

organisation

Le transfert des savoirs scientifiques dans la pratique clinique

ALAN PEARSON ■ L'essor de la pratique fondée sur les preuves a été facilité par le développement de modèles théoriques permettant de s'approprier les composants de ce concept ■ Le *Joanna Briggs Institute* est une organisation internationale qui propose une large gamme de ressources afin de promouvoir cette pratique dans le champ de la santé.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

The transfer of scientific knowledge in clinical practice. The rapid growth of evidence-based practice has been facilitated by the development of theoretical models enabling the components of this concept to be assimilated. The Joanna Briggs Institute is an international organisation which offers a wide range of resources in order to promote this practice in the health sector.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

MOTS CLÉS

- Joanna Briggs Institute
- Evidence-Based Practice
- Evidence-Based Nursing
- Modèle
- Transfert des savoirs
- Utilisation des savoirs

KEYWORDS

- Clinical practice
- Evidence-Based Nursing
- Evidence-Based Practice
- Joanna Briggs Institute
- Knowledge transfer
- Knowledge utilization
- Model

Le transfert des savoirs est un processus qui répond à un besoin précis, celui de s'assurer que les savoirs les plus pertinents sont utilisés dans la pratique. Il s'agit d'une démarche continue, itérative et interactive de transfert des savoirs produits par la recherche dans la pratique clinique mais aussi dans le développement des politiques de santé. Cette démarche s'accompagne nécessairement d'une réflexion éthique et requiert l'établissement d'interactions complexes entre les producteurs et les consommateurs de savoirs [1-5]. La diffusion par les chercheurs des résultats de leurs travaux est un préalable au transfert de savoirs. Elle conditionne leur utilisation par les responsables en charge de la conception des politiques sanitaires par les cliniciens [2,6]. Les stratégies visant à faciliter ce transfert reposent sur :

- **des modalités de communication des résultats de recherche** qui puissent influencer les décideurs ;
- **le développement de collaborations** notamment entre chercheurs et décideurs ;
- **l'adéquation des thématiques** de recherche avec les attentes des consommateurs de ces résultats [2]. Des similitudes et des différences peuvent être dégagées dans la définition de ce processus de transfert [7]. Celui-ci articule :
- **le passage de la recherche fondamentale à la recherche appliquée** (dans le cadre d'un essai clinique) [8,9]. Une insuffisance de transfert

peut exister à cette étape (qualifié d'écart de transfert 1 ou T1) ;

- **le passage de la recherche clinique à l'utilisation dans la pratique clinique** de ces interventions dont l'impact a été validé. Une insuffisance de transfert entre le savoir et l'action peut également exister à cette étape [8,10]. Des obstacles peuvent donc également entraver le transfert de savoirs à cette étape [9] (qualifié d'écart de transfert 2 ou T2).

LE CYCLE DE TRANSFERT DES SAVOIRS SCIENTIFIQUES ET LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES

■ **Trois études [11-13]** ont examiné les relations qui existent entre le cycle de transfert des savoirs scientifiques et la pratique fondée sur des données probantes (*Evidence-Based Practice* – EBP). Les auteurs suggèrent qu'il est nécessaire d'améliorer le transfert de savoirs fondamentaux dans la pratique clinique [14].

■ **Les ruptures dans le processus de transfert** des résultats de recherche vers la pratique sont repérables dans les publications internationales [15]. Une étude [11] suggère qu'il existe en fait 3 obstacles dans ce processus de transfert qui a pour finalité l'amélioration des résultats de soins :

- **l'écart entre le besoin de disposer de savoirs scientifiques et la découverte** constitue un premier

écart potentiel. Celui-ci empêche la mise en conjonction des besoins en matière de savoirs scientifiques exprimés par les patients, les cliniciens, les législateurs et les organisations, et les travaux conduits par les chercheurs engagés dans la phase de "découverte" du processus ;

- **le second écart de la découverte à l'application clinique** peut être observé entre la découverte scientifique et la recherche clinique ;
- **de l'application clinique à l'intégration dans les pratiques.** Il s'agit de l'écart qui peut exister entre la recherche clinique et la pratique clinique entravant l'utilisation des résultats de recherches cliniques (mais aussi en santé publique ou en management des services de santé) vers les sphères où sont élaborées la réglementation/la législation, vers la pratique clinique ou encore vers la santé communautaire. Réduire cet écart requiert un engagement sans faille des usagers, des cliniciens, des politiques et des financeurs.

