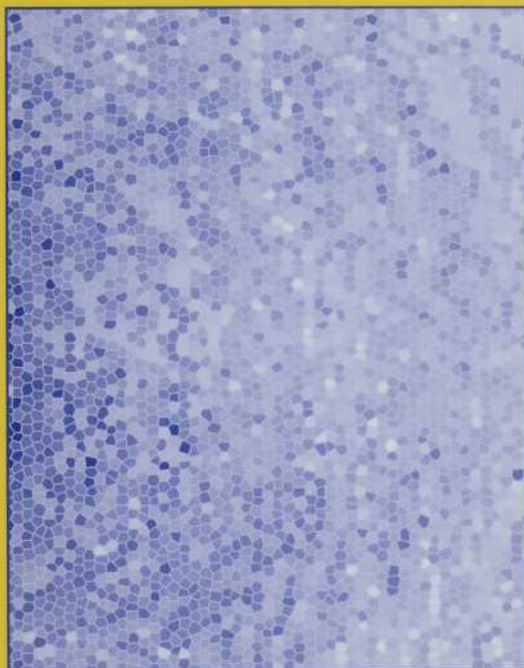


616
C7145p
2005

La pratique professionnelle en santé

*Données, résultats
et savoirs probants*



**Sous la direction de
Diane Morin**

Cahiers scientifiques



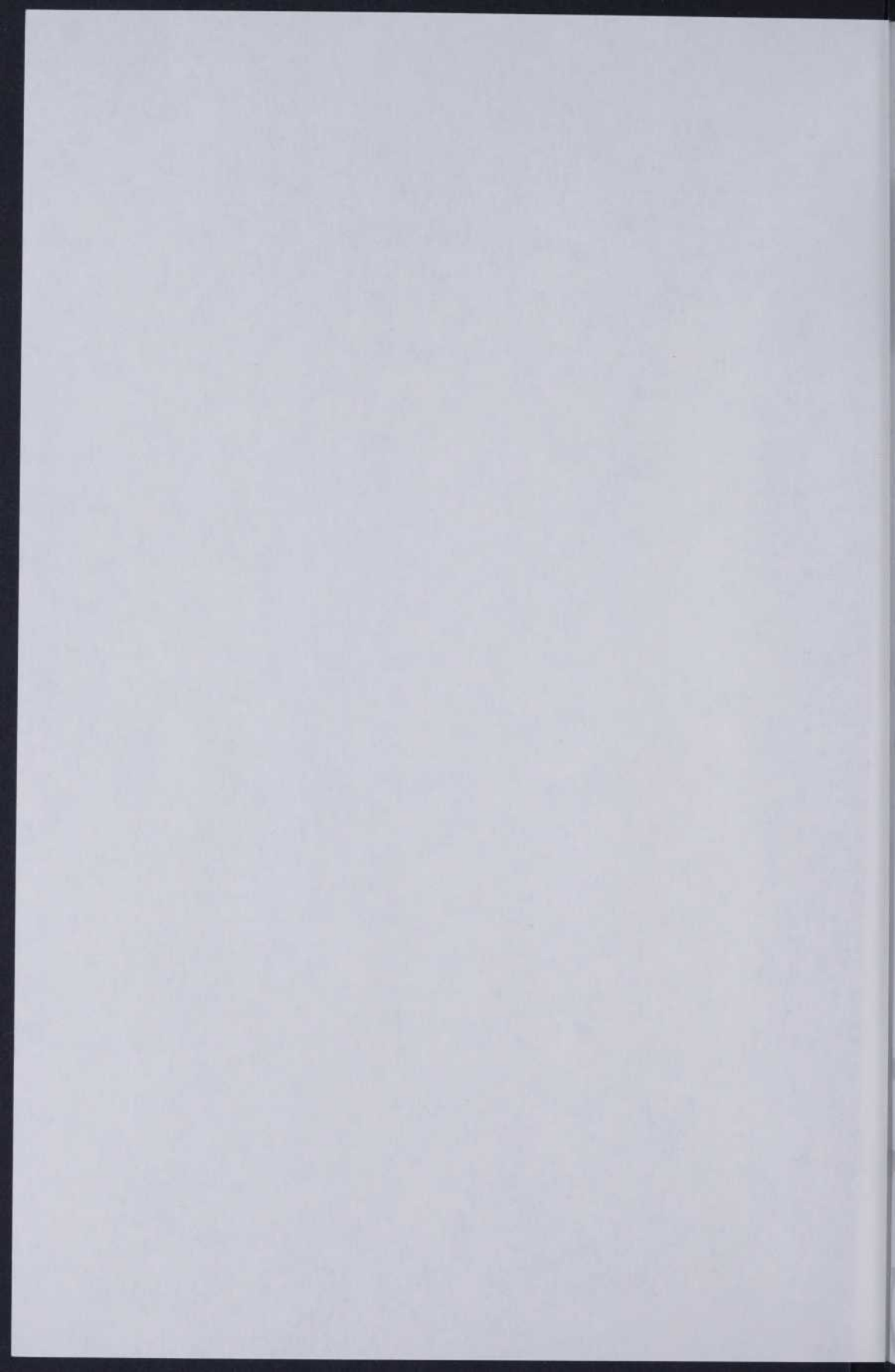


Bibliothèque
nationale

Québec







101

La pratique professionnelle en santé

*Données, résultats
et savoirs probants*

Cahiers
scientifiques



THE
LIBRARY
OF THE
MUSEUM OF
ART AND
ARCHITECTURE
OF THE
UNIVERSITY OF
CHICAGO

101

La pratique professionnelle en santé

***Données, résultats
et savoirs probants***

Sous la direction de
Diane Morin

**Actes du colloque
*Les résultats probants
en sciences infirmières.
Questionnons à nouveau
ce paradigme...***

présenté dans le cadre du
71^e Congrès de l'Acfas,
à l'Université du Québec à Rimouski,
le 22 mai 2003



Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

La pratique professionnelle en santé : données, résultats et savoirs probants

(Cahiers scientifiques de l'Acfas ; 101)

Textes présentés lors d'un colloque tenu le 22 mai 2003 à l'Université du Québec à Rimouski dans le cadre du 71^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir - Acfas.

ISBN 2-89245-126-4

R723.7.P72 2005

616

C2005-940200-8

Illustration de la page couverture : Frida Franco, Concept Design

Cette illustration représente une « mosaïque » de savoirs probants; la convergence des savoirs de la science, du savoir des professionnels et des savoirs profanes apportant une meilleure lumière.

Direction de la collection : Johanne Lebel

Conception de la page couverture : Nathalie Proulx

Conception des pages intérieures : Jocelyne Thibault

Révision linguistique : Hélène Larue

Distribution : Fides

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2005

Association francophone pour le savoir – Acfas

425, rue De la Gauchetière Est

Montréal (Québec)

H2L 2M7

Téléphone : 514-849-0045

Télécopieur : 514-849-5558

acfas@acfas.ca

www.acfas.ca

616
C7145p
2005

PRÉFACE

La pratique professionnelle en santé fondée sur des résultats ou savoirs probants peut se définir comme une pratique qui intègre l'information scientifique la plus récente, le savoir professionnel et le savoir des clientèles. Le but de cette pratique est de donner les soins et services les plus efficaces et appropriés et ce, dans une optique de partenariat et dans un contexte de ressources limitées. Cette pratique n'est pas statique, mais se développe de façon continue à partir de l'évolution rapide des connaissances.

Cette pratique étant en émergence plusieurs questions demeurent : Selon quels critères peut-on dire qu'une pratique est fondée sur des résultats probants ou... s'agit-il de l'apothéose de l'essai clinique randomisé ? Qui doit fournir les résultats probants ? Y a-t-il des sources de savoir qui sont évacuées ? Les résultats probants issus d'une discipline ont-ils préséance sur ceux d'une autre discipline ? Comment faire converger les décisions ? Les clientèles ont-elles droit au chapitre ? Les programmes d'enseignement sont-ils suffisamment souples pour intégrer des résultats probants rapidement et de façon itérative ? Faut-il parler de données probantes ou de résultats probants ? Quand les résultats probants influenceront sur la politique et les décisions entourant le financement..., les plus avancés auront-ils la meilleure part du gâteau ? Qu'en est-il du soutien à l'émergence et à la consolidation des capacités de recherche, qui sont à la base des résultats probants ?

Toutes ces questions sont au cœur des textes qui ont été colligés dans ce cahier. Les contributions de nature théorique, méthodologique et technique ont fait l'objet de présentations dans le cadre d'un colloque spécialisé en sciences infirmières tenu à Rimouski le 22 mai 2003 au sein du 71^e Congrès de l'Association francophone pour le savoir - Acfas, dont le thème était *Savoirs partagés*. Le présent cahier se veut un véhicule de diffusion et de partage des actes de ce colloque spécialisé.

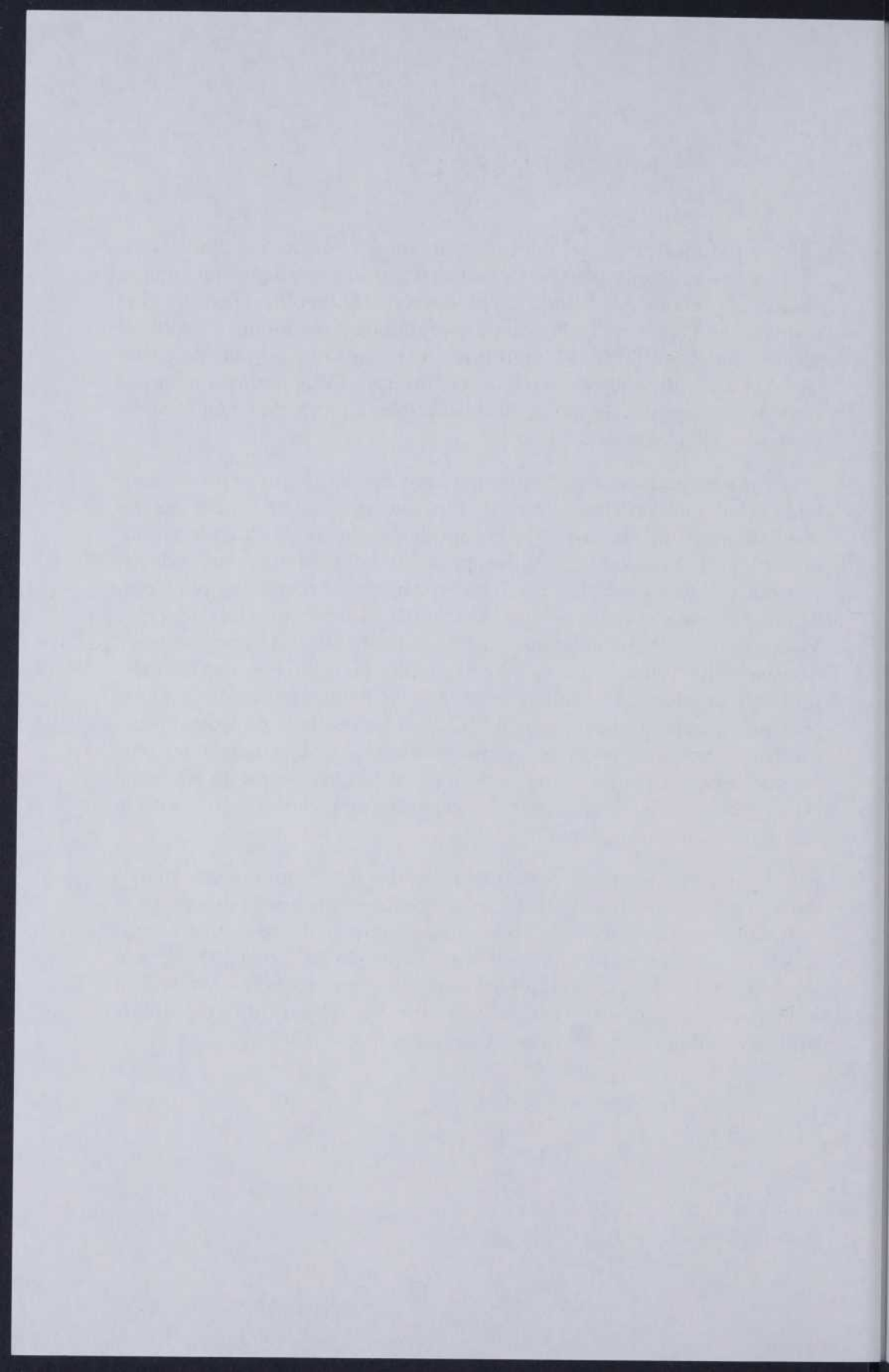


TABLE DES MATIÈRES

Liste des auteurs	1
Introduction	
Données probantes, résultats probants, savoirs probants et professions en santé... A-t-on tous le même langage ? <i>Diane Morin et Nancy Leblanc</i>	3
Scientificité et logiques de preuve en contexte de pratiques fondées sur les données probantes (<i>evidence-based practice</i>) <i>Yves Couturier et Sébastien Carrier</i>	9
Résultats probants et interdisciplinarité. Ou... quand les évidences se marient ou se heurtent... <i>France Légaré</i>	27
Données probantes et promotion de la santé : les principaux enjeux <i>Michel O'Neill</i>	35
L'infirmière et les résultats probants <i>Marie Hatem et Hana Halabi-Nassif</i>	49
Les résultats probants et le système de soins <i>Yvon Brunelle</i>	67
Résultats probants et corporations professionnelles : Quel genre d'appui est-on en droit d'attendre ? <i>Judith Leprohon</i>	79
Groupe de recherche sur l'utilisation des résultats probants dans la pratique professionnelle : alliance de milieux universitaires et cliniques de quatre régions du Québec <i>Johanne Gagnon, Martine Mayrand Leclerc et Marie Hatem</i>	89
L'utilisation des résultats probants en contexte de pratique en CLSC : les moyens d'y arriver <i>Johanne Archambault et Denise St-Cyr Tribble</i>	101

Se tenir à jour en clinique. L'exploitation systématisée des bases de données comme outil de ressourcement	
<i>Michel Labrecque, Michel Cauchon, Pierre Frémont et France Légaré</i>	123
Conclusion	
L'enracinement d'une pratique professionnelle fondée sur des résultats probants	
<i>Hélène Sylvain et Annie Bergeron</i>	129

LISTE DES AUTEURS

ARCHAMBAULT, Johanne

Coordonnatrice du Service de soutien aux programmes
CLSC de Sherbrooke (Centre affilié universitaire)
Professeure associée, Département des sciences infirmières
Université de Sherbrooke

BERGERON, Annie

Étudiante au doctorat
Faculté des lettres, Université Laval

BRUNELLE, Yvon

Direction générale des affaires médicales et universitaires
Ministère de la Santé et des Services sociaux

CARRIER, Sébastien

Étudiant à la maîtrise
Département de service social, Université de Sherbrooke

CAUCHON, Michel

Professeur agrégé de clinique, Département de médecine familiale
Université Laval

COUTURIER, Yves

Professeur adjoint, Faculté des lettres et des sciences humaines
Université de Sherbrooke

DUMAS, Louise

Professeure, Secteur des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

FRÉMONT, Pierre

Professeur adjoint, Département de médecine familiale
Université Laval

GAGNON, Johanne

Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières
Université Laval

GOULET, Céline

Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

HATEM, Marie

Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

HALABI-NASSIF, Hana

Enseignante cadre, Institut de gestion de la santé
Université Saint-Joseph (Liban)

LABRECQUE, Michel

Professeur titulaire, Département de médecine familiale
Université Laval

LEBLANC, Nancy

Étudiante au doctorat
École de psychologie, Université Laval

LÉGARÉ, France

Professeure agrégée de clinique, Département de médecine familiale
Université Laval
et étudiante au doctorat, Programme en santé des populations
Université d'Ottawa

LEPROHON, Judith

Directrice scientifique
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

MAYRAND LECLERC, Martine

Professeure, Secteur des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais

MORIN, Diane

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières
Université Laval

O'NEILL, Michel

Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières
Université Laval

ST-CYR TRIBBLE, Denise

Professeure agrégée, Département des sciences infirmières
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
Directrice scientifique
CLSC de Sherbrooke (Centre affilié universitaire)

SYLVAIN, Hélène

Professeure, Département de biologie, chimie et sciences de la santé
Université du Québec à Rimouski

INTRODUCTION

DONNÉES PROBANTES, RÉSULTATS PROBANTS, SAVOIRS PROBANTS ET PROFESSIONS EN SANTÉ... A-T-ON TOUS LE MÊME LANGAGE ?¹

Diane Morin
Nancy Leblanc

Le concept de pratique ou de prise de décisions cliniques fondée sur des résultats probants ou des « preuves » (*evidence-based practice*) a été élaboré par l'épidémiologiste britannique Archie Cochrane, il y a une vingtaine d'années (French, 1999). De quoi s'agit-il au juste ? Selon certains auteurs, ce concept implique l'application systématique des meilleures données scientifiques à la prise de décisions et à l'action en contexte clinique, administratif et stratégique (FCRSS, 2000). Il fait aussi référence à une pratique qui intègre des données de la science, le savoir des experts et les préférences des clientèles (French, 1999 ; Muir Gray, 1997). Pour d'autres auteurs, cette pratique privilégie la prestation de soins qui se sont révélés les plus efficaces d'un point de vue scientifique et les plus efficaces pour le système de santé (Gerrish et Clayton, 1998). Certains en ont même tiré un slogan : la pratique basée sur les résultats probants est celle qui est reconnue scientifiquement efficace et appliquée auprès du bon client, au bon moment, avec les ressources les plus adéquates et en partenariat (Regan, 1998).

Une définition, une classification

La pratique clinique fondée sur des données, résultats ou savoirs probants peut se définir comme la pratique qui intègre l'information scientifique la plus récente, le savoir infirmier et le savoir des clientèles, et ce, afin de donner des soins les plus efficaces et les plus efficaces possible dans une optique de partenariat et dans un contexte de ressources limitées. Il convient de souligner également que cette pratique n'est pas

1. Avec la permission de l'éditeur, ce texte est tiré d'un article paru en 2002 : D. Morin et N. Leblanc (2002), « La pratique infirmière basée sur des résultats probants, de quoi parle-t-on au juste ? », *L'infirmière du Québec*, vol. 10, n° 2, p. 27-30.

statique. En effet, elle est en constante évolution, car elle se construit sur une base permanente à partir des connaissances issues de la recherche. Cependant, selon quels critères peut-on dire qu'une pratique est fondée sur des résultats probants ?

Plusieurs auteurs ont actualisé des définitions et fait des mises en garde (Madigan, 1998). Toutefois, l'analyse transversale des publications récentes du Consortium universitaire, qui collige les études portant sur les résultats probants pour le Royal College of Nursing du Royaume-Uni, révèle qu'il y aurait quatre niveaux de résultats scientifiques probants pour la pratique clinique :

- Niveau I : Comprend les résultats de quelques études descriptives et des avis qui font l'unanimité d'experts cliniques.
- Niveau II : Inclut les résultats de plusieurs études descriptives et de quelques études expérimentales se prêtant à une généralisation limitée, ainsi que des avis qui font l'unanimité d'experts.
- Niveau III : Englobe les résultats de plusieurs études expérimentales, tels des essais cliniques randomisés répétés dans le milieu visé.
- Niveau IV : C'est le niveau le plus complet. Il comprend les résultats de plusieurs études expérimentales, tels des essais cliniques randomisés répétés dans le milieu visé, et ceux d'au moins une méta-analyse d'études effectuées dans des environnements compatibles avec le milieu visé.

Les milieux cliniques devraient pouvoir classer leurs guides, leurs procédures ou leurs protocoles selon le niveau approprié dans le but, bien sûr, d'établir un programme d'amélioration continue des processus qui permet de produire le plus haut niveau possible d'information scientifique.

Pourquoi et comment en faire ?

La nécessité d'adopter une pratique fondée sur des résultats probants tient à divers facteurs (Closs et Cheater, 1999 ; Estabrooks, 1998 ; Heater et autres, 1988 ; Wallac, et autres, 1997) :

- des études menées partout dans le monde révèlent que les infirmières appuient leur pratique sur leur propre expérience plutôt que sur les données scientifiques ;
- la variation des pratiques de soins empêche les infirmières de discuter entre elles des effets de leurs interventions ;

- la transition démographique — qui entraîne le vieillissement de la population — et la transition épidémiologique — le passage d'un paradigme de maladies infectieuses à un paradigme de maladies chroniques — contribueront à accroître la demande de soins de longue durée, laquelle, en raison des ressources restreintes, aura une portée sur l'efficience des soins ;
- la pratique fondée sur des résultats probants a des effets favorables auprès des clientèles et sur le plan de l'organisation des systèmes ;
- cette pratique tient compte de considérations scientifiques, professionnelles, humaines, éthiques et systémiques.

En outre, la pratique fondée sur les résultats probants favorise le leadership, l'innovation infirmière ainsi que l'ouverture d'esprit qui permettent l'émergence de connaissances ancrées dans la pratique. Enfin, elle offre aux infirmières la possibilité de poursuivre la quête de données scientifiques et la quête de sens, afin de trouver des pratiques qui s'appuient sur un paradigme infirmier et qui soient reconnues comme les plus efficaces.

Afin de réussir la mise en œuvre d'une pratique infirmière fondée sur des résultats probants, il faut pouvoir compter sur un environnement de pratique qui soutient et valorise le savoir scientifique (Melnyk, et autres, 2000). Aussi, pour développer ce savoir, il importe pour les infirmières :

- de remettre en question leur pratique quotidienne ;
- de vérifier si leur pratique est conforme à ce qui est préconisé dans des revues systématiques des écrits ; sinon, de mettre à jour les guides cliniques afin de les actualiser le plus possible, en alliant les connaissances scientifiques et la pratique ;
- d'implanter ces guides tout en évaluant leur efficacité ;
- de diffuser les connaissances tirées de leur expérience personnelle (Melnyk, et autres, 2000).

La mise en œuvre d'une pratique fondée sur des résultats probants représente donc un processus d'amélioration continue de la pratique infirmière.

Plusieurs études ont porté sur les obstacles à l'utilisation des données scientifiques dans la pratique infirmière. Les principales barrières seraient le manque de temps, la pénurie de ressources, le manque de communication, l'accès limité aux revues scientifiques et la faible

diffusion des résultats de recherche pertinents (Simpson, 1996 ; Melnyk, et autres, 2000). Toutefois, le manque d'expérience dans le domaine de la recherche reste un des facteurs les plus contraignants. Cela est illustré par le peu d'intérêt manifesté pour la recherche bibliographique, l'habileté restreinte à comprendre et à interpréter des résultats de recherche, le manque de formation sur l'utilisation des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives ainsi que les attitudes négatives envers la recherche (Closs et Cheater, 1999 ; Estabrooks, 1998).

Aussi, des mesures peuvent être prises pour mettre en place des processus favorisant l'instauration d'une pratique fondée sur des résultats probants, entre autres :

- prendre le temps de lire des études scientifiques ;
- évaluer leur application dans différents milieux de pratique ;
- élaborer ou mettre à jour des protocoles.

