains champs de la Santé Publique, avec la définition de l'EBPH et en ce qui concerne la promotion de la santé l'Evidence-Based Health Promotion.

2.2. Evidence Based Public health et Evidence Based Health Promotion

Dès les années 70-80, comme le rapporte Charles et al. (9), de nombreux chercheurs déplorent la non-utilisation des données de la science dans les décisions politiques. Cette utilisation pourrait, selon eux, favoriser l'adoption d'intervention efficace et coût-efficaces comme le souligne Waters et al. (10).

Ainsi l'Evidence Based Public Health peut-être définie comme l' "utilisation d'éléments épidémiologiques issus de la recherche clinique, des expériences de santé publique, des résultats de la pratique clinique, des programmes de santé et politiques de santé dans le développement, l'implantation et l'évaluation de programmes et de politiques de santé." (11). Cette définition peut permettre, sur certains points, un parallèle avec l'Evidence Based Medecine (12).

Dans le champ de la promotion de la santé, le terme d'« Evidence Based Health Promotion » a quant à lui été officialisé par l'OMS dans son glossaire des termes de promotion de la santé (13). Derrière ce terme, il s'agit d'appliquer les données issues de la science dans la pratique quotidienne de la promotion de la santé. La définition donnée est la suivante « l'utilisation d'informations, issues de la recherche et des études systématiques, permettant d'identifier les déterminants et les facteurs qui influencent les besoins de santé ainsi que les actions de

promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et une population donnée » (11).

Une des premières différences entre ce dernier concept et les précédents (EBM et EBPH) est un appui sur différentes sources de données, notamment des sciences sociales et des données d'efficience. Mais les divergences entre ces termes ne se limitent pas à ce point et l'application de l'EBHP ne peut se résumer à une simple transposition des concepts et préceptes de l'EBM au champ de la promotion de la santé.

3. Difficultés et écueils de l'Evidence Based Health Promotion

Plusieurs écueils existent dans la démarche d'EBHP et la rendent assez complexe à mettre en œuvre. On peut en dégager trois principaux, que sont des limites méthodologiques, des données limitées et une difficulté de relation entre acteurs.

3.1. Difficultés méthodologiques pour générer la preuve

D'un point de vue méthodologique, l'application stricte des principes de l'EBM n'est pas si aisée dans le domaine de la promotion de la santé, comme souligné par Cambon et al. (11).

Plusieurs freins dans ce domaine sont pointés.

Le premier est la difficulté du niveau d'intervention dans un domaine où par définition des déterminants multiples et intriqués sont présents. Ainsi parfois des actions se situent très en amont d'un objectif de type comportement. Ainsi par exemple, la réhabilitation d'un terrain de sport dans un quartier est bien en amont de la reprise d'activité physique chez la population concernée. Ce point soulève la question de la durée souvent longue entre mise en place d'une action et résultats potentiels. C'est un des points qui explique la complexité pour choisir un critère de jugement et obtenir une « preuve » d'efficacité des actions mises en œuvre, dans un domaine complexe et pluriréférentiel.

Le second point est représenté par les limites de l'essai contrôlé randomisé, « gold standard » de l'Evidence Based Medicine. En effet ce type d'études n'est parfois ni approprié, ni réalisable, ni même souhaitable d'un point de vue éthique dans le champ de la promotion de la santé. Ainsi en promotion de la santé, de multiples facteurs sont non contrôlés et le contexte complexe limite les conclusions possibles en termes de causalité.

Enfin, la question de l'applicabilité et de la transférabilité des résultats est toujours présente en arrière-plan dans les actions de promotion de la santé. En effet les éléments de contexte sont primordiaux pour une action dans ce champ où les interactions sont multiples.

Ces obstacles méthodologiques mais aussi éthiques rendent impossible la simple « transposition » des principes de l'« Evidence Based Medecine » au domaine de la promotion de la santé (14) et renforcent la nécessité de collaboration entre acteurs pour s'adapter à ces contraintes.

Ce point nous amène à discuter une seconde difficulté qui est le manque de preuves et d'informations.

3.2. Manque d'information

Dans le secteur de la promotion de la santé, peu d'informations sont disponibles sur les processus d'intervention. Ce point a été souligné comme un frein majeur par Cambon et al. reprenant plusieurs autres auteurs (15-17): un manque d'information sur les actions mises en place, en terme de population cible, de professionnels en jeu, de coût ou d'implantation rendent difficile une éventuelle reproduction.

En effet, comme dans d'autres domaines, mais notamment en Promotion de la Santé, la question des modalités d'une action est primordiale. Selon la population ciblée par l'action, celle-ci peut se révéler efficace ou non. En effet, par définition, chaque population cible est pour ainsi dire différente en terme de culture, de contexte géographique, d'histoire ou de normes sociales (14).

Cela rejoint la question de l'applicabilité et au-delà celle de la transférabilité. Ainsi, il serait intéressant de changer de positionnement, à savoir passer de la question « que faire ? », à celle plus centrale de « comment faire ? », c'est-à-dire un questionnement sur les différentes modalités d'action et leurs efficacité, non pas en terme de finalité mais de processus (18).

Or pour ce faire, il serait nécessaire que des données sur les actions de terrain soient disponibles, avec des études approfondies de processus, ce qui fait défaut en Promotion de la santé. D'autre part, dans les études disponibles, une importance majeure est souvent donnée à la validité interne et peu d'attention est portée à la validité externe (14, 19).

3.2. Relation chercheur acteur

La dernière difficulté dans le processus de l'Evidence Based Health Promotion est qu'elle amène deux grands mondes à se confronter, comme le soulignent Jacobson et al.(20) citant Caplan et la « *two communities* » théorie : le monde de la recherche, à l'origine de ces « preuves », et le monde du terrain, qui devrait en assurer l'application à large échelle. S'ajoute un troisième acteur, les décideurs, qui, fort des expériences des uns et des autres, est amené à prendre des décisions pour la population, dans des domaines où, par définition, il n'est pas expert.

Se pose donc la question du confinement de ces mondes, recherche et pratique, et de leurs réalités parfois divergentes en terme de priorités, de cycles de travail, de carrières ou même de langage (21-23) .

La recherche, soumise à l'obligation de publication de ses résultats pour espérer survivre, doit être tournée vers les communautés scientifiques plus que vers les acteurs de terrain (24) . Ceci pose la question des sujets de recherches qui se trouvent parfois ne pas être en adéquation avec les besoins du terrain, ou ne pas correspondre aux conditions de travail des acteurs. Cette problématique des conditions d'expérimentation amène à la question de l'applicabilité, de la reproductibilité sur le terrain et donc de la transférabilité. Ainsi ces projets de recherche aux besoins, à la pratique et à la réalité différente de celle du terrain peuvent, malgré leur intérêt scientifique, ne pas être utilisables pour les acteurs dans leur pratique quotidienne (14).

A l'opposé, les acteurs de terrain, pris par les obligations du quotidien, ont peu de temps pour se tenir à jour des dernières innovations, pour y participer et pour y être associés ou faire part de leurs expériences. Ainsi, comme le soulignait JF Labardie dans une communication (25), un sondage mené au sein du Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent à Montréal montre que si 90% des personnels travaillant au CSSS (regroupant à la fois des professionnels du social, du médical et des décideurs) et interrogés ont recours souvent ou presque toujours à leur expérience personnelle dans la prise de décision au sein de leur travaux, seules 30% ont recours à des articles scientifiques. Le nombre de publications, de plus en plus important et la publication, le plus souvent en langue anglaise, rendent difficile un maintien à niveau et l'utilisation de l'information pour les acteurs de terrain.

Ce manque de lien est souvent cité comme problématique, avec la dénomination de « gap » à combler, retrouvée dans de nombreuses publications (21, 26).

Ces divergences entre différents acteurs ont été relevées lors de la dernière université d'été francophone de Santé Publique de Besançon (27). Partant du constat que ces deux mondes sont encore très disjoints en France, avec une certaine méconnaissance réciproque, une collaboration entre acteurs a été jugée nécessaire, avec un réel gain possible entre ces deux expertises complémentaires. Un gain dans la pratique des acteurs de terrain avec une pratique basée sur les preuves et un gain pour les chercheurs avec des questions de recherche plus adaptées aux besoins réels, et qui deviendraient de fait une aide réelle pour les décideurs.

L'ensemble de ces constatations et l'idée qu'un changement des pratiques puissent amener une amélioration des pratiques à tous les niveaux, se retrouvent dans le concept de recherche translationnelle.

4. La recherche translationnelle et le transfert de connaissance

4.1. Recherche translationnelle

Le terme de recherche translationnelle recoupe parfois différentes réalités (28).

L'idée générale est de se questionner sur les méthodes qui permettent à une connaissance nouvelle de transiter depuis sa « découverte » au niveau de la recherche fondamentale à sa mise en œuvre dans la réalité. Cette question a été soulevée dans le domaine clinique sous le terme « *from bench to bedside* » (29) soit comment des données découvertes au niveau expérimental peuvent efficacement et rapidement être profitables au patient.

Le transfert est habituellement séparé en deux étapes fondamentales : la première, parfois dénommée « T1 », consiste en une diffusion de la recherche fondamentale à une application pratique, et la seconde étape, dénommée « T2 », qui est la diffusion de cette nouvelle pratique dans les « habitudes » cliniques ou autres.

Ce schéma linéaire, bien qu'applicable en partie au champ de la Promotion de la Santé, n'est pas tout à fait adapté, comme le souligne Ogilvie et al.(28).

En effet, dans le domaine de la promotion de la santé, la mise en évidence d'une connaissance théorique nouvelle ne peut pas toujours aboutir à une amélioration sur le plan de la promotion de la santé, en raison des déterminants multiples en jeu et des connexions complexes existant entre eux.

De l'ensemble de ces constats est née la question non seulement de la création d'un lien entre la recherche et le terrain, afin que l'expérience des acteurs de terrain puisse alimenter une recherche plus proche des besoins réels et que les connaissances créées par la recherche puissent être transmises aux personnes qui en ont l'utilité dans leur pratique quotidienne.

4.2. Le transfert de connaissances

Plusieurs dénominations ont été données au concept de transfert de connaissances, de diffusion et dissémination, à tel point que des auteurs ont établi un glossaire (29) tant les termes peuvent parfois faire débat (24).

Globalement, le transfert de connaissances est défini comme le mécanisme à travers lequel les connaissances scientifiques sont mises au point par les chercheurs et transmises aux utilisateurs (11). Ceci nécessite un travail de transformation pour rendre ces données intelligibles mais aussi utilisables.

Différents modèles de transfert des connaissances coexistent (30).

Ainsi on retrouve des modalités de transfert passif des scientifiques vers les acteurs de terrains, appelées « *producers pull* ». Ce modèle classique de « descente des connaissances » des « experts » vers les autres acteurs dans un mouvement unidirectionnel, a montré ses limites dans une vision très hiérarchique et unidirectionnelle du savoir (31).

Une seconde modalité plus active est décrite. Dans celle-ci, appelée « *user pull* », les utilisateurs viennent chercher les données, avec des techniques de type « résolutions de problèmes », où les personnes vont aller chercher une information précise pour résoudre une situation.

Enfin, une dernière modalité cette fois interactive est décrite sous le terme « *exchange* ». Celle-ci s'appuie sur une vision plus symétrique, avec l'idée d'un partage de connaissances entre différents acteurs aux champs, aux modalités d'exercice et aux compétences différentes (24, 32, 33). Ce caractère bidirectionnel de l'apprentissage implique donc que les acteurs de terrain peuvent certes apprendre des productions des chercheurs, mais que les chercheurs apprennent eux aussi de l'expérience des acteurs de terrain. Ces savoirs « profanes » de terrain, que Lapaige et al. qualifient de « *subjective, experiential, contextualized, or informal knowledge* » (24) sont autant de connaissances qui peuvent enrichir la recherche. Ainsi les auteurs, concluent sur la possibilité de changer de point de vue « (...) *turn(ing) the question*

around from how can we make practice more science based to how can we make science more practice-based », soulignant par là même une nécessaire collaboration entre professionnels.

Une évolution se fait donc vers une vision élargie de la transmission des connaissances, dans le sens d'une interactivité entre acteurs et vers un réel « échange ».

Partant de cette idée d'échange et des barrières à l'origine du « *know-do gap* », certains auteurs ont souligné la nécessité de créer du lien entre les acteurs (22, 34, 35). Ce lien peut prendre différentes formes, dont celle d'une intermédiation. Lapaige et al. (24) reprend Gladwell dans l'idée que pour qu'une pratique soit diffusée, trois types de personnes sont nécessaires dont les « *connectors* », définis comme des personnes présentant « *good social skills* », « *professionnel experience in a variety of filed* » et « *unique in connecting people whose lives would not otherwise intersect* ».

5. Le courtage en connaissances

Dans cet esprit de lien entre les différents acteurs une nouvelle modalité de transfert de connaissances a été pensée et expérimentée : le courtage en connaissances.

Derrière ce terme nous trouvons un concept aux différentes définitions, avec différentes visions de sa pratique.

Une idée commune est la mise en lien des acteurs de terrain et des chercheurs via un intermédiaire et ce dans une visée de meilleure efficacité. Si la nécessité d'une médiation entre chercheurs et acteur de terrain, avec un travail en réseau (31, 36) semble commune, les définitions sont multiples et divergent sur d'autres points.

Certains pays, dont le Canada en première ligne, ont tenté une mise en place de cette nouvelle pratique et plusieurs expériences ont pu voir le jour.

Face aux multiples facettes d'un même concept et à leurs mises en œuvre, est né un questionnement à la fois conceptuel et procédural. Il semblait intéressant de tenter de faire le point sur les différentes définitions et modalités d'exercice du courtage en connaissances pour savoir quelles en étaient les forces, les limites et l'applicabilité.

II. Objectifs du travail

Cette étude avait deux objectifs principaux :

- Le premier était une stabilisation des concepts : rechercher les différentes définitions données au concept de « courtage de connaissances », aux concepts associés et dégager les idées sous tendant cette pratiques.

- Le second était une synthèse des expériences menées dans différents pays avec pour objectif l'identification des modalités de mise en œuvre du courtage en connaissances, des points considérés comme favorisant ou limitant sa réussite et éventuellement ses répercussions.

III. Matériels et Méthodes

Présentation de l'étude : revue de la littérature globale

Notre étude s'est faite en deux temps.

La première partie s'est appuyée sur une revue systématique de la littérature scientifique sur le courtage en connaissances dans une base de données scientifique (Scopus), avec pour vocation la réalisation d'une synthèse des éléments disponibles pour répondre au premier objectif et au second objectif, via une revue de la littérature.

Cette première partie a été complétée par une analyse de la littérature grise afin de collecter des informations complémentaires. Ainsi d'autres sources ont été explorées, notamment des documents, rapports et autres données de la littérature grise en rapport avec le concept et concernant des expérimentations et des mises en pratique relatives au courtage en connaissances.

3.1. Première partie: Revue systématique de la littérature

3.1.1. Recherche des données

Mots-clés

Pour effectuer la recherche dans la base de données scientifiques, les termes clés ont été séparés en 3 groupes, la relation au sein de chaque groupe utilisant l'opérateur « OR » et celle entre les groupes l'opérateur « AND ».

Les groupes de termes étaient les suivants :

- Groupe 1: Information, Knowledge
- Groupe 2: Broker, Brokering, Transfer, Exchange, Translation
- Groupe 3: "Health promotion", Prevention, "Health policy", "Public Health"

Modalités de la recherche initiale

La recherche des mots-clés a porté sur le titre, le résumé et les mots-clés (sélection « *Article title, Abstract, Keywords, Authors* » dans la rubrique « *in* ») afin de restreindre la recherche

aux articles potentiellement pertinents tout en ne perdant pas de données par une limitation au simple titre.

Concernant la date de publication (« *Date range* »), aucune limite de date n'a été fixée (sélection de « *published all years to present* »), celle-ci n'étant pas justifiée au vue de notre objectif.

Limites : inclusion, exclusion

Concernant le domaine de recherche (« *subject area* »), un filtre initial a exclu les domaines « *Life science* » et « *Physical science* », ne correspondant pas au domaine de la recherche.

L'ensemble des champs thématiques définis dans la base de données Scopus et exclus par ce filtre seront donc les suivants :

- **Life science** (champs qui contient les domaines suivants : Agricultural and Biological Sciences, Biochemistry, Genetics and Molecular Biology, Immunology and Microbiology, Neuroscience, Pharmacology, Toxicology and Pharmaceutics, Multidisciplinary).
- **Physical sciences** (champs qui contient les domaines suivants : Chemical Engineering, Chemistry, Computer Science, Earth and Planetary Sciences, Energy, Engineering, Environmental Science, Materials Science, Mathematics, Physics and Astronomy, Multidisciplinary).

De même des filtres secondaires ont été ajoutés lors des résultats en excluant les domaines non concernés par notre objectif (commande « *exclude* »). Il s'agit des champs suivants :

- Veterinary (au sein de **Health sciences**)
- Arts and Humanities (au sein de **Health sciences**)
- Business, Management and Accounting (au sein de **Health sciences**)
- Economics, Econometrics and Finance (au sein de **Health sciences**)
- **Undefined**

Au total les champs conservés étaient donc :

- **Health sciences** (comprenant les domaines: Medicine, Nursing, Veterinary, Dentistry, Health Professions et Multidisciplinary).
- **Social Sciences and Humanities** (comprenant les domaines: Decision Sciences, Psychology, Social Sciences et Multidisciplinary)

Seuls les articles disponibles en langue française ou anglaise ont été retenus.

Pour le type de documents (« *Document type* »), ont été sélectionnées (à travers la limitation « *limit to* ») les rubriques suivantes : articles, qu'ils soient publiés ou sous presse (« *Article* » et « *Article in press* »), revue (« *Review* ») et lettres (« *Letter* »). Ceci a permis de sélectionner uniquement des données portant sur des articles scientifiques dont on peut espérer l'exhaustivité au sein de la base, en opposition à d'autres sources d'information, telles les actes de colloque par exemple.

Date de recherche

La recherche pour la revue de la littérature s'est volontairement limitée à la base de données « *Scopus* », qui présentait l'avantage de donner accès à des articles scientifiques dans divers domaines (médecine, sciences sociales...).

L'accès à cette base de données s'est fait via le portail de l'Université Henri Poincaré de Nancy et la recherche a été effectuée le 09/08/2011.

3.1.2. Sélection des articles

Critères d'éligibilité des documents

Une fois la première liste d'articles obtenue via le moteur de recherche, la sélection des articles à conserver pour la revue de la littérature s'est faite en deux temps, selon les critères d'éligibilité ci-dessous.

Temps 1 :

- **Titre** de l'article contenant au moins un des mots-clés **ou mots-clés** de l'article contenant au moins un des termes de la recherche **ou**, à défaut, **titre évoquant fortement le concept**

Temps 2 :

- Si le résumé de l'article était disponible il devait faire état d'une étude (réflexion, définition ou mise au point) du concept de courtage en connaissances **ou** d'un retour d'expériences sur la mise en œuvre du courtage de connaissances
- le champ d'application de l'article devait être celui de la promotion de la santé, voire de la santé publique

La population d'étude, le nombre de participants ou la durée de l'étude n'étaient pas des critères d'éligibilité.

La méthodologie des articles n'était pas un critère d'exclusion ou d'éligibilité mais il était prévu que ce point puisse faire l'objet d'une discussion lors de l'analyse si nécessaire.

Les critères d'exclusion d'une référence à la lecture du résumé de l'article étaient:

- Un domaine de recherche différent de celui de la santé publique
- Un article faisant l'objet d'une vulgarisation scientifique
- Un article sur la dissémination de consignes internationales suite à des données de la science (type recommandations de l'OMS).

Validation

La liste définitive des articles sélectionnés a été validée par les encadrants avant le début de l'analyse.

3.1.3. Analyse

Chaque article sélectionné a été lu dans son intégralité. Pour tous les articles sélectionnés, une analyse a été faite en s'appuyant sur des grilles d'analyse correspondant à chacun des objectifs de l'étude (*annexe 1 et 2*).

La grille 1 a été créée pour les besoins de l'étude. Elle définit tout d'abord l'article (revue, année de publication), s'attache à décrire le contexte rapporté (notamment la prise en compte d'une problématique chercheur-acteur) puis définit si l'article aborde ou non le concept de courtage en connaissances, que ce soit sous ce terme ou sous un autre. Enfin, en cas de réponse positive, cette grille permet de relever les définitions données pour le courtage et de définir si des expériences ou des applications sont mises en avant dans l'article.

Les articles retenus comme répondant au premier objectif étaient l'ensemble des articles pour lesquels le concept de courtage en connaissances était abordé, soit une réponse « oui » au premier item de la partie 3 « L'article développe-t-il le concept de courtage en connaissance ? ».

La grille 2 a été construite en se basant et en adaptant la grille « Analyse critique d'une étude d'intervention » issue de l'ouvrage « Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques » publié par l'HAS en 2007 (37).

Les questions ont été adaptées pour répondre à l'objectif 2. Ainsi cette grille définit l'article (revue, année de publication), décrit dans un second temps l'action support du courtage, puis s'attache à réaliser une analyse du courtage (concepts théoriques sous-jacents, contexte et modalités pratiques). Enfin la dernière partie de la grille, sous forme qualitative, vise à analyser les résultats de l'utilisation du courtage, en termes d'action et de processus, ainsi que les freins et les leviers à sa mise en place.

Les articles retenus comme répondant au second objectif étaient ceux pour lesquels l'utilisation du courtage était présente et décrite, permettant de répondre aux items des parties 3 et suivantes.

