

Faire avancer l'application des connaissances en soins primaires

Matthew Menear MSc Kelly Grindrod MSc Kathleen Clouston PhD Peter Norton MD CCFP FCFP France Légaré MD PhD CCFP FCFP

Au Canada, des efforts sont déployés pour renforcer les soins de santé primaires (SSP), que ce soit par les divisions de pratique familiale en Colombie-Britannique, les équipes de santé familiale en Ontario, les groupes de médecine familiale au Québec ou les équipes collaboratives de médecins de famille et d'infirmières praticiennes en Nouvelle-Écosse. Cependant, il reste encore beaucoup de travail à faire puisque selon des comparaisons internationales, le Canada tire de l'arrière par rapport à d'autres pays développés quant au rendement et à l'infrastructure des SSP^{1,2}. Le manque historique d'investissements au Canada dans la recherche en SSP, en particulier dans le domaine de la médecine familiale, a contribué à cette situation déplorable³. Par rapport à d'autres disciplines de la santé, on a observé au cours de la dernière décennie des taux disproportionnellement faibles de financement accordé à la recherche en médecine familiale, et peu de programmes offrent une formation avancée en recherche aux médecins de famille³.

Pour y remédier, le principal organisme de recherche sur la santé au Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), s'est récemment engagé à aider le Canada à devenir un leader international dans la réalisation et l'application de recherches de grande qualité en SSP d'ici 2020⁴. Conformément à cet engagement, les IRSC ont organisé en juin 2010 un Institut d'été sur la recherche en soins de santé primaires à l'intention de stagiaires canadiens en recherche. Les IRSC ont choisi le thème de l'atelier d'été, puis ont désigné un leader pour aider à organiser la rencontre. Ce chef de file, Dr Peter Norton, a formé un comité directeur composé de 4 autres chercheurs principaux en SSP (D^{rs} Earl Dunn, Moira Stewart, Rick Glazier et Fred Tudiver) et ils ont collectivement établi les objectifs et la structure de l'atelier (**Encadré 1**). Ces préparatifs ont donné lieu à une activité de renforcement des capacités d'une durée de 4 jours, réunissant 30 stagiaires et 13 enseignants de renom qui se sont penchés sur les frontières futures de la recherche en SSP. Les stagiaires étaient des étudiants diplômés, des boursiers postdoctoraux et des cliniciens scientifiques (p. ex. médecins de famille, infirmières, pharmaciens) représentant une diversité de disciplines et d'établissements. Les

professeurs étaient des chercheurs reconnus dans le domaine des SSP. Ils ont dirigé les séances plénières et animé les activités et les discussions des groupes, et ils ont agi en tant que mentors auprès des stagiaires pendant toute la durée de l'atelier. Les séances plénières étaient interactives et permettaient aux stagiaires et aux professeurs d'aborder les nombreuses questions conceptuelles, méthodologiques, éthiques et pratiques pertinentes à la recherche en SSP.

L'importance d'appliquer les connaissances tirées de la recherche dans le but d'améliorer la pratique des

Encadré 1. Objectifs et structure de l'Institut d'été 2010

Objectifs

- Étudier les concepts clés et les questions d'actualité dans le domaine de la recherche sur les soins de santé primaires
- Discuter des grandes méthodologies et des lacunes méthodologiques dans le domaine de la recherche sur les soins de santé primaires
- Discuter des conséquences de la recherche sur les soins de santé primaires et de l'application des connaissances sur les politiques et pratiques en matière de santé
- Offrir aux stagiaires un environnement d'apprentissage multidisciplinaire de grande qualité qui leur donne la possibilité de communiquer avec des étudiants possédant une expérience variée et avec des chefs de file de la recherche sur les soins de santé primaires