Le soutien et la formation universitaires sont également nécessaires pour développer les habiletés des infirmières en recherche.

La valorisation des savoirs

La pratique fondée sur des résultats probants implique que le plus grand nombre possible d'infirmières se familiarisent avec le processus de la recherche et participent à des travaux de recherche (Norris, 2000). Son développement requiert que les infirmières reconnaissent le caractère essentiel de la pratique en interdisciplinarité et que leurs rôles s'appuient sur les meilleures connaissances possibles (Melnyk, et autres, 2000). De plus, il faut que les organismes de santé, les associations professionnelles et les universités diffusent l'information scientifique, entre autres sous forme de guides cliniques.

Par ailleurs, la profession d'infirmière a intérêt à valoriser la connaissance scientifique, le savoir clinique, la connaissance des préférences des clientèles et l'utilisation efficiente des ressources par tous ses membres. Pour ce faire, il faut soutenir les études universitaires, promouvoir l'organisation du savoir infirmier, favoriser l'accessibilité des ressources, mettre en valeur le savoir des clientèles et créer des liens de solidarité entre les chercheurs et les milieux cliniques. Il importe d'intégrer la pratique fondée sur des résultats probants dans notre système de santé, de telle sorte que les infirmières aient la possibilité, les ressources et la motivation nécessaires pour intégrer le savoir scientifique dans leur pratique quotidienne (Madigan, 2000).

Enfin, il convient de ne pas oublier la responsabilité des infirmières en matière de qualité des soins et des services à donner aux clientèles et à leurs familles. Les résultats probants leur permettent de l'assumer pleinement (Wallace, et autres, 1997). Aussi, tout en tenant compte du contexte de soins et des préférences des clientèles (Closs et Cheater, 1999), il est urgent et crucial d'implanter des démarches qui favorisent la prestation de soins équitables, efficaces et efficients.

Références bibliographiques

- Closs, S.J. et F.M. Cheater. « Evidence for Nursing Practice. A Clarification of the Issues », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 1, juillet 1999, p. 10-17.
- Estabrooks, C.A. « Will Evidence-Based Nursing Practice Make Practice Perfect ? », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 30, n° 1, printemps 1998, p. 15-36.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). *La recherche sur les services de santé et la prise de décisions fondée sur des données probantes*, Ottawa, 2000.
- French, P. « The Development of Evidence-Based Nursing », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29, n° 1, janvier 1999, p. 72-78.
- Gerrish, K. et J. Clayton. « Improving Clinical Effectiveness Through an Evidence-Based Approach: Meeting the Challenge for Nursing in the United Kingdom », *Nursing Administration Quarterly*, vol. 22, n° 4, été 1998, p. 55-65.
- Heater, B.S., A.M. Becker et R.K. Olson. « Nursing Interventions and Patient Outcomes: A Meta-analysis of Studies », *Nursing Research*, vol. 37, n° 5, septembre/octobre 1988, p. 303-307.
- Madigan, E.A. « Evidence-Based Practice for Home Healthcare Nurses in the 21st Century », *Home Healthcare Nurse*, vol. 18, n° 1, janvier 2000, p. 33.
- « Evidence-Based Practice in Home Healthcare: A Springboard for Discussion », *Home Healthcare Nurse*, vol. 16, n° 6, juin 1998, p. 411-415.
- Melnyk, B.M., E. Fineout-Overholt, P. Stone et M. Ackerman. « Evidence-Based Practice: The Past, the Present, and Recommendations for the Millennium », *Pediatric Nursing*, vol. 26, n° 1, janvier/février 2000, p. 77-80.
- Muir Gray, J.A. *Evidence-Based Healthcare-How To Make Health Policy and Management Decisions*, Édimbourg (Écosse), Churchill Livingstone, 1997.
- Norris, A.E. « Moving Toward Research-Based Practice », *Clinical Nurse Specialist*, vol. 14, n° 2, mars 2000, p. 60.

- Regan, J.A. « Will Current Clinical Effectiveness Initiatives Encourage and Facilitate Practitioners To Use Evidence-Based Practice for the Benefit of Their Clients ? », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 7, n° 3, mai 1998, p. 244-250.
- Simpson, B. « Evidence-Based Nursing Practice: The State of the Art », *The Canadian Nurse*, vol. 92, n° 10, novembre 1996, p. 22-25.
- Wallace, M.C., A. Shorten et K.G. Russell. « Paving the Way: Stepping Stones to Evidence-Based Nursing », *International Journal of Nursing Practice*, vol. 3, n° 3, septembre 1997, p. 147-152.

SCIENTIFICITÉ ET LOGIQUES DE PREUVE EN CONTEXTE DE PRATIQUES FONDÉES SUR LES DONNÉES PROBANTES (EVIDENCE-BASED PRACTICE)¹

Yves Couturier
Sébastien Carrier

Introduction

Depuis une dizaine d'années, l'effort de protocolarisation des métiers relationnels (Demailly, 1998) connaît une nouvelle forme de réalisation. La perspective des données probantes propose, en effet, une méthode d'agrégation des savoirs à la base de la production de protocoles d'intervention dont la prévalence est particulièrement importante en soins infirmiers. Dans le présent texte, nous questionnerons cette perspective à la lumière de débats ayant cours en travail social et en médecine. De façon archétypique (et donc un peu caricaturale), ces deux professions incarnent ce que Abdelk-malek et Gérard (1995) considèrent comme la double filiation des soins infirmiers : d'une part, la filiation patrilinéaire, qui trouve la reconnaissance de sa grandeur du côté de la maîtrise technique et des sciences médicales, et d'autre part, la filiation matrilinéaire, qui trouve sa grandeur du côté de la maîtrise relationnelle par un usage pragmatique des sciences sociales. Nous exposerons les limites du débat actuel en travail social et en médecine, de façon à éclairer, par des foyers extérieurs à la discipline, les soins infirmiers. La conclusion de cet article portera sur l'articulation possible de la perspective des pratiques fondées sur des données probantes avec les modèles conceptuels en soins infirmiers.

Preuve et scientificité

L'intention initiale des promoteurs de l'*evidence-based practice* était d'établir des mécanismes d'agrégation et de diffusion, en temps court, des données probantes, comme support à l'action clinique (Davidoff et autres, 1995) dans un contexte de croissance hyperbolique

1. Pour la rédaction de ce texte nous avons bénéficié du support du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement.

des savoirs. Ce contexte exigerait l'implantation de tels mécanismes au service de praticiens qui se veulent d'abord et avant tout dédiés principalement à leurs clientèles. Ces agrégats ne contiennent pas toutes les formes de savoirs ; les savoirs d'expérience, pragmatiques et provenant des sciences sociales étant relégués à la part clinique et relationnelle de toute action professionnelle. Il s'agit donc d'offrir au clinicien les résultats — les plus probants sur le plan scientifique — qui guideront sa pratique professionnelle.

Le travail scientifique d'agrégation des savoirs postule une hiérarchisation des modalités de mise en preuve, posant au sommet de l'échelle du *mieux* celles conduisant à des savoirs objectivés (Tonelli, 1998). Les savoirs d'expérience se situent-ils alors hors du champ sémantique de la preuve ? Pas complètement puisque, à leur stade le plus bas de preuve, les données issues de l'expérience sont empiriquement recueillies par les cliniciens et peuvent faire l'objet d'une activité d'acceptation de la norme, à l'occasion d'une conférence de consensus entre praticiens (Castel, Merle, 2002). Ces conventions pourront par la suite faire l'objet d'une validation expérimentale, ou en méthode Delphi, auprès d'experts reconnus, selon une cible de confiance préétablie. Par exemple, 90 p. 100 des experts devront reconnaître la valeur de la convention². Puis, en son dernier stade de preuve, le résultat probant sera le produit de la méta-analyse des données probantes issues d'un corpus d'essais cliniques randomisés (Cochrane, 2003). De vastes réseaux de chercheurs sont d'ailleurs à la tâche pour colliger les données et les méta-analyser, afin de produire en continu les guides de pratique qui en découlent. Il s'agit de la Cochrane Collaboration pour le domaine médical et paramédical, et de la Campbell Collaboration pour les sciences sociales et humaines.

Cette intention initiale d'offrir aux praticiens des produits agrégés de savoirs — ils n'auraient sinon ni les compétences ni le temps requis pour les traiter — produit, par-delà ses retombées pragmatiques indéniables, quelques effets sur le plan épistémique relativement au rapport des différents acteurs au savoir. En effet, elle établit les règles de sa validité sociale, notamment en venant modifier le jugement professionnel en tant que tel de façon qu'il tende à se réduire à un « décisionnisme » permettant l'application de protocoles d'intervention.

2. Une sociologie des pratiques d'élaboration de consensus en Delphi serait pertinente à réaliser. Même de façon inconsciente, il est connu que le champ scientifique peut produire des effets de sélection, de faux consensus, de chapelle, d'entonnoir, de lutte de prestige, etc. Plus fondamentalement, quel est le coût scientifique de la disqualification des 10 p. 100 restants ?

Il ressort de l'étude des mécanismes d'agrégation des données probantes deux constats. D'abord, il existe un continuum de la preuve, avec de basses et de hautes preuves. Puis, il appert que la perspective des pratiques fondées sur les données probantes est ancrée dans une perspective épistémologique de type poppérienne, où le savoir est considéré vraisemblable jusqu'à falsification. Il s'agit donc d'une perspective néo-positiviste, ce qui représente bien entendu un problème pour le praticien qui n'a pas cet ancrage épistémologique, *a fortiori* pour un vaste segment d'un groupe professionnel, comme c'est le cas en travail social. Cet ancrage néo-positiviste, reléguant les savoirs d'expérience à la part tacite (French, 1999 ; Welsh, Lyons, 2001) de toute relation clinique, s'explique par l'ancrage disciplinaire de la perspective. Celle-ci fut conceptualisée et promue par la médecine anglo-saxonne au début des années 1970, notamment par Cochrane (Axelsson, 1998), en quête de standardisation des pratiques. Le concept prend cependant son véritable envol à partir de 1992, moment où l'on peut recenser les premiers usages spécifiques dans les banques de données médicales. Il appert néanmoins que cette perspective s'appuie sur une longue tradition de protocolarisation des pratiques professionnelles (pensons aux guides de pratique et autres protocoles qui ont cours depuis des décennies) et qu'elle en constitue une actualisation de la forme discursive. En fait, le travail séminal de Freidson (1984) a démontré comment la professionnalité du groupe des médecins s'est établie sur leur capacité à imposer aux différents acteurs de l'intervention sociosanitaire un système de vérités à la source de pouvoirs et de prestiges.

Malgré sa jeunesse, la perspective des pratiques fondées sur les données probantes connaît actuellement une audience extraordinaire auprès des gestionnaires, car elle permet à leur désir incessant de mesure de prendre prise sur des pratiques qui se revendiquaient jusqu'alors comme insaisissables, puisque de l'ordre de l'art (surtout pour les professions libérales et les métiers les plus relationnels, comme le travail social). Il résulte de cette synergie entre le monde médical et le monde gestionnaire un contexte *evidence-based practice* (Colyer, Kamath, 1999), des politiques *evidence-based* (Mullen, 2002), ainsi qu'un *evidence-based management* (Kieran, Rundall, 2001) fondé d'abord et avant tout sur la *cost-effectiveness evidence* (Niessen et autres, 2000). Au total émergerait un paradigme *evidence-based* (Gill, Dowell, 1996) qui pose au groupe professionnel des travailleurs sociaux des questions de fond sur le rapport épistémologique aux savoirs qu'il souhaite et peut soutenir dans ce contexte. Ce questionnement peut trouver

écho du côté des promoteurs des modèles conceptuels en soins infirmiers les plus constructivistes.

La construction de la preuve en travail social

À l'image du monde dans lequel il évolue, le groupe professionnel des travailleurs sociaux a été traversé tout au long de son histoire par différents courants épistémologiques (Lecomte, 2000). Ce pluralisme traduit pour certains la complexité même de son action (Couturier, Legault, 2002), pour d'autres la mesure de son incertitude (Sheldon, 2001). La possibilité d'accéder à la grandeur des sciences exactes fut de tout temps une voie envisagée par certains pour sortir la discipline de ce que De Montmollin (1986) considère comme le statut psychologique précaire du travail social, statut découlant d'un travail dont les productions apparaissent *a priori* incertaines. Ainsi, le travail social a été tout au long de son histoire traversé de velléités de protocolarisation de son action, avec un succès somme toute très modeste auprès des praticiens.

Le statut symbolique précaire de la scientificité du travail social participe de ce que la sociologie des professions estime être une série d'oppositions structurant le champ des professions. Si cette structure s'observe concrètement par la distribution des pouvoirs, des prestiges et des revenus, nous pensons qu'elle est fondamentalement traversée par de profondes oppositions symboliques, ancrées sur des *thémas* épistémologiques. Qu'il s'agisse de l'opposition entre profession (l'esprit) et métier (la main) (Dubar, 1995), entre professions libérales et quasi-professions (Etzioni, 1973), entre sciences exactes et sciences dites molles (pour ne pas dire inexactes), entre la légitimation de l'action professionnelle par une proximité avec les clientèles et la légitimation par des savoirs reconnus, toutes ces oppositions typiques du champ professionnel conduisent le groupe des travailleurs sociaux vers une position faible dans le champ des professions, avec le déclassement social que cela provoque dans un contexte où l'esprit gestionnaire (Ogien, 1995), dans un cosmos économique (Bourdieu, 2000), est si prévalant. En regard de cette position faible³, les velléités de rationalisation du travail social ont de tout temps été l'objet de diverses promotions, comme aujourd'hui à travers la perspective des pratiques fondées sur les données probantes. Maintenant comme hier, cependant, la rencontre des paradigmes *evidence-based practice* et *client oriented* provoque en travail social comme dans nombre de métiers relationnels un écart épistémologique (Bensing, 2000, Webb, 2001) entre la posture constructiviste prégnante dans le

groupe (Lecomte, 2000) et le poppérisme sous-tendant le contexte *evidence-based practice*.

Selon la perspective *evidence-based practice*, le traitement est d'abord une affaire de raison où la réflexion est avant tout *disease oriented*. Le patient est au pire un simple terrain, au mieux une personne qu'on informe des derniers résultats probants de la recherche. Dans l'approche *client oriented*, le traitement comme objet préconstruit laisse le pas à l'intervention comme modalité d'action interactive au service d'un projet pragmatique et global dont la vérité émerge de la relation. L'action est centrée sur la problématique et la demande formulée par le patient, en fait le client, qui apparaît alors comme une ressource et, surtout, comme le principal acteur du changement. Au total, le statut épistémologique de la preuve dessine la ligne de partage des eaux dans ce débat. De façon tendancielle en travail social, l'action se fonde moins sur des preuves validées hors de l'espace clinique, même falsifiables, que sur une construction d'une présomption (Passeron, 1991) dont la véritable validation est la signifiante intersubjective dans le cadre de la relation clinique. Il s'agit donc de travailler à partir de ces conventions intersubjectives, heuristiques selon Webb (2001), toujours contraintes et situées, c'est-à-dire indexées à un contexte social et pragmatique, de telle sorte qu'il faille reconstruire « une chaîne de présomptions empiriquement fondées » (Passeron, 1991, p. 120), dont l'entrée éventuelle dans le monde du langage formalisé des données probantes affecte la signifiante et l'efficacité.

L'imposition progressive de la perspective des données probantes se réalise à l'encontre de cette différence dans la construction de la preuve. De plus, la relative insignifiante sur le plan pratique d'une approche unifiée de l'intervention psychosociale engage des pratiques parallèles où se cache la véritable signifiante de l'action : discussions de corridor, dossiers parallèles, contre-usages des systèmes experts, etc. Plus particulièrement sont inscrites au dossier des notes témoignant d'une construction de la preuve d'une faible signifiante, du point de vue du praticien, car en fait destinées à une autre finalité que la finalité clinique. À défaut de pertinence clinique, l'auteur du dossier sait cependant que ses notes font preuve dans un registre juridique ou gestionnaire en cas de divers audits ou plaintes (Couturier, 2003). Se déploie alors dans les faits une pratique qui se réalise par l'articulation de plusieurs logiques d'action, avec une pluralité des critères de validité. En

3. Il va sans dire que cette *faiblesse* relative est un fait social. Le groupe professionnel peut donc travailler à un renversement symbolique de cette construction.

fait, l'écart s'exprime empiriquement pour les infirmières par l'usage des données et résultats probants dans la reconnaissance de l'intervention sanitaire à réaliser, alors qu'en travail social, c'est la situation qui est probante, les données et les résultats pouvant si dissoudre ou y être investis selon les circonstances.

Il va sans dire que la construction de présomption à partir de l'accord intersubjectif n'est pas sans risque ni problème, tant pour le client, le praticien que pour l'établissement. Mais qu'on le déplore ou qu'on l'espère, cet écart dans la conception même de la preuve est structurant de l'action de la profession du travail social dans le champ socio-sanitaire et, dans une certaine mesure, de celle des infirmières s'inspirant d'un modèle d'inspiration phénoménologique. Cela entache-t-il la scientificité de la discipline ou du modèle conceptuel ? La réponse dépend évidemment de l'ancrage épistémologique de chacun.

Promotion de l'*evidence-based practice* en travail social

S'il nous apparaît aisé de démontrer que la profession a plutôt un ancrage épistémologique du côté du constructivisme social, nous avons également évoqué *supra* qu'elle est traversée de débats épistémologiques nombreux et récurrents. Une étude bibliométrique (Couturier, Gagnon, en cours) démontre que les quatre revues francophones canadiennes de recherche en travail social n'emploient jamais les termes *données probantes* ou *evidence-based practice* dans leurs titres entre 1992 et 2002. Ce constat est pour l'essentiel le même que celui réalisé par un organisme de promotion de l'*evidence-based practice* en travail social (CEBSS, 2003). Notre recension des écrits révèle plutôt qu'il existe un groupe d'auteurs britannique, un autre américain, autour desquels l'essentiel des écrits explicites en travail social sur cette perspective sont réalisés. Ces auteurs, sauf quelques rares exceptions, se posent dans une logique de promotion de l'*evidence-based practice*. Il appert pour ce groupe de promoteurs que cette perspective se présente comme une occasion de reconnaissance de la profession, laquelle pourrait, ce faisant, accéder à la grandeur scientifique (Sheldon, 2001). Il s'agit notamment d'une posture de combat contre le pouvoir discrétionnaire inhérent au caractère tacite et aléatoire de la pratique (Gambrill, 1999, Proctor, 2002), combat qui permet une actualisation rigoureuse de l'approche empirique (Franklin, 2001) typique du travail social. Ce désir d'accroissement de la scientificité de la profession répond au scepticisme interne et externe au travail social sur son efficacité, sa scientificité, et donc sa professionnalité (Webb, 2002).

Pour d'autres, il s'agit d'une question fondamentale sur le plan épistémologique, qui vient modifier les fondements mêmes de la profession sur le plan théorique et qui la coupe de ses origines en sciences sociales sur le plan méthodologique (Webb, 2001). La perspective des pratiques fondées sur les données probantes est, en effet, sous-tendue par une conception médicale du problème et de l'intervention (Franklin, 2001). D'ailleurs, le groupe de promoteurs le plus actif de cette perspective en travail social ne s'en cache pas. Voici la définition canonique de l'*evidence-based practice* en médecine : « Evidence-based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients » (Sackett et autres, 1996), puis reprise comme suit par Sheldon et MacDonald pour le travail social : « Evidence-based social care is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions regarding the welfare of those in need » (1999, p. 4). Un tel parallélisme est plutôt rare en travail social.

En travail social, il n'y a que fort peu d'écrits critiques portant précisément sur ce courant de pensée (Webb, 2002). Cela est pour nous conséquent du fait que le débat est neuf en langue française (les critiques arriveront) et qu'il pose un territoire lexical particulier, structuré pour l'instant par les promoteurs de la perspective *evidence-based practice*. Pour trouver une opposition plus vigoureuse, il faut sortir de ce champ lexical et lire les écrits sur les fondements épistémologiques de la profession de façon à élucider les frontières du débat véritable. Par exemple, le travail social a des ancrages constructiviste (Greene, et autres, 1996), postmoderne (Eptsein, 1999), phénoménologique (Renaud, 1997), éclectique et pragmatique (Lecomte, 2000), etc.

Un espace d'échanges possible ?

Malgré un ancrage épistémologique poppérien très fort, la perspective *evidence-based practice* comporte ses propres débats, qui laissent se dessiner deux grandes familles théoriques (Mullen, 2002). La première établit la preuve sur des données probantes scientifiquement validées, la seconde sur des situations probantes et l'observation empirique. Cette seconde famille accorde une grande valeur aux conférences de consensus réunissant des praticiens, car elles permettent d'éprouver et de valider les conventions pratiques à la faveur d'une démarche plus rationnelle, mais résolument ancrée sur le plan empirique.

En outre, dans le monde médical, une réflexion se déroule sur des approches *evidence-based* permettant de relativiser une approche par

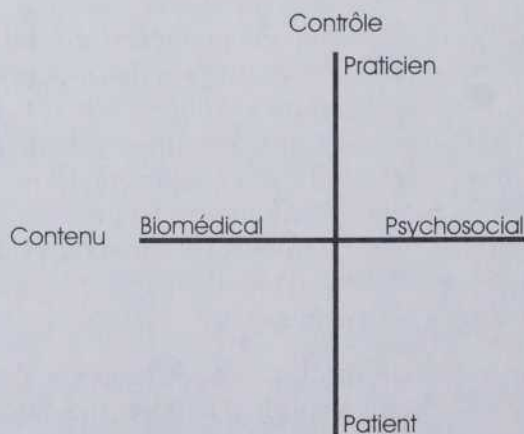
strictes données probantes. Ainsi, l'approche problème, si elle ne se centre pas trop étroitement sur une définition taxonomique de la maladie, peut inclure dans la construction du problème des dimensions sociales, relationnelles, pragmatiques. En fait, le *problem-based learning* permet, au moins en théorie, d'articuler plusieurs plans de la construction de la preuve. Il faut voir cependant ce qui se crée et ce qui se perd dans le métissage épistémologique, et distinguer les discours de légitimation de leurs effets performatifs et réels.

La perspective *evidence-informed patient choice*, selon laquelle les données probantes visent d'abord à bien informer le client quant à son problème, peut permettre de ramener à son origine la perspective par données probantes, soit à un outil supplémentaire dans le support à l'intervention clinique (Entwistle, et autres, 1998). Il est cependant possible de s'interroger sur l'effet illocutoire d'un énoncé comme celui-ci : « Vous avez 84 p. 100 de probabilités d'avoir une survie moyenne de 5 ans si vous faites le traitement x, et 90 p. 100 de mourir dans les six prochains mois sans ce traitement. »

À la lumière de ces informations, nous pouvons soutenir qu'il existe un champ sémantique de l'*evidence-based practice*.