Une fois ces grilles remplies, les articles étaient classés en « *répondant à l'objectif 1* », « *répondant à l'objectif 2* » (ces deux critères n'étant pas exclusifs) et « ne répondant à aucun des deux objectifs ».

Une première analyse descriptive a été réalisée pour décrire les proportions de chaque catégorie.

Puis pour les catégories « *répondant à l'objectif 1* », « *répondant à l'objectif 2* », une analyse descriptive quantitative plus poussée a été menée, décrivant pour chaque item des grilles les résultats obtenus.

Les données sont exprimées sous forme de nombres et de pourcentages.

Pour les items qualitatifs des grilles, une analyse qualitative a été menée, avec extraction des idées sous-jacentes.

3.1.4. Recherche d'articles supplémentaires

Les références bibliographiques des articles retenus (définis comme nos « *sources primaires* ») ont été systématiquement étudiées et si une référence semblait pouvoir répondre à l'un des deux objectifs de notre étude, la référence en question était lue dans sa totalité (« *process of snowballing (i.e. references of references)* » (38)). Les articles lus et qui répondaient à la question de recherche ont fait l'objet d'une inclusion secondaire.

Ces données secondaires pouvaient être incluses quel que soit le type de donnée (article publié ou littérature grise) pour ne pas méconnaître des données citées, donc potentiellement adaptées à notre recherche.

Le critère suivant « *cité par au moins une source primaire* » était donc nécessaire et suffisant pour inclure une source répondant à l'un de nos objectifs.

Il a également été vérifié que ces références secondaires ne faisaient pas partie des résultats de la base de données scientifiques.

3.2. Seconde partie: recherche dans la littérature grise

Pour la recherche dans la littérature grise, toute forme de donnée a été exploitée, incluant rapports, présentation power-point et actes de colloques. Cette recherche s'est limitée aux institutions ou aux centres de ressources faisant référence dans le domaine du courtage en connaissances.

3.2.1. Recherche des données

Mots-clés

La recherche a été effectuée avec les expressions (citées entre « ») composées des mots clé des groupes 1 et une partie de ceux du groupe 2 de la recherche dans la base de données scientifiques, à savoir :

- Groupe 1: Information, Knowledge
- Groupe 2: Broker, Brokering

Cette sélection au niveau du groupe 2 est secondaire à une volonté d'être plus spécifique, en admettant une perte de sensibilité, afin de ne relever que les données faisant référence au courtage en connaissances.

Le groupe 3 (contenant les termes: "*Health promotion*", *Prevention*, "*Health policy*" et "*Public Health*") a été exclu en raison de son manque de spécificité et de son intérêt assez limité puisque les sites consultés sont ceux de structures œuvrant dans le domaine de la Santé Publique.

En revanche une recherche en langue française a été également effectuée. Les mots-clés retenus étaient les suivants :

- Groupe 1 : Connaissance
- Groupe 2 : Courtage, Courtier

Sites de la recherche

Cette seconde recherche a utilisé les sites d'organismes identifiés comme centres ressources en Santé Publique, Promotion de la santé ou pour le courtage en connaissances. Ces centres ressources ont été identifiés lors de la première recherche (structures citées dans les articles ou structures de rattachement de certains auteurs) et grâce à l'expertise d'acteurs de santé publique.

Il s'agit des sites suivants dont les adresses URL sont reprises en **annexe 3**:

- **Santé Canada**
- **Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)** ou **Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)**
- **Institut national de santé publique Québec (INSPQ)**
- **Réseau de recherche sur la santé des populations du Québec**
- **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**
- **Center for Disease Control (CDC)**

Enfin, une recherche via un moteur de recherche plus généraliste (Google) a été effectuée, pour éviter de méconnaître des sites d'information du public ou certaines données de la littérature grise. Cependant pour ne pas élargir inutilement la recherche, celle-ci s'est limitée aux 50 premières pages de résultats (environ 5 pages de résultats). En effet, les algorithmes d'indexation de Google prennent en compte plus de 200 facteurs mais notamment le classement PageRank, classement de pertinence d'une page web qui prend en compte le nombre de liens d'autres sites renvoyant à la dite page principale, en tentant de limiter les liens de spam ou autre pages de qualité moindre (39).

Limites : inclusion, exclusion

Seules les données en langue française ou anglaise ont été retenues.

Date de recherche

Les recherches se sont déroulées de décembre 2011 à fin janvier 2012, une fois la première partie de revue de la littérature scientifique achevée.

3.2.2. Sélection des articles

Concernant les documents retenus, les critères d'éligibilité étaient les suivants :

- titre du document ou de la page web contenant au moins un des mots-clés ou à défaut évoquant fortement le concept

Si un abstract est disponible, la sélection se poursuivait sur celui-ci comme pour les articles.

Dans le cas contraire, la lecture de la source dans son intégralité a été effectuée.

3.2.3 Analyse

Chaque source documentaire sélectionnée a été lue dans son intégralité.

Etant donné la grande diversité des formes d'informations trouvées, qui pouvaient être des rapports ou articles structurés, mais aussi de simples pages web ou des présentations de type power-point voire des actes de colloques, il n'était pas envisageable d'analyser les données avec les mêmes grilles que pour la première partie.

De ce fait, les données ont été analysées par site internet source, pour tenter de définir les données disponibles et extraire si possible les ressources complémentaires à la revue de la littérature. Ainsi ont été recherchées soit des notions nouvelles soit des outils proposés pour faciliter la mise en place de pratique de courtage.

Une première analyse descriptive a été réalisée : nombre de données recensées, type de données. Puis une seconde analyse descriptive qualitative a été réalisée en se basant sur 2 questions principales :

- La source de donnée présente-t-elle une définition du courtage ou un outil pour la mise en place du courtage (si oui laquelle/lequel)
- La source présente-t-elle des données supplémentaires par rapport à la revue de la littérature (si oui lesquelles)

Chaque question fera l'objet d'une analyse descriptive succincte.

IV. Résultats de la revue de la littérature

5.1. Description des données

Sélection des articles

Inclusion des articles

Un total de 2471 articles correspondait à la recherche initiale sur les mots-clés. La sélection sur la langue anglaise ou française a exclu 325 références et la limitation aux articles, lettres et revues en a exclu 267 supplémentaires.

La première sélection sur le titre et les mots-clés a réduit la sélection à 167 articles dont 9 sans résumé.

Sélection des articles

Celle-ci s'est faite sur les critères sus-cités : à la lecture des résumés, 21 articles répondaient strictement à ces critères et 29 répondaient partiellement à ces critères.

Afin de ne pas risquer d'ignorer des données, il a été décidé de conserver ces 2 groupes d'articles ainsi que les 9 articles sans résumé mais dont le titre soit contenait un mot-clé, soit évoquait fortement le concept de courtage en connaissances.

Nombre d'articles complémentaires

A travers la lecture des références de ces 59 articles, d'autres ont pu être sélectionnées comme potentiellement intéressantes pour nos objectifs.

Ainsi 28 références supplémentaires ont été lues parmi lesquelles 16 ont été sélectionnées comme répondant à l'un des deux objectifs.

L'ensemble du processus de sélection est repris dans le flow-chart suivant :

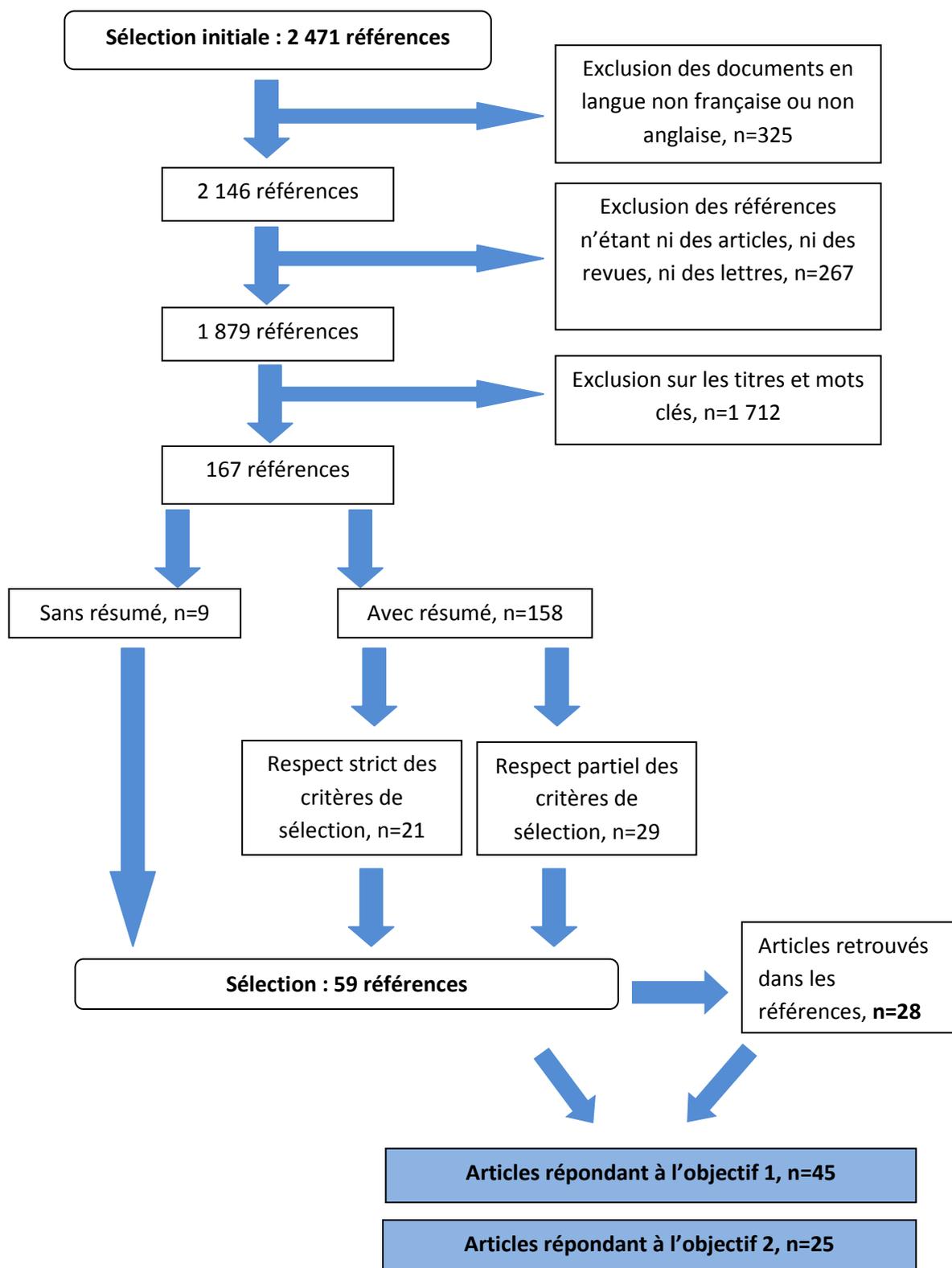


Figure 1 : Flow-chart de sélection des articles

5.2. Résultats d'analyse

L'ensemble des résultats détaillés ci-dessous sont résumés dans les tableaux de résultats en annexes 6 et 7.

5.2.1. Objectif 1 : définition du courtage en connaissances

Articles correspondant à l'objectif

Parmi la sélection d'articles scientifiques issus de la recherche dans Scopus (n=59), 29 références (49,2%) correspondaient à l'objectif 1. Parmi ces références, 16 (55,2%) étaient issues de la liste des articles répondant strictement aux critères de sélection, 12 (44,4%) de la liste répondant partiellement aux critères de sélection et 1 de la liste des références sans résumé.

A celles-ci s'ajoutaient 16 références issues des références bibliographiques.

Au total, 45 articles sur 87 (51.7%) répondaient à l'objectif n°1. Le détail de ces références est repris dans l'*annexe 4*.

La suite des analyses, portera donc uniquement sur les 45 articles retenus. Les résultats détaillés ci-dessous sont résumés dans le tableau de résultats en *annexe 6*.

Origine, pays des auteurs et institutions

Parmi les articles, 18 (40,0%) étaient rédigés par des auteurs rattachés à des institutions basées au Canada et 9 (20,0%) par des équipes américaines. Au total plus de trois quarts des articles (n=35 – 77,8%) ont été écrits par des auteurs rattachés à des organismes de pays anglo-saxons (regroupant Australie, Royaume-Uni, USA ou Canada).

Les dates des publications retenues s'étalaient de 1986 à 2010, et près de la moitié (48,9%, n=22) avait été publiée dans les 5 dernières années (2007 et après).

Le détail des dates de publication se trouve détaillé ci-dessous.

Tableau 1: Années de publication des 45 références retenues répondant à l'objectif n°1

Année de publication minimale	1986	
Année de publication maximale	2011	
Année de publication	n	%
2011	0	0,0%
2010	4	8,9%
2009	5	11,1%
2008	6	13,3%
2007	7	15,6%
<2007	23	51,1%

Analyse quantitative des items de la grille de lecture 1

L'ensemble des 45 articles retenus évoquaient le courtage en connaissances (critère de sélection).

Concernant le contexte, la plupart des articles abordaient la relation entre acteurs et décideurs et/ou entre chercheurs et acteurs de terrain (n=43, 95,5%) et y reliaient une problématique.

La dénomination donnée à cette problématique était celle de « *gap* » (fossé) pour environ un tiers (n=15 – 33,3%). Aucun nom n'était donné pour 10 articles (22,2%) et pour les 18 articles restant deux grandes tendances se dégagent : d'une part l'utilisation d'autres dénominations pour qualifier ce fossé, comme « *barriers* » ou la citation des « *two communities theory* » (20) et d'autre part une vision plus positive, utilisant des termes tels que « *exchange* » ou « *translation* ».

La modalité de relation envisagée entre ces deux mondes était *l'exchange* pour 57,8% (n=26). Sept articles supplémentaires évoquaient plusieurs modalités tout en mettant en avant *l'exchange*. Quatre articles mettaient en avant une modalité de type *push* en avant.

Concernant le concept de courtage en connaissances, plus de la moitié des articles (n=26) développaient ce concept dès le début de l'article. Pour deux des références, ce concept était en revanche uniquement utilisé au moment de la conclusion, comme ouverture de l'argumentaire.

La dénomination donnée à ce concept était pour plus de trois quarts des cas (n=35, 77,8%) le terme de courtage en connaissances (*knowledge broker*) ou des termes dérivés (*brokers*, *knowledge brokering*, *knowledge brokerage*). Dans 10 articles, le concept était développé mais en utilisant un autre terme, tel « *intermediaries* », « *information officer* », « *information broker* » ou encore « *information specialist* », ou des paraphrases, comme « *partnerships* », « *those that seek to facilitate their interaction* ».

Enfin pour la majorité des articles, ce concept était articulé à la relation chercheur/acteur en tant que réponse (n=30 – 66,7%). Les autres modalités d'articulation retrouvées étaient celles d'un rôle à jouer, d'un objectif de compétence ou d'une modalité pour faciliter le transfert de connaissances.

Concernant les définitions, 31 articles (68,9%) donnaient une définition du courtage en connaissances. Celle-ci était unique pour 16 articles, 15 articles donnant plusieurs définitions. Cependant assez peu donnaient des définitions en explicitant une source (seuls 18 articles donnaient une référence pour la définition données).

Parmi ces 31 articles, un peu moins de la moitié (n=19 – 42,2%) évoquaient différentes modalités d'exercice du courtage, la moitié évoquant la possibilité d'un individu ou d'une structure jouant ce rôle. De même, 22 illustraient leur propos par des exemples plus ou moins détaillés, expliquant que certains articles de l'objectif 1 répondent également à l'objectif 2. Il est à noter que 2 articles évoquaient des expériences mais dans des domaines autres que la Santé Publique.

Analyse des définitions proposées

On retrouvait au total 66 définitions dans les articles, 31 définitions centrales et 20 articles donnant une ou plusieurs (jusqu'à six) définitions supplémentaires. L'analyse qualitative permet de dégager plusieurs concepts théoriques centraux dans ces définitions.

Le courtage, une mise en relation des acteurs

Tout d'abord une idée de mise en relation est retrouvée dans plus de 77,3% des cas (n=51), sous différents groupes de termes : ceux évoquant l'idée du groupe et des relations ou du réseau (*Together /relationships/ communication /collaboration /networks/ who works one to one/ partnership/ réunir/ interpersonal / partager / share and exchange knowledge*), ceux

évoquant l'idée de lien à créer, de mise en relation (*Link linkage linking liens /Liaison/ bridge /connect connections connected connecting connectors / trait d'union/ intermediaries/ human interface/ in between / middleman/ interposed between/ That brings together*) et ceux évoquant l'idée d'interaction et de communication (*Interaction /exchange /between /interactive /share/ contact/ communication/ serves to broker the communication*) ou de facilitation (*Catalyst*).

Deux « populations cibles » pour le courtage : producteurs et utilisateurs

Un second concept retrouvé fréquemment est celui de « cibles » du courtage à travers deux groupes, les producteurs de science ou de preuves d'une part et les utilisateurs de sciences d'autre part.

Ainsi le concept de « producteurs » est retrouvé dans 18 définitions (27,3%) (« *Researchers /research /research findings /research producers /those who create it/ generators /chercheurs /producers /products of the research*»).

Celui d'utilisateur est lui présent dans 25 des 66 définitions (37,9%) sous les termes souvent associés à la notion de décideurs, comme « *Decision makers / Policy makers /relevant stakeholders /policy making/ decision making /policy makers / stakeholders*» mais aussi sous des termes plus génériques comme « *End users / utilisateurs de connaissance/ users/ practioners/ who use knowledge / utilisateurs*».

Le courtage au service des preuves

Enfin, une dernière idée ressortant de ces définitions est celle de la notion de preuve, au sens *d'evidence-based* qui est retrouvée dans 16 définitions (*Evidence/ evidence informed /controlled trial /EB practice/ / Use of research in practice / prise de décision fondée sur des données probantes / EB health promotion / Implementation of EB into policy practice / Build the evidence base / research based evidence / Get research used in policy making*) et/ou d'amélioration de l'action ou de la prise de décision (*Must be productive change/ Practice Relevant/ More effectively/ more effective / mieux accomplir leur travail*).

Différentes dénominations pour le courtier

Concernant le terme employé pour le courtier en connaissances, il est intéressant de voir que si le terme de *knowledge broker* est le plus souvent utilisé, on retrouve différentes dénominations (*knowledge broker /animateur / intermediary/ facilitator/ connectors/ catalyseur*), mais aussi des formes imagées pour décrire ce rôle (*In between missing pieces /*

third player/ the human force behind Knowledge exchange/ trait d'union/ modern day librarians), des métonymies mettant l'accent sur les qualités requises (*Skilled facilitators, trusted advisers*) ou sur les modalités (*Intermediate individual or organization / activity process*).

Le courtage, des définitions parfois différentes

Enfin, cette analyse qualitative a également permis de dégager quelques définitions fondamentalement différentes des autres.

Certaines sont centrées sur une « digestion » ou de traduction des données, se rapprochant ainsi du concept de transfert passif de connaissances de type *push*.

Ainsi on retrouve dans ce groupe des définitions comme « *Translation of evidence largely from controlled trial to practioners, variously referred as dissemination, K. brokering, promotion of EB practice* » (14), ou « *integrating and synthesizing scientific information into knowledge[...]* "retranslate information that comes from the research community in a way that is transparent[...]" (22) et la définition de Miles et Snow citée par Pringle et al. (40) "*Brokers bring resources together and later transfer results to the larger operating system*».

Dans ce groupe on retrouve certaines définitions centrées sur une notion de transformation de l'information pour la rendre adaptée au destinataire : « *the research brokers are individuals or organization who take on the role of packaging and selling the intellectual products of the research to policy makers* » (41) ou "*the role of translating research into practice or policy making*" (42).

La définition de l'OMS citée par Dobbins et al. (43) peut également être rapprochée de ce groupe : "*[...] facilitating learning and exchange of knowledge*". A noter que toutes ces définitions utilisent le terme de « *knowledge broker* » en tant que tel.

Une seconde définition est celle retrouvée dans l'article de Pringle (40) et qui s'apparente plus à un rôle de management ou de gestion d'équipe ("*brokerage function can help keep specialized members connected, so that members working on a small piece of the network's mission do not lose sight of the big picture*")

On retrouve également une définition assez différente citée dans les travaux de Oldham (44) « *Our government sees a role for Canada as a knowledge broker, helping developing countries to acquire the skills and means to improve their circumstances (Liberal party's Red*

book II) » et pour la première fois un retour au sens premier du terme est évoqué dans le même article, citant la définition de l' "Oxford English Dictionary " du terme **broker** "one employed as middleman to transact business or negotiate bargains, often specialized [...]".

Enfin, un article présente une fonction de courtier tout autre en ce qu'elle précise qu' "une fonction cruciale d'un rôle d'intermédiaire semblable est de documenter et d'analyser les réactions des ces utilisateurs à des sources semblables" (45).

Dans un dernier article on retrouve la définition suivante : "Group of people who share a common interest in a particular practice or problem [...] creating knowledge and resource to advance the practice of issue of interest" (46). A noter que cette définition est celle des COPs (Community of Practice), non définie en tant que « knowledge brokers » mais dont la définition est proche en tant que « they connect people that might not otherwise interacts [...]. They enable dialogue to explore and solve problems and create mutually beneficial opportunities».

Les résultats principaux de cette première grille d'analyse sont donc des définitions et des dénominations parfois très différentes pour le courtage en connaissances.