LE MODÈLE D'EBP PROPOSÉ PAR LE JBI

■ **Le modèle du Joanna Briggs Institute (JBI)** de pratique fondée sur les preuves a été développé par Alan Pearson et coll. [12]. Il existe de nombreux modèles destinés à représenter les éléments qui composent l'EBP appliquée au secteur de la santé. Ils ont pour objectifs de faciliter la compréhension, l'analyse, l'amélioration et le changement du processus d'EBP.

■ **Le Ace Star Model of Knowledge Transformation [16]**, par exemple, est un modèle représenté sous la forme d'une étoile à cinq branches correspondant aux 5 phases du transfert de savoir :

- **découverte ;**
- **synthèse des savoirs disponibles** sur une question ;
- **transfert des savoirs vers la pratique** sous la forme de recommandations ;
- **intégration des savoirs dans la pratique courante ;**
- **évaluation des résultats obtenus** après introduction de cette innovation.

■ **De même, Dawes et al., en 2005 [17]**, articulent les cinq étapes de l'EBP :

- **le passage de l'incertitude à la formulation** d'une question précise ;
- **l'identification des preuves les plus pertinentes** en regard de cette question ;
- **l'analyse critique des preuves disponibles**, notamment en matière de validité, de pertinence clinique et d'applicabilité ;
- **l'utilisation des résultats dans la pratique ;**
- **l'évaluation de la performance après ce changement de pratique.**

■ **Une autre étude en 2001 [18]** a également placé la notion de preuve au premier plan dans la compréhension du processus d'EBP. Elle retient comme cadre conceptuel le modèle de Rogers qui, lorsqu'il est utilisé avec des recommandations développées à partir de preuves scientifiques, articule quatre champs :

- **les caractéristiques des recommandations ;**
- **leur utilisation ;**
- **les méthodes permettant de les diffuser ;**
- **le système social dans lequel ce processus se déroule.**

■ **En développant le modèle JBI Model of Evidence-Based Healthcare (JBI Model)**, Alan Pearson et coll. [12] cherchent à articuler les différentes étapes du processus en essayant d'éliminer les obstacles potentiels de transfert des savoirs. Le modèle JBI a évolué au gré de l'expérience acquise dans le domaine de l'EBP à la suite des travaux internationaux conduits par le JBI, des activités des centres collaborant de la Joanna Briggs Collaboration, de l'expérience acquise dans la diffusion, la mise en œuvre et l'évaluation des recommandations et de la recension des publications scientifiques et professionnelles.

■ **L'EBP peut être conceptualisée** comme un processus de prise de décision clinique qui prend en compte :

- **les données probantes les plus pertinentes ;**
- **le contexte de la situation de soins ;**
- **les préférences du patient ;**
- **le jugement clinique du professionnel de santé.**

■ **Le modèle JBI représente les 4 composants majeurs** du processus d'EBP :

- **production de données probantes dans le domaine de la santé ;**
- **synthèse des données probantes disponibles ;**
- **transfert des données probantes/du savoir ;**
- **utilisation de ces données probantes.**

■ **L'EBP** est représentée comme un processus cyclique qui trouve son origine dans des questions que se posent les cliniciens ou les patients, mais aussi dans leurs centres d'intérêts en matière de santé globale. Ces questions sont ensuite explorées afin de produire des savoirs et des données probantes qui répondent à des besoins et qui prennent sens pour les populations ciblées, tenant compte de leur culture et de leur environnement. Le produit de cette synthèse est alors transféré vers les milieux cliniques afin d'être mis à disposition des professionnels de santé et utilisé. Il est alors possible d'évaluer l'impact de ces changements de pratiques sur les résultats de soins obtenus, le système de santé et les pratiques professionnelles.