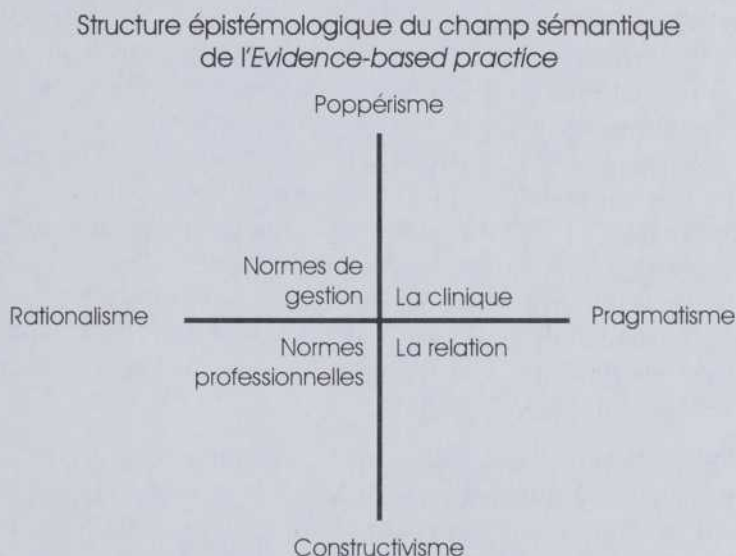
Ce champ sémantique est structuré, entre autres, par différents rapports au client plus ou moins porteur de pouvoir, et par le regard dirigé sur la situation faisant l'objet d'une intervention, plus ou moins médicale ou psychosociale. Il faut cependant superposer, à cette représentation des positions possibles dans le champ en question, une structure

Champ sémantique de l'*Evidence-based practice*
(adapté de Bensing, 2000)



épistémologique fondamentale qui va comme suit.

Ce schéma ne permet ni ne vise l'élucidation du champ des données probantes dans toute sa complexité. Il a plutôt pour but d'illustrer certains liens entre des discours scientifico-techniques et leurs ancrages épistémologiques. Dans la partie gauche du schéma se situent les discours à portée normative, à la droite ceux à portée pragmatique, les quatre grandes familles discursives se distribuant sur l'axe poppérisme/constructivisme. La preuve s'arrime donc à des discours scientifico-techniques (la clinique, dans le schéma), relationnels, professionnels ou gestionnaires. Il va sans dire que le schéma permet de situer un discours spécifique dans sa spécificité, en le positionnant plus ou moins proche d'un axe ou d'un autre.



Quoi qu'il en soit sur le plan épistémologique, l'*evidence-based practice* n'est pour l'instant ni une approche ni un modèle de pratique pour le travail social. Il s'agit plutôt d'une perspective se constituant en condition émergente de la pratique, en provenance du monde médical et gestionnaire. Cette condition a un effet symbolique sur le travail social, en fait sur la profession dans le champ des professions, notamment en invalidant, *de facto*, la scientificité d'une discipline qui s'ancre à la fois sur une épistémologie de l'incertitude (Berthelot, 1996) et sur une recherche de la validité scientifique. S'il fallait discuter de la scientificité de la profession, nous tenons à rappeler, en appui sur Passeron, que « [une]

science à mi-chemin entre deux démarches scientifiques n'est pas une science à mi-chemin de la science » (1991, p. 11). Or le travail social articule de façon particulière différentes démarches scientifiques, et c'est cette articulation qui prend valeur.

Il est peut-être possible, par ailleurs, de disqualifier le débat que la perspective *evidence-based practice* suscite en travail social, en estimant que le constructivisme de la profession touche à un plus haut niveau de complexité que les sciences exactes et que, partant, il n'est pas pertinent d'y participer. Mais il est sans doute plus fécond de prendre acte de certaines critiques adressées au travail social, en esquivant cependant l'imposition lexicale, et donc sémantique, qui s'accroche au débat. Il est sans doute utile de questionner le refuge de l'indicible (Soulet, 1997) qu'évoquent parfois praticiens et théoriciens en travail social pour refuser le débat. Le repli sur l'indicible, même habillé de concepts larges comme *constructivisme* ou *phénoménologie*, constitue parfois un repli facile, car il permet tous les arbitraires, toutes les contrefaçons, et prête le flanc à la critique. Cependant, l'envers de l'indicible n'est pas l'objectif (en fait l'objectivé). S'il faut prendre la mesure et relever les exigences qu'impose une épistémologie de l'incertitude, la démonstration de scientificité doit se faire à partir du champ sémantique des sciences sociales, et ce, en satisfaisant aux exigences de leurs propres cahiers de charges. Pour ce faire, il importe de mieux former les étudiants à la complexité, de refuser le postulat du tout à l'indicible, du tout dans la pratique, pour réinvestir, d'un point de vue de sciences sociales, l'activité théorique comme activité qui crée la discipline.

Enfin, il est nécessaire de rappeler ici que la certitude en science a très largement été questionnée sur le plan épistémologique par des théoriciens de grande envergure (Lyotard, 1979 ; Granger, 1979 ; Foucault, 1966 ; etc.), et que l'incertitude aurait même des vertus (Berthelot, 1996) fondant l'épistémè même de la connaissance en sciences sociales. En outre, les ressorts pragmatiques de la production des savoirs objectifs ont été élucidés (Knorr-Cetina, 1996 ; Latour, 1988 ; Callon, 1986 ; Bourdieu, 2001). Dans leur production même, des effets de modes, de chapelles, de faux consensus, de réflexivité, etc., peuvent se produire dans l'élaboration du savoir agrégé, et ce, sans compter les conflits d'intérêt potentiellement induits par les rapports que la recherche biomédicale, par exemple, entretient avec la sphère marchande. Selon la perspective *evidence-based practice*, ce qui fait office de théorique est l'agrégation des savoirs en tant que telle. Il y a une sorte d'alliance opportune entre une forme de pragmatisme pressé, un esprit gestionnaire et

un positivisme de l'efficacité qui se pose peu ou ne se pose pas de questions sur la dimension sociale de la construction des savoirs.

Modèles conceptuels en soins infirmiers et construction de la preuve

Il va sans dire que le débat épistémologique que nous évoquons ici sur la perspective de la pratique guidée par les données probantes recoupe des débats similaires en soins infirmiers, repérables notamment par l'analyse de la forme de dispersion des modèles conceptuels. Collière (1982) retrace trois grands courants structurant l'*ethos* infirmier : un courant techniciste, centré sur la maladie ; un courant humaniste, centré sur la relation ; un courant développementaliste, centré sur la santé. Descriptifs autant que prescriptifs (Adam, 1999), les divers modèles s'appuient pour la plupart sur une conception du soin dont la dispersion suit les trois paramètres précédents. Outre l'énoncé liminaire du caractère relationnel du travail infirmier, soit le *caring*, présent dans tous les modèles récents, existe un continuum partant de Orem ou Henderson — où le relationnel est instrumentalisé en vue de l'atteinte des résultats biomédicaux — à Watson (1998), Parse (1987) et Mill et autres (2001) — où la part du *caring* est en soi constitutive du spécifique des soins infirmiers.

Bien entendu, ces modèles conceptuels s'inscrivent dans les rapports sociaux inhérents au champ professionnel et y participent. Croff (1994, p. 121) conçoit un rôle propre aux infirmières, ce que Collière (1982, p. 300) considère comme l'une des trois dimensions des soins infirmiers (avec la suppléance et les actes délégués). En effet, la reconnaissance de ce rôle crée « l'espace d'intervention de l'infirmière » (Acker, 1991, p. 124), dans lequel se développe le concept de *diagnostic infirmier* (Carpenito, 1986 ; Gordon, 1987), et duquel découlent les guides et répertoires diagnostiques, puis les recherches classificatoires sur l'intervention. En fait, tant et aussi longtemps que le travail des infirmières était socialement reconnu surtout comme une série d'actes médicaux délégués, ou comme des actions incertaines nimbées du flou des affaires féminines, l'usage de cette protocolarisation du travail était de peu d'utilité. La création d'un rôle propre pour les infirmières leur a permis d'accéder à la reconnaissance professionnelle, au droit d'intervenir en propre. Cette reconnaissance s'articule autour de deux principaux éléments : la reconnaissance de la professionnalité du caractère relationnel du travail des infirmières, et la reconnaissance de l'autonomie professionnelle que cela implique, concept se reliant directement à l'art libéral comme archétype du professionnalisme. Pour ce faire, il fallait donc pouvoir émettre un diagnostic infirmier évaluant

des dimensions propres à l'action en soins infirmiers. Mais pour véritablement accéder au statut de « grands », il leur fallait accéder à la légitimité des « grands », soit celle de la démarche expérimentale. Dans ce cas, à chaque diagnostic infirmier doit correspondre une *intervention infirmière* (Lauzon, Adam, 1996) conventionnée technologiquement, politiquement et scientifiquement. L'indice de dureté d'une telle convention s'établit par le niveau d'unicité du lexique professionnel, d'où l'important effort de production de modèles conceptuels et de répertoires d'intervention (ex. : McClokey, Bulechek, 1996) visant l'unification lexicale.

Une fois le rôle propre et la capacité de produire des diagnostics spécifiques au domaine infirmier reconnus, il allait de soi que les infirmières demandent à se faire reconnaître comme expertes cliniques en certains domaines (ex. : en obstétrique, en traitement des plaies, etc.), expertes ayant leur autonomie professionnelle. Ce faisant, naît la figure de l'infirmière clinicienne, de la *nurse practitioner*, qui pourra produire des diagnostics et intervenir de façon autonome dans son champ d'expertise. Pour Acker, cette déclinaison de l'expérimenté féminin vers l'expérimental scientifique procède d'une logique de rationalisation du travail infirmier générant à la fois « une extension symbolique de la fonction d'infirmière » (1991, p. 135) vers le modèle médical et une certaine taylorisation des soins par des protocoles d'intervention quadrillés de plus en plus près, et ce depuis fort longtemps (Duhart et Charton-Brassard, 1973, p. 86).

Construit à l'encontre des divers modèles de suppléance, le modèle McGill, très présent dans les CLSC, met de l'avant la valeur de la promotion de la santé à l'égard de quatre grandes composantes : l'environnement, la personne, la santé et le soin. Plutôt qu'assistante du médecin, ce modèle pose l'infirmière en complémentarité avec l'ensemble des professionnels du réseau sociosanitaire, avec comme spécificité le mandat de porter le projet de promotion de la santé. Ici, la valeur centrale est moins l'entretien de la vie que la santé en tant que telle. Ce modèle permet en fait l'expansion du champ disciplinaire des infirmières du côté des professions du social. Ainsi, Malo, et autres (1998) distinguent l'intervention traditionnelle (« prévues, précises et ordonnées ») de l'intervention McGill, adaptée à la complexité de toute situation. L'importation des sciences sociales n'est pas ici inscrite dans une simple perspective d'humanisation des soins ni d'efficacité du *cure*, mais découle d'une inversion fondamentale dans les valeurs sous-tendant l'action des infirmières. À chacun de ces modèles devrait correspondre un régime particulier de preuve. En fait, l'émergence d'un paradigme *evidence-based* pourrait

avoir un impact réducteur sur le pluralisme épistémologique des modèles conceptuels en soins infirmiers que nous venons d'illustrer brièvement.

Conclusion

La présentation précédente des modèles conceptuels est sans aucun doute sommaire, surtout pour un lectorat en soins infirmiers. Mais elle a, nous l'espérons, le mérite d'illustrer l'homologie du débat sur la perspective des pratiques guidées par les données probantes avec celui ayant cours à propos des modèles conceptuels. En fait, nous pensons que la double filiation exposée par Abdelmalek et Gérard (1995) est agissante dans la formulation même de ces débats. Là comme en travail social, il s'agit de débats épistémologiques complexes, posant une diversité de règles, notamment en ce qui a trait à l'élaboration de la preuve, et donc de la scientificité. Penser la preuve exige d'éviter de réduire la scientificité à la technicité ; or, nous estimons cette dernière au cœur même de la perspective étudiée ici. La scientificité a historiquement prospéré d'une diversité que la technicité a trop souvent tenté de réduire, si ce n'est de mâter. Et cela, sans compter la résistance de l'empirie à toute forme de réductionnisme.

Références bibliographiques

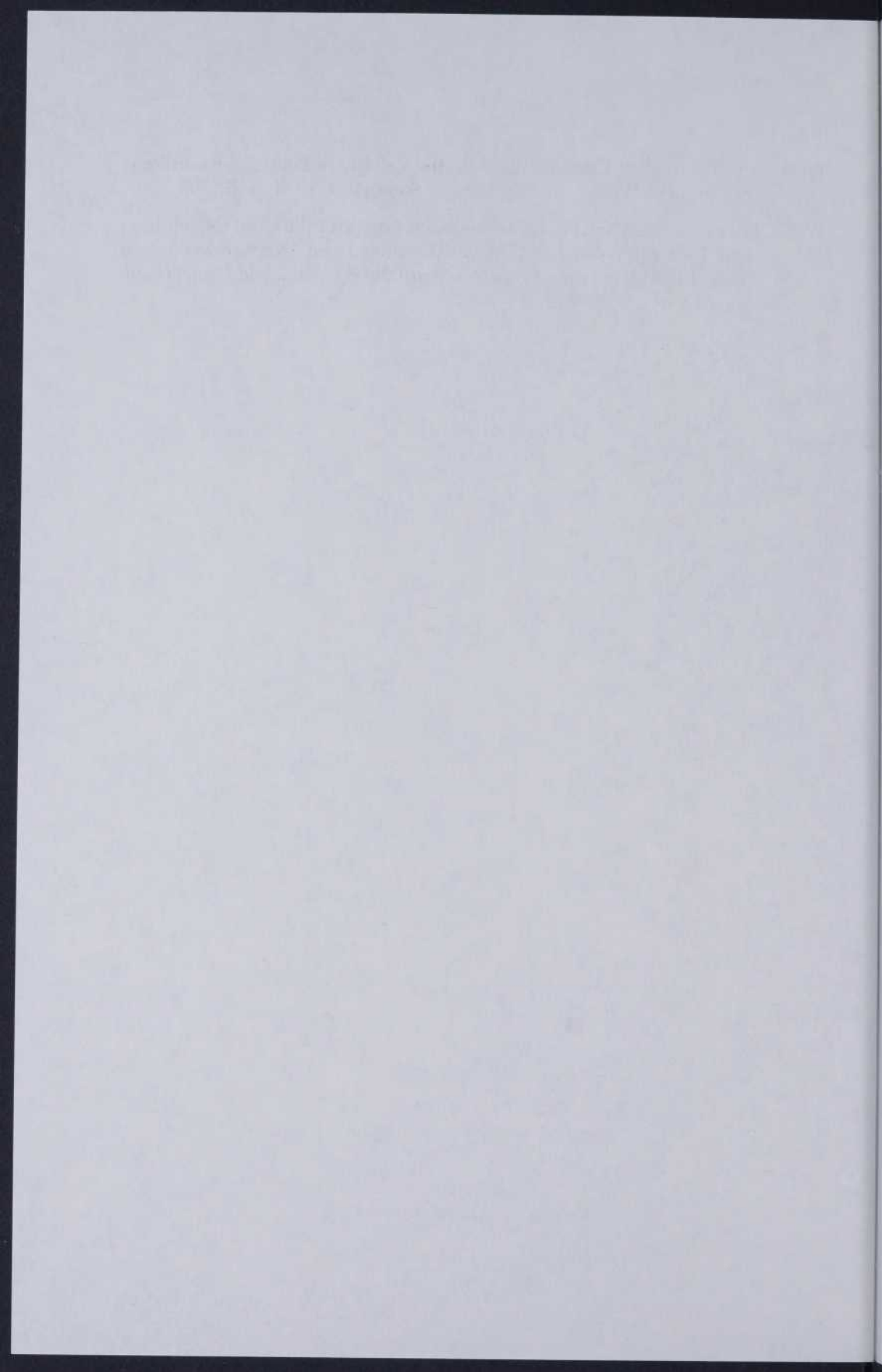
- Abdelmalek, A. et J. Gérard (1995). *Sciences humaines et soins*, Paris, Interéditions.
- Acker, F. (1991). « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire », *Sciences sociales et santé*, vol. IX, n° 2, p. 123-144.
- Adam, E. (1999). « Modèles conceptuels », *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, n° 4, p. 103-114.
- Axelsson, R. (1998) « Towards an Evidence Based Health Care Management », *International Journal of Health Planning and Management*, n° 3, p. 307-317.
- Bensing, J. (2000). « Bridging the Gap. The Separate Worlds of Evidence Based Medicine and Patient-Centered Medicine », *Patient Education and Counseling*, p. 17-25.
- Berthelot, J. (1996). *Les vertus de l'incertitude*, Paris, P.U.F.
- Bourdieu, P. (2000). *Les structures sociales de l'économie*, Paris, Seuil.
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité*, Paris, Raisons d'agir.
- Callon, M. (1986). « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles St-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de St-Brieuc », *L'année sociologique*, n° 36, p.169-208.

- Carpenito, L. (1986), *Diagnostic infirmier*, Paris, M.E.D.S.I.
- Castel, P. et I. Merle (2002). « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, n° 44, p. 337-355.
- Center for Evidence Based Social Services (CEBSS), (2003). Téléaccessible à <http://www.ex.ac.uk/cebss/>
- Cochrane Collaboration (2003). *Cochrane Reviewers' Handbook 4.1.6*. Téléaccessible à <http://www.cochrane.org/>.
- Collière, M. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Interéditions.
- Colyer, H. et P. Kamath (1999). « Evidence-Based Practice. A Philosophical and Political Analysis: Some Matters for Consideration by Professional Practitioners », *Journal of Advanced Nursing*, n° 29, p. 188-193.
- Couturier, Y. (2003). « L'interdisciplinarité pratique entre travailleuses sociales et infirmières : De la nécessité de produire un récit-client commun », *Revue canadienne de service social*, vol. 19, n° 2, p. 245-251.
- Couturier, Y. et B. Legault (2002). « Du doute identitaire à la complexité de la tâche. Réflexion pour repenser la question de l'estime de soi professionnelle des travailleurs sociaux et travailleuses sociales », *Intervention*, n° 115, p. 57-63.
- Croff, B. (1994). *Seules. Genèse des emplois familiaux*, Paris, Métailié.
- Davidoff, F., B. Haynes, D. Sackett et R. Smith (1995). « Evidence-based Medicine », *British Medical Journal*, n° 310, p. 1085-1086.
- Demailly, L. (1998). « Les métiers relationnels de service public, approche gestionnaire, approche politique », *Lien social et politiques*, n° 40, p. 17-24.
- De Montmollin, M. (1986). *L'intelligence de la tâche. Éléments d'ergonomie cognitive*, Berne, Peter Lang.
- Dubar, C. (1995). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin éd.
- Duhart, J. et J. Charton-Brassard (1973). « Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale », *Revue française de sociologie*, n° XIV, p. 77-101.
- Entwistle, V., T. Sheldon, A. Sowden et I. Watt (1998). « Evidence-informed patient choice: Practical issues involving patients in decisions about health care technologies », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 14, p. 212-225.
- Epstein, L. (1999). « The Culture of Social Work », dans Chambon, A., D. Irving et L. Epstein (éd.) (1999), *Reading Foucault for social work*, New York, Columbia University Press, p. 1-26.

- Etzioni, A. (1973). *Les organisations modernes*, Duculot.
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses*, Paris, Gallimard.
- Franklin, C. (2001). « Onward to Evidence-Based Practices for Schools », *Children & Schools*, vol. 23, n° 3, p. 131-134.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*, Paris, Payot.
- French, P. (1999). « The Development of Evidence-Based Nursing », *Journal of Advanced Nursing*, n° 29, p. 72-78.
- Gambrill, E. (1999). « Evidence-Based Practice : An Alternative to Authority-Based Practice », *Families in Society*, n° 4, p. 341-350.
- Gill, P. et A. Dowell (1996). « Evidence Based General Practice: a Retrospective Study of Interventions in One Training Practice », *British Medical Journal*, n° 7034, p. 819.
- Gordon, M. (1987). *Diagnostic infirmier. Méthodes et applications*, Paris, M.E.D.S.I.
- Granger, G. (1979). *Langages et épistémologie*, Paris, Klincksieck.
- Greene, G., C. Jensen et D. Jones (1996). « A Constructivist Perspective on Clinical Social Work Practice with Ethnically Diverse Clients », *Social Work*, vol. 37, n° 6, p. 172-180.
- Kieran, W., G. Thomas et G. Rundall (2001). « Evidence-Based Management: From Theory to Practice in Health Care », *Milbank Quarterly*, n° 3, p. 429-457.
- Knorr-Cetina, K. (1996). « Le < souci de soi > ou les < tâtonnements > : ethnographie de l'empirie dans deux disciplines scientifiques », *Sociologie du travail*, n° 3, p. 311-330.
- Latour, B. (1988). *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*, Paris, La Découverte.
- Lauzon, S. et E. Adam (dir.) (1996). *La personne âgée et ses besoins. Interventions infirmières*, Saint-Laurent, E.R.P.I.
- Lecomte, R. (2000). « Fondements théoriques et identité professionnelle en service social », *Les politiques sociales*, n°s 1 et 2, p. 12-24.
- Lyotard, J. (1979). *La condition postmoderne*, Paris, Éd. de minuit.
- Malo, D., S. Côté, V. Giguère et L. O'Neill. (1998). « Modèle de McGill et C.L.S.C. Une combinaison gagnante », *L'infirmière du Québec*, n° 30, p. 28-34.
- McClokey, J., et G. Bulechek (1996). *Classification des interventions infirmières*, Paris, Maloine.
- Mill, J., M. Allen et R. Morrow (2001). « Critical theory: critical methodology to disciplinary foundations in nursing », *Canadian journal of nursing research*, n° 2, p. 109-127.

- Mullen, E.J. (2002). *Evidence-based social work - theory & practice: Historical and reflective perspective*. Communication présentée à la 4th International Conference on Evaluation for Practice, University of Tampere, Tampere, Finlande. Téléaccessible à <http://www.uta.fi/laitokset/sospol/eval2002/CampbellContext.PDF>.
- Niessen, L., M. Grisjseels et F. Rutten (2000). « The Evidence-Based Approach in Health Policy and Health Care Delivery », *Social Science & Medicine*, n° 51, p. 859-869.
- Ogien, A. (1995). *L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps*, Paris, éd. É.H. E.S.S.
- Parse, R. (1987). « Nursing science: major paradigms, theories, and critiques », Toronto, W. B. Saunders.
- Passeron, J. (1991). *Le raisonnement sociologique. L'espace non poppérien du raisonnement naturel*, Paris, Nathan.
- Proctor, E. (2002). « Social Work, School Violence, Mental Health, and Drug Abuse: A Call for Evidence-based practices », *Social Work Research*, n° 2, p. 67-69.
- Renaud, G. (1997). « L'intervention : de la technique à la clinique ou de l'objet au sujet », dans Nélisse, C., et R. Zuniga (dir.), *L'intervention : les savoirs en action*, Sherbrooke, éd. G.G.C., p. 139-165.
- Sackett, D., W. Rosenberg, J. Gray, R. Haynes et W. Richardson (1996). « Evidence-Based Practice: What it is and What it isn't », *British Medical Journal*, n° 312, p. 71-72.
- Sheldon, B. (2001). « The Validity of Evidence-Based Practice in Social Work: A Reply to Stephen Webb », *British Journal of Social Work*, n° 31, p. 801-809.
- Sheldon B. et G. MacDonald (1999). *Research and Practice in Social Care: Mind the Map*. Téléaccessible à <http://www.ex.ac.uk/cebss/>
- Soulet, M. (1997). *Petit précis de grammaire indigène du travail social. Règles, principes et paradoxes de l'intervention sociale au quotidien*, Fribourg, Éd. universitaires de Fribourg.
- Tonelli, M. (1998). « The Philosophical Limits of Evidence-Based Medicine », *Academic Medicine*, n° 12, p. 1234-1240.
- Watson, J. (1998). *Le Caring : philosophie et science des soins infirmiers*, Paris, Seli Arslan.
- Webb, S. (2002). « Evidence-Based Practice and Decision Analysis in Social Work. An Implementation Model », *Journal of Social Work*, vol. 2, n° 1, p. 45-63.