Néanmoins, des idées centrales sont retrouvées dans les définitions du courtage, concept développé et étudié dans les publications anglo-saxonnes principalement dans les cinq dernières années. Cette intermédiation est présentée comme une solution au « gap » entre chercheurs et acteurs de terrain, ce qui est retrouvé dans l'analyse qualitative, avec une idée de mise en relation. Le courtage est décrit comme modalité pour améliorer et encourager l'utilisation des données probantes et améliorer les pratiques. Enfin, il est à noter une présentation de deux groupes d'acteurs distincts, les producteurs de données probantes et les utilisateurs.

5.2.2. Objectif 2 : leviers et freins dans la pratique du courtage

Articles correspondant à l'objectif

Sur les 59 articles initiaux trouvés dans la base *Scopus*, 22 articles (37,3%) ont été retenus comme répondant à l'objectif 2. Parmi ces références, 11 (50%) étaient issues de la liste des articles correspondant strictement aux critères de sélection, 9 (40,9%) de la liste correspondant partiellement aux critères de sélection et 2 de la liste des références sans résumé.

Trois articles supplémentaires répondant à notre second objectif ont été trouvés dans les références.

La suite des analyses portera donc uniquement sur l'ensemble de ces 25 articles retenus.

Le détail de ces références est repris dans *l'annexe 5*.

Les résultats détaillés ci-dessous sont résumés dans le tableau de résultats en *annexe 7*.

Origine, pays des auteurs et institutions

Comme pour le premier objectif, on dénombrait plus de deux tiers des articles (n=18, 81,8%) dont les auteurs étaient rattachés à des organismes anglo-saxons.

Les dates des publications retenues s'étalaient de 2005 à 2011, et presque la totalité (n=19, 86,4%) des publications avait 5 ans ou moins.

Le détail des dates de publications se trouve ci-dessous.

Tableau 2: Années de publication des 45 références retenues répondant à l'objectif n°2

Année de publication minimale	2003	
Année de publication maximale	2011	
Année de publication	n	%
2011	3	12,0%
2010	5	20,0%
2009	6	24,0%
2008	2	8,0%
2007	3	12,0%
<2007	6	24,0%

Analyse quantitative des items de la grille 2

Concernant le type d'action support du courtage, il était multiple dans 15 cas (60,0%), concernant donc plus d'un domaine d'action à la fois, comme par exemple l'association d'une décision politique à une action de promotion de la santé. Le domaine le plus représenté était celui des décisions ou politiques de santé, type d'action retrouvé pour plus de la moitié des références (n=15, 60%), suivi des actions de promotion de la santé (n=10, 40,0%). Les autres champs étaient minoritaires (soins courants, éducation à la santé, prévention...).

Concernant le thème de l'action, il était en revanche unique dans 56,0% des cas (n=14).

Analyse du courtage en tant qu'objectif

La raison de l'utilisation du courtage de connaissances est explicitée pour 22 articles (88,0%). Pour plus de trois quart des articles (n=20, 80%), le courtage est décrit comme une modalité pour améliorer les pratiques, notamment via l'utilisation de l'« *evidence-based public health* ». La seconde raison mise en avant est d'aider la prise de décision et les choix faits en terme de politique de santé, dans un tiers de cas (n=10, 40,0%). La troisième est celle de l'amélioration de la communication et des relations ou la mise en place d'un partenariat (n=10, 40,0%).

Pour ce second objectif, la principale modalité de médiation proposée est l'échange, cité seul ou en association avec d'autres dans 84,0% des cas (n=21).

Si l'on s'intéresse au contexte de l'action menée, celle-ci était le plus souvent nationale (n=10, 40,0%) ou régionale (n=7, 28,0%). Elle s'inscrivait dans un contexte international dans 3 cas et au niveau local (ville ou établissement) dans 5 cas.

La durée de l'action n'était pas précisée pour 12 articles (48,0%).

Les personnes-cibles du courtage étaient elles connues dans leur fonction pour la majorité des articles (n=24) : les décideurs ou politiques étaient la profession la plus représentée, pour plus de la moitié des références, suivie des chercheurs en général et des acteurs de terrain en santé publique (respectivement 64%, 48% et 44%). A noter que les professionnels de santé de terrain étaient moins fréquemment cités.

Contrairement à la profession, le nombre de personnes concernées par le courtage était peu renseigné, dans 8 références uniquement.

Enfin, concernant l'action de courtage en elle-même, celle-ci était réalisée par une entité, au sens d'une structure dédiée, pour 64,0% des actions (n=16). Les autres modalités étaient une personne, définie comme un courtier (n=7, 28,0%) ou un support (site internet ou support papier). Pour un des articles, la modalité de courtage n'était pas clairement explicitée.

Le statut de la personne ou de la structure en charge du courtage était défini pour 14 cas, la majorité étant public (n=12) et les autres universitaires (n=2).

En revanche le financement de l'action en elle-même n'était presque jamais défini.

La profession ou la formation des personnes en charge du courtage était assez mal décrite, dans 10 cas uniquement. En revanche il était plus fréquemment précisé si la personne ou la structure en charge était spécialisée sur un thème (n=7, 28,0%) ou généraliste (n=12, 48,0%).

Concernant l'action de courtage en termes de processus, elle était décrite dans 22 articles (88,0%).

Elle s'appuyait sur un support unique dans seulement 5 cas et était donc multi-support pour 17.

Les modalités les plus utilisées étaient le contact oral direct (via des rencontres, des conférences ou des meetings), utilisées dans plus de la moitié des expériences rapportées (n=16, 64,0%) et la voie informatique (via des sites internet, des contacts mails, des forums, des newsletters...) dans 12 cas (48,0%).

On retrouvait également de façon assez importante le papier (via des publications, des bulletins ou des revues de la littérature) (n=9, 36,0%). En revanche le téléphone ou les visioconférences restaient plus minoritaires (n=7).

Enfin, le courtage était uniquement basé sur des échanges collectifs dans 19 cas (76,0%) : pour 12, ce mode était le seul utilisé et pour 7 expériences, il était associé à des échanges individuels. Trois expériences rapportaient uniquement des échanges individuels.

Quatre articles évaluaient le courtage en tant que tel, avec un critère de jugement clairement énoncé et mesuré. En revanche la majorité présentait des facteurs favorisant le courtage (n=20, 80,0%), ou des facteurs limitant pour le processus (n=18, 72,0%). Treize articles (52,0%) décrivaient les résultats de l'utilisation du courtage au niveau de l'action support et 19 (76,0%) les résultats au niveau du processus lui-même. Ces points sont développés dans l'analyse qualitative des articles.

Analyse des facteurs influençant le courtage

Facteurs favorisant le courtage

Vingt articles énonçaient des facteurs favorisant le courtage en connaissance et son efficacité. L'analyse qualitative de ces facteurs permet de les regrouper en cinq grands thèmes.

Le premier est la nécessité de **créer et gérer le lien et la communication entre les personnes**, que l'on retrouve dans 11 références (44,0%) sous différentes formes : nécessité de créer des interactions, lier les personnes, identifier les attentes et les réticences de chacun ou gérer les tensions (« *one to one contact was instrumental in facilitation [...] relationship* » (47); « *the importance of putting in place a mechanism [...] to promote interaction* » (47), « *personal contact* » (48), « *negotiating between the 2 groups* » (21)).

La seconde thématique commune retrouvée est celle **des compétences du courtier, nécessaires au bon déroulement du processus**. Ainsi ce point est développé dans 11 articles. Les qualités mises en avant sont la confiance, la neutralité et la crédibilité (« [...] *high credibility* » (49), « *the relation of trust [...] (was) pivotal for the success* » (50), “[...] *no direct interests in the outcomes [...]*” (45), « *build trust and confidence [...] atmosphere of respect and cooperation* » (45)). Cette dernière qualité (crédibilité) est souvent mise en relation avec l'expérience du courtier. Est soulignée l'importance pour le courtier d'avoir une connaissance des modes de fonctionnement des différents mondes que sont ceux des décideurs et des chercheurs et une certaine expérience (« *...senior with many years of experience* » (21)).

Une troisième thématique concerne **le processus même de courtage et des modalités pour en faciliter le bon déroulement**. Ceci est développé dans 14 articles (56,0%). Les idées mises en avant sont celles d'un timing adapté aux différents agendas, mais surtout aux différents acteurs et à leur contexte (« [...] *this procedure leads to a focus on local policy questions and makes them achievable in terms of timing for policy decision* » (21)). La question de la méthodologie est également soulignée avec la nécessité d'un processus structuré, par étapes, avec une certaine rigueur scientifique (« [...] *structuring the process [...] was a useful strategy to manage the tension* » (50), « *a balance between meeting audience needs (relevant) versus sound methodology (rigour)* » (51)). Est également souligné

l'importance de voir ce processus comme un moyen et non une fin en soi. Enfin, on retrouve sous cette thématique un sujet en relation avec le premier point qui est le respect du temps de parole de chacun et l'équité du processus (« [...] *they felt they were treated as equals [...] believed that their knowledge was respected [...]* » (52)).

Un quatrième thème commun à 8 articles est celui **du contenu du message, qui doit être adapté aux différents acteurs et aux différents langages** (« [...] *a language in which scientists and policy makers can understand study results is important* » (21)) mais aussi aux situations (*tailor made*). Le message doit être concret (avec souvent une notion de scénario) et compréhensible (« *clear, concise and practical messages for all the actors involved* » (50), « *access to high quality information in a form that is easy to understand* » (51)).

Enfin, le dernier point retrouvé dans les différentes références est un **aspect très pratique**, décrit dans 20% des cas (n=5). Est ainsi souligné que le courtage est facilité par des petits groupes de travail, lorsqu'une structure est présente en arrière-plan de façon pérenne, avec la possibilité d'une équipe dédiée (« *keep the working group small and meet often* » (52), « *supervisé par une autorité supérieure experte* » (45), « *an appropriate support structure [...]* » (49)). Enfin, un article proposant une étude comparative de différents processus de transfert de connaissances conclut à une plus grande efficacité du courtage lorsque celui-ci a lieu dans des équipes peu familières avec l'utilisation de l'Evidence Based Public Health (Mitton et al. (53) reprenant Dobbins « *KB was more effective in those organization that placed less value on research evidence[...]* »).

Facteurs limitant dans l'efficacité du courtage

Dix-huit articles mettent en avant des freins pour le courtage, qui peuvent être regroupés en 4 catégories majeures.

La première est la **difficulté à créer du lien entre des acteurs** dont la volonté, la culture professionnelle et la formation initiale diffèrent de façon assez marquée. Ce point est soulevé dans plus d'un quart des cas (28%, n=7), soulignant des visions, mais aussi des enjeux et des finalités différentes (« *much depends on the willingness and ability [...] to learn each others's langage to bridge the gap* » (50)). Certains évoquent la difficulté de changer de place de certains, notamment à prendre un rôle plus « passif » (« *it can be difficult for researchers to take a more passive evaluator role while the intermediaries take the active intervenor role* » (52)).

La seconde difficulté pointée dans la même proportion de sources concerne **le message en lui-même** : parfois difficile à simplifier et restant trop technique et pas assez concret (« *the complexity of the research overwhelmed others* » (54)) . A la difficulté d'adapter le message aux différents acteurs, s'ajoute la difficulté de s'adapter aux calendriers très différents des uns et des autres.

Comme pour les avantages, **des points très pratiques sont soulignés** dans la moitié des articles (n=11, 44,0%) : la question du temps est centrale dans la moitié des articles, avec la notion que créer des liens est très chronophage et que l'instauration d'une relation de confiance ne peut faire l'économie d'une certaine durée de collaboration (« *each step took longer than we anticipated* » (47), « *K. brokering is a long and involved process* » (43)). Ce point est mis en parallèle avec les changements fréquents de gouvernements ou de décideurs qui ne facilitent pas la mise en place de partenariats sur le long cours. De cette première difficulté temporelle en découle une seconde avec la question des fonds octroyés, d'autant plus problématique en cas d'absence de structure pérenne. La question du manque de reconnaissance par les différents acteurs est également soulignée.

En miroir avec les facteurs favorisant, sont soulignées les difficultés des grands groupes et la moindre efficacité si l'habitude est déjà prise de se baser sur les données de la littérature (« *KB was [...] less effective in those organizations that already recognized the importance of EBDM* » (53)).

Enfin le dernier point, même s'il n'est souligné que dans 4 articles, est le questionnement relatif aux **personnes en mesure de tenir le rôle de courtier**, en termes de qualification, d'expérience ou de formation (« *finding the right people engage [...] may not be easy* » (55)).

Analyse des résultats du courtage en connaissances

Résultats de l'utilisation du courtage au niveau de l'action

Concernant les actions qui ont servi de support à l'utilisation du courtage, l'analyse qualitative permet de faire ressortir quatre avantages majeurs.

Dans six cas, l'utilisation du courtage a permis selon les auteurs un effet **en termes de décision**, que ce soit au niveau politique ou autre. Ainsi ce processus a permis d'engager dans certains cas des discussions et des décisions au niveau politique mais aussi au niveau de sociétés savantes ou de procédures d'établissements (« *the Dutch society of obstetrics and gynaecology activated the revision of his guidelines* » (50), « *the patient organization uses the new scientific insights in informing members and the public* »).

La diffusion de résultats de l'action est le second point mis en avant, retrouvé dans 7 références, sous forme de rapports, de brochures, de recommandations ou de diffusion au sein des communautés par des personnes relais (« *monthly email newsletter, share information via a website and twitters accounts* » (56)).

La collaboration est un autre des résultats, avec un partenariat au long court mis en place dans 4 des expériences. Ainsi, Kramer et al. (54) rapportent des contacts qui se sont maintenus au-delà de l'action de courtage mise en place alors que d'autres auteurs insistent sur la création de réseaux (47) et de partenariats avec une connaissance des personnes et une baisse des tensions (21).

Enfin le dernier résultat retrouvé est celui de **l'utilisation des données de la science dans les décisions ou tout du moins dans la réflexion en amont de celles-ci** (« *recommendations appear to have influenced the federal appropriation process, which resulted in the sanction for states* » (57)) même si la seule étude comparative entre le courtage en connaissances et d'autres stratégies de transfert conclut de façon nuancée sur l'efficacité du courtage en ce qui concerne l'utilisation des données probantes dans le processus décisionnel (« *K.Brokering does not appear to be effective in promoting evidence informed decision making overall, although there appears to be a trend toward a positive effect when organizational research culture is perceived as low* » (43)).

Résultats de l'utilisation du courtage en termes de pratiques professionnelles

Dix-neuf articles explicitent ce point, et l'analyse qualitative permet de dégager 4 résultats majeurs en termes de processus.

Le premier est la **création de lien entre les acteurs**, point développé dans 14 des articles, en mettant en avant une meilleure connaissance des autres acteurs, un changement de perspective et une diminution des tensions ou des points de friction (« [...] *KBrokers have been shown to be instrumental in facilitating and improving communications* » (47)).

Le second thème retrouvé dans neuf des retours d'expérience est **un bénéfice de chacun des acteurs en termes de compétences ou de plus-value professionnelle** : ainsi sont mises en avant une augmentation de la visibilité de chacun des acteurs, avec possibilité pour les chercheurs de trouver des terrains et de partenaires où conduire les recherches et une plus grande facilité de diffusion et d'intégration des résultats de leurs recherche, avant même une éventuelle publication. De même le courtage permet la mise à disposition d'outils et semble l'occasion pour les professionnels de se former et de bénéficier d'un développement de leurs connaissances ou de compétences spécifiques (« *researchers acquired the vocabulary on the different sectors that allowed them to make more sector specific recommendation* » (52), « *results transform practice and policies long before peer reviewed manuscript have been written* » (46)).

Il a été mis en évidence que ce processus améliorerait les actions avec la notion de « catalyseur », d'une recherche plus en adéquation avec les demandes du terrain et d'une attention des acteurs portées à l'Evidence Based Public Health. Cette idée se retrouve dans 7 des articles, qui assimilent le courtage à un processus de qualité (*researchers became aware [...] of the need for faster return to meet the workplace demand* » (52), « *a better connection between scientific research and policy development at the local PH policy level* » (54)).

Enfin, le dernier résultat majeur retrouvé est celui de **la satisfaction des acteurs** par rapport au processus de courtage, retrouvée même lorsque le processus n'a pas permis de résultat en termes d'action (« *both researchers and policy makers were positive about this intermediary role* » (21)). Cette notion de satisfaction reste souvent « globale » dans les articles, sans

qu'elle soit forcément rattachée à un point en particulier. Néanmoins, lorsque cela est développé, les notions de mise en relation et de meilleure connaissance des acteurs semblent centrale.

Les résultats principaux de cette seconde grille d'analyse sont donc les suivants : le courtage est utilisé dans un but d'amélioration des pratiques et repose, le plus souvent, sur un principe d'*exchange*. Une structure est souvent présente en arrière-plan, et elle est le plus souvent publique. Enfin, concernant les modalités, le courtage est souvent un processus collectif, qui utilise de nombreux outils, le contact oral (via des rencontres, des meetings..) et les technologies informatiques (mail, newsletters...) étant privilégiés.

L'analyse qualitative apporte des informations sur quatre points principaux.

Tout d'abord les facteurs favorisant le courtage, qui sont la capacité et la possibilité de créer du lien et de la communication entre les personnes (facteur lié aux compétences du courtier). Parmi ces compétences, on retrouve la neutralité et la crédibilité, propices à un lien de confiance mais aussi l'expérience et la connaissance des acteurs en jeu. Enfin, le processus de courtage doit s'appuyer sur une méthodologie rigoureuse ainsi que d'un timing et d'un langage adapté aux différents partis en jeu. Enfin, l'apport d'une équipe dédiée, mais surtout d'un rattachement institutionnel est présenté comme garant d'un bon fonctionnement.

En miroir, les facteurs limitants dans l'efficacité du courtage sont notamment une configuration peu apte à créer du lien, de par une résistance des acteurs ou des objectifs divergents, des messages non adaptés et le manque de temps et d'assise institutionnelle. Enfin, la question de la personne en mesure de tenir le rôle de courtier est centrale.

Le troisième point est la notion des résultats de l'utilisation du courtage au niveau de l'action, avec la prise de décision, la diffusion de résultats et la prise en compte des données de la science dans le processus décisionnel, si ce n'est dans les décisions.

Enfin, en terme de courtage en termes de pratiques professionnelles, on retrouve la création de liens entre les acteurs, avec un possible bénéfice pour tous, notamment dans l'amélioration des actions et enfin la satisfaction des partis en jeu.

V. Résultats de l'analyse de la littérature grise

L'étude de la littérature grise a porté sur plusieurs sites et a permis de trouver de nombreuses sources d'informations, de formats très variés, allant d'articles publiés à des présentations orales ou des pages web.

CHSRF

Le site le plus prolixe a été sans surprise celui du CHSRF amenant de nombreuses références. Les termes « *knowledge brokering* » amènent ainsi l'accès à 491 documents. Il est à noter que les termes « *information broker/brokering* » amènent nettement moins de résultats, soulignant que les termes consacrés sont bien ceux de « *knowledge broker* » et « *knowledge brokering* ». Une partie des données retrouvées avait déjà été prise en compte dans notre revue de la littérature initiale ou dans les documents supplémentaires retrouvés et d'autres ne semblaient pas correspondre à notre recherche.

Néanmoins, parmi ces documents, de nombreuses nouvelles ressources ont pu être mises en évidence et nous avons pris connaissance de près de 50 nouveaux documents, dont environ la moitié nous a apporté des données nouvelles.

Le format des documents était très varié. On retrouvait des rapports, des bulletins d'information, des résumés et analyses d'articles mais aussi de nombreuses communications orales sous diverses formes : power-point accessibles en ligne, retranscriptions, actes de colloques.

Concernant la définition donnée par le site (58), elle est celle citée par ailleurs dans la littérature à de nombreuses reprises, à savoir :

« Knowledge brokering links researchers and decision-makers together, facilitating their interaction so that they are able to better understand each other's goals and professional culture, influence each other's work, forge new partnerships, and use research-based evidence. Brokering is ultimately about supporting evidence-based decision-making in the organization, management, and delivery of health services. ».

Et en langue française (59):

« *Le courtage de connaissances vise à créer des liens entre les chercheurs et les décideurs de façon à faciliter l'interaction entre eux. Ils peuvent ainsi mieux comprendre les objectifs et la culture professionnelle propres à chacun. Ils pourront aussi s'influencer mutuellement dans leur travail, créer de nouveaux partenariats et favoriser l'utilisation des données probantes de la recherche. Le courtage a pour but d'appuyer la prise de décisions fondée sur les données probantes dans l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.* ».

Mais le site n'apporte pas qu'une définition du courtage, il oriente vers de nombreuses ressources dont certaines nous ont parus pertinentes à détailler.

C'est le cas de la pratique des « *Brokering Digest- A spotlight on knowledge brokering resources* », qui sont des résumés et points forts d'articles sur le courtage en connaissances. Ces résumés, d'une longueur d'une page environ, reprennent les idées clés de l'article original. Le même principe est valable pour les documents « *Insight and actions* » qui sont également, sous la forme de bulletins de 1 à 2 pages, un résumé mais aussi une interprétation de données de la science sur des thèmes divers. Ceci est précisé sur le bulletin lui-même « *This summary is an interpretation and is not necessarily endorsed by the author (s) of the work cited.* ». Dans ces bulletins, nous avons retrouvé beaucoup des articles pris en compte dans notre revue de la littérature.

De même les présentations orales proposées, tant sous forme des supports que de retranscriptions, sont riches d'informations avec de nombreux retours d'expériences.