Structure

- Jour 1: Mot de bienvenue et introduction à la recherche sur les SSP au Canada; formation de groupes pour les travaux en équipe (ébauche d'une demande de subvention simulée aux IRSC)
- Jour 2: Plénières dirigées par des professeurs (p. ex. recherche en participation, interface entre les soins primaires et la santé publique, la multimorbidité, les systèmes d'information sur la santé, l'éthique en recherche); travaux en équipe; activité sociale (danse en ligne country)
- Jour 3: Plénières dirigées par des professeurs (p. ex. application des connaissances en soins primaires, réseaux de recherche axée sur la pratique modèles de soins, amélioration de la qualité en soins primaires); travaux en équipe; conversations autour du feu (échange de connaissances informel et activité de réseautage)
- Jour 4: Plénières dirigées par des professeurs (p. ex. recherche comparative, recherche internationale, santé mondiale); présentations des équipes; mot de la fin

IRSC—Instituts de recherche en santé du Canada, SSP—soins de santé primaires.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the June 2012 issue on page 623.

soins primaires se trouvait au cœur des enjeux examinés durant l'Institut d'été. Les IRSC définissent comme suit l'application des connaissances (AC):

un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé⁵.

Essentiellement, l'AC concerne le fait de mettre les connaissances en action. Au cours des récentes années, le processus «du savoir à l'action» a été conceptualisé par de nombreux auteurs, notamment par Graham et collaborateurs^{5,6} qui ont élaboré un cadre qui décrit le processus dynamique de la création de connaissances jusqu'à leur application (**Figure 1**)⁶. La création de connaissances comporte 3 étapes: le *questionnement des connaissances* (la production d'études primaires de qualité variable), la *synthèse des connaissances* (le regroupement des connaissances existantes, p. ex. au moyen de synthèses critiques ou de méta-analyses) et les *produits et outils issus des connaissances* (qui présentent clairement le savoir sous forme conviviale, comme des guides de pratique clinique ou des aides à la prise de décisions pour les patients). À mesure que les connaissances passent d'une étape à l'autre, elles sont peaufinées et deviennent potentiellement plus utiles aux utilisateurs des connaissances que l'on cible. Ce savoir sert ensuite à alimenter un cycle d'action qui décrit les activités pour faciliter leur adoption dans la pratique (p. ex. adapter les connaissances aux contextes locaux, évaluer les résultats)⁶.

L'application des connaissances revêt une importance critique, étant donné les nombreuses lacunes qui existent entre ce que nous savons et ce qui est fait en réalité dans les soins primaires⁷. Par exemple, il existe de nombreux conseils à l'intention des médecins de famille sur l'immunisation durant l'enfance, la surveillance des anticoagulants, les soins à la suite d'un infarctus du myocarde, le diabète et la dépression et, pourtant, des études canadiennes font valoir des variations dans les soins et leur qualité dans chacun de ces domaines⁸⁻¹¹.

Durant l'Institut d'été, les stagiaires et les professeurs ont discuté des possibilités et des défis que présente l'AC en soins primaires. Plus précisément, ils ont réfléchi au fait que le contexte des soins primaires diffère de celui d'autres secteurs de la santé et à la façon dont ces différences peuvent influencer la «pratique» de l'AC (aider les intervenants à se tenir au fait des connaissances issues de la recherche et faciliter leur utilisation à l'appui de l'amélioration de la pratique et de la santé)¹². À la suite de l'Institut d'été, 3 stagiaires (M.M., K.G. et K.C.) et deux professeurs (P.N. et F.L.) ont décidé de continuer