- Webb, S. (2001). « Some Considerations on the Validity of Evidence-Based Practice in Social Work », *British Journal of Social Work*, n° 31, p. 57-79.
- Welsh, I., et C. Lyons (2001). « Evidence-Based Care and the Case for Intuition and Tacit Knowledge in Clinical Assessment and Decision Making in Mental Health Nursing Practice », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, n° 4, p. 299-305.



RÉSULTATS PROBANTS ET INTERDISCIPLINARITÉ. OU... QUAND LES ÉVIDENCES SE MARIENT OU SE HEURTENT...

France Légaré

Introduction

La pratique professionnelle en santé regroupe plusieurs champs disciplinaires qui ont comme but commun le bien-être des individus et des populations (Gouvernement du Québec, 2001). Toutefois, au Québec, des différences existent entre les disciplines et justifient le fait que des ordres professionnels distincts régissent la pratique. Dans un contexte sociétal qui valorise la libre circulation de l'information et la démocratisation au moment de prendre des décisions en matière de santé (Martin, 2002 ; O'Connor, Drake, Wells et Tugwell, 2003), il est légitime de s'interroger sur les sources de savoir qui seront privilégiées au moment des prises de décision (O'Connor *et al.*, 2003). Il est aussi légitime de s'interroger sur les tensions qui pourraient émerger entre les résultats probants issus d'une discipline et ceux, conflictuels, issus d'une autre discipline.

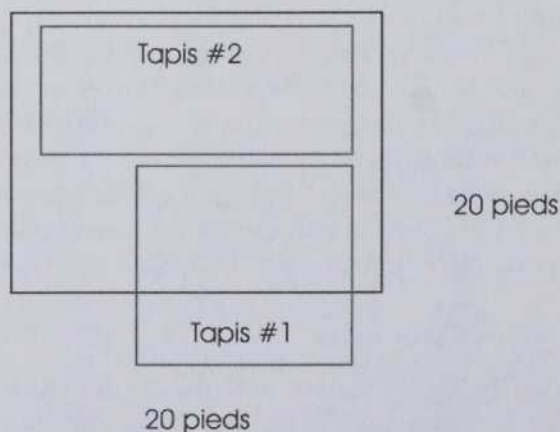
Dans le présent texte, je défends d'abord, à l'aide d'une évidence « expérientielle », l'idée que les tensions paradigmatiques ne caractérisent pas le domaine de la santé. Inspirée par deux textes de l'histoire des sciences, je souligne ensuite que les tensions paradigmatiques reflétées dans la production, la reconnaissance et la préséance des évidences scientifiques sont plus qu'un reflet de tensions interdisciplinaires. Je termine avec quelques observations suggérant que les différentes visions paradigmatiques ne semblent pas complètement irréconciliables. La proposition selon laquelle la complémentarité des différents paradigmes puisse être la source d'un savoir transdisciplinaire conclut la réflexion. Le but de ce texte est de convaincre le lecteur que la tension ne se trouve pas *a priori* entre la discipline de sciences infirmières et celle de médecine familiale, mais plutôt au sein même des disciplines ainsi que tout autour.

Un paradigme architectural

Il y a une vingtaine d'années, je terminais des études en architecture. Le contexte économique n'étant pas très prometteur, un groupe

d'étudiants avait décidé de se regrouper en coopérative. La nouvelle entreprise offrait des consultations de diplômés en architecture à tarif réduit. C'est dans ce cadre entrepreneurial que j'ai rencontré mon premier client. Il s'agissait d'un homme dans la soixantaine, nouvellement retraité, qui désirait réaliser le rêve de toute sa vie : se retirer dans une petite maison à la campagne. La propriété de deux étages, aux dimensions réduites, avait été acquise quelques années avant la retraite. Mais voilà, le client ne pouvait pas y aménager sans investir dans des rénovations. À la source de cette décision se trouvaient... deux immenses tapis persans, qui avaient une grande valeur, particulièrement aux yeux de son épouse. Par conséquent, cette dernière avait clairement signalé qu'elle ne suivrait son époux que si la propriété de campagne, de dimensions plutôt réduites, était réaménagée afin de pouvoir accueillir les tapis (*figure 1*). Après une heure de discussion avec le client, je lui reflétais que son problème n'était pas de nature architecturale. Par conséquent, il ne pouvait être résolu par un agrandissement physique de sa future résidence. Je lui conseillai alors de discuter plus longuement avec son épouse de la signification du changement de vie important qui s'annonçait (c'est-à-dire la retraite, un déménagement à l'extérieur de la ville, la vente d'une propriété dans laquelle ils avaient habité pendant plusieurs années, le changement des réseaux d'amis et des habitudes de loisirs, etc.). Je suggérai aussi que les deux époux aient une discussion en profondeur afin de dégager une vision commune et, ultimement, d'en arriver à un consensus quant aux objets et meubles à déménager. À mon grand étonnement, le client fut ravi de l'interprétation de sa situation. Il demanda que je l'accompagne au

Figure 1 Plan du premier étage de la résidence de campagne



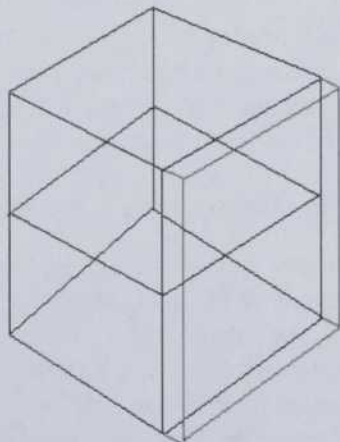
moment de cette discussion avec son épouse. J'ai refusé et le client est parti avec son problème non résolu. Le lendemain, insatisfaite de cette rencontre, je discutai avec un collègue étudiant en architecture. Je lui exposai tous les éléments de la situation ainsi que ma propre interprétation. À la fin de notre entretien, il conclut, eureka!, que le problème pouvait être résolu simplement et sans frais considérables : il suffisait de repousser le mur de la propriété sur deux étages et d'y accrocher les tapis! (figure 2)

En résumé, ma première expérience de la tension existant entre les différentes façons de concevoir le monde qui nous entoure, malgré des données assez semblables, s'est déroulée hors du secteur de la santé. Cette expérience m'a laissé une forte impression et, dès lors, je n'ai jamais plus tenu pour acquis que nous portions tous les « mêmes lunettes » au sein d'une discipline.

Paradigmes et tensions scientifiques

Kuhn a défini le paradigme comme un ensemble reconnu de travaux scientifiques réels qui englobent les lois, les théories, les applications, les dispositifs expérimentaux, les modèles et les traditions de recherche (Kuhn, 1972). Le paradigme comprend un ensemble d'accomplissements suffisamment remarquables pour soustraire un groupe cohérent d'adeptes à d'autres formes d'activités scientifiques concurrentes. Il ouvre des perspectives assez vastes pour fournir à ce nouveau groupe de

Figure 2 Vue axonométrique de la résidence de campagne et agrandissement proposé



chercheurs toutes sortes de problèmes à résoudre. Kuhn a aussi défendu l'idée que l'évolution scientifique se produit à l'aide de révolutions et non pas au moyen d'une accumulation des connaissances. Ceci suggère la présence de tensions inhérentes à la production, ainsi que la reconnaissance et la préséance des évidences scientifiques.

Récemment, Brown a défendu la thèse selon laquelle non seulement de telles tensions existent, mais encore plus, elles sont le reflet d'une guerre majeure au sein de laquelle se joue le contrôle du « monde » (Brown, 2001). Le propos de Brown est intéressant parce qu'il ajoute une dimension aux débats : au-delà des paradigmes objectiviste et subjectiviste se situent une gauche et une droite politiques. Ainsi, un savant peut être classé non seulement selon qu'il approche la production des connaissances dans un paradigme objectiviste ou subjectiviste, mais aussi selon ses prédispositions « politiques ». Par exemple, un savant objectiviste de droite sera favorable à la sociobiologie tandis que celui de gauche sera identifié au Cercle de Vienne. Un savant subjectiviste de droite sera un anti-darwinien et un conservateur religieux tandis que celui de gauche sera un postmoderne. Cela a une implication pratique : le savant objectiviste de droite défendra que l'homosexualité est une maladie à traiter tandis que celui de gauche défendra qu'elle dérive de la biologie et qu'elle devrait être protégée comme un droit fondamental. Le savant subjectiviste de droite défendra l'idée que l'homosexualité est un choix de liberté, mais un mauvais choix qui devrait être condamné. Celui de gauche défendra l'idée qu'elle est un choix de liberté qui devrait être toléré. Enfin, ces réalités ont aussi une implication au moment de la prise de décision politique : le savant objectiviste de droite condamnera et celui de gauche tolérera, tandis que le savant subjectiviste de droite traitera et celui de gauche protégera.

En résumé, les activités scientifiques des hommes et des femmes de science reflètent des tensions paradigmatiques scientifiques, mais aussi des tensions paradigmatiques politiques. Ces tensions se situent dans un contexte général. Dans ce contexte, évoluent différentes disciplines.

La discipline de médecine familiale et ses paradigmes inhérents

McWhinney observe que les origines de la discipline de médecine familiale comme entité clinique et scolaire trouvent leurs sources épistémologiques dans les dimensions objectiviste et subjectiviste (McWhinney, 1997). Récemment, Wilson a repris la réflexion sur les tensions paradigmatiques ayant cours au sein de la discipline de médecine familiale (Wilson, 2000). Il rapporte que cette discipline évolue en combinant

les deux paradigmes, mais qu'il existe un risque réel d'exclusion d'une vision au détriment de l'autre. De façon générale, l'ensemble des disciplines médicales est sous la domination de la pensée « positiviste ». Conséquemment, les chercheurs dans le domaine médical doivent se complaire dans ce paradigme afin de décrocher des subventions et de publier leurs résultats de recherche. Par ailleurs, Wilson souligne que la discipline de médecine familiale occupe une position unique qui contribue à enrichir la réflexion et la recherche d'une dimension constructiviste, tout particulièrement dans le domaine de la relation médecin-patient.

Sur le plan clinique, dans une perspective objectiviste, le médecin de famille basera son diagnostic sur la mesure de paramètres sanguins alors que, dans une perspective subjectiviste, il la fondera sur l'écoute et l'acceptation du patient. Dans le premier cas, le problème ou la maladie sont objectivables. Dans le second, ce que la personne rapporte est rempli de sens.

Sur le plan de l'enseignement, dans une perspective objectiviste, le médecin de famille appuiera son approche auprès de l'étudiant sur des mesures de la performance tandis que, dans une perspective subjectiviste, il l'appuiera sur le mentorat. Sur le plan de la recherche, dans une perspective objectiviste, le médecin de famille désirera mesurer des construits et modéliser la problématique à l'étude alors que dans une perspective subjectiviste, il voudra utiliser l'observation et la réflexivité. De façon générale, au Canada, les chercheurs en médecine familiale remarquent que les grands organismes subventionnaires en recherche ne semblent pas portés à financer des recherches prenant leur source dans un paradigme subjectiviste.

En résumé, les tensions paradigmatiques observées dans un contexte général au sein duquel évoluent différentes disciplines, se retrouvent au sein même de la discipline de médecine familiale. Par conséquent, on ne peut opposer sur la base disciplinaire les visions paradigmatiques de la discipline infirmière à celles de la médecine familiale.

Divergence et possible convergence des paradigmes

Des mythes persistent sur la base de l'appartenance disciplinaire. Par exemple, la Collaboration Cochrane, une organisation internationale vouée à l'élaboration, à la mise à jour et à la diffusion de revues systématiques de la littérature en santé, fait souvent l'objet de reproches (Alderson *et al.*, 2002). Ces reproches comprennent : les origines de la Collaboration Cochrane dans la discipline médicale, la perception que

seuls des essais cliniques randomisés soient admissibles, les mesures de résultats axés sur la maladie, les approches analytiques statistiques complexes et la nécessité de détenir une expertise professionnelle ou méthodologique afin d'y contribuer. Toutefois, Petticrew rappelle que l'approche méta-analytique n'a pas sa source dans la discipline médicale, mais bien dans l'éducation (Petticrew, 2001). La perception que seules les études expérimentales avec méthodologie quantitative sont admissibles ne se confirme pas puisque des groupes éditoriaux de la Collaboration Cochrane requièrent que soient prises en considération toutes les recherches pertinentes. De plus, des approches adaptées de méta-analyses pour les recherches qualitatives ont été publiées (Paterson *et al.*, 2001). Les méta-analyses incorporent des mesures de résultats économiques et de qualité de vie, et, par conséquent, ne se limitent pas seulement à des mesures de maladie. Les auteurs de méta-analyses doivent aussi, obligatoirement, tenir la trace de toutes leurs démarches et décisions. Ceci veut dire que sont requises non seulement des analyses statistiques, mais aussi la tenue d'un journal relatant le processus de réalisation de la méta-analyse. Enfin, la Collaboration Cochrane exige la participation des consommateurs de soins aux réalisations des méta-analyses.

Dans les écrits portant sur les études inspirées du courant subjectiviste et reposant sur des approches qualitatives, on renvoie aux critères de qualité des recherches quantitatives lorsque sont présentés les critères de crédibilité (validité interne), *transferability* (validité externe) et *dependability* (c.-à-d. fiabilité) (Desautniers, 1991 ; Guba, 1985). Dans une perspective objectiviste utilisant une approche d'analyse statistique, on considère que la taille minimale d'échantillon se situe autour de 30 afin de pouvoir distinguer la normalité de la distribution, un préalable obligatoire aux analyses paramétriques (Armitage et Berry, 1994). Dans une perspective subjectiviste utilisant une approche d'analyse qualitative, on rapporte que souvent un échantillon se situant autour de 30 sujets permet d'atteindre la saturation des données (Desautniers, 1991).

Dans un texte publié au printemps 2003 dans *Médecin de famille canadien*, le journal officiel du Collège des médecins de famille du Canada, Martin nous rappelle que le concept de transdisciplinarité a été introduit en 1992 dans le but de lancer des collaborations de recherche entre la médecine et les sciences sociales. Ces collaborations devaient mieux informer les décideurs publics afin qu'ils puissent faire face aux défis grandissants de systèmes de santé de plus en plus complexes (Martin, 2003). Martin définit ainsi la transdisciplinarité en recherche de soins de première ligne : différentes disciplines travaillent ensemble à des solutions

nouvelles reposant sur des approches vues comme complémentaires plutôt que mutuellement exclusives et irréconciliables. Par exemple, une modélisation mathématique avancée peut dégager l'émergence de patrons complexes tout en intégrant des idées et des observations permettant d'en enrichir la compréhension. L'idée générale est qu'il est nécessaire de comprendre l'ensemble du système dans sa complexité si l'on veut comprendre les parties séparément.

En résumé, malgré les mythes qui persistent, un rapprochement des différents paradigmes est possible et souhaitable afin de pouvoir dégager une compréhension enrichie du système et des processus de soins de santé. Cela demeure un préalable à des interventions efficaces.

Conclusion

Bien qu'il soit légitime de poursuivre la réflexion sur les tensions paradigmatiques dans la production, la reconnaissance et la préséance des évidences, il serait sage de conserver à l'esprit que ces tensions ne sont pas propres au domaine de la santé. Elles ont cours dans le contexte sociétal et scientifique général habité par les différentes disciplines. De plus, elles s'expriment au sein des disciplines de nursing et de médecine familiale. Par conséquent, on ne peut opposer les tensions paradigmatiques sur la base de l'appartenance disciplinaire. Il ne faut pas confondre la tension « paradigmatique » avec la tension entre disciplines. Nonobstant leur source paradigmatique, disciplinaire ou méthodologique, le mariage de toutes les évidences doit être privilégié afin de répondre aux exigences d'un système de soins et de santé de plus en plus complexe.

Références bibliographiques

- Alderson, P., L.A. Bero, R. Grilli, J.M. Grimshaw, L.M. McAuley, A.D. Oxman et M. Zwarenstein. « Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group », *The Cochrane Library*, n° 4, 2002, Oxford, Update Software, 2002.
- Armitage, P. et G. Berry. *Statistical Methods in Medical Research*, Third Edition, Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1994.
- Brown, J. *Who Rules in Science. An Opinionated Guide to the Wars*, Cambridge, Harvard University Press, 2001.
- Deslauriers, J.-P. *Recherche qualitative. Guide pratique*, Montréal, McGraw-Hill, 1991.

- Gouvernement du Québec. *Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux*, Québec, 2001.
- Guba, E. et Y. Lincoln. *Naturalistic inquiry*, Newbury Park, Sage Publications, 1985.
- Kuhn, T.S. *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1972.
- Martin, C. « Making a case for transdisciplinarity », *Can. Fam. Physician*, 2003, n° 49 (juillet), p. 905-908.
- Martin, S. « "Shared responsibility" becoming the new medical buzz phrase », *Canadian Medical Association Journal*, 2002, vol. 167, n° 3, p. 295.
- McWhinney, I.R. *A Textbook of Family Medicine*, Second edition, New York, Oxford, Oxford University Press, 1997.
- O'Connor, A.M., D. Stacey, D. Rovner, M. Holmes-Rovner, J. Tetroe, H. Llewellyn-Thomas, V. Entwistle, A. Rostom, V. Fiset, M. Barry et J. Jones. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*, Oxford, Update Software ed., The Cochrane Library, 2003.
- O'Connor, A.M., E. Drake, G. Wells, P. Tugwell, A. Laupaciset T. Elmslie. « A Survey of the Decision-Making Needs of Canadians Faced with Complex Health Decisions », *Health Expectations*, 2003, n° 6, p. 1-13.
- Paterson, B., S.E. Thorne, C. Canamet et C. Jillings. *Meta-study of qualitative health research. A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis*, Thousand Oaks, Sage, 2001.
- Petticrew, M. « Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions », *British Medical Journal*, 2001, n° 322, p. 98-101.
- Wilson, H.J. « The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm? », *Fam. Pract.*, 2000, vol. 17, n° 2, p. 203-209.

DONNÉES PROBANTES ET PROMOTION DE LA SANTÉ : LES PRINCIPAUX ENJEUX¹

Michel O'Neill

Introduction

Ce texte vise à exposer pourquoi, surtout à partir de la seconde moitié des années 1990, les principaux acteurs du champ de la promotion de la santé ont commencé à se demander s'ils devaient baser leurs interventions sur des données probantes. L'exposé est divisé en trois sections. D'abord, je proposerai brièvement quelques repères sur l'origine de la promotion de la santé, d'une part, et de l'idée de baser des interventions sur des données probantes, d'autre part ; je donnerai aussi une définition de chacun de ces concepts. Je m'attarderai ensuite au débat sur la pertinence et l'utilité de baser de telles interventions sur des données probantes. Finalement, je ferai ressortir certains des enjeux importants qui sont soulevés par l'utilisation des données probantes dans ce domaine et proposerai quelques conclusions.

Promotion de la santé et pratiques basées sur des données probantes

1. La promotion de la santé : origine et évolution

C'est principalement durant la première moitié des années 1980, à la suite des démarches de l'OMS-Europe visant à mettre en place les grands rêves de la santé pour tous et de l'offre de soins de santé primaires en l'an 2000, que l'expression *promotion de la santé* a commencé à être systématiquement utilisée (Kickbusch, 1986). Pour plusieurs un peu partout dans le monde (Pederson, 1994), c'est plus précisément en 1986 que l'expression a finalement pris la place qu'on lui connaît maintenant, avec la proclamation de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (WHO, 1986). En construisant sur les acquis de plusieurs décennies de pratiques internationales en éducation sanitaire (ou éducation pour la santé), mais aussi en prenant quelque peu de distance avec ces pratiques, le concept « moderne » de promotion de la santé s'est ainsi constitué

1. Version abrégée par l'auteur, avec autorisation de l'éditeur, d'un article intitulé « Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ? », *SPM-International Journal of Public Health*, 48 (5) :317-326, 2003.

(Pederson, 1994). Le rôle de l'OMS (Kickbusch, 1986 ; WHO, 1984), en interaction notamment avec le gouvernement fédéral canadien qui faisait office de pionnier en ce domaine depuis le fameux rapport Lalonde de 1974 (Lalonde, 1974), a été déterminant à cet effet. Depuis 1986, le champ de l'éducation sanitaire s'est donc élargi et transformé un peu partout en celui de la promotion de la santé.

Au début du 21^e siècle, la tension entre éducation sanitaire et promotion de la santé persiste cependant toujours, et ce, tant dans les organisations professionnelles que dans les organisations scientifiques de nombreux pays. Elle transparaît même encore dans le nom de la grande organisation internationale qui rassemble les spécialistes mondiaux dans les deux domaines : l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES, www.IUHPE.org).

2. La promotion de la santé : une définition

Il n'est pas facile de trouver une définition univoque et précise de la promotion de la santé. Prenons, par exemple, deux des définitions les plus répandues sur la scène internationale, celle de la Charte d'Ottawa (WHO, 1986) et celle de l'ouvrage qui a probablement le plus de notoriété internationale dans le domaine, celui de Green et Kreuter (Green, 1999). Selon la Charte, la promotion de la santé est « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci », alors que pour Green et Kreuter, elle est « toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités » (traduction libre). La juxtaposition de ces deux définitions permet d'énoncer le problème conceptuel majeur qui empoisonne toujours l'existence de la promotion de la santé (O'Neill, 1997). En effet, on utilise encore aujourd'hui cette même expression pour désigner deux éléments fort distincts (O'Neill, 1998).