Une des plus intéressantes est peut être celle d'I. Gold et al., présentée lors du National Forum on Knowledge Transfer and Exchange à Toronto en Octobre 2006 et intitulée « *Knowledge brokers: Who are they and what strategies do they rely on? Evidence from a survey* » (60). Y est présentée une étude sur qui sont les courtiers en connaissance, et les différentes modalités de travail selon leur formation d'origine ou leur appartenance.

On y apprend notamment qu'en moyenne ces professionnels passent 30% de leur temps dans des activités de transformation de connaissance (*Knowledge transformation*), 21% du temps dans des activités de lien (*Intermediation*) et près de 50% du temps dans des activités administratives ou de management (*administration, management duties and teaching*). Il soulève également des différences selon le type de structure d'appartenance (par exemple le temps passé dans les activités de liens varie de 17% pour les entreprises privées à 27% pour les fondations et agences de recherche). Ces données varient aussi selon le type de

professionnel concerné puisque les activités de transformation de connaissances représentent un tiers du temps si le courtier est un professionnel de terrain et seulement un quart si le courtier est un manager de formation. En revanche, le temps passé dans des activités de liaison est maximal (23%) pour les courtiers qui sont des managers et minimal (15%) si le courtier est un encadrant de première ligne.

Enfin, des pages internet sont dédiées au courtage et permettent de retrouver des liens vers d'autres ressources (58).

Autres sites

Mis à part le site de l'OMS, les autres sites donnent finalement assez peu de résultats lors des recherches, avec entre 12 et 1 résultats pour les termes « Knowledge Broker » (respectivement pour le site « Réseau de recherche en Santé des Population du Québec » et le site de l'INSPQ).

Outre le peu de données accessibles, celles-ci n'étaient pas toujours en adéquation avec nos recherches ou manquaient de pertinence.

Néanmoins, nous avons pu retrouver quelques données intéressantes, même si souvent celles-ci correspondaient plus à des données théoriques qu'à des outils pratiques.

OMS

Le site de l'OMS arrive en seconde position en termes de nombre de données. Ici aussi c'est aussi le terme de « *Knowledge brokering* » qui ramène le plus d'informations (107 références) suivi de celui de « *Knowledge broker* » (54 résultats).

A noter que de façon assez étonnante, ces ressources n'apparaissent pas sur le site français (61) lorsque la recherche est faite avec « courtage en connaissances » ou « courtier en connaissances », ces deux termes ne donnant aucun résultat.

On ne retrouve pas de façon claire une définition du concept, notamment dans la page « *health topics* » qui reprend de nombreux termes de santé.

Il faut se trouver sur des ressources spécifiques (articles) ou sur la page du « *Brokering Guidebook* » (62) pour retrouver cette définition : « *that essential intermediary function that enables partners to work well together and ensure the maximum effectiveness of their partnership* ».

Néanmoins, deux éléments majeurs qui se rapprochent du concept de courtage ont été retrouvés.

Le premier est l' *“Alliance for Health Policy and System research”*.

De nombreuses publications sont disponibles à ce sujet et la page d'accueil (63) définit ce projet, débuté en 1999 comme ayant le but suivant *« promoting the generation and use of health policy and systems research (HPSR) as a means to improve health and health systems in developing countries. The Alliance pursues this goal by developing and harnessing existing methods and approaches to improve both the quality of research and its ultimate uptake”*.

On retrouve notamment dans les objectifs de l'Alliance le suivant *« Strengthening capacity for the generation, dissemination and use of health policy and systems research knowledge among researchers, policy-makers and other stakeholders.”*, ce qui peut d'une certaine façon être rapproché du courtage en connaissances, même si les modalités et les objectifs ne sont pas tout à fait identiques.

Le second élément retrouvé est le portail *EvipNet* pour *“Evidence Informed Policy Network”*, dont le but est énoncé ainsi : *“[that] policy makers in low- and middle-income countries use the best scientific evidence, contextualized to the reality of their nation, to inform policy making and policy implementation”* (64).

La mission d'Evipnet est décrite comme il suit *“EVIPNet’s mission is to promote sustainable partnerships at the global, national and regional level between policymakers, researchers and civil society to improve evidence-informed policies about public health issues to strengthen health systems and services in low- and middle-income countries, to help improve health outcomes.”*, ce qui peut une fois encore être rapproché d'une pratique de courtage en connaissances.

Ce site internet (65) permet d'accéder à différents outils, comme les *“policy briefs”* mais aussi à des outils pour le transfert de connaissances.

Enfin, outre ces deux projets, le document *« Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research. »*(66) nous a permis de prendre connaissance de deux autres sites internet très liés au concept de knowledge brokering.

Le site du Royaume Uni « NIHR Service Delivery and Organisation programme » (67) décrit ainsi sa mission:

«The National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation (NIHR SDO) programme was established in 1999. It aims to improve health outcomes for people by:

-Commissioning research evidence that improves practice in relation to the organisation and delivery of healthcare

-Building research capability and capacity amongst those who manage, organise and deliver services - improving their understanding of the research literature and how to use research evidence” ce qui dans une certaine mesure peut être rapproché d’une mission de courtage.

Le programme User Liaison Program (ULP), cité de façon similaire, n’est par contre plus en court et le site n’est donc plus accessible.

D’autres ressources, articles ou rapports, évoquent le courtage ou des expériences relatives. Un certain nombre de ces données avaient été lues lors de la revue de la littérature dont notamment celles développant un projet de collaboration de l’Afrique de l’Est, le projet REACH (the Regional East African Community Health) (49, 68).

Réseau de recherche en santé des populations du Québec

Le site de « Réseau de recherche en Santé des populations du Québec » n’a pas de page consacrée au courtage mais en revanche a, dans ses « *termes-clés* », « dissémination des connaissances » et dans ses « *strategic priorities* » le terme de « knowledge exchange » (69).

Ce site a cependant permis de retrouver le rapport de Ward et al. « Knowledge Brokering-exploring the process of transferring knowledge into action” (70) , qui reprend un modèle conceptuel pour le transfert de connaissances, basé sur des expérimentations et qui propose en annexe des questions utiles à se poser selon sa posture (producteur ou utilisateur) et les différents éléments de la question (le problème, le contexte, l’état des connaissances...).

De plus ce site nous a permis de trouver une fiche de poste de Knowledge broker (*annexe 8*), intéressante dans nos recherches de par la description des compétences requises, qui recourent grandement celles retrouvées dans la littérature et par le découpage du temps de travail prévu pour ce poste avec 70% d’activité pour le transfert de connaissances.

INSPQ

Le site de l'INSPQ n'a pas de page dédiée au courtage en connaissances et de donne donc pas directement de définition de ce concept. En revanche ce site a permis de retrouver le rapport « Animer un processus de transfert des connaissances - Bilan des connaissances et outil d'animation » (71), qui outre son intérêt théorique sur la question, propose en annexe un outil pour animer un processus de transfert de connaissances en 5 sections représentées dans la Figure 2 ci-dessous. Ces cinq questions semblent centrales lors du travail de courtage en connaissances et de la définition des objectifs et missions du courtier.



Figure 2: Différentes sections de l'outil d'animation d'un processus de transfert en connaissances (figure issue de la référence originale)

BDSP

Le site de la BDSP, ne retrouve pas le terme de « courtage en connaissances » dans son glossaire et ne donne donc pas de définition de celui-ci.

En revanche, le site questionné à partir de son outil « *base documentaire* », nous a permis de retrouver des articles déjà inclus dans notre recherche mais aussi de trouver un article supplémentaire, intéressant car français et non retrouvé lors de nos recherches. Il s'agit de l'article « Le courtage des connaissances en thérapeutique. Une étude pilote de faisabilité » (72). Celle-ci correspond à l'utilisation du courtage en connaissances dans le cadre de la pratique clinique avec trois groupes de travail. Elle n'est pas à proprement parlé axée sur le domaine de la promotion de la santé mais plus sur les pratiques cliniques et leur adéquations

aux données de la science. Elle est néanmoins intéressante dans la mesure où il s'agit d'une expérimentation de cette médiation en France.

CDC

Le site du CDC n'a pas de page dédiée au courtage en connaissances. Ainsi on ne retrouve pas de définition propre. En revanche via le moteur de recherche on retrouve des documents, même si ceux-ci sont assez peu nombreux et spécifiques. De plus une certaine partie était déjà connue.

Il convient néanmoins de souligner qu'il existe en revanche de nombreuses ressources sur les « *Community of practice* » (COP) (73), qui, dans une certaine mesure, peuvent se rapprocher du concept de courtage, comme nous l'avons déjà évoqué lors de la revue de la littérature scientifique.

En effet la page dédiée aux "Cops" explique: « *Communities of Practice (CoPs) are working to strengthen public health as members learn, share expertise, and work together on solving common problems in their communities' focus areas. [...]CoPs provide a collaborative framework for public health professionals to work together to identify and leverage best practices and standards* ».

Moteur de recherche généraliste : Google

Enfin concernant le moteur de recherche Google, les résultats ont été nombreux.

Ainsi pour le terme de "*Knowledge broker*" on retrouve 137 000 000 résultats. Sur les 50 premières, 47 pouvaient potentiellement correspondre aux données recherchées et ont donc été étudiés. Les autres données portaient sur le courtage dans d'autres domaines. A noter que sur ces données, cinq étaient des articles inclus dans la recherche bibliographique.

Le *Tableau 3* résume le nombre de données retrouvées pour chaque terme et le nombre de références dont nous avons effectivement pris connaissance sur les 50 premières.

Tableau 3 : Nombre total de résultats et nombre de résultats pertinents parmi les 50 premiers résultats pour chaque expression recherchée

Terme	Nombre de résultats	Nombre de références potentiellement adaptées (sur les 50 premiers résultats)
« Knowledge Broker »	137 000 000	47
« Knowledge Brokering »	114 000 000	35
« Information Broker »	117 000 000	3
« Information Brokering »	85 100 000	6
« Courtage en connaissances »	2 080 000	13
« Courtier en connaissances »	2 080 000	11

La recherche sur les autres termes montre que les termes « *Knowledge Broker* » et « *Knowledge Brokering* » sont les plus spécifiques, avec à la fois le plus grand nombre de résultats et une sélection importante sur les 50 premières.

Les termes « *information...* » amenaient moins de références et celles-ci étaient moins sélectionnées avec de nombreuses données sur d'autres champs que la santé notamment.

De même les termes français amenaient plus rapidement des données sans rapport (courtier en assurance ou en prêt), certainement du fait du nombre de données moindre.

Il était de plus à noter une certaine redondance entre les données avec des résultats communs entre les termes parmi les 50 premiers. Les *Tableau 4* et *Tableau 5* ci-dessous montrent les redondances entre les recherches.

Tableau 4: Nombre de résultats communs aux différentes expressions recherchées pour les termes anglais

<i>Données communes aux différents termes</i>	Knowledge broker	Knowledge brokering	Information broker	Information brokering
Knowledge broker		16 32%	0 0%	0 0%
Knowledge brokering			0 0%	0 0%
Information broker				25 50%
Information brokering				

Tableau 5 : Nombre de résultats communs aux différentes expressions recherchées pour les termes français et anglais

<i>Données communes aux différents termes</i>	Courtage en connaissances	Courtier en connaissances	Knowledge broker	Knowledge brokering
Courtage en connaissances		29 58%	2 4%	0 0%
Courtier en connaissances			3 6%	0 0%

Ainsi on voit que le terme « *knowledge broker* » a de nombreuses redondances avec les résultats de « *knowledge brokering* » mais aucune avec « *information broker* » ou « *information brokering* ».

Parmi les données retrouvées, on comptait de nombreuses informations « profanes », via des blogs, des forums mais aussi des sites contributifs comme Wikipedia. Ces données recourent souvent des sources d'informations plus officielles comme le CHSRF ou font référence à des articles lus lors de la revue systématique de la littérature.

De même, nous avons pu retrouver des articles, rapports ou autres ressources qui étaient plus axés sur les concepts théoriques ou des retours d'expérience sur la pratique du courtage. Ceux-ci étaient le plus souvent en accord avec les données retrouvées lors de la revue systématique de la littérature et n'apportaient pas d'éléments nouveaux.

Néanmoins, d'autres sites ont pu être identifiés comme ressources possibles, notamment en présentant des outils pour la mise en place d'actions.

Ainsi le site « *KT ClearingHouse* » (74) mis en place par « *The canadian institute of health research* » permet de trouver non seulement des données théoriques via sa page Knowledge Base (<http://ktclearinghouse.ca/knowledgebase>) mais aussi des outils pour aider au transfert de connaissances en utilisant sa page « *tools* » (<http://ktclearinghouse.ca/tools>).

Un second site « *research impact* » (75) est né de la collaboration entre universités pour créer du lien entre la recherche et ses utilisateurs au Canada. Les universités partenaires sont celles de York, Victoria, Saskatchewan, Guelph, Montréal et the Harris Centre at Memorial University. Il recense des notions théoriques et des mises au point sur les différents termes et questions telles que « *Who are 'knowledge creators' and 'knowledge users' ?* » ou « *What is a*

knowledge broker? ». Outre ces apports théoriques, ce site propose aussi des outils pour faciliter cette collaboration.

Enfin, le département de médecine de l'université de British Columbia propose une page dédiée à un courtier en connaissances et renvoie à de nombreuses ressources sur le transfert de connaissances de façon assez large (76).

Notre recherche dans la littérature grise nous apporte plusieurs données supplémentaires.

Tout d'abord, elle a permis de trouver de nombreuses données supplémentaires (rapports, présentations orales, congrès, pages web...) ne rentrant pas dans une revue de la littérature scientifique et apportant pourtant des notions théoriques et pratiques sur le courtage en connaissances.

Elle confirme également la Canadian Health Services Research Foundation comme centre ressource majeur du courtage en connaissances, mais montre que de nombreux autres organismes y portent un intérêt croissant.

Enfin, il est intéressant de noter qu'outre les sites institutionnels, la recherche « profane » sur des sites généralistes tels que Google, permet de retrouver d'autres données supplémentaires qui, même si elles n'apportent pas de notions nouvelles, montrent un intérêt pour le sujet.

VI. Discussion

Notre étude avait pour objectif de retrouver les différentes définitions sous-jacentes au concept de « courtage de connaissances » dans la littérature et de dégager les grandes idées qui le sous-tendent. A travers notre revue de la littérature nous avons retrouvé des grands thèmes qui semblent constituer les fondements communs aux définitions. Il s'agit de l'idée fondamentale de mise en relation via un groupe de travail ou un réseau, de l'idée de deux groupes destinataires du courtage, les producteurs et les utilisateurs et enfin la notion de preuve (*evidence based*) pour une amélioration de l'action ou de la prise de décision, comme but du courtage en connaissances.

Notre second objectif était de retrouver, à travers l'étude des expériences menées, les points considérés comme favorisant ou limitant sa réussite. Les facteurs favorisants retrouvés sont une capacité à créer du lien, qui englobe à la fois les compétences du courtier (neutralité, rigueur méthodologique, connaissance des acteurs en jeu et de leurs points de vue, capacités de gestion de groupe) et la trame institutionnelle sous-jacente à son action, nécessaire pour une certaine assise du courtier, tant au niveau symbolique que pratique (fonds financiers notamment). On retrouve également la capacité d'adapter un message pour prendre en compte deux types d'acteurs aux compétences et aux expériences diverses, et enfin des points très pratiques dans la mise en place, comme la taille des groupes, le temps nécessaire, l'utilisation de technologies différentes adaptées...

Outre ces premiers résultats, l'analyse des définitions soulève plusieurs questions, notamment la question de son origine, la présence de certaines définitions radicalement différentes et certaines idées sous-jacentes, telles la notion d'échange ou la présentation constante de deux groupes d'acteurs distincts, qui poussent à une discussion et à une réflexion plus approfondie.

Le courtage en connaissances, des définitions très différentes

Historique et définition

D'un point de vue conceptuel, même si le terme est cité dès les années 80, une définition plus précise du courtage en connaissances a été mise en place par les Canadiens.

En 2003 est publié un rapport du CHSRF, qui propose une réflexion et une définition sur la pratique du courtage en connaissances (31).

Cependant, à partir de cette première définition la revue de la littérature effectuée montre des définitions diverses et variées du courtage en connaissances. On retrouve d'une part des concepts très proches sous d'autres appellations que celui consacré de « *knowledge brokers* » (77), et d'autre part des concepts parfois assez différents sous ce même terme.

Un des fondements commun à toutes les définitions reste le fossé entre le monde de la recherche et celui des acteurs avec le « *know do gap* » retrouvé dans la majorité des articles, et l'idée de la nécessité de combler ce « fossé ».

Modalités de relation

Si la plupart des définitions partent de ce principe pour se baser sur une relation d'échange et d'interaction (« *exchange* »), il est intéressant de noter que plusieurs restent sur des approches plus traditionnelles et linéaires.

Ainsi plusieurs articles restent sur une relation plutôt passive de type « *push* », avec une transmission hiérarchique des savoirs depuis la source vers les utilisateurs.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'un des articles mettant en avant les modalités de type exchange, décrit en réalité des actions plutôt orientées sur une diffusion descendante des savoirs, montrant bien que certaines modalités sont certainement très profondément ancrées dans les modes et les pratiques professionnelles. C'est d'ailleurs une des difficultés mises en avant dans le processus de courtage, celle de changer de place et de renverser les rôles établis, avec une difficulté certaine pour les chercheurs de se trouver dans un position plus passive et non plus dans la position plus habituelle de « transmission active » de leur savoir de façon descendante (78).

Malgré ces quelques exceptions, il semble que la plupart des articles s'accordent pour une modalité de transfert des connaissances interactives. En effet, outre le fondement théorique d'« *exchange* » énoncé dans plusieurs articles, ce concept transparait dans la plupart des définitions retrouvées à travers l'expression d'une mise en relation, de la création de lien et surtout d'interaction entre les différents acteurs.

Le second point commun de nombreux articles est justement la définition de ces acteurs. En effet, est retrouvée très fréquemment la notion de deux groupes bien distincts : les producteurs

et les utilisateurs. Si cette distinction peut être vue comme une façon aisée de définir les deux « camps » en jeux, elle renforce également l'idée de fossé et de deux « clans ».

Deux mondes: producteurs et utilisateurs

En effet cette dichotomisation de la question classe systématiquement les chercheurs dans le rôle du producteur et les acteurs de terrains et les décideurs dans le rôle de l'utilisateur.

Ceci est certainement très lié au fait que l'idée sous-jacente au courtage est la promotion de *l'evidence-based public health* et de *l'evidence-based decision making*, une pratique qui reposerait sur les données de la science.

Cependant ce point soulève deux questions : d'une part la question de la définition du terme « données de la science » en santé publique et la seconde, qui en découle, qui est la question de la place des savoirs profanes.

Définition du concept d' « evidence »

En effet comme souligné auparavant, en promotion de la santé tout particulièrement, on ne peut transposer de façon stricte et simple les règles de l'épidémiologie et de *l'evidence based medicine*. A tel point que des auteurs redéfinissent ce qu'ils appellent données probantes dans ce champ particulier. Ainsi dans le rapport « Animer un processus de transfert des connaissances » (71) , sont définies les trois sources de connaissance en santé publique à savoir « les connaissances issues de la recherche, les connaissances issues des savoirs tacites et les connaissances issues des données analysées », pour conclure que toutes sont utiles dans la gestion des actions en Santé Publique, comme l'illustre le schéma ci-dessous (*Figure 3*, issue de l'ouvrage : « Animer un processus de transfert des connaissances » (71)).

De plus il est à noter que dans ce même rapport, les connaissances issues de la recherche sont entendues comme « l'ensemble des activités de recherche reliées à la santé et au bien-être de la population et à leurs déterminants qui visent la production, l'intégration, la diffusion et l'application de connaissances scientifiques, valides et pertinentes à l'exercice des fonctions de santé publique » (79) et non pas seulement les données émanant de la recherche clinique.