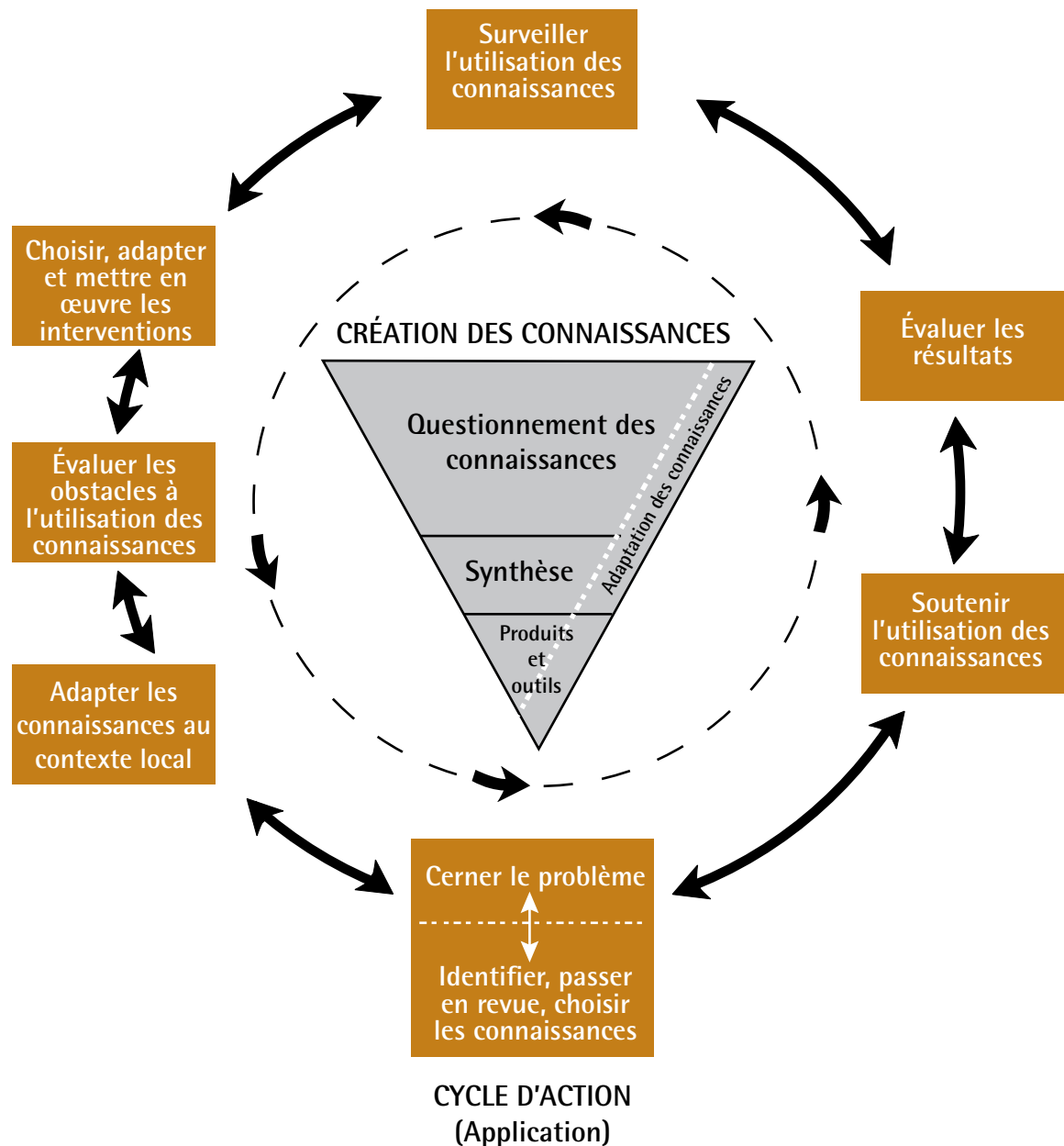
à discuter de la pratique que l'AC dans les contextes de soins primaires. Ensemble, ils ont aussi réfléchi à l'utilité de faire avancer la «science» de l'AC en soins primaires (ou la recherche sur l'AC - étudier les déterminants de l'utilisation du savoir et les méthodes efficaces pour promouvoir l'adoption des connaissances)¹².

Les soins primaires: un milieu de pratique unique

En comparaison des autres milieux de soins de santé, les soins primaires sont uniques sur le plan de l'ampleur de leur champ de pratique, puisqu'ils concernent un large éventail de problèmes de santé et de besoins chez l'humain. Les professionnels des soins primaires répondent aux préoccupations entourant la santé physique et émotionnelle de populations diversifiées et ils fournissent et coordonnent les soins durant toute la vie. De nombreux patients se présentent avec de multiples inquiétudes pour leur santé et pour d'autres problèmes psychosociaux, familiaux ou culturels qui nécessitent une attention¹³.