Il s'agit, d'une part, d'une *idéologie* qui n'est finalement rien d'autre que la philosophie traditionnelle de la santé publique désignée au fil des ans sous les appellations « hygiène publique », « santé publique », « santé communautaire » et, plus récemment, « nouvelle santé publique » (Ashton, 1988 ; Martin, 1989), « santé des populations » (Evans, 1996) ou « santé publique écologique » (Chu, 1994 ; Kickbusch, 1989). La définition de l'OMS est l'exemple parfait d'une définition peu précise où les aspects d'orientations philosophiques sont dominants. En particulier chez celles et ceux qui en font un métier, la promotion de la santé est

d'abord et surtout un ensemble de *pratiques spécifiques* visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'intervention telles que l'éducation sanitaire, le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel. Personnellement, c'est la définition que je retiens (O'Neill, 1998), dans la lignée de celle de Green et Kreuter (Green, 1999). Ces deux dernières définitions sont plus près d'une vision opérationnelle du champ. Toutefois, c'est la vision plus idéologique de la Charte d'Ottawa et sa définition qui demeurent les plus dominantes un peu partout sur la planète.

3. L'idée des données probantes : évolution et définition

L'idée de fonder les interventions des professionnels de la santé sur des bases scientifiques rigoureuses ne date pas d'hier. En effet, c'est en 1971 qu'Archibald Cochrane, le célèbre épidémiologiste anglais, publiait son non moins célèbre ouvrage *Effectiveness and Efficiency* (Cochrane, 1971). Dans les années 1970 comme aujourd'hui, pour Cochrane et ses émules de la Collaboration Cochrane, l'idée de base de l'entreprise demeure la même : « [...] aider les gens à prendre des décisions informées à propos des services de santé en préparant, en mettant à jour et en promouvant l'accessibilité à des revues systématiques sur les effets des soins de santé » (www.cochranelibrary.com, 2002) (traduction libre). Ces revues systématiques sont basées sur des analyses complexes de la littérature scientifique réalisées à l'aide de protocoles précis par des groupes internationaux de volontaires qui sont souvent les sommités internationales dans leur domaine. Ces revues, en règle générale, n'incluent que des études expérimentales ou quasi expérimentales menées selon la logique des fameux *RCT's*, les *randomized clinical trials* (essais cliniques randomisés), qui n'ont pas séduit que des épidémiologistes, tel Cochrane. Toujours durant les années 1970, même le sociologue radical John McKinlay en proposait l'utilisation pour décider de ce que les États devraient accepter d'inclure dans leurs systèmes publics de santé (McKinlay, 1979).

Ce qui est relativement nouveau, depuis les années 1990 environ, c'est l'acceptation de plus en plus répandue de cette utilisation tant par des organisations professionnelles de médecins (Beaulieu, 2001), d'infirmières (Morin, 2002) ou d'autres praticiens que par des gouvernements (Gouv. Canada, 1997), du fait que les interventions dans le domaine de la santé ne sont pas simplement une forme d'art, reposant sur un intangible jugement clinique. Les pratiques professionnelles seraient des comportements

rationnels, prévisibles et systématisables, qu'on pourrait optimiser de manière scientifique à l'aide des RCT's. Il ne faut pas oublier, cependant, qu'au cours des années 1970 et 1980, bien des types de recherche avaient analysé de manière critique, en utilisant habituellement les RCT'S, les pratiques professionnelles dans le domaine de la santé (Domenighetti, 1994 ; Santé et Bien-être social Canada, 1980 ; www.aetmis.gouv.qc.ca). Pourquoi alors, malgré toutes ces entreprises, la mode des *evidence-based practices* n'a-t-elle jamais connu autant de succès que dans les années 1990 ?

Voici mon hypothèse. Bien davantage que la conviction en la rationalité de baser les pratiques sur des données probantes, la principale raison de cet engouement est la nécessité de plus en plus grande, pour tout groupe professionnel ou toute intervention, de faire la preuve des résultats qu'il ou elle produit afin de survivre dans un contexte de coupures budgétaires dans les systèmes publics de santé ou de contrôle très serré des pratiques professionnelles par les entreprises privées.

On considérera donc pour les fins de cet article, comme c'est habituellement le cas, que les pratiques fondées sur des données probantes sont celles proposées à la suite de revues systématiques de la littérature scientifique, effectuées à partir de recherches scientifiques publiées, basées principalement sur une méthodologie expérimentale de type RCT's.

Le débat sur les données probantes en promotion de la santé

1. L'évaluation des interventions en promotion de la santé

La nécessité d'évaluer les interventions en promotion de la santé, que ce soit pour des fins de gestion interne des programmes, de justification de financement ou d'avancée des connaissances scientifiques, est aussi vieille que le champ lui-même (Rootman, 2001 ; Noack, 1988 ; Green, 1986 ; Abelin, 1987).

C'est au début des années 1990, dans la foulée du questionnement systématique de l'ensemble des activités financées dans le cadre des systèmes publics de santé, que cette préoccupation est devenue encore plus manifeste. En plusieurs endroits, c'est la logique des données probantes qui a été utilisée pour formuler ce questionnement. À cet égard, les activités de promotion de la santé ont beaucoup souffert, étant peu en mesure de faire la preuve de leur efficacité à partir de cette logique, et elles ont été remplacées par des activités de *santé de la population*.

Se sentant menacés par ce mouvement de fond, plusieurs ténors de la promotion de la santé n'ont pas tardé à réagir (Potvin, 2000). Au

Canada, par exemple, la vision de la santé des populations a été sévèrement critiquée par les tenants de celle de la promotion de la santé, tant sur ses plans épistémologique et méthodologique que sur ses postulats idéologiques et ses conséquences politiques (O'Neill, 2001 ; Labonté, 1995 ; Robertson, 1998 ; Coburn, 1995 ; Poland, 1998). Sur la scène internationale, afin, d'une part, de légitimer l'existence de la promotion de la santé dans un contexte de coupures budgétaires, mais aussi, d'autre part, d'en profiter pour jeter un coup d'œil sur l'état des pratiques dans le domaine, plusieurs initiatives d'envergure ont été lancées durant la seconde moitié des années 1990 (Rootman, 2001 ; UIPES, 1994 ; IUHPE, 1999). On voulait faire le point sur l'efficacité des interventions en promotion de la santé. La question est encore passablement d'actualité puisque l'OMS et l'UIPES ont créé, en 2001, un comité international sur l'efficacité de la promotion de la santé (IUHPE, 2001).

2. Une étude de 17 initiatives d'analyse des pratiques en promotion de la santé

Un document particulièrement utile effectue une comparaison systématique de 17 initiatives visant à baser les pratiques en promotion de la santé sur des données probantes (Jackson, 2001). Les initiatives analysées sont de six types et incluent toutes celles qui ont récemment tenté de statuer sur l'efficacité des interventions en promotion de la santé avec, pour la majorité, une approche de données probantes revêtant la définition que nous en avons donnée plus tôt.

Que concluent les auteurs de cette analyse comparative ? Qu'aucune des 17 initiatives ne répond parfaitement aux besoins du champ de la promotion de la santé, tel qu'eux le définissent du moins. En attendant que l'on puisse mettre en place une stratégie de revues systématiques davantage congruente avec ces besoins tels qu'ils les définissent, Jackson et autres (Jackson, 2001) suggèrent que les résultats produits par trois des 17 entreprises étudiées soient utilisés : ceux du *US Guide to Community Preventive Services*, de la Collaboration Cochrane ainsi que du National Health Service Centre for Reviews and Dissemination du Royaume-Uni.

Quelques enjeux soulevés par le débat sur les données probantes en promotion de la santé

1. Premier enjeu : les conséquences d'une définition

Dépendamment de la vision de la promotion de la santé qu'on adopte, l'approche des données probantes sera plus ou moins pertinente.

En effet, si l'on souscrit à la vision dominante de la promotion de la santé, telle que véhiculée à partir de la Charte d'Ottawa et reprise par Jackson et ses collègues, il est bien certain que les valeurs mêmes qui fondent cette vision tendent à s'opposer à plusieurs des valeurs qui sous-tendent les démarches scientifiques classiques des entreprises visant à produire des données probantes. Pour la vision dominante en promotion de la santé, l'approche des données probantes serait donc difficilement utilisable. Cependant, si, comme je le propose, on considère la promotion de la santé comme un ensemble de pratiques spécialisées visant le changement planifié des comportements humains et des environnements sociaux reliés à la santé (O'Neill, 1998), alors une pluralité de valeurs peuvent cohabiter. L'utilisation de données probantes, en particulier dans le cas des interventions plus individuelles pour lesquelles des devis expérimentaux ou quasi expérimentaux sont plus faciles à développer, peut alors devenir à la fois faisable et appropriée.

2. Deuxième enjeu : les croyances épistémologiques

La production et l'utilisation de données probantes s'inscrivent habituellement dans une vision de la science bien particulière héritée des sciences de la nature du 19^e siècle et encore largement dominante dans l'univers biomédical : celle du modèle expérimental de type positiviste. Lorsque, comme en promotion de la santé, notre objet est le comportement humain dans ses dimensions individuelles et collectives, le type de science approprié n'est plus nécessairement le positivisme ; les grands débats épistémologiques qui ont cours dans les sciences humaines et sociales depuis plus de 150 ans en témoignent éloquentement. Pour plusieurs, qu'on les nomme phénoménologues, herméneutes ou, dans leur mouture plus contemporaine, constructivistes, la science à produire lorsque tel est notre objet ne peut ni ne doit être de même nature que celle produite pour étudier les autres objets de l'univers (O'Neill, 1996). Or, le champ de la promotion de la santé, attendu son inscription dans l'univers de la santé publique et des sciences de la santé — encore largement dominé par la profession médicale et par une vision biomédicale des choses (Kickbusch, 1989) —, a fort peu de légitimité pour recourir à des visions de la science plus riches et plus complexes que celles proposées par le positivisme classique (Lincoln, 1992 ; Labonté, 1998). La réflexion épistémologique est donc un des enjeux majeurs pour qui se préoccupe de données probantes en promotion de la santé ; s'y intéresser davantage, comme le font si bien McQueen et Anderson (McQueen, 2000), amènerait notamment à réfléchir sur la nature de l'évidence requise pour être convaincu de la valeur d'une

intervention, nature qui peut fort bien varier selon le point de vue épistémologique adopté.

3. Troisième enjeu : les limites méthodologiques des RCT's

Même pour celles et ceux qui adhèrent à la vision positiviste de la science et à la méthode expérimentale qui sous-tendent les RCT's, les défis à relever pour établir l'efficacité de la promotion de la santé selon cette approche sont considérables et, pour de nombreux types d'interventions, à toutes fins pratiques, insurmontables. Or, même si cela est difficile, des trésors d'ingéniosité ont cependant été déployés depuis des dizaines d'années, dans le cas de l'étude du comportement individuel, pour inventer des devis quasi expérimentaux (Campbell, 1963), pour développer des manières de recruter et de conserver les sujets, pour perfectionner des techniques d'analyse statistique de plus en plus puissantes et précises, etc. C'est toutefois quand l'unité d'analyse et d'intervention, comme c'est très fréquemment le cas en promotion de la santé, n'est plus l'individu mais bien le groupe, la communauté ou l'ensemble d'une société, et ce pour des phénomènes dont l'évolution s'étend sur des décennies, que mettre sur pied des devis de recherche expérimentaux ou quasi expérimentaux devient non seulement financièrement prohibitif, mais aussi questionnable sur le plan même de la valeur scientifique des résultats produits par une telle entreprise.

4. Quatrième enjeu : faire passer l'évidence dans les pratiques

S'il est une évidence scientifique incontournable que des dizaines d'années de recherche fondamentale et appliquée en sciences du comportement ont confirmée *ad nauseam*, c'est l'absence de lien automatique entre les connaissances et le comportement (Godin, 1991). Ce n'est pas parce que la Collaboration Cochrane en arrive à la conclusion que telle ou telle pratique professionnelle chirurgicale, pharmacologique ou autre est à adopter ou à abolir, que du jour au lendemain les professionnels obtempéreront. Les études se penchant sur l'adoption d'une innovation (Rogers, 1973) ont d'ailleurs abondamment démontré depuis longtemps qu'au-delà de la volonté individuelle, dans le monde médical comme ailleurs (McKinlay, 1981), le chemin des changements de comportements est long, ardu et parsemé de renforts ou d'obstacles souvent très étonnants pour le néophyte. Dans un ordre d'idées complémentaire, la place de la science dans la prise de décision politique ou organisationnelle est beaucoup moins considérable que l'image un peu naïve et mécaniste qu'on en a parfois (Czada, 1991), d'où la préoccupation de plus en plus

marquée, un peu partout, d'améliorer la traduction des acquis de la recherche scientifique dans les pratiques décisionnelles ou interventionnelles (Johnson, 1996 ; Dunn, 1994).

5. Cinquième enjeu : évaluer les pratiques de qui ?

Si l'on prend le volet plus communautaire des interventions, habituellement chichement financé par des deniers publics, la tendance de plus en plus fréquente, pour des raisons d'imputabilité par ailleurs fort légitimes, est de vouloir établir hors de tout doute raisonnable que l'argent investi dans ces petits projets donne des résultats (Thurston, 1999). On en vient donc à avoir des exigences évaluatives complètement déraisonnables envers ces projets, alors que l'on laisse encore sans évaluation des pans complets des interventions biomédicales infiniment plus coûteuses pour la collectivité. Les risques de ces récents débordements sont qu'on en vienne à ne financer que des projets plus classiques, déjà bien subventionnés, équipés de personnel pouvant répondre à des attentes évaluatives formulées dans une logique de données probantes.

Devant cet état de fait, ma position est double. D'une part, on pourrait considérer l'argent investi dans les initiatives communautaires de promotion de la santé comme une forme de redistribution de la richesse ; on pourrait alors tout simplement ne pas les évaluer, sous la foi du lien très abondamment démontré entre la diminution de la pauvreté et l'augmentation de l'état de santé (O'Neill, 1989). Si l'on souhaite les évaluer, il est cependant crucial que l'intensité requise demeure dans les limites du raisonnable et ne détourne pas à des fins d'évaluation des ressources qui seraient mieux employées à offrir des services essentiels que les systèmes officiels n'offrent pas ou plus. J'attendrais de plus, pour mettre en œuvre ces évaluations, que des mécanismes systématiques au moins aussi exigeants soient mis en place pour les interventions biomédicales hypercoûteuses dont on ne sait rien de l'efficacité ou de l'efficience. De plus, il existe maintenant toute une littérature sur la recherche participative (Green, 1995) de même que des outils concrets d'auto-évaluation (Maltrud, 1997 ; OHP, 1992) qui se proposent d'équiper les individus et les communautés afin qu'ils se posent eux-mêmes les questions d'évaluation pertinentes, recueillent les données pour y répondre et réorientent leurs actions en conséquence. C'est dans cette direction que l'on devrait continuer à réfléchir et à agir.

Conclusion

Il est évident que de vouloir organiser l'ensemble des pratiques en promotion de la santé à partir d'une logique de données probantes est non seulement irréaliste, mais encore irréalisable. Il est toutefois aussi ridicule et inapproprié de vouloir bannir toute approche basée sur des données probantes que de tout vouloir évaluer selon cette orientation. La notion d'œcuménisme méthodologique développée par Haldeman et Lévy (Haldeman, 1995) me semble ainsi des plus intéressantes à cet égard, pour qui veut adopter une approche épistémologique et méthodologique équilibrée et utile. Il existe certainement un avenir pour l'utilisation des données probantes en promotion de la santé, mais à l'intérieur de certaines limites, dans la mesure où elles ne sont pas perçues comme la seule et unique manière d'évaluer les pratiques dans ce domaine, et en autant que de la place demeure pour d'autres types de démarches qui, très souvent, restent les seules disponibles pour fournir un jugement éclairé sur la capacité d'une intervention à produire des résultats.

Références bibliographiques

- Abelin, T., Z.J. Brzezinski et V. Carstairs (eds.). *Measurement in health promotion and protection*, Copenhagen, World Health Organization, 1987. (WHO Regional Publications, European series, n° 22).
- Ashton, J. et H. Seymour. *The New Public Health, the Liverpool Experience*, Liverpool, Liverpool Press, 1988.
- Beaulieu, M.D., R. Battista et R. Blais. « À propos de l' "Evidence-based medicine" », *Ruptures*, 2001, vol. 7, n° 2, p. 120-134.
- Campbell, D., et J.C. Stanley. *Experimental and quasi-experimental designs for research*, Chicago, Rand McNally, 1963.
- Chu, C., et R. Simpson (eds.). *Ecological Public Health : From Vision to Practice*, Toronto, University of Toronto Centre for Health Promotion and Participation, 1994.
- Coburn, D., B. Poland, J. Eakin et autres. « Comments on *Why are some people healthy and others not* », *Health and Canadian Society*, 1995, vol. 3, n°s 1-2, p. 169-176.
- Cochrane, A. *Effectiveness and efficiency*, Abingdon, Burgess and Son, 1971.
- Czada, R.M., et A. Windhoff-Héritier (eds.). *Political choice : institutions, rules, and the limits of rationality*, Boulder, Westview Press, 1991.
- Domenighetti, G. « Marché sanitaire : pour une stratégie informative du consommateur », dans Bastien, R., Langevin, L., LaRocque, G. et autres

- (éd.), *Promouvoir la santé : réflexions sur les théories et les pratiques*, Montréal, RÉFIPS, 1994.
- Dunn, E., P. Norton, M. Stewart, et autres (eds.). *Disseminating Research, Changing Practices*, Thousands Oaks, Sage, 1994.
- Evans, R., M. Barer et T. Marmor (eds.). *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Montréal, PUM, 1996.
- Godin, G. « L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs », *Sciences sociales et santé*, 1991, vol. 9, n° 1, p. 67-94.
- Gouvernement du Canada. *Forum national sur la santé, rapports de synthèse et documents de référence*, vol. 2, Ottawa, 1997.
- Green, L.W. *Measurement and evaluation in health education and headline promotion*, Paolo Alto, Mayfield, 1986.
- Green, L., A. George, M. Daniel et autres. *La recherche participative en promotion de la santé au Canada : bilan et perspectives*, Ottawa, Société Royale du Canada, 1995.
- Green L., et M. Kreuter. *Health promotion planning, an educational and ecological approach* (3rd ed.), Mountain View, Mayfield, 1999.
- Haldeman, V., et R. Levy. « Cécuménisme méthodologique et dialogue entre paradigmes », *Canadian Journal on Aging*, 1995, n° 14, p. 37-51.
- IUHPE, International Union for Health Promotion and Education. *The Evidence of Health Promotion Effectiveness : Shaping Public Health in a New Europe. Part One : Core Document. Part Two : Evidence Book*, Paris, IUHPE, 1999.
- IUHPE, International Union of Health Promotion and Health Education. *Minutes of the First Meeting of the Steering Group on the Global Programme on Health Promotion Effectiveness*, Paris, IUHPE, 2001.
- Jackson, S., R. Edward, B. Kahan et M. Goodstat. *An Assessment of the Methods and Concepts Used to Synthesize the Evidence of Effectiveness in Health Promotion : A Review of 17 Initiatives*, Toronto, Canadian Consortium of Health Promotion Research, 2001. <http://www.utoronto.ca/chp/chp/consort/synthesissfinalreport.pdf>
- Johnson, J.L., L.W. Green, C.J. Frankish et autres. « A dissemination research agenda to strengthen health promotion and disease prevention », *Canadian Journal of Public Health*, 1996, n° 87 (suppl. 2), p. S5-S10.
- Kickbusch, I. « Health promotion, a global perspective », *Canadian Journal of Public Health*, 1986, vol. 77, n° 5, p. 321-327.
- Kickbusch, I. *Good planets are hard to find*, Copenhagen, FADL Publishers, 1989. (Healthy Cities paper n° 5).

- Labonté, R. « Population Health and Health Promotion : What do they have to say to each other? », *Canadian Journal of Public Health*, 1995, vol. 86, n° 3, p. 165-168.
- Labonté, R., et A. Robertson. « Delivering the goods, showing our stuff : the case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice », dans Thurston, W., Sieppert, J., Wiebe, V. (eds.), *Doing Health Promotion Research : the Science of Action*. Calgary : University of Calgary Health Promotion Research Group, 1998, p. 41-62.
- Lalonde, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Gouvernement du Canada, Ministère des Approvisionnement et Services, 1974.
- Lincoln, Y.S. « Fourth generation evaluation : the paradigm revolution and health promotion », *Canadian Journal of Public Health*, 1992, vol. 83, S1, p. S6-S11.
- Maltrud, K., M. Polacsek et N. Wallerstein. *A Workbook for Participatory Evaluation About Community Initiatives*, Albuquerque, New Mexico Partnership for Healthier Communities and University of New Mexico, 1997.
- Martin, C., et D. McQueen (eds.). *Readings for a New Public Health*, Edimburgh, Edimburgh University Press, 1989.
- McKinlay, J. « Epidemiological and political determinants of social policies regarding the public health », *Social Science and Medicine*, 1979, vol. 13, n° 5, p. 541-559.
- McKinlay, J.B. « From "Promising Report" to "Standard Procedure" : Seven Stages in the Career of a Medical Innovation », *Health and Society*, 1981, vol. 59, n° 3, p. 374-411.
- McQueen, D. et L. Anderson. « Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé », *Ruptures*, 2000, vol. 7, n° 1, p. 79-98.
- Morin, D. et N. Leblanc. « La pratique infirmière basée sur des données probantes, de quoi parle-t-on au juste ? », *L'infirmière du Québec*, 2002, vol. 10, n° 2, p. 27-30.
- Noack, H., et D. McQueen (eds.) « Special issue on Health Promotion Indicators », *Health Promotion International*, 1988, vol. 3, n° 1, p. 1-125.
- OHP, Office of Health Promotion. *Health Indicators Workbook : A Tool for Healthy Communities*, Victoria, British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 1992.
- O'Neill, M. « Community health projects in Québec : can they participate significantly to promote the health of the population in the years to come ? », *Health Promotion International*, 1989, vol. 4, n° 3, p. 189-198.

- O'Neill, M. « Entre l'ontologique et les statistiques : un point de vue sur les méthodes de recherche en promotion de la santé », *Ruptures*, 1996, vol. 3, n° 2, p. 144-56.
- O'Neill, M. « Promotion de la santé : enjeux pour l'an 2000 », *Canadian Journal of Nursing Research*, 1997, vol. 29, n° 1, p. 63-70.
- O'Neill, M. et L. Cardinal. « Les ambiguïtés de la promotion de la santé au Québec », *Recherches sociographiques*, 1998, vol. 39, n° 1, p. 9-37.
- O'Neill, M., A. Pederson et I. Rootman. « La promotion de la santé au Canada : déclin ou mutation ? », *Ruptures*, 2001, vol. 7, n° 2, p. 50-59.
- Pederson, A., M. O'Neill et I. Rootman (eds.). *Health Promotion in Canada ; provincial, national and international perspectives*, Toronto, W.B. Saunders, 1994.
- Poland, B., D. Coburn, A. Robertson et autres. « Wealth, equity and health care : a critique of a "population health" perspective on the determinants of health », *Social Science and Medicine*, 1998, vol. 46, n° 7, p. 785-798.
- Potvin, L. et L. Gauvin. « Recherche et transformation des pratiques professionnelles en promotion de la santé : avant-propos », *Ruptures*, 2000, vol. 7, n° 1, p. 52-57.
- Robertson, A. « Shifting discourses on health in Canada : from health promotion to population health », *Health Promotion International*, 1998, vol. 13, n° 2, p. 155-166.
- Rogers, E.M. et F. Shoemaker. *Communication of Innovations*, Glencoe, Free Press, 1973.
- Rootman, I., M. Goodstadt, B. Hyndman, D. McQueen et autres (eds.). *Evaluation in Health Promotion : Principles and Perspectives*, Copenhagen, World Health Organization, 2001. (WHO Regional Publications, European series, n° 92)
- Santé et Bien-être social Canada. *Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique*, Hull, 1980.
- Thurston, W., D. Wilson et autres. *Health Promotion Effectiveness in Alberta : Providing the Tools for Healthy Albertans*, Calgary, University of Calgary, HPR Research Group, 1999.
- UIPES, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. *Un outil d'analyse des études d'efficacité de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé : mise au point, utilisation et recommandations*, Utrecht, Centre néerlandais de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (bureau européen de l'UIPES), 1994.
- WHO, World Health Organisation, Canadian Public Health Association and Health and Welfare Canada (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion*, vol. 1, n° 4, p. i-v.