RÉFÉRENCES

- [1] Pyra K. Knowledge Translation: A Review of the Literature. Halifax, NS: Nova Scotia Health Research Foundation; 2003.
- [2] Bowen S, Martens P and The Need to Know Team. (2005). Demystifying knowledge translation: learning from the community. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10(4):203-11.
- [3] Lang ES, Wyer PC, Haynes RB. Knowledge translation: closing the evidence-to-practice gap. *Ann Emerg Med*. 2007;49(3):355-63.
- [4] Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB, Wayne Perry B. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Q*. 2007; 85(4): 729-68.
- [5] Scott NA, Moga C, Barton P, Rashedi S, Schopflocher D, Taenzer P, Harstall C, Alberta Ambassador Program Team. (2007). Creating clinically relevant knowledge from systematic reviews: the challenges of knowledge translation. *J Eval Clin Pract*. 2007;13(4):681-68.
- [6] 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.
- [7] Tetroe J, Graham I, Foy R, Robinson N, Eccles MP, Wensing M, Durieux P, Legare F et al. Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: an international study. *Milbank Q*. 2008; 86(1):125-55.
- [8] Kerner JF. Knowledge translation versus knowledge integration: a "funder's" perspective. *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):72-80.
- [9] Newton MS, Scott-Findlay S. (2007). Taking stock of current societal, political and academic stakeholders in the Canadian healthcare knowledge translation agenda. *Implement Sci*. 2007;2:32.
- [10] Santesso N, Tugwell P. Knowledge translation in developing countries. *J Contin Educ Health Prof*. 2006;26(1):87-96.

RÉFÉRENCES (SUITE)

[11] Pearson A, Jordan Z. Evidence-based healthcare in developing countries. *Int J Evid Based Healthc.* 2010;8(2):97-100.

[12] Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. *Int J Evid Based Healthc.* 2005;2(8):207-15.

[13] Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. (2007) A re-consideration of what constitutes "evidence" in the healthcare professions. *Nurs Sci Q.* 2007;20(1):85-8.

[14] Cooksey D. A review of UK health research funding. Norwich: Her Majesty's Stationary Office; 2006.

[15] Woolf SH. The Meaning of Translational Research and Why It Matters. *JAMA* 2008;299(2):211-3.

[16] Stevens KR. ACE Star Model of EBP: Knowledge Transformation. San Antonio, Texas: Academic Centre for Evidence-based Practice; 2004. <http://www.acestar.uthscsa.edu>

[17] Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K, Porzolt F, Burls A *et al.* Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education* 2005;5:1-7.

[18] Titler MG, Everett LQ. Translating research into practice. Considerations for critical care investigators. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2001;13(4):587-604.

[19] Miller S, Fredericks M. The nature of "evidence" in qualitative research methods. *International Journal of Qualitative Methods* 2003; 2(1). Article 4.

[20] Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C (2005). *Op. cit.* p. 209.

[21] *Ibid.* p. 211.

[22] Pearson A. Balancing the evidence: incorporating the synthesis of qualitative data into systematic reviews. *JBI Reports* 2004;2(2):45-64. p. 46.

[23] Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C (2005). *Op. cit.* p. 210.

[24] Pearson A (2004). *Op. cit.*

[25] Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C (2005). *Op. cit.* p. 213.

Les termes "preuve" ou encore "donnée probante" sont employés dans le modèle comme les éléments qui permettent de croire en la véracité d'une proposition [19]. Les professionnels de santé repèrent ces données probantes afin de choisir de manière éclairée parmi une large gamme d'interventions dans le but d'arriver à un résultat escompté. La nature de ces données probantes est déterminée par le type d'activité et par l'objectif auquel elle répond.

Le modèle sert de cadre aux activités du JBI, lui permettant de diffuser les données probantes les plus pertinentes.

LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES

Dans l'approche de l'EBP que propose le JBI, les professionnels de santé utilisent les données probantes, tout en tenant compte du contexte de soins, des préférences du patient mais aussi du jugement clinique fondé sur l'expérience et le degré d'expertise afin de prendre des décisions cliniques éclairées.

■ **Le modèle repose sur un postulat :** les questions ayant trait à la santé globale représentent le moteur et la finalité d'une pratique fondée sur les preuves. Il est admis que la raison d'être de l'activité de recherche réside dans une meilleure prise en compte des besoins en matière de savoirs. Il s'agit de produire des données probantes qui répondront de manière effective et appropriée à des besoins préalablement identifiés [20].