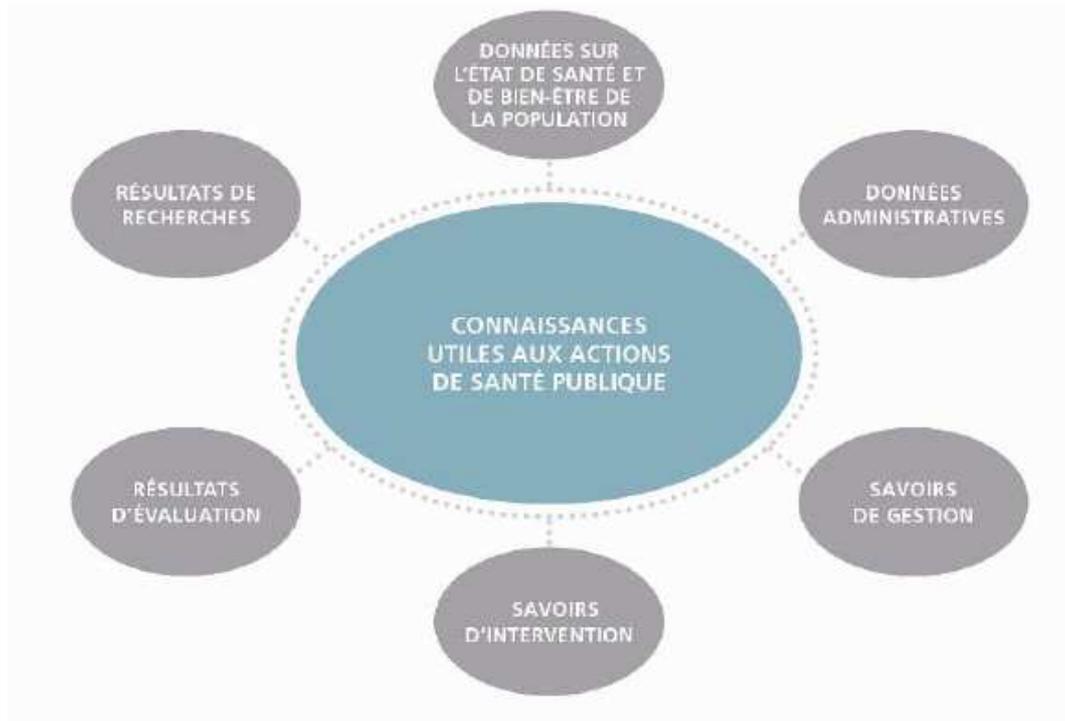


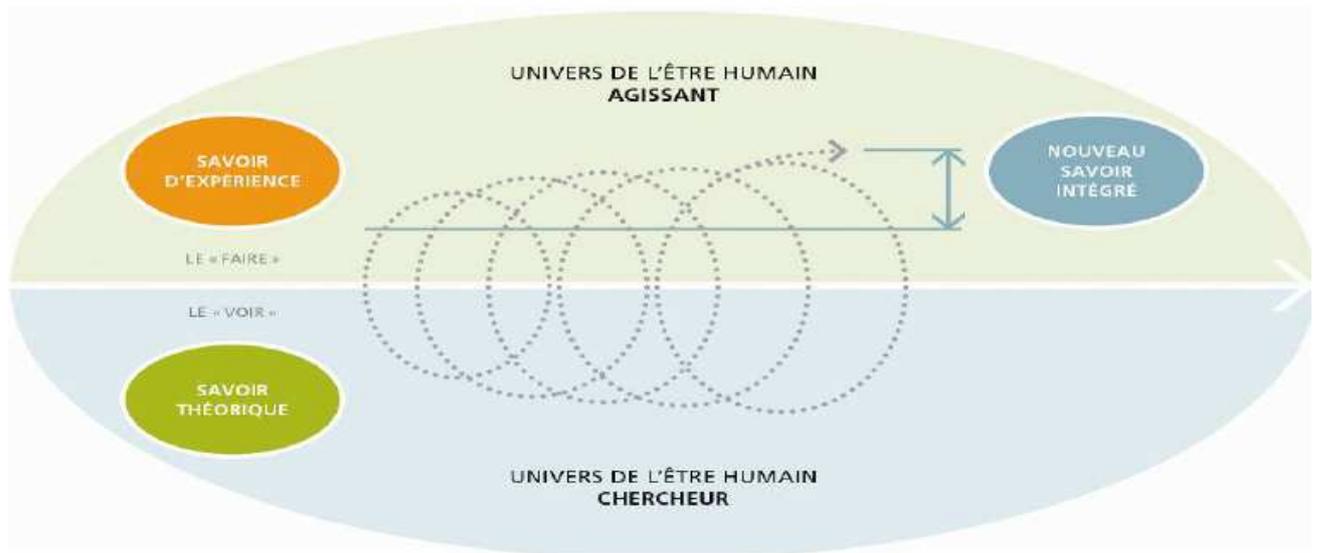
Figure 3 : Différents intrants à la base de la production de connaissances utiles et pertinentes aux actions de santé publique (titre et figure issus de la référence originale)

Place des acteurs de terrain et de leurs savoirs

De cette définition des données probantes, émerge le second questionnement, celui de savoir si les acteurs de terrain ne peuvent être que des utilisateurs ?

En effet cette question est centrale, dans une démarche qui se voudrait d'échange et d'interaction. Le positionnement face aux savoirs expérientiels est primordial, pour savoir d'une part quelle valeur leur accorder et donc définir leur place dans le processus de génération de preuve.

Ce point est soulevé dans l'article de Lapaige et al. (24) qui définit les différents types de savoirs. Labadie et al, dans leur « Rapport final » (78) soulèvent également cette question en citant Jean-Louis Denis et la « typologie du rapport à la connaissance ». Il souligne l'opposition entre une perspective hiérarchique, très attachée à un savoir objectif scientifique et une perspective de coproduction et co-interprétation du savoir, avec une mise au même niveau des connaissances « produites par les chercheurs et celles liées à l'expertise de l'utilisateur ». Ceci est également souligné dans le modèle du « mode de transfert en spirale » (71), illustré ci-dessous (*Figure 4*) qui est présenté comme allant encore plus loin que le modèle interactif. Dans ce modèle, par un système de va-et-vient des connaissances de chacun, les utilisateurs deviennent coproducteurs.



Inspiré de Bouchard et Gélinas (1990) dans Roy M., J.-C. Guindon, et coll. (1995). Études et recherches IRSST. p. 31.

Figure 4 : Le mode de transfert en spirale (titre et figure issus de la référence originale)

Sans minimiser l'importance des données issues de la recherche et de leur nécessaire intégration dans les décisions et les actions de terrain, il semble nécessaire d'envisager la question des deux points de vue.

Accorder une place à ce savoir de terrain est important pour que réellement l'idée d'échange dans le courtage en connaissances prenne sens, pour que le lien et l'interaction ne soient pas seulement une consultation des acteurs, pour savoir si et comment telle ou telle donnée scientifique peut être utile à leur pratique mais donner un réel poids à leurs connaissances propres pour influencer la recherche. Que les « utilisateurs » puissent à leur tour devenir producteurs et les « producteurs » accepter que leur recherche puisse être influencée par les retours du terrain.

Ceci est décrit dans les travaux de Kramer et al. (52), où la collaboration en amont a permis des changements dans le protocole et rejoint les facteurs décrits comme favorisant le processus de courtage, avec l'importance d'arriver tôt dans le processus.

Mais ce point n'est pas le seul mis en avant comme pouvant favoriser ou limiter l'efficacité du courtage. Ainsi, la réponse à notre second objectif nous a permis de mettre en avant des points en faveur d'un processus de courtage en connaissances efficace et des facteurs limitant. Les principaux points intéressants à discuter sont ceux du contexte favorable ou défavorable,

en tant que facteur « extrinsèque », du courtier lui-même, « facteur intrinsèque » de réussite et enfin l'adaptation du courtier au contexte, interface entre facteurs intrinsèques et extrinsèques.

Facteurs favorisant / facteurs limitant

On retrouve en effet dans l'analyse des différents articles étudiés plusieurs points qui semblent favoriser les pratiques de courtage, et d'autres qui au contraire, semblent être des freins pour le bon déroulement de ce processus.

Contexte institutionnel et ressources

Notre étude a souligné plusieurs notions, relatives au contexte dans son sens large, à savoir le temps, les structures sous-jacentes et le positionnement institutionnel des courtiers.

On note ici que les facteurs facilitant et les freins sont en miroir : ainsi une institution sous-jacente au processus, garante de la crédibilité du courtier et de son positionnement en terme institutionnel, est une force alors qu'au contraire, l'absence de structure est un frein.

Outre l'inscription institutionnelle du courtier, qui permet de l'identifier et de lui donner une assise, cette structure permet également un échange de connaissances et d'expérience entre les courtiers. Le succès des rassemblements organisés sur ce thème par le CHSRF peut d'ailleurs être vu comme une nécessité ressentie pour les professionnels du courtage en connaissances d'échanger sur leur pratique, dans un cadre qui est encore en construction et suscite parfois des interrogations (23, 80) .

Enfin la question du temps apparaît centrale : non seulement le courtage est un processus qui prend du temps en soi mais il doit également s'adapter aux temps, aux échéances et aux calendriers de chacun. Or comme il est souvent souligné dans la littérature (21, 23, 34, 81), c'est justement une des grandes différences entre le monde de la recherche et celui des décideurs.

Courtier

Outre ces aspects de contexte, un élément qui apparaît comme central est le courtier en connaissances lui-même en tant qu'individu. Même si l'importance de se focaliser sur le processus et non sur la personne ou sur le titre est soulignée (82), la question de la personnalité du courtier est un thème assez fréquent dans les articles pour mériter d'être étudiée.

Plusieurs qualités centrales et interconnectées sont décrites à diverses reprises. Ainsi la confiance et la crédibilité vont de pair avec une certaine méthodologie et une connaissance des deux mondes (83). Ce dernier point concourt grandement à la capacité de générer un langage commun aux partis en présence pour rendre leur collaboration efficace.

Mais au delà de ces aspects, qui peuvent être rattachés à une certaine expérience ou à une formation théorique, apparaissent des aspects de personnalité et de compétences sociales, qui sont parfois mises au premier plan. Ainsi sont mises en avant les qualités non seulement de connecteur mais aussi de médiateur, avec la notion de possibles conflits à gérer.

Ces points soulèvent la question des personnes qualifiées pour tenir le rôle de courtier, à la fois en terme de formation mais aussi d'expérience et de capacités relationnelles.

A ce titre, la lecture d'une fiche de poste de courtier en connaissances trouvée lors de la recherche dans la littérature grise, s'est avérée intéressante. Cette fiche donne une idée des qualités requises pour s'adapter à la réalité du terrain chez nos voisins (*annexe 8*).

Comme il a été souligné plus haut à plusieurs reprises, certaines qualités humaines sont requises pour affronter les difficultés pointées dans certains cas de conflits d'intérêts ou d'objectifs très différents entre les divers acteurs, allant parfois jusqu'à une résistance au changement. C'est donc une obligation pour le courtier que d'être en mesure de percevoir tous ces enjeux pour s'adapter en conséquence.

Des stratégies différentes selon les acteurs en jeu : s'adapter

Comme cela a été largement souligné, une des difficultés est celle des origines et des rôles très différents des acteurs en scène, avec la rencontre entre plusieurs réalités. En effet la Santé Publique en général est marquée par les différents corps de métier qui interagissent les uns avec les autres, chacun portant avec lui sa propre culture professionnelle, sa formation initiale mais aussi tous les impératifs et les contraintes liés à son champ d'action. Comme souligné dans la présentation de J. Archambault en 2006 (82), il est important de connaître le contexte et les contraintes de chacun (« *Listen for preoccupations and issues; understand them (values, language, culture...)* » , « *Know contexts (internal / external) and constraints (time, finances, strategic goals...)* »)

Ainsi un des points fondamentaux qui est retrouvé en arrière-plan de nombreux articles est la capacité du courtier à jouer le rôle d'intermédiaire, non seulement pour créer du lien et « *bridge the gap* » mais aussi pour gérer les tensions et frictions qui peuvent résulter des enjeux très différents et des volontés de chacun.

La multiplicité des acteurs en jeu, allant des chercheurs à un acteur de terrain, un politicien, un décideur ou des professionnels de santé nécessite donc une adaptation constante. Les stratégies à mettre en œuvre peuvent différer. Cet aspect a fait l'objet d'une étude.

Ainsi Ward et al. (38) (84) trois types de plusieurs pratiques possibles du courtage: « *knowledge management* », « *linkage and exchange* » et « *capacity building* ».

La première serait plus orientée sur une pratique de dissémination des connaissances, même si elle ne se limite pas à cela. En effet elle s'attacherait à rendre "utile" et surtout "utilisable" les nombreuses connaissances disponibles.

La seconde consisterait plus à créer du lien entre les acteurs en mettant en relations des personnes susceptibles de s'apporter des bénéfices mutuels. Le courtier est alors vu comme un intermédiaire, un "*matchmaking service*" qui facilite la communication.

Enfin, le troisième rôle (« *capacity building* ») est un rôle d'aide dans l'utilisation des données, avec l'idée de procurer les outils pour utiliser les éléments de la science. Chacune de ces trois modalités n'étant pas exclusive l'une de l'autre et au contraire, étant souvent associées dans la pratique courante.

Mais d'autres "classifications" que celles de Ward et al. ont été proposées.

Labadie et al. (78) proposent un cadre conceptuel du courtage en connaissances représenté ci-dessous selon deux axes, la distance cognitive et le rapport à la connaissance (*Figure 5*). En fonction, les actions et le rôle du courtier varient de la simple diffusion à une réelle collaboration sous forme de négociation.

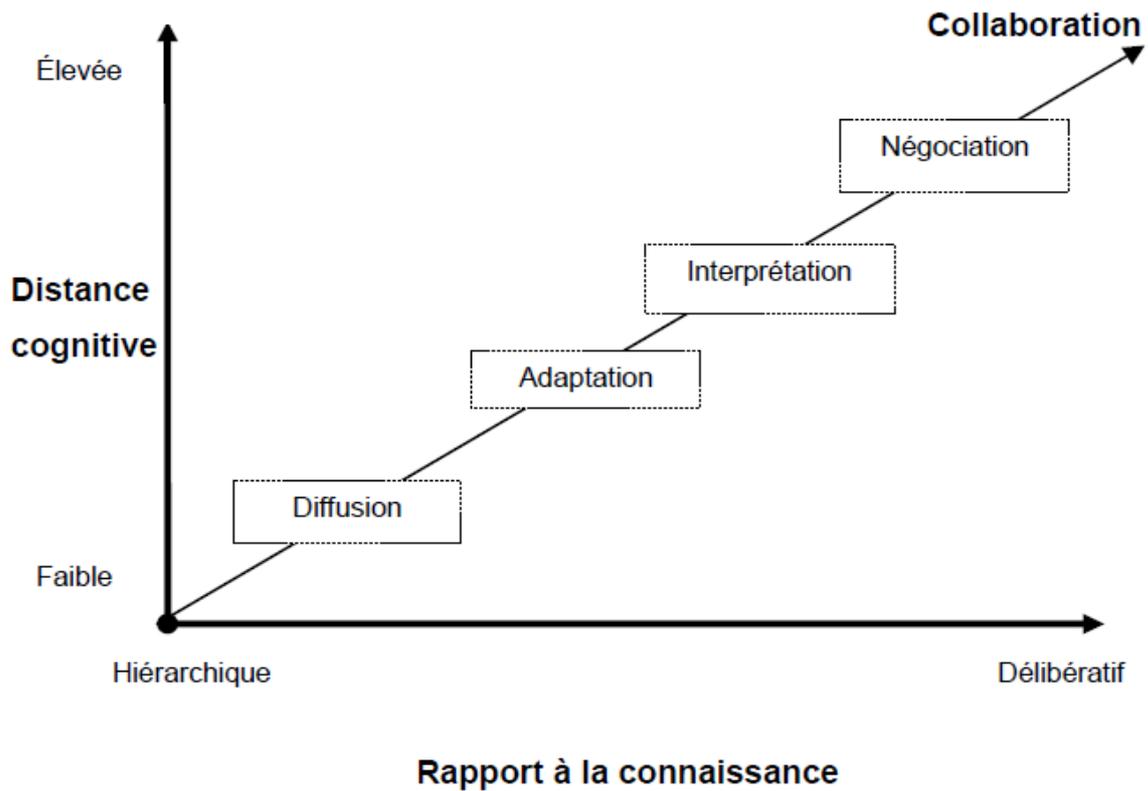
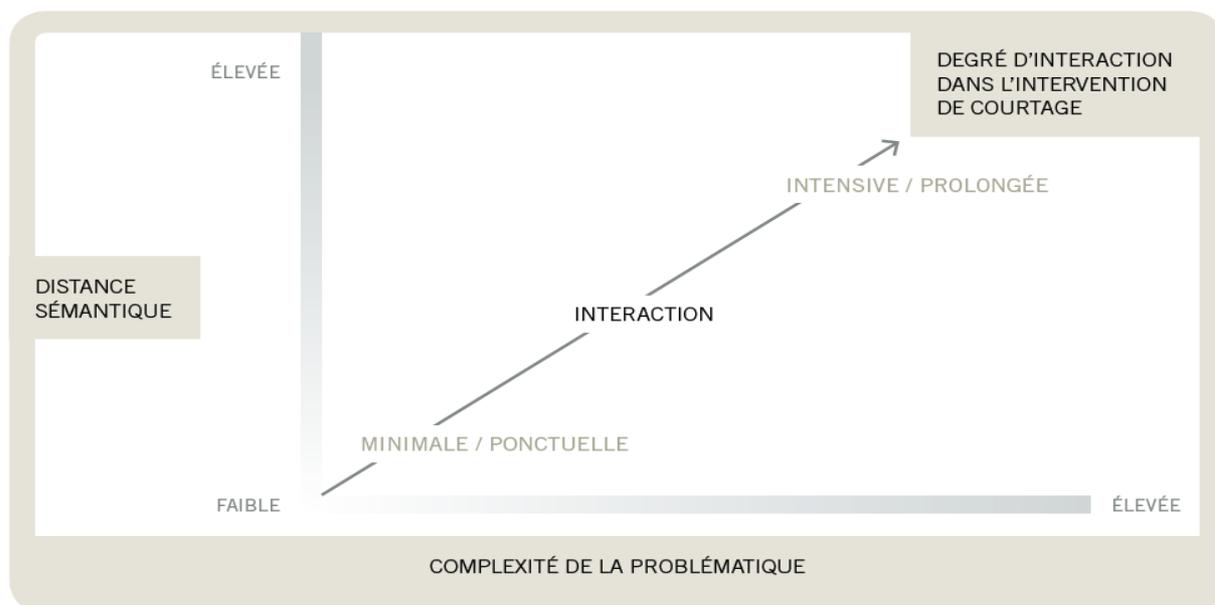


Figure 5: Cadre de pratique du courtage de connaissances (titre et figure issus de la référence originale)

En se basant sur ces mêmes travaux, l'INSPQ propose un cadre conceptuel avec 4 situations possibles en fonction de la complexité du problème (simple ou complexe) et de la distance sémantique entre acteurs (faible ou élevée). A ces quatre situations, sont liées 4 possibilités d'action du courtier. Ainsi en cas de distance sémantique faible et de problème simple, il pourrait s'agir d'une simple transmission de l'information, alors qu'en cas de problème complexe avec une distance sémantique élevée, on s'oriente vers un processus de coproduction qui nécessitera du temps (85). Ces auteurs proposent le schéma ci-dessous (*Figure 6*), montrant le degré d'interaction progressif selon ces deux axes.



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

Figure 6 : Variables influençant le degré d'interaction requis dans l'intervention de courtage (titre et figure issus de la référence originale)

Outre ces aspects de différence d'action du courtier en connaissances selon les interlocuteurs et la question soulevée, d'autres acteurs ont proposé différents domaines d'exercice de la fonction de courtage qui peuvent être exercée de façon concomitante (86) .

Ainsi sont présentées des fonctions différentes "*research project based*", "*network based*", "*field/program based*", "*topic/issue based*" et "*organization based*" avec des objectifs qui vont varier dans la fonction de courtage.

Le courtage, des modalités multiples

On voit que si certains points font consensus sur la fonction de courtage en connaissances, celle-ci laisse encore la place à diverses modalités et modes de fonctionnement.

Cette fonction ne peut être vue de façon unique et univoque de type "*one size fits all*" (83, 87). Elle doit s'adapter aux situations, en prenant en compte les acteurs en jeu, leurs points de rencontre mais aussi et surtout leurs divergences (24, 34, 35, 82, 88). Ces divergences peuvent être en termes d'objectif, de point de vue, de méthodologie, de formation, d'échéance et plus simplement en termes de langage. Il convient aussi de prendre en compte la question centrale en jeu et sa complexité.

Selon ces différents paramètres, la méthodologie et les techniques de courtage seront différentes.

Malgré ces différentes modalités, il semble nécessaire de garder à l'esprit une notion d'« *exchange* » et surtout d'apport mutuel, pour que l'influence et le bénéfice soient bidirectionnels. Que le courtage ne soit pas une simple traduction des données de la science pour une application sur le terrain. Cela a d'ailleurs été souligné par Irving Gold dans une de ses présentations, qui précisait ce que le courtage n'était pas. Il soulignait notamment que le courtage en connaissances n'était pas une simple modalité pour fournir des savoirs (*push*), ni une synthèse de données pour répondre à une question (87).

Comme souligné dans une autre présentation d'Irving Gold (89), le courtier pourrait être plus qu'un pont au-dessus du fossé. En effet cela pourrait sous-entendre que les deux « mondes » restent dans leur tour d'ivoire et que le courtier sert uniquement de passerelle pour des connaissances.

Mais peut-être est-il possible de travailler *dans* le fossé, pour créer cette fois un espace commun, n'appartenant à personne mais où chacun peut apporter et faire profiter l'autre de son expertise et de ses compétences.

De l'ensemble de ces données, force est de constater qu'apporter une seule définition du courtage en connaissances s'avère complexe et malaisé. La définition la plus reprise reste celle du CHSRF, à juste titre au vue du rôle de référence de cette institution en la matière et des nombreux travaux effectués.

Nous pouvons donc au final retenir pour le courtage en connaissances la définition suivante : “*all the activity that links decision makers with researchers, facilitating their interaction so that they are able to better understand each other's goals and professional cultures, influence each other's work, forge new partnerships, and promote the use of research-based evidence in decision-making*”(31, 90) .

Notre revue de la littérature a permis de répondre à nos objectifs de définition du courtage en connaissances et l'identification des facteurs pouvant favoriser sa mise en place. Néanmoins, notre second objectif était également de discuter l'efficacité de cette méthode.

Preuves disponibles sur le courtage

Peu ou pas de preuves

Malgré un certain nombre de références sur des expériences de courtage, peu apportent des données claires en termes d'efficacité (84). Cela est souligné à plusieurs reprises dans la littérature.

Ceci est peut être lié, comme le propose Labadie (78), à la question de l'indicateur.

Sur quoi évaluer l'efficacité d'une action de courtage? Une fois encore la question des échéances est centrale, avec un processus long, qui implique une modification des comportements qui peut parfois être difficile à évaluer de façon objective et à court terme.

De plus, en ce qui concerne les politiques de santé, de nombreux facteurs entrent en compte dans le processus décisionnel et il semblerait illusoire de penser que les données scientifiques soient les seules à entrer en ligne.