WHO, World Health Organization. Regional Office for Europe. Discussion document on the concept and principles of health promotion, Copenhagen, WHO, 1984.

www.aetmis.gouv.qc.ca, Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec.

www.cochraneflibrary.com, consulté le 5 janvier 2002.

www.IUHPE.org



L'INFIRMIÈRE ET LES RÉSULTATS PROBANTS

*Marie Hatem
Hana Halabi-Nassif*

Introduction

Le développement des connaissances, la validation des pratiques et l'engagement en recherche assurent l'excellence des pratiques professionnelles (Patterson, 1991). Les professionnels de la santé, médecins et infirmières en particulier, sont amenés à fonder leur pratique et leur prise de décision clinique sur la science, les recherches et les résultats probants (Kitson, 1997). La référence aux résultats probants dans le domaine de la santé connaît un certain essor. En 1998, la 51^e Assemblée mondiale de la santé a encouragé tous les États membres à adopter une telle approche pour les pratiques et les politiques de promotion de la santé et à utiliser toutes les méthodologies quantitatives et qualitatives existantes.

Le présent article vise à faire le point sur la situation de la pratique infirmière et le recours aux résultats probants. Nous parlerons d'abord du mouvement basé sur les résultats probants en général et de celui des soins infirmiers en particulier. Nous aborderons ensuite les barrières qui empêchent les infirmières de fonder leur pratique sur la recherche et les résultats probants. Enfin, nous présenterons différents modèles proposés pour favoriser l'utilisation de la recherche dans la pratique infirmière.

La notion de résultats probants renvoie à la causalité et à la preuve ; elle est utilisée pour montrer qu'une chose en rend une autre plus probante, plus évidente. Du point de vue opérationnel, un résultat probant serait une donnée ou un fait utilisé ou qui pourrait être utilisé pour prendre une décision, prononcer un jugement ou résoudre un problème (McQueen, 2002). En clinique, la notion de preuve ou de résultat probant est cruciale. Elle exorcise l'histoire des thérapies appliquées avec enthousiasme, sans observation ni reconnaissance de leurs résultats néfastes sur la santé des patients (ex. : les saignées, l'oxygène en haute concentration pour les enfants prématurés, la thalidomide). Au-delà de la pratique clinique, des erreurs sont constatées dans les prises de décision des responsables de l'organisation des systèmes de santé. Archie

Cochrane (1999) fut un des premiers à souligner le fait que les décideurs accordent plus d'importance aux opinions qu'aux faits prouvés ou qu'à l'analyse systématique des connaissances scientifiques ou des résultats de recherche probants.

Le mouvement basé sur les résultats probants ou *evidence-based medicine*

1. Origines

Les déclarations de A. Cochrane ont été la semence qui permit le développement de deux mouvements parallèles : l'un au sein des gouvernements et l'autre – l'*evidence-based medicine* –, axé sur la clinique, sous le leadership de l'épidémiologie clinique. Ce mouvement fut parraîné et promu, dans les années 1990, par l'épidémiologiste clinicien David Sackett (« The fall of... », 2000 ; *Evidence-Based...*, 2000).

L'intérêt porté à ce mouvement par les professionnels de la santé, a pour origine quatre prises de conscience : 1) le besoin quotidien, de la part des cliniciens, de données validées concernant le diagnostic, le pronostic, la thérapie et la prévention ; 2) l'inadaptation des sources traditionnelles d'information ; ces dernières sont parfois dépassées, non pertinentes pour la formation continue des médecins et de validité variable ; 3) la disparité entre les habiletés de poser un diagnostic et le jugement clinique qui augmente avec l'expérience, d'une part, et la mise à jour des connaissances et de la performance clinique qui décline, d'autre part ; 4) l'incapacité de trouver le temps nécessaire pour lire les nouveaux résultats probants.

Ces problèmes ont longtemps été insurmontables pour les cliniciens qui travaillaient à temps plein. Toutefois, cinq développements majeurs ont changé cette situation et sont à la base de l'essor de ce mouvement : 1) le développement de stratégies pour localiser et évaluer la validité et la pertinence des résultats probants ; 2) la création de revues systématiques et de résumés concis des effets de ces résultats probants sur la qualité des soins de santé, d'où la création de la Bibliothèque Cochrane ; 3) la mise en place de journaux, portant sur les résultats probants, qui publient 2 p. 100 des articles cliniques valides et immédiatement utilisables par les praticiens ; 4) l'élaboration de systèmes d'information susceptibles de diffuser rapidement les nouveaux résultats ; 5) le choix et l'application des stratégies opérationnelles de formation permanente ayant pour objet l'amélioration de la performance clinique.

2. Définition

L'*evidence-based medicine* (désormais « EBM ») ou, selon la traduction française, la prise de décision médicale fondée sur les résultats probants, consiste, selon son promoteur David Sackett (« The fall of... », 2000 ; *Evidence-Based...*, 2000), en l'intégration des meilleurs résultats probants à l'expertise clinique et aux valeurs et préférences du patient. Les meilleurs résultats probants sont les résultats découlant des recherches cliniques centrées sur le patient et traduisant avec exactitude, fidélité et précision les tests de diagnostic (y compris l'examen clinique), la force des indicateurs de pronostic ainsi que l'efficacité des plans thérapeutiques, de la réhabilitation et de la prévention. Quant à l'expertise clinique, elle se définit par la capacité du clinicien d'utiliser, dans sa prise de décision, ses compétences cliniques et son expérience passée, afin de connaître rapidement l'état de santé du patient, le diagnostic, ses risques individuels et les bénéfices des interventions potentielles ; à ces compétences le clinicien ajoute les valeurs, les préférences ainsi que les attentes du patient (Sackett, *Evidence-Based...*, 2000). Les valeurs du patient seraient représentées par ses préférences individuelles, ses soucis et ses attentes, qui sont pris en considération dans la décision s'ils lui sont bénéfiques. Une fois ces éléments intégrés, les cliniciens et les patients forment une alliance de diagnostic et de thérapie qui optimise les effets des interventions sur la santé et sur la qualité de vie du patient.

3. Opérationnalisation

L'opérationnalisation de l'EBM se fait en cinq étapes : 1) traduire le besoin d'information des cliniciens en questions susceptibles d'avoir des réponses ; 2) chercher les meilleurs résultats probants qui répondent aux questions posées ; 3) évaluer d'une façon critique la validité, l'impact et l'applicabilité des résultats probants dans la pratique clinique ; 4) intégrer l'évaluation critique à l'expertise clinique au regard de la biologie unique du patient, de ses valeurs et des circonstances ; 5) évaluer l'efficacité et l'efficacité de la démarche précitée et trouver les moyens pour assurer une amélioration ultérieure.

4. Limites

Les chercheurs ont relevé six limites à la médecine fondée sur les résultats probants. Trois d'entre elles sont communes à l'univers de la science (fondamentale ou appliquée) et de la médecine. Ce sont : 1) Le manque de cohérence et de consistance des résultats probants dû à l'absence de recherches dans certains domaines ou à la qualité des résultats

de recherche. Cette limite pourrait être surmontée par le développement de la recherche en général, en particulier par la qualité de la méthodologie qui y est utilisée. Par ailleurs, elle met l'accent sur l'importance de la formation continue des cliniciens. Cette formation devrait cibler le développement de leurs compétences quant à l'évaluation critique d'une recherche et à la compréhension des statistiques ainsi que le développement des moyens d'application des résultats probants compte tenu des risques et des valeurs de chaque patient (Sackett, 2001). 2) Les difficultés sur le plan de l'application des résultats probants dans les soins individuels des patients. 3) les barrières relatives à toute pratique d'une médecine de qualité élevée (ex. : coûts élevés des soins, charge de travail des médecins, risque d'écourter la marge de liberté des cliniciens par l'intervention des décideurs politiques).

Les trois autres limites, propres à cette nouvelle pratique fondée sur les résultats probants, sont : 1) L'obligation de développer de nouvelles compétences dans le domaine de la recherche et de l'évaluation critique, obligation qui risque de décourager les cliniciens d'adopter cette pratique, et ce, malgré la présence des ressources facilitant l'accès aux informations systématiques. 2) Le manque de temps pour les cliniciens ainsi que l'inaccessibilité immédiate aux ressources pertinentes dans les cliniques. Cette limite tend à être dépassée par la création des revues systématiques qui produisent des résumés pertinents et de qualité sur les sujets traités. 3) La nouveauté de cette pratique datant d'une décennie, et qui manque de preuves quant à son bon fonctionnement, l'avenir étant le seul garant de son efficacité.

Au-delà de ces limites, l'incompréhension de cette pratique a suscité l'évocation de pseudo-limites auxquelles des explications ont été données dans le milieu scientifique. En effet, les étapes d'application de la pratique neutralisent les critiques qui soulignent le discrédit de l'expertise clinique et la négligence des préférences des patients. Cette pratique n'a pas pour but d'élaborer des « recettes » pour la pratique médicale. De même, elle ne cherche pas à diminuer le coût des soins par le fait qu'elle vise à promouvoir une qualité de vie meilleure pour les patients. Une qualité de vie suppose souvent une augmentation des coûts qui risque d'irriter les économistes de la santé.

Soins infirmiers basés sur les résultats probants ou *evidence-based nursing*

En matière de santé, la prise de décision fondée sur les résultats probants a dépassé le seul usage des médecins pour toucher toutes les

interventions de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire (Closs, 1999). Ainsi sont apparues les expressions telles que *evidence-based practice*, ou pratique fondée sur les résultats probants, et *evidence-based nursing*, ou soins infirmiers fondés sur les résultats probants (Omery, 1999 ; Estabrooks, 1998). Souvent ces deux expressions sont utilisées de façon interchangeable.

Omery (1999) définit la pratique fondée sur les résultats probants comme l'utilisation soignée et pratique des meilleurs résultats pour guider les décisions de soins. Dans sa définition, Gray (1997) ajoute que cette prise de décision devra être la plus pertinente à l'état de santé du patient en tant qu'individu unique. Les soins infirmiers fondés sur les résultats probants visent à diminuer le nombre d'expériences cliniques rituelles, isolées, non systématiques et d'opinions non fondées, et ce, en faveur de l'utilisation des résultats des recherches, des expériences confirmées et du consensus des experts qui justifient la pratique professionnelle (Stetler, 1998).

Ainsi, l'ensemble de ces activités résulte usuellement en une définition d'une série de recommandations ou de guides de pratique clinique qui dirigent le clinicien. Il s'agit là d'un processus plus large que l'utilisation de la recherche, en ce sens que ces recommandations sont basées sur les résultats probants provenant de différents types de connaissances telles que l'opinion des experts cliniques et les résultats des études cliniques (Omery, 1999). En effet, les guides de pratique clinique sont des véhicules qui accélèrent le transfert des connaissances dans les pratiques et des moyens pour garantir des pratiques équitables et de qualité.

La pratique des soins infirmiers fondée sur les résultats probants est toute récente et ne fait pas encore l'unanimité. Plusieurs questions restent posées. Est-ce que la recherche en soins infirmiers possède un corpus de connaissances suffisant pour répondre aux questions pratiques des infirmières ? Quel type de recherches constituerait les meilleurs résultats probants ? Est-ce que cette pratique est congruente avec les besoins des infirmières cliniciennes et avec les sources de connaissances qu'elles utilisent dans leur travail quotidien ? Comment conduire les changements dans les pratiques en respectant les valeurs professionnelles et la complexité des contextes présents et futurs ?

Il est évident que la pratique fondée sur les résultats probants peut faire évoluer la profession infirmière vers une meilleure qualité de soins et un meilleur état de santé des patients. Il revient aux infirmières

professionnelles et aux milieux organisationnels de relever le défi de cette nouvelle pratique.

Barrières limitant le recours aux résultats probants dans la pratique infirmière

Les recherches menées sur la pratique des infirmières cliniciennes ont confirmé qu'il existe un fossé entre la théorie et la pratique en général, ainsi qu'entre la théorie et la pratique fondée sur l'utilisation des résultats probants en particulier (Burrows, 1995). Plusieurs catégories de barrières sont reconnues comme des freins pour le développement scientifique de la pratique professionnelle. Les plus citées font référence aux dimensions suivantes : 1) les sources de connaissances pratiques et d'information des infirmières ; 2) le niveau de formation des infirmières ; 3) les attitudes et les caractéristiques des infirmières en tant qu'utilisatrices potentielles des résultats de la recherche ; 4) la nature des recherches menées et les moyens de dissémination des résultats ; 5) l'organisation dans sa culture et sa structure.

1. Les sources de connaissances pratiques et d'information des infirmières

L'analyse des pratiques dans les professions de la santé a montré qu'une grande partie de ces dernières n'est pas basée sur la science (Stetler, 1998). La pratique infirmière ne fait pas exception à cette règle.

Les résultats d'un sondage réalisé auprès d'un échantillon de 600 infirmières ont montré que les deux premières sources de connaissances utilisées dans leur des infirmières sont celles découlant de leurs expériences et celles acquises lors de leur formation initiale (Estabrooks, 1998). Les autres sources, par ordre décroissant, sont les connaissances reçues des médecins et celles basées sur l'intuition, le sens commun et les pratiques qui ont fait leurs preuves (Omery, 1999 ; Estabrooks, 1998 ; Burrows, 1995).

Quant aux sources utilisées pour s'informer sur les recherches, un sondage a montré que plus de la moitié des infirmières lisent les journaux, dont seulement 16,2 p. 100 sont relatifs à la profession. Les autres sources sont l'unité de formation de l'hôpital (13,3 p. 100), les pairs (8,3 p. 100), la formation continue (5,9 p. 100) et les médias (5,7 p. 100) (Estabrooks, 1998). Ces résultats mettent l'accent sur deux éléments essentiels : 1) l'intérêt de disséminer les résultats des recherches dans les journaux lus par les infirmières, et 2) l'importance de la formation de

base des infirmières, qui reste leur référence d'excellence au-delà du temps et un critère crucial pour une pratique fondée sur les résultats probants. Cette formation devra développer les compétences des infirmières quant à la pensée critique. Stetler (1994) insiste sur l'aptitude insuffisante des praticiens à évaluer les données de la recherche.

2. Le niveau de formation des infirmières

Le niveau de formation des infirmières ainsi que les méthodes d'enseignement du processus de la recherche peuvent agir comme barrières ou facilitateurs à l'utilisation de la recherche dans la pratique (Omery, 1999). En effet, la formation à la recherche leur est essentielle sur trois plans : 1) d'une part, elle permet aux infirmières cliniciennes d'être en mesure de comprendre les résultats de la recherche et d'évaluer leur pertinence dans leur propre champ d'expertise et, d'autre part, elle permet aux infirmières gestionnaires d'être en mesure de déterminer des domaines nécessitant la recherche et d'agir comme membres des comités d'éthique de recherche ; 2) elle offre aux infirmières la possibilité d'élargir leur champ de connaissances en méthodologie de la recherche et de pouvoir faire carrière dans ce domaine ; 3) elle les aide à acquérir une certaine compréhension des méthodes de recherche et leur permet de s'engager en tant que membres des équipes de recherche (Camiah, 1997).

Alcock et autres (Alcock, 1990) ont étudié les attitudes des infirmières à l'égard de la recherche. Leurs résultats ont montré que seulement 36 p. 100 des infirmières questionnées ont reçu une formation en méthodologie de la recherche ou en statistiques. Ces chercheurs constatent que les infirmières ayant terminé un premier ou un second cycle de formation valorisent plus la recherche et qu'elles ont un intérêt plus grand pour celle-ci ainsi qu'une perception positive de leur rôle dans ce domaine. Par ailleurs, leur expérience en recherche dépasse celle de leurs collègues non universitaires. Ainsi, le niveau de formation des infirmières et le nombre de cours reçus en méthodologie de la recherche ou en statistiques sont considérés comme des critères essentiels qui prédisposent les infirmières à une pratique fondée sur les résultats probants.

3. Les attitudes des infirmières à l'égard de la recherche

L'attitude des infirmières à l'égard de la recherche semble être une clé pour leur développement personnel. Plus cette attitude est positive, plus il est probable que les résultats des recherches soient traduits

dans la pratique (Omery, 1999 ; Rizzuto, 1994). Les attitudes des infirmières cliniciennes et administratives ont fait l'objet de plusieurs études (Alcock, 1990 ; Funk, 1991 ; Lewis, 1998). Les attitudes des infirmières envers la recherche ont été explorées à partir des perceptions que celles-ci ont à l'égard : 1) de la valeur de la recherche ; 2) du rôle qu'elles s'y accordent ; 3) de l'intérêt qu'elles y portent ; 4) de leur expérience dans ce domaine.

3.1 Perception de la valeur de la recherche dans la pratique

Les infirmières cliniciennes et administratrices reconnaissent la valeur de la recherche pour construire une base scientifique de la pratique. La recherche serait ainsi utile pour améliorer la qualité des soins, résoudre les problèmes des patients et produire de nouveaux résultats qui facilitent certaines prises de décisions cliniques (Alcock, 1990 ; Funk, 1991 ; Lewis, 1998). De même, les infirmières trouvent important de baser leurs pratiques sur les résultats des recherches. Toutefois, plusieurs pensent qu'il leur serait difficile d'appliquer la recherche dans la pratique (Lewis, 1998).

3.2 Perception du rôle de l'infirmière dans la recherche

De façon presque unanime, les infirmières perçoivent qu'elles jouent un rôle dans la recherche des problèmes et des solutions en soins infirmiers, dans la suggestion de nouvelles procédures pour améliorer les soins des patients ainsi que dans l'implantation des résultats des recherches dans la pratique (Alcock, 1990). De plus, elles s'entendent sur le fait qu'elles devraient être au courant de toutes les recherches menées dans leur établissement et qu'elles devraient s'engager dans la conduite de recherches pour améliorer la qualité des soins qu'elles offrent. Quant à la collecte des données, les infirmières préfèrent y participer quand il s'agit de recherches ciblant leur profession et celles d'autres disciplines. Malgré ces affirmations, seulement la moitié des infirmières seraient prêtes à faire la collecte des données même si cette tâche était incorporée à leur routine de travail.

Le rôle pratique joué par les infirmières dans la recherche fut exploré dans une étude menée (Omery, 1999) auprès de 20 infirmières détenant un doctorat. Ces dernières ont défini leur rôle par les attributs suivants : 1) *facilitateur* : les infirmières utilisent leur expérience pour aider à mobiliser les processus, trouver les fondements de la recherche, formuler des questions, aider à la recension des écrits et trouver les ressources

appropriées ; 2) *chercheur* : les infirmières apportent leur perspective scientifique dans les activités liées à l'utilisation de la recherche, surtout dans le domaine de la reproduction des études (ex. : développer les questionnaires, évaluer les projets) ; 3) *consultant* auprès des infirmières : elles aident au démarrage des projets ; 4) *collaborateur* : dans les interactions entre les infirmières et l'équipe multidisciplinaire, elles contribuent au bon fonctionnement du projet ; 5) *éducateur* : elles apprennent aux infirmières à utiliser les résultats des recherches et à développer la lecture critique de la littérature ; 6) *chef d'équipe* : les infirmières peuvent avoir la responsabilité de la planification stratégique, elles peuvent faire démarrer les changements ou gérer les comités de recherche.

3.3 Intérêt perçu pour la recherche

L'intérêt majeur des infirmières pour la recherche réside en premier lieu dans l'objectif de trouver des réponses précises aux problèmes de santé des patients dans le domaine des soins infirmiers. Cet intérêt est manifesté par : 1) une participation aux recherches menées par leur service ; 2) une prise de connaissance des résultats des recherches qui y ont lieu, quoique cet intérêt semble diminuer si la conduite des recherches n'est pas mentionnée dans le descriptif de leurs tâches (Alcock, 1990) ; 3) la nécessité d'apporter des changements dans leurs pratiques en se basant sur les résultats des recherches (Alcock, 1990 ; Funk, 1991 ; Lewis, 1998). Toutefois, l'intérêt des infirmières à faire partie de comités pour la promotion et la révision des recherches infirmières reste faible (Alcock, 1990).

3.4 Expérience des infirmières dans le domaine de la recherche

Les études montrent que l'expérience des infirmières dans la pratique de la recherche est faible (Alcock, 1990 ; Lewis, 1998). Cette expérience se situe sur le plan de la recherche d'un problème, dans la pratique clinique, ayant fait l'objet d'une recherche et par la réponse à des questionnaires de recherche. Très peu d'infirmières ont déjà été des chercheuses principales ou des cochercheuses, rédigé des demandes de subvention, reçu des fonds ou publié les résultats de leurs recherches (Estabrooks, 1998 ; Alcock, 1990 ; Lewis, 1998).

Toutefois, cette expérience est plus importante quand il s'agit des infirmières détenant un doctorat. La majorité de ces infirmières sont engagées dans des activités de recherche dont les sujets se répartissent selon deux axes : 1) axe des interventions cliniques qui visent le patient ;

2) axe de la pratique professionnelle et des opérations, lesquelles incluent le développement des protocoles de recherche, la recension des écrits pour la mise à jour des procédures, les clubs de lecture, la définition du rôle de l'infirmière clinicienne, etc. L'activité des infirmières est en corrélation avec leur niveau de formation.

4. La nature des recherches et les moyens de dissémination des résultats

Malgré l'actuelle abondance de la recherche professionnelle, un écart culturel est toujours ressenti entre les infirmières chercheuses, les enseignantes et les cliniciennes. Ces dernières, à l'instar de certains collègues médecins, ont une perception négative des chercheurs et considèrent leurs travaux comme ésotériques et sans rapport avec la pratique quotidienne (Kitson, 1998). Les barrières à la recherche sont liées aux éléments suivants : les recherches non reproduites, les conclusions tirées non justifiées, les écrits scientifiques aux résultats contradictoires et les rapports non publiés rapidement (Funk, 1991 ; 1995). En effet, plusieurs études montrent qu'il existe un problème dans la dissémination des résultats des recherches. Très peu d'infirmières publient les résultats de leurs travaux ou les communiquent à de leurs collègues (Estabrooks, 1998 ; Lewis, 1998 ; Hicks, 1995). Même quand ces recherches sont publiées, elles restent souvent inaccessibles aux professionnels par défaut de bonnes stratégies de dissémination.