Ce large champ de pratique contraste avec ce que certains voient comme la nature hautement spécialisée de la recherche médicale et sur les interventions, qui se concentre sur une seule maladie ou situation clinique précisément définie¹⁴. Les études cliniques, par exemple, ont des critères d'admissibilité stricts et excluent généralement les personnes ayant des problèmes concomitants, ce qui peut limiter la généralisation des constatations aux patients en soins primaires¹⁵. Pareillement, les guides de pratique clinique et les programmes de formation sont souvent élaborés avec une seule maladie en tête, oubliant parfois les différences socioéconomiques et culturelles dans les populations¹⁶⁻¹⁸. Cette déconnexion force les professionnels des soins primaires à évaluer l'applicabilité des constatations de la recherche et des interventions aux patients du «monde réel» dans leurs propres milieux de pratique, un exercice difficile «d'ajustement de la pièce carrée des données scientifiques dans le trou rond de la vie du patient»¹⁹. Il n'est pas étonnant que la réussite des chercheurs dans leurs tentatives de combler l'écart entre ce que nous savons et ce qui est fait en soins primaires ait aussi été limitée²⁰. Pour que la pratique de l'AC soit efficace, il faut que le questionnement des connaissances soit plus réceptif aux besoins des médecins de famille et des autres professionnels des soins primaires en matière de savoir. Parmi les étapes dans cette direction figurent l'intérêt grandissant pour les études cliniques pragmatiques, qui cherchent à évaluer les bienfaits de différentes options de soins dans les milieux cliniques habituels²¹, et la récente recherche sur la multimorbidité^{13,22}. Des efforts constants pour augmenter la réceptivité de la recherche en SSP devraient permettre à tous les professionnels de prodiguer plus

Figure 1. Cadre du savoir à l'action



Réimpression avec autorisation de Graham et collab.⁶

aisément des soins à la fois centrés sur le patient et fondés sur des données probantes.

Importance de l'AC intégrée

En dépit de la quantité de données disponibles tirées de la recherche, très peu sont adoptées et appliquées en

pratique clinique²³. Il a été démontré que les médecins de famille en particulier sont plus prudents que les autres spécialistes dans la mise en application des nouvelles connaissances issues de la recherche et plus craintifs face aux données produites dans des milieux différents des leurs (p. ex. milieux cliniques spécialisés)^{24,25}. En tant

que chercheurs, nous pouvons accroître la pertinence et l'adoption des constatations de nos recherches en mettant activement à contribution les médecins de famille et d'autres partenaires durant l'ensemble du processus de la recherche pour produire conjointement le savoir dans leurs contextes à eux. Les IRSC décrivent cette approche de la recherche collaborative, axée sur l'action, comme étant l'AC intégrée²⁶. Dans l'AC intégrée, les chercheurs et les professionnels partagent le contrôle du processus de recherche et identifient ensemble les problèmes, formulent les objectifs de la recherche, décident de la méthodologie, recueillent et interprètent les données, communiquent les résultats et les appliquent.

Si les avantages des approches en participation à la recherche sont reconnus²⁷, notamment la plus grande validité de la recherche, un engagement plus fort et de meilleurs échanges entre les partenaires, dans la pratique, divers obstacles (p. ex. obligations en concurrence, temps ou contraintes financières) nuisent souvent aux collaborations actives²⁸. Lors de l'Institut d'été, nous avons appris comment les réseaux de recherche axée sur la pratique en soins primaires (RRAPSP) peuvent contribuer à surmonter ces obstacles. Les réseaux de recherche axée sur la pratique rassemblent des chercheurs et des professionnels des soins primaires dans des communautés d'apprentissage en collaboration pour répondre aux défis rencontrés dans la pratique au quotidien²⁹. Même s'ils ne sont pas aussi développés que dans d'autres pays, il existe des RRAPSP au Canada³⁰. Ce sont des centres importants pour la production et l'application de la recherche en SSP. De plus, lorsque des activités de recherche au sein des RRAPSP mettent activement à contribution les patients et les membres de la communauté, ces réseaux accélèrent non seulement le processus du savoir à l'action, mais ils aident aussi à cerner des solutions qui sont acceptables et équitables pour un auditoire plus large³¹.