Ceci est souligné par les travaux de van Kammen et al. (49, 50), qui montrent que malgré un consensus trouvé dans le groupe de travail avec les courtiers en connaissances, les recommandations émises, pourtant demandées initialement par les décideurs, n'ont pas été prises en compte. Néanmoins ce même exemple montre que le processus a abouti de façon indirecte, avec des modifications des recommandations professionnelles, des associations de patients et même une prise en compte par le Parlement. Ainsi peut-être peut-on espérer des actions indirectes, qui amènent néanmoins à intégrer les données probantes de la science dans les pratiques, même sans changement de position des décideurs.

Satisfaction des acteurs

Le second point est la satisfaction des acteurs. Même si les résultats du courtage ne sont pas toujours étudiés ou démontrés, la satisfaction des acteurs est évaluée et présente dans bon nombre de données de la littérature. Ainsi cette pratique semble répondre à une réelle demande de la part des différents partis en jeu.

Ce dernier point explique que certains professionnels exécutent certainement déjà des tâches de courtage, sans que ces démarches ne soient identifiées comme telles.

Lors des congrès, de nombreuses personnes rapportent avoir déjà effectué des activités assimilables à du courtage en connaissances, sans pour autant nommer ce processus (60). Ceci pose d'ailleurs la question de la reconnaissance du statut, et du temps pris pour effectuer ces actions.

Ce dernier point amène à la question de l'intégration dans l'existant, pour que ce processus ne soit pas une charge de travail supplémentaire mais plutôt un moyen pour faciliter la démarche des acteurs.

Enfin, si on met en parallèle les compétences requises pour effectuer des activités de courtage et celles des professionnels de Santé Publique (91), de nombreuses similitudes peuvent être retrouvées, signalant peut-être une voie pour les professionnels à venir.

Si notre étude a permis de répondre aux objectifs fixés, elle comporte certaines limites qu'il convient de discuter et de mettre en parallèle avec ses forces.

Forces et limites de l'étude

Notre étude comporte des limites. Tout d'abord, concernant la revue de la littérature, nous nous sommes volontairement limités à une seule source de données. Celle-ci ne peut en aucun cas être considérée comme exhaustive mais cette base de données présente néanmoins l'avantage d'être assez complète et de regrouper des champs scientifiques assez variés (médecine, sciences sociales..). Ceci est donc une force par rapport à la prise en compte d'une base de données uniquement médicale telle PubMed.

Le second point est celui du choix des mots-clés.

Cette recherche s'est effectuée sur les termes les plus employés dans la littérature ainsi que sur une recherche exploratoire avec différents termes-clés. Cette phase exploratoire a permis de cibler les mots-clés, d'ajouter certains termes, d'en supprimer d'autres. Ceci a pu être à l'origine d'un biais dans le choix des articles.

La sélection d'articles complémentaires retrouvés parmi les références bibliographiques des articles sélectionnés montre d'ailleurs les limites de ces termes puisque certains articles n'ont pas été sélectionnés alors qu'ils étaient pertinents et publiés dans des revues référencées.

Cependant, cette étude des articles annexes est une des forces de notre revue de la littérature. En effet si la recherche initiale à partir des mots-clés n'avait pas permis de mettre en évidence toutes les données disponibles, les sources primaires ont permis de retrouver de proche en proche d'autres références, notamment de nombreuses données publiées dans des revues non référencées dans la base de données (revues internes à des structures).

Ainsi il apparaît que le courtage en connaissances a donné lieu à la production de nombreux rapports et a fait l'objet de travaux non publiés.

Cette constatation a été renforcée lors de notre exploration de la littérature grise, qui a retrouvé de nombreuses références supplémentaires. Cette exploration de la littérature grise que nous avons menée en addition de notre revue de la littérature est une des forces de notre étude.

En effet celle-ci a permis de retrouver de nombreuses sources de données annexes. Cette exploration de la littérature grise s'est volontairement limitée à certaines sources de donnée. Nous n'avons exploré que six sites internet d'organismes et un moteur de recherche généraliste. Si cette recherche n'est donc pas exhaustive, elle a pris en compte des sources pertinentes dans le domaine étudié. De plus il est à noter que peu à peu l'étude des références bibliographiques des différents documents a montré de nombreuses redondances, faisant penser que les références majeures sur la question ont été prises en compte.

VII. Conclusion

Notre étude portait sur le courtage en connaissances. Elle avait pour vocation de réaliser une synthèse des données pour définir ce concept et, à travers les expériences menées, définir des leviers, des freins et des outils dans le cadre de cette pratique.

Nous nous sommes basés sur une revue de la littérature scientifique et sur une analyse partielle de la littérature grise.

Les définitions du courtage et les concepts sous-jacents sont nombreux, mais tendent à se stabiliser autour de dénominateurs communs que sont le partenariat, l'apport mutuel de connaissance, facilité par un intermédiaire, dans une visée d'amélioration des pratiques, au plus près des avancées de la recherche. En ce sens, la définition donnée par le CHSRF reste la plus utilisée et certainement la plus adaptée.

Pour mémoire cette définition est la suivante :

« Le courtage de connaissances vise à créer des liens entre les chercheurs et les décideurs de façon à faciliter l'interaction entre eux. Ils peuvent ainsi mieux comprendre les objectifs et la culture professionnelle propres à chacun. Ils pourront aussi s'influencer mutuellement dans leur travail, créer de nouveaux partenariats et favoriser l'utilisation des données probantes de la recherche. Le courtage a pour but d'appuyer la prise de décisions fondée sur les données probantes dans l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé. »

Cependant, notre étude nous pousserait à aller un peu plus loin dans cette définition. D'une part pour souligner de façon plus prononcée l'importance d'un réel échange et d'autre part pour préciser, comme notre étude l'a confirmé, qu'il est illusoire de penser qu'une seule et unique façon de procéder puisse exister.

Ainsi nous proposons la définition suivante :

*« Le courtage est un **processus** qui a pour objectif de **réunir**, grâce à un **intermédiaire**, les chercheurs, les acteurs de terrain et les décideurs dans le but de favoriser leur **partenariat** pour une pratique de la Promotion de la Santé **basée sur les preuves**. »*

*Les actions de cet intermédiaire peuvent **varier** grandement selon les cas de figures avec comme point d'orgue une **valorisation des compétences et des connaissances** de chacun, **sans critère de priorisation ou de hiérarchisation** pour une **co-construction** et une **amélioration des pratiques** de chaque acteur dans son domaine ».*

Comme le souligne la définition proposée, le principe même du courtage nécessite une constante adaptation selon les acteurs en jeu et la problématique soulevée.

Ce point explique donc que le courtier doit avoir des compétences spécifiques pour pouvoir exercer cette fonction. Il doit connaître suffisamment les acteurs en jeu pour entrevoir les objectifs, les intentions, les enjeux et les réticences de chacun. Il se doit de comprendre les points de vue pour créer un espace de travail commun. Ces compétences demandent donc à la fois une formation théorique solide, en Santé Publique et en Promotion de la Santé mais aussi en méthodologie et en management. Outre ces connaissances théoriques, des compétences et des qualités humaines et relationnelles sont nécessaires pour s'adapter à différentes équipes, interlocuteurs, institutions et situations tout en acceptant un rôle en retrait, non pas de décideur ou d'expert mais de médiateur.

Mais quelles que soient les qualités du courtier, il ne faut pas oublier que le processus est décrit comme étant long, difficile et chronophage. L'ancrage institutionnel paraît donc primordial, à la fois pour assurer des moyens, une posture et une crédibilité au courtier, mais aussi pour l'appuyer dans le développement de sa fonction et lui assurer une certaine reconnaissance.

Enfin, concernant le processus de courtage en lui-même, quelques points facilitateurs sont à garder à l'esprit : tout d'abord l'idée centrale qu'il n'existe pas une seule modalité de courtage en connaissances, et qu'une adaptation aussi bien quantitative que qualitative des actions est à mettre en place. Cela implique donc une étude approfondie du contexte, de la demande, des besoins et des objectifs de l'action de courtage avant toute action. Il est important de définir où commence et où s'arrête le rôle du courtier, afin de faciliter le positionnement de chacun et de limiter les glissements de compétences.

Enfin, s'il n'existe pas de « recette miracle », certaines recommandations transparaissent, comme des rencontres assez fréquentes pour créer des liens, l'utilisation de modalités multiples de communication (contacts téléphoniques, mail, chat, bulletins, meeting...), un langage accessible à tous, des petits groupes et une certaine disponibilité.

De l'ensemble de ces recommandations découle la question des personnes et des institutions pouvant tenir ce rôle.

Tout d'abord, concernant le courtier, une spécialisation en santé publique semble nécessaire, ainsi qu'un certain niveau d'éducation, non seulement en raison des compétences requises mais aussi pour assurer et faciliter la reconnaissance du courtier parmi les acteurs. Dans cette

même idée, il semble intéressant d'envisager des personnes ayant une certaine expérience, directe ou indirecte, des pratiques de terrain et des pratiques décisionnelles. Une des difficultés réside peut-être dans cette question de l'expérience, qui est à la fois un atout mais peut aussi être un frein pour trouver des personnes motivées pour un rôle peut-être moins gratifiant que d'autres car plus en retrait.

Concernant l'institution, plusieurs entités françaises déjà en place pourraient tenir ce rôle, en premier lieu l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ou, au niveau plus local, les IREPS (Instituts régionaux d'éducation et de promotion de la santé). D'autres instituts nationaux comme l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) semblent également sensibles à cette mission de valorisation des productions de ses acteurs de terrain via la Cellule de valorisation éditoriale (CeVE), dans le champ qui est le leur.

De même, les institutions d'enseignement en Santé Publique pourraient être au centre de ce domaine dans la mesure où ils regroupent souvent des acteurs pouvant correspondre au « profil-type » du courtier, certains jouant certainement déjà ce rôle de façon informelle.

La Société Française de Santé Publique semble également s'intéresser à ce sujet, au vu de son congrès de novembre 2011 « Experts et expertises en santé publique. Diversité des acceptions, multiplicité des enjeux : comment avancer ? ».

Enfin l'émergence de structures d'interface, comme le pôle de compétences en éducation et promotion de la santé qui a récemment vu le jour en Lorraine, semblent des pistes fort intéressantes pour ancrer ce nouveau processus.

Une dernière solution pourrait être la création dans une structure unique, sur le modèle canadien, permettant la mise en commun de toutes ces compétences, pour que chacun apporte son expertise à un pool de courtiers formés.

Une meilleure coordination des différents acteurs en santé publique apparaît aujourd'hui essentielle dans un contexte où la mise en place d'actions de promotion de la santé est souvent soumise à une logique d'efficacité et de gestion des moyens.

Le courtage en connaissances semble en cela prometteur, les pays qui l'utilisent en faisant un retour positif. Néanmoins il doit s'appuyer sur des acteurs qualifiés et sur des structures reconnues afin de s'insérer dans le paysage actuel. L'idée du courtage n'est pas de créer un rouage supplémentaire, mais plutôt d'offrir une modalité nouvelle et un espace pour permettre à l'ensemble des acteurs en place d'associer leurs expertises pour une amélioration des pratiques en promotion de la santé.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa: OMS; 1986. Disponible: URL : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
2. Nutbeam D. Glossaire de la promotion de la santé. Genève: OMS; 1999. Disponible: URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf.
3. World Health Organization. Milestones in Health Promotion - Statements from Global Conferences. Geneva: WHO; 2009. Disponible: URL: <http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/index.html>
4. World Health Organization. Overview: 7th Global Conference on Health Promotion. 2009 [updated 2012; cited 03/22/2012]; Disponible: URL: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index.html>.
5. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ*. 1995;310:1122-6.
6. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine- Author reply. *BMJ*. 1996;313(7050):170-1.
7. Sackett D, Rosenberg W, Muir Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
8. Rosenheim M. La médecine fondée sur des preuves : principes. *Traité de Médecine AKOS*. Paris: Elsevier Masson; 2004. [1-0075].
9. Charles C, Schalm C, Semradek J. Involving stakeholders in health-services research - Developing Alberta Resident Classification-system for long-term-care facilities. *International Journal of Health Services*. 1994;24(4):749-61.
10. Waters E, Armstrong R, Swinburn B, Moore L, Dobbins M, Anderson L, et al. An exploratory cluster randomised controlled trial of knowledge translation strategies to support evidence-informed decision-making in local governments (The KT4LG study). *BMC Public Health* [Internet]. 2011; 11.
11. Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans la contexte français. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2010;28:277-83.
12. Jenicek M. Epidemiology, evidence-based medicine and evidence based public health. *J Epidemiol*. 1997;7(4):187-97.
13. Smith B, Tang K, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: New terms. *Health Promot Int*. 2006;21(4):340-5.
14. Green L, Ottoson J, Garcia C, Hiatt R. Diffusion Theory and Knowledge Dissemination, Utilization, and Integration in Public Health. *Annu Rev Public Health*. 2009;30:151-74.
15. Wang S, Moss J, Hiller J. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int*. 2006;21(1):76-83.
16. Roush S. Randomized controlled trials and the flow of information: comment on Cartwright. *Philosophical Studies*. 2009;143(1):137-45.
17. Green L, Glasgow R. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research - Issues in external validation and translation methodology. *Eval Health Prof*. 2006;29(1):126-53.
18. Green L, Glasgow R, Atkins D, Stange K. Making Evidence from Research More Relevant, Useful, and Actionable in Policy, Program Planning, and Practice Slips "Twixt Cup and Lip". *Am J Prev Med*. 2009;37(6):S187-S91.
19. Tomlin G, Borgetto B. Research Pyramid: A New Evidence-Based Practice Model for Occupational Therapy. *Am J Occup Ther*. 2011;65(2):189-96.

20. Jacobson N, Butterill D, Goering P. Consulting as a strategy for knowledge transfer. *Milbank Q.* 2005;83(2):299-321.
21. Wehrens R, Bekker M, Bal R. The construction of evidence-based local health policy through partnerships: Research infrastructure, process, and context in the Rotterdam 'Healthy in the City' programme. *J Public Health Policy.* 2010;31(4):447-60.
22. Choi B, Pang T, Lin V, Puska P, Sherman G, Goddard M, et al. Can scientists and policy makers work together? *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(8):632-7.
23. Canadian Health Services Research Foundation. *Issues in Linkage and Exchange Between Researchers and Decision Makers.* Ottawa: CHSRF;1999. Disponible: URL: http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/event_reports/linkage_e.pdf
24. Lapaige V. Integrated knowledge translation for globally oriented public health practitioners and scientists: Framing together a sustainable transfrontier knowledge translation vision. *J Multidiscip Healthc.* 2010;3:33-47.
25. Labadie JF. Les chercheurs viennent de Mars, les cliniciens viennent de Vénus : le rôle du courtier en connaissance. Le transfert des connaissances en santé mentale : nouvelles perspectives. Montréal; 2006. (PowerPoint d'une communication orale). Disponible : URL: http://rsmq.cam.org/smq/santementale/document/PPTcol/Labadie_JF.ppt
26. King L, Hawe P, Wise M. Making dissemination a two-way process. *Health Promot Int.* 1998;13(3):237-44.
27. Ferron C. Chercheurs, acteurs de terrain : un pont entre deux rives. Le temps de l'Université d'été - Journal de l'Université d'été francophone de Santé Publique. Besançon: ARS de Franche-Comté; 2011.
28. Ogilvie D, Craig P, Griffin S, Macintyre S, Wareham N. A translational framework for public health research. *BMC Public Health.* 2009;9:116.
29. Rabin B, Brownson R, Haire-Joshu D, Kreuter M, Weaver N. A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract.* 2008;14(2):117-23.
30. Lavis J, Lomas J, Harnid M, Sewankambo N. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ.* 2006;84(8):620-8.
31. Canadian Health Services Research Foundation . The Theory and Practice of Knowledge Brokering in Canada's Health System - A report based on a CHSRF national consultation and a literature review. Ottawa: CHSRF; 2003. Disponible: URL: : http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/Theory_and_Practice_e.pdf
32. Beckman S, Barry M. Innovation as a learning process: Embedding design thinking. *Calif Manage Rev.* 2007;50(1):25-56.
33. Landry R, Amara N, Pablos-Mendes A, Shademani R, Gold I. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bull World Health Organ.* 2006;84(8):597-602.
34. Armstrong R, Waters E, Roberts H, Oliver S, Popay J. The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. *J Public Health.* 2006;28(4):384-9.
35. Dobbins M, DeCorby K, Twiddy T. A knowledge transfer strategy for public health decision makers. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2004;1(2):120-8.
36. L'ALLIANCE interrégionale de courtage de connaissance sur les services de première ligne . CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent. 2005. (PowerPoint d'une communication orale). Disponible : URL: http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/event_reports/workshop_20051024/CSSSdeBordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.ppt
37. Durieux P, Ravaud P. Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé; 2007. 56 p.

38. Ward V, House A, Hamer S. Knowledge brokering: Exploring the process of transferring knowledge into action. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:12.
39. Google, Présentation : Présentation des résultats. 2011 [cited 03/22/2012]; Available from: <http://support.google.com/webmasters/bin/answer.py?hl=fr&answer=70897>.
40. Pringle K, Wells R, Merrill S. An examination of infrastructures for health information dissemination in the United States. *Sci Commun.* 2004;25(3):227-45.
41. Rigby E. Linking research and policy on Capitol Hill. *Evidence Pol.* 2005;1(2):195-213.
42. Kothari A, Edwards N, Brajtman S, Campbell B, Hamel N, Legault F, et al. Fostering Interactions: The Networking Needs of Community Health Nursing Researchers and Decision Makers. *Evidence Pol.* 2005;1(3):291-304.
43. Dobbins M, Hanna S, Ciliska D, Manske S, Cameron R, Mercer S, et al. A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementation Science.* 2009;4:4-61.
44. Oldham G, McLean R. Approaches to Knowledge-Brokering. IISD Publications Centre. 1997. Disponible:URL: http://www.iisd.org/pdf/2001/networks_knowledge_brokering.pdf
45. Frank J, Di Ruggiero E, Mowat D, Medlar B. Developing the application capacity of knowledge in public health - The role of national collaboration centres. *Can J Public Health.* 2007;98(4):I7-I12.
46. McDonald P, Viehbeck S. From evidence-based practice making to practice-based evidence making: creating communities of research and practice. *Health Promot Pract.* 2007;8(2):140-4.
47. Dobbins M, Robeson P, Ciliska D, Hanna S, Cameron R, O'Mara L, et al. A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implementation Science.* 2009;4:4-23.
48. Pollack K, Samuels A, Frattaroli S, Gielen A. The translation imperative: moving research into policy. *Injury Prevention.* 2010;16(2):141-2.
49. van Kammen J, de Savigny D, Sewankambo N. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bull World Health Organ.* 2006;84(8):608-12.
50. van Kammen J, Jansen C, Bonsel G, Kremer J, Evers J, Wladimiroff J. Technology assessment and knowledge brokering: The case of assisted reproduction in The Netherlands. *Int J Technol Assess Health Care.* 2006;22(3):302-6.
51. Wilkinson A, Papaioannou D, Keen C, Booth A. The role of the information specialist in supporting knowledge transfer: a public health information case study. *Health Info Libr J.* 2009;26(2):118-25.
52. Kramer D, Wells R, Bigelow P, Carlan N, Cole D, Hepburn C. Dancing the two-step: Collaborating with intermediary organizations as research partners to help implement workplace health and safety interventions. *Work - a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation.* 2010;36(3):321-32.
53. Mitton C, Adair C, McKenzie E, Patten S, Perry B. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. *Milbank Q.* 2007;85(4):729-68.
54. Kramer D, Wells R. Achieving buy-in - Building networks to facilitate knowledge transger. *Sci Commun.* 2005;26(4):428-44.
55. Richards T. Europe's knowledge broker. *BMJ (Clinical research ed).* 2009;339:722-3.
56. Lindau S, Makelarski J, Chin M, Desautels S, Johnson D, Johnson W, et al. Building community-engaged health research and discovery infrastructure on the South Side of Chicago: Science in service to community priorities. *Prev Med.* 2011;52(3-4):200-7.