■ **Le modèle aborde la notion de preuve** comme le produit de l'expérience, de l'expertise, de l'inférence, de la déduction ou encore de résultats d'études rigoureuses [21]. Il s'agit de mettre à disposition une information la plus pertinente et la plus utile pour éclairer la délivrance de soins de santé. Le modèle du JBI considère tout d'abord que les professionnels de santé prennent en compte au quotidien des preuves plus larges que celles qui reposeraient uniquement sur l'efficacité dans leurs décisions cliniques [22], et enfin qu'ils prennent également en compte les notions de faisabilité, pertinence, sens et efficacité résumées par l'acronyme anglais FAME : *feasibility, appropriateness, meaningfulness and/or effectiveness.*

■ **La phase de synthèse de la preuve sur un sujet donné** correspond à l'évaluation / à l'analyse des résultats de recherche identifiés mais aussi à la prise en compte d'opinions dans le but d'aider au processus de décision clinique dans le domaine de la santé [23]. Les méthodologies permettant

d'effectuer la synthèse des preuves, notamment les méta-analyses de données quantitatives, ont été développées dans un premier temps. L'acquisition d'une compréhension théorique de la notion de preuve, de son rôle dans la délivrance de soins de santé et du potentiel d'amélioration de la santé globale qui y sont associés est identifiée comme autant d'éléments importants dans les composants de ce modèle. De même, l'intérêt croissant porté à la notion de preuve et le développement de méthodes permettant de produire des preuves à partir de sources variées sont considérés comme deux éléments permettant la synthèse de données probantes sur un sujet. Le dernier élément permettant la synthèse d'une preuve réside dans l'opérationnalisation de méthodes de synthèse au travers de la méthodologie de la revue systématique. Cet élément du modèle nécessite de s'intéresser à la faisabilité, à la pertinence, au sens attribué, à l'efficacité et aux aspects économiques. Ces aspects représentent des centres d'intérêt légitimes au sein du processus de revue systématique. Ces différents types de preuves (issues de l'expérience, des opinions et de la recherche quantitative et qualitative) peuvent être évalués de manière critique, extraites et synthétisées [24].

TRANSFERT DES PREUVES

Un autre composant de ce modèle a trait à l'action de transférer des preuves (des savoirs) vers les professionnels de santé, les établissements de santé et les systèmes de santé, des moyens variés : journaux et autres publications, supports numériques, enseignement et formation mais aussi grâce aux systèmes d'aide à la décision. Le transfert de données probantes concerne la structuration et le mode de diffusion de l'information mais également l'acceptation de celles-ci dans les processus décisionnels des professionnels de santé. Le modèle, de ce fait, articule trois éléments majeurs dans le transfert de données probantes/savoirs : enseignement/formation, diffusion de l'information et transfert de ces données au travers des systèmes organisationnels et des équipes [25].

UTILISATION DES DONNÉES PROBANTES

■ **Le recours aux données probantes** dans la pratique concerne : l'évaluation de l'impact de l'utilisation de la donnée probante sur le système de santé, le processus de soins, les résultats de santé et le changement des pratiques, et le fait d'intégrer la donnée probante dans les pratiques

Evidence-Based Nursing

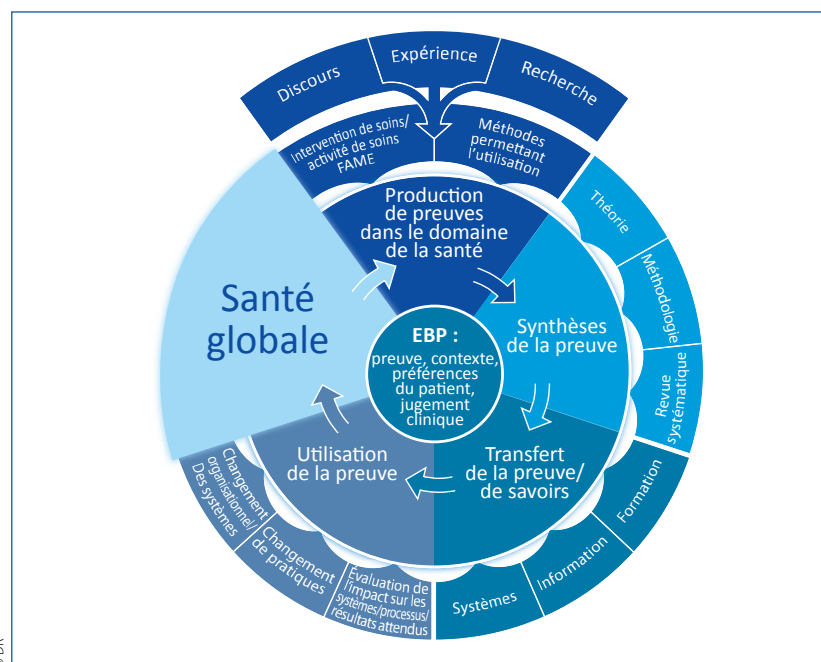


Figure 1. La relation entre le cycle de traduction de la science et la pratique fondée sur les preuves.

habituelles en réalisant des changements organisationnels.