Communication et partage

Dans les systèmes de soins primaires, les médecins de famille comptent parmi de nombreux autres groupes professionnels et intervenants qui jouent un rôle dans la prestation des soins. Durant les échanges à l'Institut d'été, les participants ont fait remarquer que les intervenants différaient souvent en ce qui a trait à la valeur qu'ils accordent à certains genres de données scientifiques (p. ex. synthèses critiques, études contrôlées randomisées, études observationnelles, recherche qualitative), à l'importance donnée à divers types d'information (p. ex. scientifique, expérientielle, contextuelle, opinions du patient ou d'un pair) quand ils prennent des décisions et aux sources des données (p. ex. revues scientifiques, revues populaires, guide de pratique, leaders d'opinions) qu'ils considèrent crédibles.

Lorsque nous procédons à l'AC, il est donc important d'être sensibilisés à ces facteurs. En tant que chercheurs, nous pouvons faciliter l'accès aux constatations de notre recherche en utilisant les voies de communication particulières auxquelles font confiance nos utilisateurs-cibles et nous pouvons aider à éliminer les obstacles que rencontrent les intervenants quand ils essaient d'accéder aux données scientifiques et de les utiliser (p. ex. contraintes de temps, manque de compétences en recherche, ressources ou infrastructures insuffisantes). Les chercheurs peuvent aussi appuyer davantage l'application des connaissances en faisant participer les patients et en intégrant la recherche aux relations que développent les professionnels avec eux au fil du temps, comme en élaborant des interventions d'AC facilitée par les patients (p. ex. aides à la décision des patients), qui sont adaptées aux profils de risques cliniques des patients³². Nous devons aussi reconnaître que, même si les données scientifiques semblent solides et incontestables, certains intervenants peuvent les interpréter différemment et ne pas les utiliser de la même façon. De fait, les chercheurs et les professionnels des soins primaires pourraient bénéficier mutuellement de la création de forums où l'on puisse réfléchir à la pratique clinique, échanger des connaissances, utiliser un savoir qu'on peut surveiller, ainsi qu'exprimer et régler des préoccupations entourant les constatations³³. Par exemple, Baumbusch et ses collègues ont utilisé 3 approches pour promouvoir les échanges entre chercheurs et cliniciens. Ils ont impliqué des leaders cliniques dans leur projet de recherche et leurs rencontres. Ils ont confié des rôles de consultants à des étudiants au doctorat ayant une expérience clinique pour rencontrer des cliniciens individuellement ou en petits groupes et appuyer les activités d'AC dans leurs milieux de pratique. Ils ont organisé des déjeuners-rencontres face à face entre chercheurs et cliniciens durant lesquels les chercheurs faisaient connaître leurs constatations préliminaires, recevaient une rétroaction et, de concert avec ces cliniciens, examinaient les façons de régler leurs préoccupations communes³³. Des études font valoir que très peu de pratiques de soins primaires sont dotées de tels forums^{20,34} et pourtant, ils pourraient être essentiels pour favoriser une même compréhension et de mêmes démarches touchant la pratique au quotidien.

Faire avancer la recherche sur l'AC au profit des soins primaires

L'application des connaissances est un domaine émergent et de plus en plus diversifié de la science. Elle comporte des travaux dans le but de^{35,36}:

- développer une théorie sur les meilleures façons de créer, partager et utiliser les connaissances et les divers facteurs en cause dans ce processus;
- évaluer les lacunes dans les connaissances qui nuisent à la prise de décisions en matière de santé et cerner

les déterminants et les conditions de l'utilisation du savoir;

- mieux comprendre comment accélérer la mise en application des données probantes et les facteurs qui rendent efficaces et viables les interventions en AC dans différents contextes;
- mesurer la réussite et les effets des interventions en AC.

Autrement dit, la recherche sur l'AC se préoccupe de rendre plus efficace le processus de la mise en action du savoir. Une telle recherche a déjà dégagé de nombreuses éléments, y compris la nature complexe et non linéaire du processus, les limites des stratégies de dissémination passive, l'importance des contextes de la pratique et de la facilitation des changements à la pratique, ainsi que les défis pour mettre à l'échelle les innovations et soutenir le changement³⁷⁻³⁹. Il reste de nombreuses lacunes dans nos connaissances sur le processus de l'AC en soins primaires. Il faut donc des progrès dans la recherche sur l'AC afin d'orienter une pratique d'AC efficace dans ce milieu unique. Nos discussions nous ont conduits à identifier 4 stratégies générales pour atteindre cet objectif: soutenir la recherche, édifier les capacités, développer les infrastructures, et promouvoir la visibilité de la recherche en SSP et sur l'AC. Ces stratégies s'appliquent à la fois aux professionnels des soins primaires et