5. L'organisation dans sa culture et sa structure

L'organisation est considérée comme l'un des facteurs essentiels qui influent positivement ou négativement sur l'utilisation de la recherche. Le succès de cette dernière démarche est fonction du degré de son incorporation dans les normes culturelles de l'organisation (Omery, 1999 ; Stetler, 1998 ; Stetler, 1999). Il est essentiel, pour la création d'une telle culture, d'utiliser au quotidien un langage qui soit cohérent avec les valeurs et les concepts faisant la promotion d'une pratique basée sur les résultats probants (Stetler, 1998). L'engagement des décideurs au sein de l'organisation, la mise en place d'une unité de recherche gérée par des chercheurs, la valorisation des pratiques basées sur la recherche, l'accessibilité des ressources, la décentralisation et l'approche participative dans la gestion sont tous des moyens qui favorisent le développement d'une telle culture. Les écrits signalent la nécessité de développer cet aspect culturel et démontrent que les caractéristiques liées à l'organisation représentent les principales barrières au développement de pratiques

fondées sur les résultats probants (Funk, 1991 ; Lewis, 1998). Ces barrières organisationnelles, selon les praticiens, correspondent au fait de penser que : 1) le temps ne permet pas d'implanter de nouvelles idées et de lire les recherches, en raison d'une lourde charge de travail ; 2) l'autorité des infirmières est insuffisante pour modifier les procédures de soins des patients ; 3) les médecins ainsi que les autres membres de l'équipe ne collaboreront pas ou ne donneront pas le support requis pour ce genre d'implantation ; 4) l'administration ne permettra pas l'implantation de telles activités ; 5) les ressources qui facilitent une telle implantation sont insuffisantes (Funk, 1991 ; Lewis, 1998).

Modèles proposés pour favoriser l'utilisation de la recherche

Plusieurs auteurs ont développé des stratégies pour favoriser l'utilisation des résultats de la recherche par les professionnels de la santé. Ces modèles, avec leurs caractéristiques, permettent de mieux apprécier les processus à développer pour l'intégration de la recherche à la pratique.

1. Le modèle de Stetler (1994)

Ce modèle est fondé sur un cadre conceptuel lui-même basé sur la recherche, sur son utilisation et sur l'utilisation de la connaissance. Ce dernier concept est défini comme un processus complexe qui implique des composantes politiques, organisationnelles, socioéconomiques et attitudinales. Il s'agit du même concept que l'utilisation de la recherche, et il a toujours été placé dans le contexte du changement organisationnel ou du changement planifié. Un tel modèle suppose la présence de différents facteurs qui influent sur l'utilisation individuelle, dont les caractéristiques de l'environnement et celles de l'utilisateur. C'est un modèle prescriptif qui comporte six phases. Chaque phase est élaborée pour : 1) faciliter l'analyse critique quant à l'application pragmatique des résultats de recherche ; 2) amener, dans la pratique professionnelle, une utilisation rigoureuse, documentée et progressive de la recherche ; 3) réduire les lacunes dans la prise de décision, donc appréhender les mécanismes qui influent sur l'utilisation de la recherche.

Les six phases du modèle comprennent : 1) la préparation, qui consiste à préciser le but de la recherche ; 2) la validation, qui permet d'évaluer les forces et les faiblesses d'une étude - c'est une critique de l'utilisation qui permettra d'accepter ou de rejeter l'étude ; 3) l'évaluation comparative, qui comprend les quatre composantes critiques suivantes :

l'adaptabilité au milieu, la faisabilité, les bases pour la pratique et la preuve scientifique. Elle exige aussi l'examen des facteurs de risque et des sources disponibles ; 4) la prise de décision, qui comporte quatre options : utiliser les résultats de la recherche, envisager leur utilisation, retarder leur utilisation ou rejeter la recherche ; 5) l'adaptation et l'application des résultats de la recherche en vue de généraliser l'énoncé de recherche au cours de la phase de validation ; 6) l'évaluation, qui procède à la clarification des résultats escomptés relatifs aux besoins préalablement définis et qui peut être formelle ou informelle.

2. Le modèle de Stonestreet et Lamb-Harvard

Selon ces auteurs, améliorer la qualité des soins délivrés aux patients et garantir leur meilleur état de santé restent les objectifs ultimes de la conduite des recherches dans la profession infirmière. Toutefois, que le développement de la recherche implique nécessairement une pratique fondée sur les résultats probants reste une supposition. Il incombe à la direction des soins infirmiers de faciliter l'utilisation de la recherche et de promouvoir cette pratique pour atteindre l'objectif de qualité.

Le modèle présenté par Stonestreet et Lamb-Harvard (1994) décrit les stratégies organisationnelles capables de faciliter ce virage. Ces stratégies sont divisées en six catégories : 1) établir les attentes et les objectifs qui ciblent l'engagement de la direction et les mesures qui seront prises pour faciliter l'adoption de cette nouvelle pratique ; 2) développer une base de connaissances qui est centrée sur les mesures prises pour faciliter l'acquisition du processus de la recherche et de l'utilisation des résultats ; 3) disséminer les résultats des recherches en utilisant les stratégies de communication ayant fait preuve d'efficacité (ex. : *journal club*, souscription à des journaux) ; 4) assurer des structures de support dans la conduite des recherches (ex. : collaboration avec des universités et des comités de recherche) ; 5) assurer les ressources humaines, financières et matérielles ainsi que le temps requis pour participer aux activités de recherche ; 6) faciliter le changement dans les pratiques en favorisant un environnement qui se développe sur la base du changement et des systèmes qui garantissent la structuration de ces changements.

3. Le modèle de Burrows et McLeish

Selon ces auteurs, certains préalables sont nécessaires à l'atteinte d'une pratique fondée sur la recherche : un engagement de l'équipe pour l'application de la recherche à la pratique, une connaissance des stratégies à implanter, des discussions et des échanges avec des experts, une

collaboration entre les infirmières, les gestionnaires et les éducateurs, et la détermination d'un individu qui joue le rôle d'agent facilitateur (coordination, support et motivation). Ce modèle propose trois stratégies complémentaires classées dans les trois domaines suivants : 1) améliorer la connaissance : l'actualisation du savoir nécessite du temps et des ressources qui sont coûteux. La mise en place de moyens systématiques tels que les discussions réflexives et le *journal club* peut réduire ce coût tout en permettant d'atteindre l'objectif ; 2) implanter les résultats des recherches : il s'agit de la mise en place de standards organisationnels obtenus par des accords autour du niveau désiré des soins offerts aux patients et de la gestion du changement. Ces stratégies supposent une approche participative de l'équipe dans toutes les étapes du processus ; 3) implanter des résultats de recherche dans la pratique : la recherche-action est considérée comme une approche aidante pour atteindre cet objectif.

4. Le modèle de Kitson et autres (1996, 1997)

Ce modèle présente deux approches organisationnelles qui, selon les auteurs, facilitent l'utilisation des résultats probants. Il s'agit des approches déductive et inductive. L'approche déductive suggère que seules les connaissances rigoureusement testées et mises à la disposition des praticiens peuvent être implantées. Deux problèmes émergent de cette approche : 1) la limite du nombre des interventions validées avec rigueur et basées sur des preuves scientifiques ; 2) la complexité des facteurs faisant obstacle à l'implantation des résultats de recherche. Ces limites nécessitent des stratégies diverses qui incluent les processus d'éducation, les problèmes organisationnels et l'interaction d'un grand nombre de facteurs contextuels influant sur la totalité du système de soins.

L'approche inductive accorde de l'importance aux descriptions rigoureuses et systématiques des événements quotidiens à partir desquels des stratégies de changement sont dérivées et des interprétations sont réalisées. Cette approche met également l'accent sur le contexte dans lequel travaillent les gens et reconnaît l'importance des interprétations que fait l'individu des événements comme partie intégrante du processus de changement. Elle génère une théorie et des hypothèses qui seront éventuellement testées. En rendant le processus de changement plus explicite, cette approche permet aux individus de rendre plus formels, de systématiser et d'analyser les événements quotidiens afin d'effectuer de plus amples interprétations concernant des connaissances qui sous-tendent leurs actions. Les efforts en vue d'encourager les

praticiens à décrire leurs événements quotidiens en sciences infirmières ont conduit à une expansion de l'information sur l'importance des concepts tels la relation infirmière/patient, le confort, l'autonomie, la dignité et la compassion. Les limites de ce modèle résident dans les difficultés à amener les praticiens à décrire leurs événements quotidiens de manière à les aider à élucider les principes sous-jacents et les connaissances tacites.

Ces deux approches peuvent être intégrées en une seule. L'approche déductive doit être précédée par une description inductive et une analyse des événements quotidiens avant de rendre formelles l'implantation et l'évaluation de nouvelles initiatives de changements dans la pratique professionnelle.

5. Le modèle de Camiah (1997)

Camiah propose quatre stratégies pour sensibiliser les infirmières à la culture de recherche et améliorer leur utilisation des résultats dans la pratique. Ces stratégies portent sur : 1) les mécanismes de facilitation, de support et d'encouragement : la présence d'une unité de recherche formée de chercheurs professionnels, d'enseignants et d'infirmières cadres est une solution pour sensibiliser les infirmières à l'importance de la recherche et favoriser le développement de pratiques fondées sur les résultats probants ; 2) le rôle « modelling » : l'intégration, par les membres de cette unité, de comportements en faveur de la recherche (questionnement des pratiques fondées sur des rituels et encouragement de celles fondées sur la recherche) ; 3) la cohérence, qui vise à renforcer la recherche du point de vue théorique (formation) et pratique (ex. : réflexions, accès à la bibliothèque) ; 4) l'application à la pratique infirmière. C'est une stratégie exigeante, qui requiert une rigueur intellectuelle, une discipline, de la créativité ainsi que des compétences cliniques, une pensée organisationnelle et de l'endurance.

6. Le modèle de Brett

Ce modèle examine la relation entre les mécanismes organisationnels intégrateurs et les structures qui accroissent les flux d'information et l'adoption par les infirmières des innovations selon la théorie de la diffusion de l'innovation de Roger (1995). Le modèle comprend cinq mécanismes : 1) les conférences et les présentations, dont les réunions structurées et formelles et les programmes d'éducation externes ou internes à l'organisation ; 2) la conduite de recherches dans le but de résoudre un

problème ou de découvrir des connaissances ; 3) les comités qui représentent un individu ou un groupe d'individus, et ayant pour rôle de générer et de transmettre l'information sur les pratiques de soins ; 4) la publication des recherches, qui expose les infirmières aux résultats des recherches (ex. : *journal club*, abonnement aux journaux de recherche) ; 5) l'utilisation de mesures qui motivent les infirmières à participer à des activités qui tendent à accroître leur connaissance de la pratique professionnelle ou de la recherche. Les résultats de l'étude de Brett (2000) ont montré qu'il existe une interaction significative entre le niveau de l'utilisation des mécanismes intégrateurs, la taille de l'hôpital et l'adoption de l'innovation par les infirmières. Dans les petits hôpitaux, un niveau plus élevé d'utilisation des mécanismes intégrateurs est relié à une adoption plus forte de l'innovation alors que, dans les grands, le résultat contraire est observé. Les variables telles que la complexité, la formalisation et la centralisation peuvent être des obstacles à l'adoption des innovations.

Conclusion

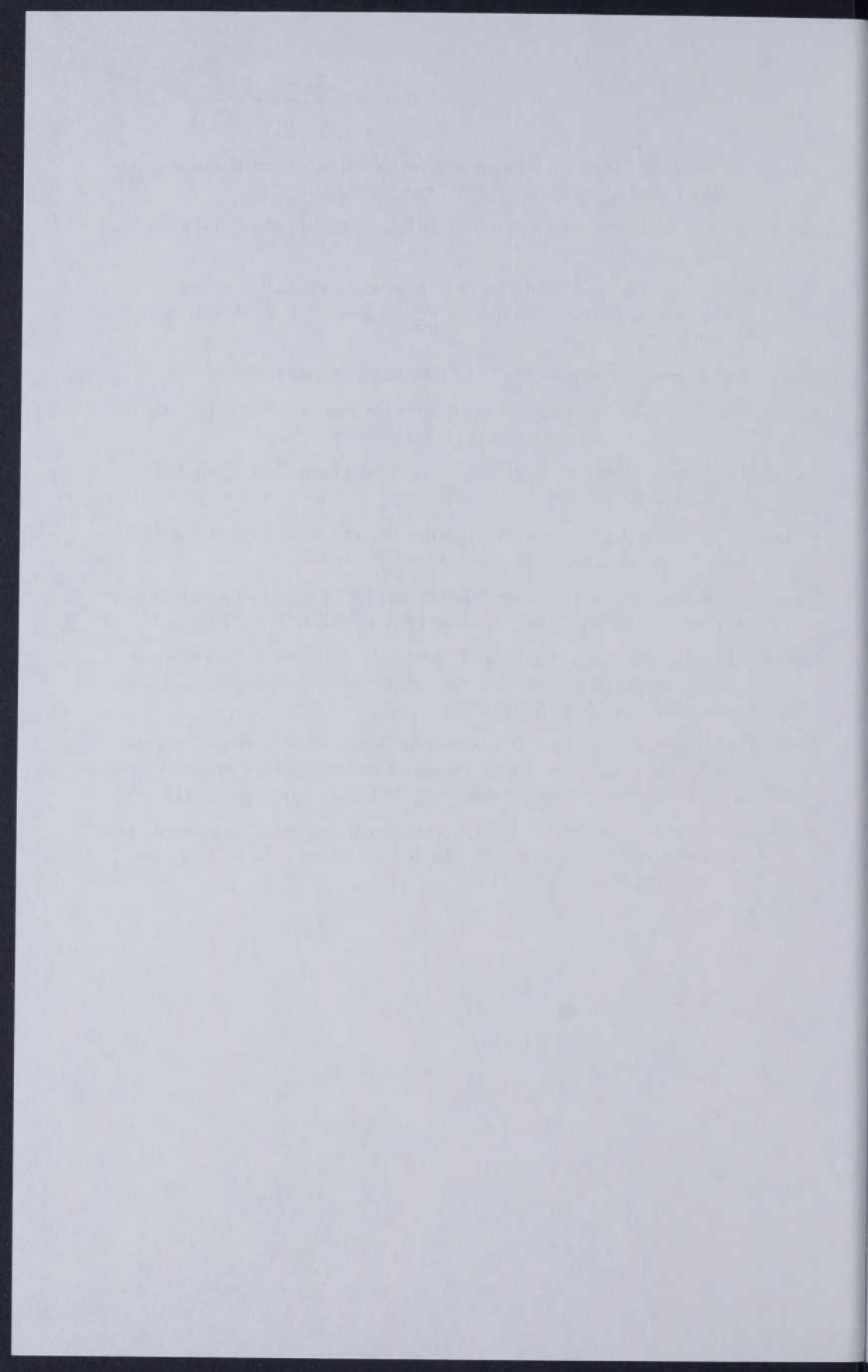
Le constat qui se dégage des études disponibles dévoile que l'engagement dans l'utilisation de la recherche relèverait davantage du niveau organisationnel des établissements que du niveau personnel des professionnels. Les modèles organisationnels de promotion comprennent, entre autres, la détermination des attentes, le développement des connaissances de base, la dissémination des résultats de recherche, la provision de supports structurels et de ressources ainsi que la facilitation des changements de pratiques. Ainsi, pour provoquer un changement de la pratique infirmière et faire en sorte qu'elle se fonde sur les résultats probants, un exercice s'impose dans les différents établissements de santé. Il s'agit de bien comprendre la culture organisationnelle et sa prédisposition à s'engager dans les changements qui amèneraient la création d'une culture de recherche au sein de la profession infirmière. Certains établissements ont déjà procédé à ce genre d'exercice organisationnel au Québec et ailleurs.

Références bibliographiques

- Alcock, D., G. Carrolet et M. Goodman. *Staff Nurses' perception of factors influencing their role in research*, 1990.
- Brett, J. « Organizational integrative mechanisms and adoption of innovations by nurses », *Nurs. Res.*, 1989, vol. 38, n° 2, p. 105-110.

- Burrows, D. et K. McLeish. « A model for research-based practice », *J. Clin. Nurs.*, 1995, vol. 4, n° 4, p. 243-247.
- Camiah, S. « Utilization of nursing research in practice and application strategies to raise research awareness amongst nurse practitioners : a model for success », *J. Adv. Nurs.*, 1997, vol. 26, n° 6, p. 1193-1202.
- Closs, S., et F. Cheater. « Evidence for nursing practice : a clarification of the issues », *J. Adv. Nurs.*, 1999, vol. 30, n° 1, p. 10-17.
- Cochrane, A. *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services.* (2nd edition), London, Royal Society of Medicine Press Ltd., 1999, 120 p.
- Estabrooks, C. « Will evidence-based nursing practice make practice perfect ? », *Canadian Journal of Nursing research*, 1998, vol. 30, n° 1, p. 15-36.
- Funk, S.G., M.T. Champagne, R.A. Wiese et E.M. Tornquist. « Barriers to using nursing research findings in practice : The clinicians perspective », *Applied Nursing Research*, 1991, vol. 4, n° 2, p. 90-95.
- Funk, S., E. Tornquist et M. Champagne. « Barriers and facilitators of research utilization : an integrative review », *Nursing Clinics of North America*, 1995, vol. 30, n° 3, p. 395-407.
- Gray, M. « The demand for evidence-based practice », *J. Wound Ostomy Continence Nurs.*, 1997, vol. 24, n° 6, p. 291-292.
- Hicks, C. « The shortfall in published research : a study of nurses' research and publication activities », *Journal of Advanced Nursing*, 1995, n° 21, p. 594-604.
- Kitson, A., L.B. Ahmed, G. Harvey, K. Seers et D.R. Thompson. « From research to practice : one organizational model for promoting research-based practice », *J. Adv. Nurs.*, 1996, vol. 23, n° 3, p. 430-440.
- Kitson, A. « From research to practice : one organisational model for promoting research based practice », *EDTNA ERCA J.*, 1997, vol. 23, n° 4, p. 39-45.
- Kitson, A. « Using evidence to demonstrate the value of nursing », *Nurs. Stand.*, 1997, vol. 11, n° 28, p. 34-39.
- Kitson A., G. Harvey et B. McCormack . « Enabling the implementation of evidence based practice : a conceptual framework », *Qual. Health Care*, 1998, vol. 7, n° 3, p. 149-158.
- Lewis, S., B.F. Prowant, C.L. Cooper et P.N. Bonner. « Nephrology nurses' perceptions of barriers and facilitators to using research in practice », *ANNAJ*, 1998, vol. 25, n° 4, p. 397-405.
- McQueen, D. « The evidence debate », *J. Epidemiol. Community Health*, 2002, vol. 56, n° 2, p. 83-84.

- Omery, A. et R. Williams. « An appraisal of research utilization across the United States », *J. Nurs. Adm.*, 1999, vol. 29, n° 12, p. 50-56.
- Patterson, D. « Achieving excellence in nursing », *J. Pediatr. Nurs.*, 1991, vol. 6, n° 6, p. 391-395.
- Rizzuto, C., J. Bostrum, W.N. Suter et W.C. Chenitz. « Predictors of nurses' involvement in research activities », *West. J. Nurs. Res.*, 1994, vol. 16, n° 2, p. 193-204.
- Rogers, E.M. *Diffusion of innovations* (4th ed.), Simon & Schuster, 1995, p. 519.
- Sackett, D. « The fall of "clinical research" and the rise of "clinical-practice research" », *Clin. Invest. Med.*, 2000, vol. 23, n° 6, p. 379-381.
- Sackett, D. *Evidence-Based Medicine, How to practice and teach EBM*, Churchill Livingstone, 2000, 259 p.
- Sackett, D. « On the determinants of academic success as a clinician-scientist », *Clin. Invest. Med.*, avril 2001, vol. 24, n° 2, p. 94-100.
- Stetler, C. « Refinement of the Stetler/Marram model for application of research findings to practice », *Nurs. Outlook*, 1994, vol. 42, n° 1, p. 15-25.
- Stetler, C.B., M. Brunell, K.K. Giuliano, D. Morsi, L. Prince et V. Newell-Stokes. « Evidence-based practice and the role of nursing leadership », *J. Nurs. Adm.*, 1998, vol. 28, n° 7-8, p. 45-53.
- Stetler, C., B. Corrigan, K. Sander-Buscemi et M. Burns. « Integration of evidence into practice and the change process : fall prevention program as a model », *Outcomes Manag. Nurs. Pract.*, 1999, vol. 3, n° 3, p. 102-111.
- Stonestreet, J., et J. Lamb-Havard. « Organizational strategies to promote research-based practice », *AACN Clin. Issues Crit. Care Nurs.*, 1994, vol. 5, n° 2, p. 133-146 (quiz : 220-1).



LES RÉSULTATS PROBANTS ET LE SYSTÈME DE SOINS

Yvon Brunelle

Rappel

En 1883, le chancelier allemand Bismarck a introduit le premier système public d'assurance santé (Blain, 1984). Dès lors, une illusion prévalut. Elle durera près de cent ans.

Le raisonnement était relativement simple. On considérait qu'en investissant dans une assurance publique de santé, on solutionnait le problème d'accès aux soins, vu comme déterminant numéro 1 de la santé. Ce faisant, des gains de santé seraient automatiquement enregistrés dans la population. À terme, il résulterait de cette alchimie un plafonnement naturel des dépenses, voire des « économies » (Battistella, 1989 ; Brunelle, 1996). En dehors d'événements isolés, aucun doute sérieux ne semblait émis quant à la qualité, que ce soit sous forme de dispensation, de pertinence ou d'efficacité.

Le temps a réduit le caractère instantané et automatique du lien supputé : investissement → accès → santé → stabilisation des coûts. Mais, encore dans les années 1960, le rapport Hall illustre toujours cette croyance (Commission royale d'enquête sur les services de santé, 1964). Ce rapport est à la base du système canadien actuel. Sur 25 ans, on y projetait les dépenses sous forme de part du PIB. Un léger repli était annoncé à partir de la dernière période (1986-1991), le PIB reculant sous la barre des 7,5 p. 100. Or, depuis au moins 30 ans, la question des coûts n'a jamais cessé de hanter les systèmes publics ou privés de soins et, depuis longtemps, le Canada flirte avec le 10 p. 100 comme part du PIB. Aussi, dix ans après la parution du rapport Hall, en lien avec divers travaux scientifiques (McKeown, 1978), le mondialement célèbre rapport Lalonde annonçait déjà d'importants réalignements (Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1974). Le système de soins cessait d'être vu comme le principal déterminant de la santé. Plus personne n'attendait d'« économies naturelles ».