57. Mercer S, Sleet D, Elder R, Cole K, Shults R, Nichols J. Translating Evidence into Policy: Lessons Learned from the Case of Lowering the Legal Blood Alcohol Limit for Drivers. *Ann Epidemiol.* 2010;20(6):412-20.
58. Knowledge Brokering. Canadian Health Research Services Foundation (CHRSF); [cited 03/22/2012]; Disponible : URL: <http://www.chrsf.ca/PublicationsAndResources/ResourcesForResearchers/KEYS/ResearchUse/KnowledgeBrokering.aspx>.
59. Courtage de connaissances. Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS); [cited 03/22/2012]; Available from: <http://www.fcrss.ca/PublicationsAndResources/ResourcesForResearchers/KEYS/ResearchUse/KnowledgeBrokering.aspx>.
60. Gold I, Landry R, Amara N, Villeneuve J. Knowledge brokers: who are they and what strategies do they rely on? Evidence from a survey. National Forum on Knowledge Transfer and Exchange. Toronto; 2006. (PowerPoint d'une communication orale). Disponible : URL: http://www.chrsf.ca/migrated/pdf/event_reports/rejean_landry.ppt.pdf
61. Organisation Mondiale de la Santé. [cited 19/02/2012]; Disponible: URL: <http://www.who.int/fr/>.
62. The Brokering Guidebook World Health Organization - Regional Office for South East Asia; 2001 [updated 01/21/2011; cited 03/22/2012]; Disponible: URL: http://www.searo.who.int/en/section7/section199/section2207_15737.asp.
63. About the Alliance HPSR. Alliance for Health Policy and System Research; [cited 03/26/2012]; Disponible: URL: <http://www.who.int/alliance-hpsr/about/en/>.
64. Evidence-Informed Policy Network. World Health Organization; 2012 [cited 03/26/2012]; Disponible: URL: <http://www.who.int/rpc/evipnet/en/>.
65. EVIP-Net - Evidence-Informed Policy network. World Health Organization; [cited 03/26/2012]; Disponible: URL: <http://www.evipnet.org/php/>.
66. Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research.. Geneva: Global Forum for Health Research; 2004. 120 p.
67. National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme (NIHR SDO). National Institute for Health Research, NHS; [cited 03/10/2012]; Disponible: URL: <http://www.sdo.nihr.ac.uk/>.
68. Reach Initiative. Alliance for Health Policy and Systems Research; 2012 [cited 03/22/2012]; Disponible: URL: <http://www.who.int/alliance-hpsr/evidenceinformed/reach/en/index.html>.
69. Knowledge exchange. Réseau de recherche en santé des populations du Québec; [cited 03/26/2012]; Disponible: URL: <http://www.santepop.qc.ca/en/axesstrategiques/puc.html>.
70. Ward V, Smith S, Caruthers S, Hamer S, House A. Knowledge Brokering-Exploring the process of transferring knowledge into action. A project funded by the Medical Research Council. Leeds; 2010. Disponible: URL: <http://www.leeds.ac.uk/lihs/psychiatry/kt/docs/Knowledge%20Brokering%20Final%20report.pdf>
71. Lemire N, Souffez K, Laurendeau MC. Animer un processus de transfert des connaissances - Bilan des connaissances et outil d'animation. Institut national de santé publique du Québec : Québec; 2009. Disponible : URL : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf
72. Boissel JP, Riondet O, Cucherat M. Le courtage des connaissances en thérapeutique. Une étude pilote de faisabilité. *Pratiques et organisation des soins.* 2010;1:55-64.

73. Communities of Practice (CoPs). Center for Disease Control and Prevention; 2011 [updated 05/06/2011; cited 03/26/2012]; Disponible: URL: <http://www.cdc.gov/phcommunities/>.
74. KT Clearinghouse - Welcome to the KT Clearinghouse. Canadian Institute of Health Research (CIHR); [cited 03/22/2012]; Disponible: URL: <http://ktclearinghouse.ca/>.
75. Research Impact. [cited 03/22/2012]; Disponible: URL: <http://www.researchimpact.ca/home/index.html>.
76. Physical Therapy Knowledge Broker. Department of Physical Therapy-Faculty of medicine, University of British Columbia; [cited 03/22/2012]; Disponible: URL: http://www.physicaltherapy.med.ubc.ca/research/physical_therapy_knowledge_broker.htm.
77. Roxborough L, Rivard L, Russell D. Knowledge Brokering in Health Care. CanChild Resources. 2009. Available from: <http://canchild.ca/en/canchildresources/knowledgebrokering.asp>.
78. Labadie JF, Archambault J, Paquette J. Alliance interrégionale de courtage de connaissances sur les services de première ligne : Rapport final - Rapport présenté à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé. Centre de santé et de services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint Laurent (Montréal); 2009. Disponible : URL : http://www.csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcs/Menu_du_haut/Publications/Enseignement_et_recherche/Recherche/Rapports_recherche/Labadie_et_coll_Alliance_interregionale_rapport_2009.pdf
79. Laurendeau MC, Hamel M, Colin C, Disant MJ. Bilan de la recherche en Santé Publique au Québec (1999-2004). Institut national de santé publique du Québec: Québec; 2007. Disponible : URL: <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/625-BilanRechSantePubl1999-2004.pdf>
80. Cousins D. Knowledge brokering - Transcript. Third annual national knowledge brokering workshop. Vancouver: Canadian Health Services Research Foundation; 2004.
81. Davies P. Scoping the Challenges : a system approach. National Forum on Knowledge Transfer and Exchange. Toronto; 2006. (PowerPoint d'une communication orale). Disponible : URL: http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/event_reports/philip_davies.ppt.pdf
82. Archambault J, Arseneault I. How to infiltrate...from inside. National Forum on Knowledge Transfer and Exchange. Toronto; 2006. (PowerPoint d'une communication orale). Disponible : URL: http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/event_reports/isabelle_johanne.pdf
83. Harnessing Knowledge, Transferring Research. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. Disponible : URL: http://www.chsrf.ca/Libraries/Documents/2002_annual_report.sflb.ashx
84. Ward V, House A, Hamer S. Knowledge Brokering: The missing link in the evidence to action chain? Evid Policy. 2009;5(3):267-79.
85. Cinq-Mars M, Labadie J, Souffez K. Un cadre conceptuel pour guider les pratiques de courtage des connaissances. Montréal: Réseau de recherche en santé des populations du Québec; 2010. Disponible : URL : <http://www.santepop.qc.ca/fichier.php/176/CarnetSynthese7Final.pdf>
86. Harris M, Lusk E. Knowledge Brokering in the Canadian Mental Health and Dementia Health Care System (info sheet). Canadian Dementia Knowledge Translation Network. Canada; 2010.
87. Gold I. Summary Report of Knowledge Brokering Workshop -Appendix C: The Present State of Knowledge Brokering in the Canadian Health Services. 2004. Disponible : URL : http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/event_reports/University_PEI_CHSRF_Report.pdf
88. Choi B. Speaker's corner - Understanding the basic principles of knowledge translation. J Epidemiol Community Health. 2005;59(2):93-.
89. Gold I. So what exactly did we learn yesterday? Key messages from the 3 streams....

Knowledge Brokering Workshop.2004. (PowerPoint d'une communication orale).

Disponible : URL: http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/event_reports/irving_gold.ppt.pdf

90. Lomas J. The in-between world of knowledge brokering. *BMJ*.2007;334(7585):129-32.

91. Bondy S, Johnson I, Cole D, Bercovitz K. Identifying core competencies for public health epidemiologists. *Can J Public Health*. 2008;99(4):246-51.

Annexe 1 : Grille de lecture correspondant à l'objectif n°1, analyse des définitions du courtage en connaissances

Question	Réponse	Page	Précisions
1. Description de l'article			
Titre			
Revue			
Année de publication			
Auteurs			
Fonction/institution rattachement			
Pays			
Type étude/résumé			
2. Contexte de l'article			
L'article aborde la relation chercheur/acteur ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Une problématique relative à cette relation est-elle soulevée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
Quel est la dénomination donnée à cette relation?			
Modalité de relation envisagée			
- Push	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Pull	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Exchange	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Non précisée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
3. Concept de courtage			
L'article développe-t-il le concept de courtage en connaissances ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Dans quelle partie de l'article le courtage est-il abordé?			
- Introduction	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
- Méthode	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
- Résultats	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
- Discussion	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
- Conclusion (ouverture sur ce concept)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
Quel est le terme utilisé pour nommer ce concept ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Courtage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Autre terme (préciser)			
Comment ce concept est-il articulé à la relation chercheur/acteur ?			
4. Définition du concept			
4.1. Définition			
L'article donne-t-il une définition du courtage en connaissances ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
Comment cette définition est-elle insérée dans le contexte ?			
L'article évoque-t-il d'autres définitions du courtage ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
L'article donne-t-il des références concernant cette définition ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		

4.2. Application				
	L'article aborde-t-il différentes modalités d'application de cette définition ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
	L'article donne t-il-des exemples d'illustration de cette définition ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
	L'article présente-t-il des expériences relatives à cette définition ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
	L'article donne-t-il des références concernant l'application de cette définition ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
5. Références				
	Y a-t-il des références non présentes dans la requête potentiellement intéressantes ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Annexe 2 : Grille de lecture correspondant à l'objectif n°2, analyse des pratiques du courtage en connaissances

(Adaptée de « Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques », HAS 2007, annexe 3 « Analyse critique d'une étude d'intervention »)

Question	Réponses	Page	Précisions
1. Références de l'article			
Titre			
Revue			
Année de publication			
Auteurs			
Fonction/institution rattachement			
Pays			
Type étude/résumé			
2. Description de l'action support du courtage (pratiques)			
Type d'action concernée ? <ul style="list-style-type: none"> - Décision/Politique de santé - Soins courant (organisation, résultats, pratiques) - Action de promotion de la santé - Action d'éducation à la santé - Action de dépistage - Autre 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Thème de l'action <ul style="list-style-type: none"> - Unique (thématique de santé publique, préciser) - Multiple (généraliste) 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Quel est l'objet du transfert? <ul style="list-style-type: none"> - Action expérimentale - Adaptation action originaire d'autre pays - Action existante (évaluation/ amélioration) - Autre (préciser) 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
3. Analyse du courtage (processus d'amélioration des pratiques)			
3.1. Concepts sous-jacents			
La/les raison(s) du transfert de connaissance est elle décrite?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
Effet escompté de l'utilisation du courtage ? <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des pratiques/ utilisation EBPH - Amélioration de la communication - Générer des relations/partenariats - Formalisation nouveaux outils - Aider à la prise de décision/pol. santé - Contrôler/Evaluer les coûts - Autre 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Modalité théorique de transfert de connaissance/ de médiation proposée : <ul style="list-style-type: none"> - Push - Pull 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

- Exchange	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Non précisé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
3.2. Contexte			
A quel niveau se situe l'expérimentation du courtage?			
- National	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Régional	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Local (établissement ou personne)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
La durée du courtage est-elle connue ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Les professionnels/ personnes concerné(e)s par le courtage (public cible/destinataires) sont:			
- Acteurs de terrain	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Chercheurs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Médecins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Autres professionnels de santé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Population générale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Politiques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Nombre de personnes concernées			
3.3. Modalités pratiques du courtage			
Modalité du courtage via :			
- Une personne (courtier)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Une entité (structure dédiée)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Un support (site internet/base données..)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Statut de la personne/structure en charge du courtage :			
- Public	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Privé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Universitaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Inconnu	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
La personne/structure en charge du courtage est:			
- Spécialisée sur un thème (si oui, préciser)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Généraliste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Non précisé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Qui sont les professionnels proposant le courtage (corps de métier, formation)			
Support du courtage via :			
- Informatique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Papier	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Oral	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
> direct	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
> téléphonique/Visio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Modalités du courtage (destinataire) :			
- Individuel	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
- Collectif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		
Moyens financiers ayant permis la mise en œuvre du courtage			
- Financement par l'Etat	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Financement par le demandeur	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
- Autre source de financement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

4. Résultats			
Existe-t-il un critère de jugement clairement explicite?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Quel est ce critère de jugement ?			
Existe-t-il des facteurs présentés comme : - favorisant le transfert de connaissances ? si oui lesquels - limitant le transfert de connaissances ? si oui lesquels	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Quels sont les principaux résultats de l'utilisation du courtage au niveau de l'action? <i>(résultats en termes de santé de la population, efficacité, coût, cohérence en termes d'EBPH...)</i>			
Quels sont les principaux résultats de l'utilisation du courtage en termes de pratiques professionnelles ? <i>(utilité du courtage dans action, amélioration des coûts, satisfaction des acteurs, création de partenariats/liens, transférabilité...)</i>			
4. Références			
Y a-t-il des références non présentes dans la requête potentiellement intéressantes ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>		

Annexe 3 : Sites consultés lors de la recherche dans la littérature grise (ordre alphabétique)

Center for Disease Control:

<http://www.cdc.gov/>

Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé :

<http://www.fcrss.ca/Home.aspx>

Google:

<http://www.google.com/webhp?hl=fr>

Institut National de Santé Publique Québec :

<http://www.inspq.qc.ca/>

Organisation mondiale de la Santé :

<http://www.who.int/fr/>

Santé canada :

<http://www.hc-sc.gc.ca/index-fra.php>

Réseau de recherche en santé des populations du Québec :

<http://www.santepop.qc.ca/fr/index.html>

Annexe 4 : Liste des 45 références prises en compte pour l'analyse des définitions du courtage en connaissances (objectif n°1) – ordre alphabétique

Canadian Health Services Research Foundation. The third community : knowledge brokers, research and policy. Third Annual National Knowledge Brokering Workshop and Professional Development Day. Vancouver, Canada, October 25-26, 2004. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2004. Disponible : URL:

http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/event_reports/National_Workshop_Report_2004_e.pdf

Canadian Health Services Research Foundation. Is knowledge brokering a successful practice? Assessment, evaluation, and learning. Fourth annual national knowledge brokering workshop and professional development day. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2005. Disponible : URL:

http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/event_reports/National_Workshop_Report_2005_e.pdf

World Health Organization. Bridging the “Know-Do” Gap. Meeting on Knowledge Translation in Global Health. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponible : URL:

http://www.who.int/kms/WHO_EIP_KMS_2006_2.pdf

Canadian Health Services Research Foundation. The Theory and Practice of Knowledge Brokering in Canada's Health System - A report based on a CHSRF national consultation and a literature review. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; December 2003. Disponible : URL: http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/Theory_and_Practice_e.pdf

Armstrong R, Waters E, Crockett B, Keleher H. The nature of evidence resources and knowledge translation for health promotion practitioners. *Health Promot Int.*2007;22(3):254-60.

Armstrong R, Waters E, Roberts H, Oliver S, Popay J. The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. *J Public Health.* 2006;28(4):384-9.

Bryant SL. Bridging the gap between information and health. The role of an information broker. *Health Educ J.* 1986;45(3):180-2.

Choi B, Pang T, Lin V, Puska P, Sherman G, Goddard M, et al. Can scientists and policy makers work together? *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(8):632-7.

Colby D, Quinn B, Williams C, Bilheimer L, Goodell S. Research glut and information famine: Making research evidence more useful for policymakers. *Health Aff.* 2008;27(4):1177-82.

Cordero C, Delino R, Jeyaseelan L, Lansang M, Lozano J, Kumar S, et al. Funding agencies in low- and middle-income countries: support for knowledge translation. *Bull World Health Organ.* 2008;86(7):524-34.

- Davies H, Nutley S, Walter I. Why 'knowledge transfer' is misconceived for applied social research. *J Health Serv Res Policy*. 2008;13(3):188-90.
- Dobbins M, DeCorby K, Twiddy T. A knowledge transfer strategy for public health decision makers. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2004;1(2):120-8.
- Dobbins M, Hanna S, Ciliska D, Manske S, Cameron R, Mercer S, et al. A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementation Science*. 2009;4:4-61.
- Dobbins M, Robeson P, Ciliska D, Hanna S, Cameron R, O'Mara L, et al. A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implementation Science*. 2009;4:4-23.
- Emshoff J. Researchers, practitioners, and funders: Using the framework to get us on the same page. *Am J Community Psychol*. 2008;41(3-4):393-403.
- Fox D. History Matters for Understanding Knowledge Exchange. *Milbank Q*. 2010;88(4):484-91.
- Frank J, Di Ruggiero E, Mowat D, Medlar B. Developing the application capacity of knowledge in public health - The role of national collaboration centres. *Can J Public Health*. 2007;98(4):I7-I12.
- Gold I, Villeneuve J. Busting the silos: knowledge brokering in Canada. 5th International Conference on the Scientific Basis of Health Services. Washington DC; 2003. Disponible: URL : http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/event_reports/time_to_build_e.pdf
- Gray B. Enhancing transdisciplinary research through collaborative leadership. *Am J Prev Med*. 2008;35(2):S124-32.
- Green L, Ottoson J, Garcia C, Hiatt R. Diffusion Theory and Knowledge Dissemination, Utilization, and Integration in Public Health. *Annu Rev Public Health*. 2009;30:151-74.
- Jackson-Bowers E, Kalucy E, L M. Knowledge brokering. Focus on. Primary Health Care Research & Information Service. 2006;4:1-16. Disponible : URL : http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/publications/pdfs/phcris_pub_3238.pdf
- Jacobson N, Butterill D, Goering P. Consulting as a strategy for knowledge transfer. *Milbank Q*. 2005;83(2):299-321.
- Kothari A, Edwards N, Brajtman S, Campbell B, Hamel N, Legault F, et al. Fostering Interactions: The Networking Needs of Community Health Nursing Researchers and Decision Makers. *Evid Policy*. 2005;1(3):291-304.
- Kramer D, Wells R. Achieving buy-in - Building networks to facilitate knowledge transfer. *Science Commun*. 2005;26(4):428-44.

Kramer D, Wells R, Bigelow P, Carlan N, Cole D, Hepburn C. Dancing the two-step: Collaborating with intermediary organizations as research partners to help implement workplace health and safety interventions. *Work - a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation*. 2010;36(3):321-32.

Landry R, Amara N, Pablos-Mendes A, Shademani R, Gold I. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bull World Health Organ*. 2006;84(8):597-602.

Lavis J, Lomas J, Harnid M, Sewankambo N. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ*. 2006;84(8):620-8.

Lomas J. The in-between world of knowledge brokering. *BMJ*. 2007;334(7585):129-32.

Lyons R, Warner G, Langille L, J. Phillips SJ. Piloting knowledge brokers to promote integrated stroke care in Atlantic Canada. Evidence in action, acting on evidence A casebook of health services and policy research knowledge translation stories. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research; 2006. Disponible : URL : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/30673.html>

McAnaney H, McCann J, Prior L, Wilde J, Kee F. Translating evidence into practice: A shared priority in public health? *Soc Sci Med*. 2010;70(10):1492-500.

McDonald P, Viehbeck S. From evidence-based practice making to practice-based evidence making: creating communities of (research) and practice. *Health Promot Pract*. 2007;8(2):140-4.

Mitton C, Adair C, McKenzie E, Patten S, Perry B. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. *Milbank Q*. 2007;85(4):729-68.

Oldham G, McLean R. Approaches to Knowledge-Brokering. IISD Publications Centre. 1997. Disponible : URL: http://www.iisd.org/pdf/2001/networks_knowledge_brokering.pdf

Pringle K, Wells R, Merrill S. An examination of infrastructures for health information dissemination in the United States. *Science Commun*. 2004;25(3):227-45.

Pyper C. Knowledge Brokers as Change Agents. In: Lissauer R, Kendall L, editors. *New practitioners in the future health service : exploring new roles for practitioners in primary and intermediate care*. London: IPPR; 2002. p. 60-70.

Remington PL, Moberg P, Booske BC, Ceraso M, Friedsam D, Kindig DA. Dissemination research: The University of Wisconsin Population Health Institute. *Wis Med J*. 2009;108(5):236-9+55.

Rigby E. Linking research and policy on Capitol Hill. *Evid Policy*. 2005;1(2):195-213.

Saul J, Wandersman A, Flaspohler P, Duffy J, Lubell K, Noonan R. Research and action for bridging science and practice in prevention. *Am J Community Psychol*. 2008;41(3-4):165-70.

Smith M. Knowledge Broker Initiative : linking the creators and users of knowledge. IDRC Reports. 1997. Disponible: URL: <http://archive.idrc.ca/books/reports/1997/29-01e.html>.

Tetroe J, Graham I, Foy R, Robinson N, Eccles M, Wensing M, et al. Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: An international study. *Milbank Q.* 2008;86(1):125-55.

van Kammen J, de Savigny D, Sewankambo N. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bull World Health Organ.* 2006;84(8):608-12.

van Kammen J, Jansen C, Bonsel G, Kremer J, Evers J, Wladimiroff J. Technology assessment and knowledge brokering: The case of assisted reproduction in The Netherlands. *Int J Technol Assess Health Care.* 2006;22(3):302-6.

Vingilis E, Hartford K, Schrecker T, Mitchell B, Lent B, Bishop J. Integrating knowledge generation with knowledge diffusion and utilization - A case study analysis of the consortium for applied research and evaluation in mental health. *Can J Public Health.* 2003;94(6):468-71.

Wehrens R, Bekker M, Bal R. The construction of evidence-based local health policy through partnerships: Research infrastructure, process, and context in the Rotterdam 'Healthy in the City' programme. *J Public Health Policy.* 2010;31(4):447-60.

Wilkinson A, Papaioannou D, Keen C, Booth A. The role of the information specialist in supporting knowledge transfer: a public health information case study. *Health Info Libr J.* 2009;26(2):118-25.

Annexe 5 : Liste des 25 références prises en compte pour l'analyse des pratiques du courtage en connaissances (objectif n°2) – ordre alphabétique

Colby D, Quinn B, Williams C, Bilheimer L, Goodell S. Research glut and information famine: Making research evidence more useful for policymakers. *Health Aff.*2008;27(4):1177-82.

Dobbins M, Hanna S, Ciliska D, Manske S, Cameron R, Mercer S, et al. A randomized controlled trial evaluating the impact of knowledge translation and exchange strategies. *Implementation Science.* 2009;4:4-61.

Dobbins M, Robeson P, Ciliska D, Hanna S, Cameron R, O'Mara L, et al. A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implementation Science.* 2009;4:4-23.

Frank J, Di Ruggiero E, Mowat D, Medlar B. Developing the application capacity of knowledge in public health - The role of national collaboration centres. *Can J Public Health.*2007;98(4):I7-I12.

Jackson-Bowers E, Kalucy E, L M. Knowledge brokering. Focus on. *Primary Health Care Research & Information Service.* 2006;4:1-16. Disponible : URL : http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/publication_s/pdfs/phcris_pub_3238.pdf

Kramer D, Wells R. Achieving buy-in - Building networks to facilitate knowledge transfer. *Science Commun.* 2005;26(4):428-44.

Kramer D, Wells R, Bigelow P, Carlan N, Cole D, Hepburn C. Dancing the two-step: Collaborating with intermediary organizations as research partners to help implement workplace health and safety interventions. *Work - a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation.* 2010;36(3):321-32.