aux chercheurs, quoique les voies à suivre par les 2 groupes dans ces stratégies soient parfois différentes (**Tableau 1**)⁴⁰⁻⁴². Par ailleurs, il faudra souvent des actions concertées pour bâtir la science de l'AC en soins primaires, comme le soutien à la recherche, et la création de RRAP en soins primaires, de dossiers médicaux électroniques compatibles ainsi que de forums d'échange et d'application des connaissances.

Conclusion


Maintenant plus que jamais, il est nécessaire d'intégrer des stratégies d'AC dans la pratique et la recherche en soins primaires pour assurer la mise en application des constatations pertinentes, surmonter le problème de l'adoption typiquement lente des données probantes dans la pratique au quotidien et appuyer les réformes des soins primaires. L'avancement tant de la pratique que de la science de l'AC exigera nécessairement un rapprochement plus étroit des mondes de la pratique des soins primaires et de la recherche. Tous ensemble, nous devons aller de l'avant de manière à ce que la recherche puisse être ancrée dans la pratique des soins primaires et à ce que nous puissions bénéficier plus pleinement des connaissances qu'elle produit. Il est essentiel de renforcer nos relations pour améliorer notre système de santé et la santé des Canadiens. 

Tableau 1. Mesures possibles pour faire avancer la recherche sur l'AC en soins primaires

CATÉGORIE	MESURES PAR LES PROFESSIONNELS DES SOINS PRIMAIRES	MESURES PAR LES CHERCHEURS
Appui à la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à des initiatives de recherche ou d'amélioration de la qualité en soins primaires en tant que chercheur, cochercheur ou membre du groupe consultatif du projet 	<ul style="list-style-type: none"> • Participer à la recherche sur l'AC intégrée dans des milieux de soins primaires • Fournir de l'aide aux professionnels des soins primaires locaux qui souhaitent faire de la recherche (p. ex. programme du centre d'aide à la recherche de la Colombie-Britannique⁴⁰)
Édification des capacités	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir des programmes de formation en recherche organisés par des universités (p. ex. TUTOR-PHC⁴¹) ou des associations professionnelles (p. ex. programme de formation de 5 fins de semaines du Collège des médecins de famille de l'Ontario⁴²) et y participer • Participer à des conférences scientifiques (p. ex. FMF ou conférence du NAPCRG) pour mieux connaître l'AC ou la recherche en SSP et réseauter avec des chercheurs • Créer des forums (en personne, téléphoniques, sur le web) avec des chercheurs pour échanger sur des problèmes cliniques et de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des cours sur l'AC pour les niveaux prédoctoral et postdoctoral • Élaborer des programmes de formation et de mentorat à l'intention des professionnels des soins primaires pour travailler dans des rôles de consultants ou de courtiers du savoir • Travailler avec des associations professionnelles pour créer des ateliers sur l'AC et la recherche dans le contexte des activités de FMC • Créer des forums (en personne, téléphoniques, sur le web) avec des professionnels des soins primaires pour échanger sur des problèmes cliniques et de recherche
Développement de l'infrastructure	<ul style="list-style-type: none"> • Préconiser et soutenir l'établissement de réseaux de recherche axée sur la pratique en soins primaires • Soutenir le développement et la connexion des dossiers médicaux électroniques en soins primaires 	
Accroissement de la visibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Partager des expériences de réussite ou d'échec dans l'AC avec des collègues cliniciens et chercheurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre sur pied un symposium national sur la pratique et la science de l'AC en soins primaires

FMC—formation médicale continue, FMF—Forum en médecine familiale, AC—application des connaissances, NAPCRG—North American Primary Care Research Group, SSP—soins de santé primaires, TUTOR-PHC—Transdisciplinary Understanding and Training on Research—Primary Health Care (compréhension et formation transdisciplinaires en recherche - soins de santé primaires).