En matière de programmes visant à promouvoir l'utilisation des preuves, les interventions multiples ont plus de chances d'être efficaces qu'une intervention isolée. Leur mise en œuvre est toutefois complexe [26,27]. Le centre de revue et de diffusion (CRD) incite à suivre les étapes suivantes pour le développement des programmes qui visent à faciliter l'utilisation des preuves dans la pratique [28] :

- une analyse diagnostique visant à identifier les facteurs susceptibles d'influer sur le changement proposé ;
- des interventions plurielles ciblant les différents obstacles à l'introduction du changement ;
- toute approche systématique visant à modifier les pratiques professionnelles doit inclure

Les points à retenir

- L'**Evidence-Based Nursing (EBN)** ne se limite pas à la production de preuves scientifiques robustes.
- L'**EBN** vise aussi à favoriser le processus de transfert de savoirs vers la pratique.
- L'**EBN** doit aussi influencer sur l'élaboration des politiques de santé.
- La mise en œuvre du processus d'**EBN** implique de nombreuses parties prenantes dont la contribution est complémentaire.

des dispositifs visant à suivre, à évaluer, à maintenir et à renforcer les changements engagés.

Le modèle du JBI aborde la notion de preuve scientifique en employant une approche pluraliste dans laquelle les résultats issus de recherches qualitatives sont considérés comme des sources de preuves tout aussi rigoureuses. Les textes d'opinion, l'expérience et l'expertise sont également considérés comme des formes de preuves lorsqu'il n'existe pas de résultat de recherche disponible sur un sujet.

CONCLUSION

Les trois écarts qui peuvent être rencontrés dans le processus de transfert des savoirs ainsi que les éléments du modèle JBI se complètent. Ils modélisent la relation qui existe entre le cycle de traduction de la science et le cycle pragmatique des soins de santé basés sur des preuves (figure 1).

Les sources de preuves utilisées par les praticiens, quelle que soit leur nature (quantitatives, qualitatives ou opinions) et quel que soit leur focus (faisabilité, pertinence, sens attribué ou efficacité) influencent les soins de santé dans toutes les disciplines. Les preuves issues de la recherche, obtenues de manière rigoureuse, quel que soit le type d'étude, requièrent d'être dûment prises en considération, du fait de leur qualité.

L'EBP est de plus en plus populaire dans le champ de la santé. Il s'agit d'un sujet complexe qui est souvent source d'incompréhension voire d'idées fausses. Le modèle JBI a été développé pour stimuler la réflexion et l'analyse critique du concept dans le domaine de la santé, et sur son rôle dans l'amélioration de la santé globale. Il permet de représenter, de manière conceptuelle, les différents éléments d'un processus cyclique qui répond aux priorités de santé globale et qui favorise son amélioration. ■

RÉFÉRENCES (SUITE)

- [26] Grimshaw J, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grill R, Harvey, E et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care* 2001; 39(Supplement 2):112-45.
- [27] NHS CRD. Getting evidence in to practice. *Effective Health Care* 1999;5(1):1-16.
- [28] Ibid. p. 1, 7.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Harvey E et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care* 2001; 39(Supplement 2):112-45.
- Tugwell PS, Santesso NA, O'Connor AM, Wilson AJ and Effective Consumer Investigative Group. Knowledge translation for effective consumers. *Physical Therapy* 2007; 87(12):1728-38.

Cet article a été traduit et adapté par Christophe Debout, professeur au département des sciences infirmières et paramédicales, EHESP Rennes-Sorbonne Paris Cité.

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

L'AUTEUR

Alan Pearson, professeur d'Evidence-based healthcare et directeur général, The Joanna Briggs Institute, Faculty of Health Sciences, The University of Adelaide, Australia 5005, alan.pearson@adelaide.edu.au