Lindau S, Makelarski J, Chin M, Desautels S, Johnson D, Johnson W, et al. Building community-engaged health research and discovery infrastructure on the South Side of Chicago: Science in service to community priorities. *Prev Med.* 2011;52(3-4):200-7.

Lyons R, Warner G, Langille L, J. Phillips SJ. Piloting knowledge brokers to promote integrated stroke care in Atlantic Canada. Evidence in action, acting on evidence A casebook of health services and policy research knowledge translation stories. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research; 2006. Disponible : URL : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/30673.html>

McAnaney H, McCann J, Prior L, Wilde J, Kee F. Translating evidence into practice: A shared priority in public health? *Soc Sci Med.* 2010;70(10):1492-500.

- McDonald P, Viehbeck S. From evidence-based practice making to practice-based evidence making: creating communities of (research) and practice. *Health Promot Pract.*2007;8(2):140-4.
- Mercer S, Sleet D, Elder R, Cole K, Shults R, Nichols J. Translating Evidence into Policy: Lessons Learned from the Case of Lowering the Legal Blood Alcohol Limit for Drivers. *Ann Epidemiol.* 2010;20(6):412-20.
- Miller J, MacLean L, Coward P, Broemeling A. Developing strategies to enhance health services research capacity in a predominantly rural Canadian health authority. *Rural Remote Health.*2009;9(4):1266.
- Mitton C, Adair C, Mckenzie E, Patten S, Perry B. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. *Milbank Q.* 2007;85(4):729-68.
- Pinto R, Spector A, Valera P. Exploring group dynamics for integrating scientific and experiential knowledge in Community Advisory Boards for HIV research. *Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of Aids/Hiv.* 2011;23(8):1006-13.
- Pollack K, Samuels A, Frattaroli S, Gielen A. The translation imperative: moving research into policy. *Injury Prevention.* 2010;16(2):141-2.
- Remington PL, Moberg P, Booske BC, Ceraso M, Friedsam D, Kindig DA. Dissemination research: The University of Wisconsin Population Health Institute. *Wis Med J.* 2009;108(5):236-9+55.
- Richards T. Europe's knowledge broker. *BMJ (Clinical research ed).* 2009;339:722-3.
- Saul J, Wandersman A, Flaspohler P, Duffy J, Lubell K, Noonan R. Research and action for bridging science and practice in prevention. *Am J Community Psychol.* 2008;41(3-4):165-70.
- van Kammen J, de Savigny D, Sewankambo N. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: the need for support structures. *Bull World Health Organ.* 2006;84(8):608-12.
- van Kammen J, Jansen C, Bonsel G, Kremer J, Evers J, Wladimiroff J. Technology assessment and knowledge brokering: The case of assisted reproduction in The Netherlands. *Int J Technol Assess Health Care.* 2006;22(3):302-6.
- Vingilis E, Hartford K, Schrecker T, Mitchell B, Lent B, Bishop J. Integrating knowledge generation with knowledge diffusion and utilization - A case study analysis of the consortium for applied research and evaluation in mental health. *Can J Public Health.*2003;94(6):468-71.
- Waters E, Armstrong R, Swinburn B, Moore L, Dobbins M, Anderson L, et al. An exploratory cluster randomised controlled trial of knowledge translation strategies to support evidence-informed decision-making in local governments (The KT4LG study). *BMC Public Health.*2011; 11.

Wehrens R, Bekker M, Bal R. The construction of evidence-based local health policy through partnerships: Research infrastructure, process, and context in the Rotterdam 'Healthy in the City' programme. *J Public Health Policy*. 2010;31(4):447-60.

Wilkinson A, Papaioannou D, Keen C, Booth A. The role of the information specialist in supporting knowledge transfer: a public health information case study. *Health Info Libr J*. 2009;26(2):118-25.

Annexe 6 : Détails des résultats des items de la grille de lecture pour l'objectif n°1

Contexte		
	n	%
Nombre d'articles abordant la relation chercheur /acteur	43	95,6%
Nombre d'articles soulevant une problématique	43	95,6%
Dénomination donnée à cette problématique		
gap en général	15	33,3%
<i>dont know-do gap</i>	8	17,8%
autre	18	40,0%
pas de nom donné	10	22,2%
Modalité de relation envisagée entre acteurs		
push uniquement	4	8,9%
pull uniquement	0	0,0%
exchange uniquement	26	57,8%
plusieurs modalités	13	28,9%
<i>dont où exchange mis en avant</i>	7	15,6%
autre	1	2,2%
non précisé	1	2,2%
Concept		
	n	%
Nombre d'articles développant le concept de courtage	45	100,0%
Partie de l'article où le courtage est développé		
dès introduction	26	57,8%
uniquement dans conclusion	2	4,4%
Terme utilisé		
courtage et assimilé (K. brokers, brokering ou brokers)	35	77,8%
autre	10	22,2%
Articulation avec la problématique acteur/chercheur		
présenté comme une solution à gap	30	66,7%
présenté comme un rôle à jouer ou un objectif	8	17,8%
modalité de transfert de connaissances	4	8,9%
Définition		
	n	%
Nombre d'articles avec une définition	31	68,9%
Modalité d'insertion de la définition		
<i>solution ou réponse</i>	18	58,1%
<i>modalité de transfert</i>	8	25,8%
<i>rôle des acteurs</i>	3	9,7%
<i>pas d'articulation</i>	5	16,1%
Nombre d'articles avec une autre définition	15	48,4%
Nombre d'articles avec une référence pour la définition	18	58,1%
Nombre d'articles avec différentes modalités évoquées	19	42,2%
<i>dont individu ou agence</i>	10	22,2%
Nombre d'articles avec illustration par des exemples	22	48,9%
Nombre d'articles où une expérience est présentée	14	31,1%
<i>dont expérience dans autre champs que SP</i>	2	4,4%

Annexe 7 : Détails des résultats des items de la grille de lecture pour l'objectif n°2

Description de l'action support du courtage (pratiques)	n	%
Type d'action concernée		
Unique	10	40,0%
Multiple	15	60,0%
Champ		
Décision/Politique de santé	15	60,0%
Soins courant (organisation, résultats, pratiques)	5	20,0%
Action de promotion de la santé	10	40,0%
Action de prévention	2	8,0%
Action d'éducation à la santé	1	4,0%
Action de dépistage	0	0,0%
Autre	4	16,0%
Thème de l'action		
Unique	14	56,0%
Multiple (généraliste)	11	44,0%
Objet du transfert		
Action expérimentale	14	56,0%
Adaptation action originaire d'autre pays	2	8,0%
Action existante (évaluation/ amélioration)	5	20,0%
Autre (ou différentes expériences proposées)	4	16,0%

Analyse du courtage (processus d'amélioration des pratiques)		
1. Concepts sous-jacents	n	%
Raison du transfert de connaissances décrite	22	88,0%
Effets escomptés de l'utilisation du courtage (plusieurs réponses possibles)		
Amélioration des pratiques/ utilisation EBPH	20	80,0%
Amélioration de la communication/relations/partenariats	10	40,0%
Formaliser de nouveaux outils	3	12,0%
Aider à la prise de décision/politique santé	10	40,0%
Contrôler/Evaluer les coûts	1	4,0%
Autre	2	8,0%
Non précisé	0	0,0%
Modalité théorique de transfert de connaissance/ de médiation proposée		
Push (seul ou avec autre)	5	20,0%
Pull (seul ou avec autre)	3	12,0%
Exchange (seul ou avec autre)	21	84,0%
Plusieurs	4	16,0%
Autre	0	0,0%
Non précisé	1	4,0%
2. Contexte		
A quel niveau se situe l'expérimentation du courtage?		
International	3	12,0%
National	10	40,0%
Régional	7	28,0%
Local (établissement, ville...)	5	20,0%
Non adapté ou non précisé	0	0,0%
Durée du courtage connue	13	52,0%
Les professionnels/ personnes concerné(e)s par le courtage (public cible/destinataires) sont: (plusieurs choix possibles)		
Acteurs de terrain en santé publique	11	44,0%
Chercheurs	12	48,0%
Médecins	8	32,0%
Population générale	2	8,0%
Politiques	16	64,0%
Autres (infirmier, autre prof santé, experts, analystes...)	7	28,0%
Non précisé	1	4,0%
Nombre de personnes concernées connues	8	32,0%

3. Modalités pratiques du courtage	n	%
Modalité du courtage via		
Une personne (courtier)	7	28,0%
Une entité (structure dédiée)	16	64,0%
Un support (site internet/base données..)	2	8,0%
Non précisé	1	4,0%
Statut de la personne/structure en charge du courtage		
Public	12	48,0%
Privé	0	0,0%
Universitaire	2	8,0%
Inconnu	11	44,0%
La personne/structure en charge du courtage est		
Spécialisée sur un thème	7	28,0%
Généraliste	12	48,0%
Non précisé ou non adapté	6	24,0%
Profession initiale des courtiers connue		
	10	40,0%
Support du courtage via		
Moyen unique	5	20,0%
Moyens multiples	17	68,0%
Non précisé ou NA	3	12,0%
Support du courtage via (plusieurs réponses possibles)		
Informatique	12	48,0%
Papier	9	36,0%
Oral		
<i>direct</i>	16	64,0%
<i>téléphonique/Visio</i>	7	28,0%
Non précisé ou NA	3	12,0%
Modalités du courtage (destinataire)		
Individuel	3	12,0%
Collectif	12	48,0%
Les deux	7	28,0%
Non précisé	3	12,0%
Moyens financiers ayant permis la mise en œuvre du courtage		
Financement public ou état	3	12,0%
Non précisé et non adapté	22	88,0%

Résultats	n	%
Critère de jugement clairement explicité	4	16,0%
Facteurs favorisant présentés	20	80,0%
Facteurs limitant présentés	18	72,0%
Résultats de l'utilisation du courtage au niveau de l'action présentés	13	52,0%
Résultats de l'utilisation du courtage présentés	19	76,0%

Annexe 8: Fiche de poste d'un Knowledge Broker

Applications will be accepted until June 25, 2010; however interviews may occur prior to closing date. Please send your resume and cover letter to lmcgover@uottawa.ca

POSITION TITLE: KNOWLEDGE BROKER (GRADE 10)

FACULTY, SERVICE, SCHOOL: Faculty of Medicine, Institute of Population Health

UNIT: The Canadian Cochrane Centre (CCC)

JOB REPORTS TO: Executive Director, CCC

SALARY: Minimum: 51,356; Standard: 64,195; Maximum: 70,614
35 hours per week; contract renewable up to 5 years; benefits available

JOB SUMMARY

The Knowledge Broker will initiate, develop and implement knowledge translation strategies to make research evidence from Cochrane reviews available and accessible for decision making by healthcare consumers and clinicians. The Knowledge Broker will build relationships and collaborative networks with stakeholder groups to enhance and support their use of research evidence.

QUALIFICATIONS

- Knowledge of health care research and knowledge translation normally acquired through a postsecondary program and relevant experience.
- Experience working with healthcare practitioners, government officials and patient/consumer groups.
- Experience working with a variety of stakeholders to develop relationships and achieve shared goals.
- Experience in meeting and conference planning.
- Experience with various software (word processing, spreadsheets, databases).
- Strong organizational, interpersonal and written and oral communication skills.
- Ability to work flexibly and take on a variety of tasks as a member of a small team.
- Ability to set priorities and manage a heavy workload.
- Ability to take initiative, work independently and accountably in a positive manner.
- Masters degree (or equivalent experience) in a relevant field desirable.
- Understanding of the operation of The Cochrane Collaboration and experience conducting a Cochrane systematic review is an asset.
- Bilingualism (written and spoken) is an asset.

JOB DESCRIPTION

A. Integrated Knowledge Translation (IKT) and Dissemination (70%):

1. **Health Professionals and Researchers:** The Knowledge Broker will sustain the participation of our partner health professional and research organizations, which are end-users of Cochrane evidence, in active collaboration on IKT projects. The knowledge broker will build positive relationships with

partner organizations and create linkages for active engagement of knowledge-users in Cochrane Canada. This includes:

- Actively developing existing partnerships to identify and prioritize IKT needs and implement tailored IKT initiatives, working with Cochrane review groups and fields as appropriate.
- Initiating linkages with new partners and through consultation identify IKT priorities and implement tailored IKT activities, working with Cochrane groups as appropriate.
- Consulting with partners to identify their needs for new Cochrane products such as podcasts, the Cochrane Journal Club, Cochrane Corners etc and work with the Communications Specialist to tailor their implementation to ability and resources of partners.
- Consulting with research partners, including CIHR Institutes, to identify interest in priority reviews and engaging partners in dissemination of priority reviews.

2. Knowledge Utilization Training:

The Knowledge Broker contributes to the on-going development of a knowledge utilization training program as part of integrated knowledge translation and exchange activities. These include:

- Workshops on using evidence to introduce the concept of systematic reviews as a basis for knowledge translation to inform policy, practice and patient decisions, for a variety of audiences.
- Interactive workshops on Cochrane, *The Cochrane Library* and how to access, understand and use systematic reviews.
- Presentations, interactive workshops, and webinars tailored to the different audiences and timeframes based on a discussion of their needs, and provided to professional, research, and patient groups.
- Online peer review training for health professionals and consumers in collaboration with Cochrane Review Groups.
- Introductory systematic review training webinars in collaboration with partners and professional associations to encourage professionals to become involved as review authors.

3. Consumers: The Knowledge Broker fosters relationships and partnerships with existing and new patient advocacy (consumer) organizations and supports their involvement in Cochrane at the organizational and individual patient level.

- Develop and implement a mentoring and an advocacy training program for consumers.
- Providing ongoing training and support for Canadian consumers to become active in Cochrane in a variety of roles including as peer reviewers, mentors, disseminators about Cochrane and recruiters of new consumers
- Building new partnerships and relationships that will contribute to growth in consumer involvement in Cochrane Canada.
- Collaborating with patient advocacy organizations to use Cochrane reviews to identify research gaps and questions.

B. Contributing to the Goals of Cochrane Canada and The Cochrane Collaboration (20%):

1. The Knowledge Broker participates in health care and health policy conferences as a means to disseminate information, mainly through presentations and workshops. The purpose of this involvement is to build relationships with people who have never heard of Cochrane, to increase our subscription to our dissemination newsletters and to identify potential collaborators for training workshops.

2. The Knowledge Broker develops and disseminates resources to support the teaching about systematic reviews in collaboration with Cochrane regional network sites and university and college faculties and/or continuing education departments.
3. The Knowledge Broker supports the Canadian Cochrane groups by facilitating linkages with Canadian research groups, CIHR Institutes and knowledge users who can become engaged in their IKT activities.
4. The Knowledge Broker participates with Cochrane Collaboration working groups, as appropriate.
5. The Knowledge Broker works collaboratively with others engaged in similar projects across Canada and internationally, including other Cochrane researchers and John Wiley & Sons Ltd (publishers of The Cochrane Library). (S)he attends national and international meetings and conferences to keep informed and to present work.
6. The Knowledge Broker provides feedback to the CCC, the Advisory Board, the Stakeholder Group and The Cochrane Collaboration on possible avenues for improved responsiveness to user needs.
7. The Knowledge Broker seeks out and assists in the preparation of grant applications to support research translation and communication initiatives, and takes responsibility for managing funding obtained, including preparation of reports and ensuring deliverables are met.
8. The Knowledge Broker contributes reports on activities to newsletters, and to the Director, the Advisory Board and the Stakeholder Group as required.

C. Additional projects (10%)

1. Undertakes a Cochrane systematic review with support from the Director of the CCC.
2. Assists in conference planning for the Annual Canadian Cochrane Symposia (200-300 participants)
3. Performs other duties and participates in special projects as requested by the Executive Director.

STATISTICS

Annual CCC budget: approx. \$600,000

CCC staff: 6

Revised 11 February 2010

Annexe 9 : Description résumée d'une expérience de courtage en connaissances

Article source:

The construction of evidence-based local health policy through partnership: research infrastructure, process, and context in the Rotterdam 'Healthy in the City' programme.

Wehrens R, Bekker M, Bal R.

Journal of Public Health Policy, 2010 (31; 4):447-60

Contexte :

Suite au constat d'un état de santé chez les habitants de la ville de Rotterdam inférieur au niveau national, la ville a décidé la mise en place d'actions de prévention et de réduction des disparités de santé (programme 'Healthy in the city'). Le PHS (*Regional Public Health Service*) a été missionné pour ce projet.

Structure en charge du courtage :

Le CEPHIR (*Center for Effective Public Health in the larger Rotterdam area*), structure de type ACC (*Academic Collaborative Center*), a été contacté pour aider dans le projet, dans l'objectif de déterminer des actions possibles.

Les ACC sont des structures collaboratives entre les PHS et les départements de recherche universitaire, dont l'objectif annoncé est d'améliorer l'utilité et l'utilisation de la recherche dans le cadre de pratiques et politiques basées sur les preuves.

Expérience :

Le CEPHIR a proposé l'utilisation d'un des outils qu'ils ont développé ('*The small but beautiful procedure*') et qui vise à gérer les tensions entre chercheurs et décideurs notamment concernant les divergences en termes d'enjeux, de problématiques perçues ou d'échéances. Cet outil a pour but, dans un délai court (3 mois) et en partant de questionnements pratiques des politiques et décideurs, d'amener une réflexion sur les interactions, les études disponibles ou possibles, le design de celles-ci (..) pour aboutir à un rapport et une présentation centrés à nouveau sur les utilisateurs.

Initialement le projet a démarré de façon conforme, avec une répartition claire des rôles et une traduction de la demande initiale en trois questions de recherche.

Suivant la '*small but beautiful procedure*', la première étape a été la mise en place d'un groupe de travail comprenant les chercheurs, des membres du PHS (avec exclusion volontaire des décideurs en charge du projet) et les coordinateurs du CEPHIR (en tant que Knowledge brokers). Ce groupe a travaillé sur les données de la science disponibles, sur d'éventuels design d'études ultérieures et sur un consensus scientifique. La seconde étape a consisté en une présentation des résultats et une discussion avec les décideurs et responsables du projet '*Healthy in the city*'.

Cette seconde étape a été un échec : en effet les coordonnateurs du projet ont exprimé des attentes très différentes par rapport à ce qui était présenté par le groupe de travail, avec

notamment des attentes de propositions beaucoup plus concrètes de types « recettes de cuisine ».

Les coordonnateurs du CEPHIR ont alors adapté leurs stratégies avec d'une part la réalisation d'entretiens informels pour comprendre les attentes de chacun et créer des groupes d'intérêt commun, avec reformulation et formalisation commune des attentes par mail. D'autre part ils ont privilégié une approche par scénarios, qui prennent à la fois en compte la pertinence scientifique et l'aspect pratique des interventions possibles. Ces scénarios ont été co-construits dans un langage commun.

Enfin, la présentation des résultats aux décideurs a été anticipée d'un point de vue global (vision globale de santé publique, légitimité scientifique, adaptation aux échéances...).

Intérêt de l'article pour illustrer le processus de courtage en connaissances :

Comme le soulignent les auteurs, cet article montre que le courtage en connaissances peut faciliter les interactions entre les différents acteurs. La structure sous-jacente (CEPHIR) et ses coordonnateurs ont pu créer un espace de rencontre informel, pour échanger sur les points de vue et les attentes de chacun. Les courtiers ont également su s'adapter à un contexte et des réactions défavorables et inattendues. Ceci montre aussi l'importance d'adapter les stratégies, soulignant par la même les limites d'outils pourtant mis en place à cet effet.

VU

NANCY, le **14 avril 2012**

Le Président de Thèse

Professeur F. ALLA

NANCY, le **18 avril 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3953

NANCY, le **20 avril 2012**

L'ADMINISTRATEUR PROVISOIRE DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur J.P. FINANCE

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La Promotion de la Santé est aujourd'hui concernée par la nécessité de se baser sur des données probantes, avec l'apparition de l'Evidence-Based Health Promotion. Cette nouvelle approche n'est pas sans poser problème, dans la génération des preuves elles-mêmes mais aussi dans la nécessaire communication entre chercheurs et acteurs de terrain pour la mise en place d'actions basées sur des données probantes. De cette difficulté est née le courtage en connaissance, l'idée d'un intermédiaire facilitant l'interaction et la collaboration entre ces deux expertises.

Notre étude avait pour objectif de stabiliser les concepts sous-jacents au terme de *courtage en connaissances* à travers l'étude des différentes définitions retrouvées pour ce terme. Notre second objectif était de lister, à travers les différentes expériences retrouvées dans la littérature, les éléments favorisant ou limitant sa mise en place ainsi que ses résultats.

Nous avons effectué une revue systématique de la littérature scientifique et l'avons complétée par une exploration de la littérature grise.

Différentes définitions ont été retrouvées, permettant de dégager des concepts communs, comme le partenariat et l'apport mutuel de connaissances, dans une visée d'amélioration des pratiques. Les données étudiées ont également permis de dégager des points clés favorisant le processus de courtage, tels les qualités du courtier ou l'inscription de cet intermédiaire dans un cadre institutionnel. L'étude de la littérature grise a retrouvé de nombreuses références supplémentaires, montrant que le courtage en connaissances, s'il fait l'objet d'un grand intérêt et de nombreux travaux, reste un sujet assez peu exploré dans la littérature scientifique.

L'ensemble de ces résultats nous permet d'envisager une définition du courtage mais aussi d'engager une réflexion sur les prérequis nécessaires et les modalités possibles de sa mise en pratique dans le contexte français.

TITRE EN ANGLAIS

Knowledge brokering in Health Promotion – A review of literature

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : Courtage en connaissances, Promotion de la Santé, Données probantes

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