M. Menear est candidat au doctorat au Département de la médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal au Québec. **M^{me} Grindrod** est pharmacienne et professeure adjointe à la Faculté de pharmacie de l'Université de Waterloo en Ontario. **M^{me} Clouston** est boursière postdoctorale au Département de recherche en médecine familiale de l'Université du Manitoba à Winnipeg. **D^r Norton** est professeur émérite au Département de médecine familiale de l'Université de Calgary en Alberta. **D^r Légaré** est médecin de famille, professeure titulaire au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval et directrice du Groupe de recherche sur l'évaluation de l'application des connaissances et des technologies de la santé au Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M. Matthew Menear, Institut national de santé publique du Québec, 190, boul. Crémazie est, Montréal, QC H2P 1E2; téléphone 418 255-9160; courriel matthew.menear@inspq.qc.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(6):w1171-83. Cyberpub. du 2 novembre 2009.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff (Millwood)* 2006;25(6):w555-71. Cyberpub. du 2 novembre 2006.
- Russell G, Geneau R, Johnston S, Liddy C, Hogg W, Hogan K. *Mapping the future of primary healthcare research in Canada*. Ottawa, ON: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2007. Accessible à: www.chsrf.ca/migrated/pdf/researchReports/commissionedResearch/mapping_future_report_2007_e.pdf. Accédé le 19 avril 2012.
- Instituts de recherche en santé du Canada. *CIHR Primary Healthcare Summit—2010: patient-oriented primary healthcare—scaling up innovation*. Toronto, ON: Instituts de recherche en santé du Canada; 2010. Accessible à: www.f2fe.com/cihr/2010/postevent. Accédé le 6 avril 2011.
- Instituts de recherche en santé du Canada [site web]. *More about knowledge translation at CIHR*. Ottawa, ON: Instituts de recherche en santé du Canada; 2010. Accessible à: www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html. Accédé le 6 avril 2011.
- Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W et collab.. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006;26(1):13-24.
- European Science Foundation. *Forward look—implementation of medical research in clinical practice*. Strasbourg, Fr: European Science Foundation; 2011. Accessible à: www.esf.org/publications.html. Accédé le 6 avril 2011.
- Katz A, De Coster C, Bogdanovic B, Sooden R, Chateau D. *Using administrative data to develop indicators of quality in family practice*. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy; 2004. Accessible à: <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/deliverablesList.html>. Accédé le 6 avril 2011.
- Duhoux A, Fournier L, Nguyen CT, Roberge P, Beveridge R. Guideline concordance of treatment for depressive disorders in Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44(5):385-92. Cyberpub. du 22 octobre 2008.
- Hackam DG, Leiter LA, Yan AT, Yan RT, Mendelsohn A, Tan M et collab.. Missed opportunities for the secondary prevention of cardiovascular disease in Canada. *Can J Cardiol* 2007;23(14):1124-30.
- Shah BR, Mamdani M, Jaakkimainen L, Hux JE. Risk modification for diabetic patients. Are other risk factors treated as diligently as glycemia? *Can J Clin Pharmacol* 2004;11(2):e239-44. Cyberpub. du 10 novembre 2004.
- Graham I. *Integrated knowledge translation at CIHR*. Montréal, QC: Participatory Research at McGill; 2008. Accessible à: www.pram.mcgill.ca/i/graham.pdf. Accédé le 6 avril 2011.
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005;3(3):223-8.
- Stange KC, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med* 2001;33(4):286-97.
- Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med* 2006;4(2):104-8.
- Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A. Multimorbidity is common to family practice. Is it commonly researched? *Can Fam Physician* 2005;51:244-5. Accessible à: www.cfp.ca/content/51/2/244.full.pdf.html. Accédé le 19 avril 2012.
- Manna DR, Bruijnzeels MA, Morkink HG, Berg M. Ethnic specific recommendations in clinical practice guidelines: a first exploratory comparison between guidelines from the USA, Canada, the UK, and the Netherlands. *Qual Saf Health Care* 2003;12(5):353-8.
- Aldrich R, Kemp L, Williams JS, Harris E, Simpson S, Wilson A et collab.. Using socioeconomic evidence in clinical practice guidelines. *BMJ* 2003;327(7426):1283-5.
- Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 2001;323(7321):1100-2.
- Crabtree BF, Nutting PA, Miller WL, McDaniel RR, Stange KC, Roberto Jaen C et collab.. Primary care practice transformation is hard work: insights from a 15-year developmental program of research. *Med Care* 2011;49(Suppl):S28-35.
- Zwarenstein M, Treweek S. What kind of randomised trials do patients and clinicians need? *Evid Based Med* 2009;14(4):101-3.
- Smith SM, O'Kelly S, O'Dowd T. GPs' and pharmacists' experiences of managing multimorbidity: a 'Pandora's box'. *Br J Gen Pract* 2010;60(576):285-94.
- Waddell C. So much research evidence, so little dissemination and uptake: mixing the useful with the pleasing. *Evid Based Ment Health* 2001;4(1):3-5.
- Fitzgerald L, Ferlie E, Hawkins C. Innovation in healthcare: how does credible evidence influence professionals? *Health Soc Care Community* 2003;11(3):219-28.
- Beaulieu MD, Proulx M, Jobin G, Kugler M, Gossard F, Denis JL et collab.. When is knowledge ripe for primary care? An exploratory study on the meaning of evidence. *Eval Health Prof* 2008;31(1):22-42. Cyberpub. du 1^{er} février 2008.
- Graham ID, Tetroe J. How to translate health research knowledge into effective healthcare action. *Healthc Q* 2007;10(3):20-2.
- Cargo M, Mercer SL. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. *Annu Rev Public Health* 2008;29:325-50.
- Solberg LI, Elward KS, Phillips WR, Gill JM, Swanson G, Main DS et collab.. How can primary care cross the quality chasm? *Ann Fam Med* 2009;7(2):164-9.
- Mold JW, Peterson KA. Primary care practice-based research networks: working at the interface between research and quality improvement. *Ann Fam Med* 2005;3(Suppl 1):S12-20.
- Jones C. Laboratories of primary care. Practice-based research networks in Canada. *Can Fam Physician* 2006;52:1045-6 (ang), 1047-8 (fr).
- Macaulay AC, Nutting PA. Moving the frontiers forward: incorporating community-based participatory research into practice-based research networks. *Ann Fam Med* 2006;4(1):4-7.
- Brouwers M, Stacey D, O'Connor A. Knowledge creation: synthesis, tools and products. *CMAJ* 2010;182(2):E68-72. Cyberpub. du 2 novembre 2009.
- Baumbusch JL, Kirkham SR, Khan KB, McDonald H, Semeniuk P, Tan E et collab.. Pursuing common agendas: a collaborative model for knowledge translation between research and practice in clinical settings. *Res Nurs Health* 2008;31(2):130-40.
- Fitzgerald L, Ferlie E, Wood M, Hawkins C. Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Hum Relat* 2002;55(12):1429-49.
- Kitson A, Bisby M. *Speeding up the spread. Putting KT research into practice and developing an integrated KT collaborative research agenda*. Edmonton, AB: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2008.
- Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *J Clin Epidemiol* 2011;64(1):6-10.
- Grol R, Wensing M, Eccles MP. *Improving patient care. The implementation of change in clinical practice*. Edinburgh, Écosse: Elsevier; 2005.
- Rycroft-Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titchen A. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *J Clin Nurs* 2004;13(8):913-24.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82(4):581-629.
- George KM. The research help desk and graduate courses. In: *Mobilize This!* [blog] 2008 Jun 05. Accessible à: <http://researchimpact.wordpress.com/2008/06/05/the-research-help-desk-and-graduate-courses>. Accédé le 6 avril 2011.
- University of Western Ontario [site web]. *Transdisciplinary Understanding and Training on Research-Primary Health Care (TUTOR-PHC)*. London, ON: University of Western Ontario; 2011. Accessible à: www.uwo.ca/fammed/csfm/tutor-phc/. Accédé le 6 avril 2011.
- Rosser W, Godwin M, Seguin R. Family medicine research capacity building. Five-weekend programs in Ontario. *Can Fam Physician* 2010;56:e94-100. Accessible à: www.cfp.ca/content/56/3/e94.full.pdf.html. Accédé le 25 avril 2012.