De surcroît, des doutes sont apparus sur le plan de la qualité des soins. Ils n'ont fait que s'amplifier depuis 25 ans. Les saisissants rapports de l'Institute of Medicine marquent un aboutissement (Institute of Medicine, 2001 ; Kohn, 2000). Une multitude d'études ont

montré d'importantes variations dans les pratiques médicales pour des clientèles similaires. Il est devenu apparent que des volumes de pratique insuffisants conduisaient à la fois à des coûts prohibitifs et à des résultats insatisfaisants. Régulièrement, il est ressorti que des admissions hospitalières et des jours d'hospitalisation étaient inappropriés. On induisait même ainsi des risques. Des services donnés apparaissaient souvent inutiles, discutables ou dangereux (Asch, 2000 ; Ayanian, 2002 ; Birkmeyer, 2002 ; Brunelle, « La qualité des soins... », 1993 ; Doyle, 1998 ; Eriksen, 1999 ; Institute of Medicine, 2001 ; Kohn, 2000 ; McPherson, 1989 ; Schuster, 1998 ; Thiemann, 1999).

Les doutes concernant la qualité ont ainsi amplifié le vieux débat sur la nécessité de recourir à des résultats probants (*evidence-based*) (Donabedian, 1980). Principalement américain au départ, ce questionnement est devenu un véritable courant de pensée (*outcomes movement*) (Brunelle, 1999 ; Donabedian, 1992). Initialement centrées sur les seuls médecins et hôpitaux, les interrogations se sont étendues aux soins infirmiers (*evidence-based nursing*) et même à l'aspect administratif (*evidence-based management*). Mais on reste souvent modeste dans ce dernier cas, du moins hors des États-Unis et maintenant de la Grande-Bretagne. Bref, aiguillonnés par la pression des coûts, les assureurs publics ou privés se sont mis à demander des comptes sur une base de « qualité » (Belman, 1999 ; Buck, 1998 ; Department of Health, 2001 ; Devereaux, 2002 ; Institut canadien d'information sur la santé, 2001 ; Lied, 2001 ; Pauly, 1996). Parfois avec un zèle intempestif, comme on a pu l'observer dans le contexte du *managed care* américain des années 1990 (Fosset, 1999 ; Peak, 1999 ; Robinson, 2001 ; 2002).

Une réalité « déplaisante »

Les attentes envers les systèmes de soins étaient irréalistes. Toutefois, l'apport semble indéniable (Banque mondiale, 1993 ; OMS, 2000). Mais, contrairement à ce qui était prévu, le gouffre entre demande et offre s'est creusé.

Certes, le vieillissement de la population contribue à la pression exercée sur les systèmes de soins, mais nettement moins que ce qui était annoncé par des scénarios apocalyptiques résultant de l'utilisation de règles de trois (si une personne âgée coûte en moyenne X \$ aujourd'hui, combien en coûteront 2X en 2020?) (Brunelle, « Aspects critiques... », 1993). Maintenant, à âge égal, il est acquis qu'à tout le moins l'état physique et physiologique est supérieur chez les nouvelles personnes âgées

(Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000 ; OMS, 2000).

Diverses craintes ont aussi surgi du fait même des succès du système de soins. On ferait maintenant survivre des personnes qui autrefois décédaient rapidement (Gruenberg, 1977 ; Kramer, 1980). Mais ces craintes, dites de « pandémie », se sont aussi en bonne partie résorbées. En fait, on sous-estimait vraisemblablement le niveau antérieur d'incapacité sous les maladies infectieuses. Avec en main son provocant indicateur sur le fardeau de la maladie (DALY ou *disability adjusted life years*), repris par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la surprenante Banque mondiale l'a laissé voir dès 1993 à partir des pays en voie de développement (Banque mondiale, 1993 ; OMS, 2000). Les maladies infectieuses hypothèquent la santé et ne « tuent » pas simplement. La bonne santé devient un enjeu pour le développement économique.

Toutefois, le développement des connaissances et de la technologie repousse les limites du possible (Brunelle, « La qualité des soins... », 1993 ; OMS, 2000). Un état de parfaite santé devient un phénomène plus rare (Brunelle, 1996). Jusqu'à un certain point, la maxime de ce cher docteur Knock (Jules Romain) tend à une concrétisation : *Tout être bien portant est un malade qui s'ignore!* Par exemple, le déplacement des normes en hypertension a augmenté le nombre d'hypertendus, en certains pays, d'un coup, de 30 p. 100¹. Ces nouveaux hypertendus deviennent des « malades », qu'à juste titre, on traite, on suit, etc. La demande devient potentiellement illimitée, l'offre, elle, l'étant obligatoirement.

Mais, depuis l'instauration du système canadien, jamais le caractère « égalitariste » devant l'accès aux soins ne s'est démenti. Mis en lumière par le Forum sur la santé, les rapports Romanow, Fykes et Clair ont encore confirmé ce point (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000 ; Commission on Medicare, 2001 ; Forum national sur la santé, 1997 ; Romanow, 2002). Or, la conjugaison simultanée des trois phénomènes (1- demande infinie, 2- offre nécessairement limitée et 3- approche égalitariste) conduit inévitablement à une réalité de rationnement (Brunelle, « Aspects critiques... », 1993 ; Brunelle, 1996 ; Fuchs, 1974 ; Ham, 1999). Tout système de soins rationne! Même l'OMS l'a reconnu (OMS, 2000). Cependant, à l'exception du rapport Clair, les documents publics officiels paraissant au Canada continuent d'escamoter cette réalité, dont le rapport Romanow

1. Communication personnelle avec le docteur Achouri au Colloque des médecins du Maghreb en juin 2001.

(2002 ; Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Pourtant, ce dernier avait commandité deux études dont les conclusions étaient aussi éclairantes que déplaisantes (Ramsay, 2002 ; Shiell, 2002).

Admise ou non, la réalité du rationnement accentue les pressions vers une utilisation efficiente des ressources ; de là l'exigence de « résultats » dits de santé (ex. : qualité de vie, capacité de fonctionner, etc.). Mais le terme est devenu galvaudé, surtout qu'en français on ne fait souvent pas la distinction entre quatre formes de résultats : *outputs*, *inputs*, *adverse outcomes* et *outcomes* (Saucier, 1995). Tout peut être alors qualifié de résultats à partir du moment où l'on peut dire : j'ai réussi à... recruter des médecins, établir un protocole, « sortir » une politique, etc. (Brunelle, 1999). Le classique enchaînement, structure, processus et résultats, de Donabedian (1980), est oublié dans sa complexité, pour un terme « résultats » risquant de devenir un autre slogan (Brunelle, « Aspects critiques... », 1993).

Deux exemples positifs d'utilisation des résultats probants

On peut trouver une importante quantité d'exemples montrant le caractère caricatural que peut prendre l'utilisation des résultats probants pour les assureurs publics ou privés. Cependant, il est aussi indéniable que cette information sert de manière positive. Depuis toujours, les sociétés interprètent, analysent et utilisent de l'information relative à la santé (Brunelle, 1999). Aujourd'hui, dans les sociétés industrielles, au nom de la promotion, de la prévention ou de la protection de la santé, on trouverait difficilement un seul domaine majeur ou même secondaire de l'activité humaine qui ne fasse l'objet d'interventions gouvernementales (incitations, lois, règlements), lesquelles bannissent, restreignent, encadrent ou promeuvent divers comportements ou activités (ex. : alimentation, hygiène, habillement, habitation, transport, travail, loisirs) (Brunelle, 1999). À la base de chacune de ces interventions, on peut trouver des résultats probants.

Le temps de réaction peut, disons, varier. Ainsi, il semble s'être écoulé deux siècles entre la mise en lumière de l'impact positif des agrumes sur le scorbut et l'insertion d'une clause à cet effet par la Royal Navy, pourtant la meilleure marine de guerre de son époque. Consolons-nous, les appareils administratifs font mieux maintenant. Entre la première étude sérieuse sur les effets nocifs du tabac (début des années 1950), initialement considéré un quasi-médicament, et l'offensive antitabac, surtout nord-américaine, il s'est écoulé finalement assez peu de temps.

Plus près du système de soins, deux exemples positifs récents peuvent être mentionnés. Ainsi, la proposition d'un programme québécois de dépistage du cancer du sein constitue, sous plusieurs angles, un modèle du genre (MSSS, 1996 ; 1998). La circulation attendue de la clientèle était bien décrite, les points critiques établis, les principaux processus à mettre en place pointés et les dimensions structurelles à instaurer étaient ciblées. À propos de cette dernière dimension, contrairement à une tendance marquée, il faut rappeler qu'on ne doit jamais oublier ni surtout négliger cette forme première de « résultats » (Brunelle, 1999). Finalement, le programme relevait les résultats négatifs (*adverse outcomes*) à suivre (ex. : faux positifs). Ce n'est qu'après quinze années de fonctionnement du programme qu'un résultat de santé, et encore négatif (mortalité), pourrait devenir révélateur de l'adéquation du programme (MSSS, 1996). Évidemment, il reste à voir l'application concrète qui est faite, une distorsion plus ou moins grande pouvant apparaître. L'utilisation correcte de résultats probants est, en soi, un enjeu.

Un autre exemple intéressant est américain. Soumerai et autres (1997) ont observé qu'une série d'États américains avaient réagi fort différemment devant des compressions budgétaires à appliquer à Medicaid, le programme public d'assurance santé pour les personnes très pauvres aux États-Unis. Puisque les médicaments constituent le principal aiguillon de la hausse des coûts, ils furent systématiquement la cible de diverses mesures. L'étude de Soumerai (1997) montre que certains États ont introduit des correctifs reposant sur divers enseignements de recherche (résultats probants) et d'autres non. Le clivage américain Nord-Sud ou grands États/petits États ne semble pas pouvoir rendre compte de réactions aussi variées. En fait, en plus d'éléments classiques (pertinence, « timing », communication claire, etc.), l'explication semble résider dans la disponibilité, « en réserve », de l'information pertinente sur diverses solutions possibles. Certains États ont des équipes en planification et évaluation qui permettent que « the divide between researchers and policy makers has been successfully bridged on several occasions, indicating that the impact of objective evidence on policy decisions can be intensified under certain circumstances : for example, well-trained ; proactive analysts in Medicaid seek out research information (Soumerai, 1997, p.18) ». Souvent, ces groupes présentent des propositions, mais elles restent sans suite. Toutefois, lorsque des décisions urgentes doivent être arrêtées, une fenêtre d'écoute et d'opportunité apparaît (Soumerai, 1997). Des décisions mieux fondées peuvent alors être prises, si l'information voulue est présente et qu'elle peut être rapidement mobilisée. L'utilisation de résultats probants est conjoncturelle.

Une application variable et conditionnelle

Il ne faut jamais perdre de vue que « [...] les réactions à une information donnée ne sont pas immédiates ; ainsi, la lutte au tabagisme fut-elle progressive. Ces réactions ne sont pas non plus absolues. Par exemple, on tente de circonscrire plutôt que d'interdire la consommation d'alcool... La réaction à l'information reçue dépendra de l'importance de la menace, du niveau de certitude par rapport à celle-ci, des choix possibles, des intérêts économiques en cause, des valeurs dominantes, de la valorisation sociale accordée aux groupes visés, de la volonté politique des acteurs en place et des capacités de mobilisation dans une conjoncture donnée. Aussi, pour qu'une mesure soit adoptée, y a-t-il pratiquement toujours lutte ? » (Brunelle, « La qualité des soins... », 1993, p. 1) Cette dimension de lutte se reflète bien jusque dans les mécanismes de contrôle de coûts ou les luttes corporatistes (entre médecins et infirmières, et même entre infirmières et infirmières auxiliaires). Ces luttes se font, bien sûr, au nom de la qualité (Brunelle, « Aspects critiques... », 1993 ; Brunelle, « La qualité des soins... », 1993), mais pas toujours en accord avec l'information disponible (Institute of Medicine, 2001 ; Midy, 2003 ; Munding, 2000 ; Needleman, 2002 ; Way, 2001).

L'agaçant *happy ending* de toute bonne recherche tend aussi à calmer les acteurs externes : d'autres recherches sont requises ! D'autant plus que les « résultats probants » présentés par certains sont parfois contestés par des résultats, tout aussi probants semble-t-il, présentés par d'autres (Brunelle, « Aspects critiques... », 1993 ; Brunelle, « La qualité des soins... », 1993). Au pire, on assiste alors à des affrontement entre croyants et hérétiques ; au mieux, on a droit à d'aussi plaisantes qu'interminables querelles méthodologiques entre initiés. Le tableau peut devenir touffu. Ainsi, comparer les multitudes de protocoles (*guidelines*) sur un même sujet en fournit de bonnes illustrations (Cabana, 1999). Le portrait est souvent loin d'être limpide. Disons que nous sommes devant des certitudes à degrés variables (Brunelle, « La qualité des soins... », 1993). Dès lors, on peut être justifié d'utiliser ce qui tend à faire davantage notre affaire.

Conclusion

Finalement, un point mérite d'être souligné. C'est le maintien d'une certaine pratique de double standard (Brunelle, « Aspects critiques... », 1993). Les assureurs demandent à cor et à cri une pratique professionnelle, surtout médicale, s'appuyant sur des « résultats probants ». À défaut, on peut se considérer justifié de ne pas soutenir ou « couvrir » à titre d'assureur. Et, bien sûr, les études montrant la non-adéquation de

la pratique médicale, mais aussi maintenant infirmière, peuvent être mises de l'avant sur le thème : « Vous pouvez faire mieux! ». La tentation du rôle de père fouettard est grande (Brunelle, « Aspects critiques... », 1993 ; Brunelle, « La qualité des soins... », 1993). Paradoxalement, les appareils administratifs tendent peu à s'autoappliquer la même « médecine » et, à la réflexion, on les comprend. L'*evidence-based management* ne semble pas un thème dominant partout.

En séminaire ou en présentation à plusieurs dizaines de reprises, devant des publics « administratifs », j'ai posé la question suivante : Connaissez-vous des études indiquant quelle est la proportion d'actions inutiles, douteuses ou carrément nuisibles posées par une ou des administrations locales, régionales ou provinciales de votre connaissance ? En fait, le même genre de questions que celles que se posent régulièrement des groupes de dispensateurs avec, à la clé, une candide transparence sous forme de publication. Les réactions des « administratifs » sont intéressantes, et une certaine gêne domine. Je pousse alors d'un cran par une seconde question : En supposant qu'une telle étude soit faite, quels sont ceux qui croient que la performance du *management* serait supérieure à celle observée chez les dispensateurs, donc moins de 30 p. 100 d'actions inutiles, douteuses ou nocives ? Résultat ? Il ne s'est jamais produit qu'une seule personne prétende à une performance supérieure, y compris et surtout de sa propre entité administrative. En fait, l'immense majorité croit que les résultats seraient de loin plus négatifs.

Porter l'étendard de la gestion par résultats probants est bien. Prêcher par l'exemple serait davantage en accord avec la littérature évaluative disponible, si bien sûr on veut gérer correctement sur base de « résultats » (Deming, 1991 ; Institute of Medicine, 2001).

Malgré, parfois, une tendance au dogmatisme chez les tenants de l'« approche résultats », il faut toutefois reconnaître que l'intérêt pour les « résultats probants » ne semble pas de nature à disparaître (Brunelle, « La qualité des soins... », 1993). On peut au contraire en attendre une extension aux principales composantes de notre système de soins, dont nécessairement aux infirmières, comme le laisse voir l'exemple américain, et espérer que les administrations centrales n'en demeureront pas exemptes. Car si une erreur d'un dispensateur affecte quelques individus ou, au plus, un niveau local limité, une erreur administrative sera souvent systémique (Brunelle, « La qualité des soins... », 1993 ; Brunelle, 1999 ; Deming, 1991 ; Institute of Medicine, 2001). Elle peut avoir des répercussions infiniment plus lourdes, bien que moins immédiatement

apparentes. Récemment, le Protecteur des usagers du Québec a fait un travail illustrant ce point (Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, 2003).

Il y a déjà longtemps, Deming signalait, à titre de piège, le fait de considérer pour une direction générale que « la qualité, c'était pour les autres, pas pour elle » (Deming, 1991, p. 150). Il considérait aussi, parmi les « maladies mortelles », une forte mobilité chez les cadres supérieurs, mobilité qui favorise un horizon à courte vue, une gestion de type « *prima donna* » et qui permet d'être « ailleurs » quand des effets négatifs réapparaissent, avantage non négligeable d'une imputabilité administrative éphémère, alors que celle des dispensateurs est plus permanente. En effet, une erreur commise il y a cinq ou dix ans est potentiellement toujours professionnellement imputable au dispensateur, même si l'utilisateur n'est plus son client.

En plusieurs endroits dans son rapport, Clair a porté un jugement assez sévère, mais vite enterré et oublié, sur la qualité de l'administration : « La déassurance, les compressions horizontales qui se sont traduites en déficits plus tard et le programme de départs volontaires massifs, voilà les résultats les plus tangibles d'une gestion réactive plutôt que prospective devant une dynamique pourtant bien prévisible » (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000, p. 14). Le tout a résulté en une « organisation de services désuète » (p. 14). Ce dernier commentaire est particulièrement dur. C'est qu'il survenait après 12 ans de réformes ou virages aussi multiples que divers. Moults fois, on en a appelé à la constitution d'une première ligne. Mais en restant centrés sur des caractéristiques structurelles de modèles « perdants », selon ce que la remarquable étude de Lamarche et autres (2003) laisse maintenant entrevoir.

Références bibliographiques

- Asch, S.M., E.M. Sloss, C. Hogan, R.H. Brook et R.L. Kravitz. « Measuring Underuse of Necessary Care Among Elderly Medicare Beneficiaries Using Inpatient and Outpatient Claims », *Journal of the American Medical Association*, 2000, vol. 284, n° 18 (novembre), p. 2325-2333.
- Ayanian, J.Z. et J.S. Weismann. « Teaching Hospitals and Quality of Care : A review of the Literature », *The Milbank Quarterly*, 2002, vol. 80, n° 3, p. 569-593.
- Banque Mondiale. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 - investir dans la santé*, Washington, Banque mondiale, 1993, 339 p.

- Battistella, R.M. « National health insurance reconsidered : dilemmas and opportunities », *Hospital and Health Services Administration*, 1989, vol. 34, n° 2, p. 139-156.
- Belman, M.J., L. Payne-Simon, E. Tom et J. Rideout. « Using a quality scorecard to measure and improve medical groups' performance », *Journal on Quality Improvement/The Joint Commission*, 1999, vol. 25, n° 5, p. 239-251.
- Birkmeyer, J.D. et autres. « Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States », *New England Journal of Medicine*, 2002, vol. 346, n° 15 (avril), p. 1128-1137.
- Blain, G. (éd.) « L'assurance-maladie a cent ans, 1883-1983 », Colloque Jean-Yves Rivard, Montréal, Les éditions administration et santé, 1984, 176 p.
- Brunelle, Y. « Aspects critiques d'un rationnement planifié », texte d'accompagnement de la présentation faite à Québec au Congrès annuel de l'Association canadienne pour la santé mentale, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 1993, 32 p.
- Brunelle, Y. « La qualité des soins et services : un cadre conceptuel », Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation (Collection Études et Analyses), 1993, 124 p.
- Brunelle, Y., et A. Saucier. « Les indicateurs et le système de soins », Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation (Collection méthodologie et instrumentation), 1999, n° 13, 37 p.
- Brunelle, Y. « Mesures de qualité de vie, systèmes de soins et... rationnement », présentation faite au Congrès de l'Association internationale des démographes de langue française, tenu du 2 au 6 septembre 1996 à Sinaia en Roumanie, 1996, 13 p.
- Buck, C.R. « Health care through a six sigma lens », *The Milbank Quarterly*, 1998, vol. 76, n° 4, p. 749-753.
- Cabana, M.D., C.S. Rand, N.R. Powe, A.W. Wu, M.H. Wilson, P.-A.C. Abboud et H.R. Rubin. « Why don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement », *Journal of the American Medical Association*, 1999, vol. 282, n° 15, p. 1458-1465.
- Commission d'Étude sur les Services de Santé et les Services Sociaux. *Les solutions émergentes - rapport et recommandations*, Québec, 2000, 410 p.
- Commission on Medicare. *Caring for Medicare*, Saskatchewan, Government of Saskatchewan, 2001, 54 p.
- Commission Royale d'Enquête sur les Services de Santé. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, Ottawa, Département des impressions et de la papeterie, 1964, 916 p.

- Deming, W.E. *Hors de la crise*, Paris, Economico, 1991, 352 p.
- Department of Health. *NHS performance ratings*, London, Department of Health, 2001, p. 1-30.
- Devereaux, P.J. « A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and not-for-profit hospitals », *Canadian Medical Association Journal*, 2002, vol. 166, n° 11 (mai), p. 1399-1406.
- Donabedian, A. « The role of outcomes in quality assessment and assurance », *Quality Review Bulletin*, 1992, vol. 18, n° 11, p. 356-360.
- Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring - Volume I - The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Michigan University of Michigan, 1980, 163 p.
- Doyle, M., B.J. Barrett, J. McDonald, J. McGrat et P.S., Parfrey. « The Efficiency of Acute Care Bed Utilization in Newfoundland and Labrador », *Forum*, 1998, vol. 11, n° 3, p. 15-25.
- Eriksen, B.O., I.S. Kristiansen, E. Nord, J.F. Pape, S.M. Almdahl, A. Hensrud et S. Jaeger. « The cost of inappropriate admissions : a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine », *Journal of Internal Medicine*, 1999, n° 246, p. 379-387.
- Forum national sur la Santé. « La santé au Canada : un héritage à faire fructifier », volume II, *Rapports de synthèse et documents de référence*, Ottawa, Santé Canada, 1997, 120 p.
- Fosset, W.J. et F.J. Thompson. « Back-Off not Backlash in Medicaid Managed Care », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1999, vol. 24, n° 5, p. 1159-1172.
- Fuchs, V.R. « Who Shall Live? : Health, economics and social choice », New York, Basic Books, 1974, 168 p.
- Gruenberg, E.M. « The failures of success », *Milbank Memorial Foundation Quarterly / Health and Society*, 1977, vol. 55, n° 1 (hiver), p. 3-24.
- Ham, C. « Tragic choices in health care : lessons from the Child B case », *British Medical Journal*, 1999, n° 7219, p. 1258-1261.
- Institut canadien d'Information sur la Santé. « Hospital report 2001 : acute care », Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 88 p.
- Institute of Medicine. « Crossing the Quality Chasm », Washington, Library of Congress, 2001, 337 p.
- Kohn, L.T., J.M. Corrigan et M.S. Donaldson. « To Err is human : building a safer health system », Washington, D.C., Institute of Medicine, National Academy Press, 2000, 287 p.

- Kramer, M. « The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1980, n° 62, suppl. 285, p. 282-297.
- Lamarche, P.A. et autres. « Synthèse des politiques sur les services de santé de première ligne », Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2003, 39 p.
- Lied, T.R. et S. Sheingol. « HEDIS Performance Trends in Medicare Managed Care », *Health Care Financing Review*, 2001, vol. 23, n° 1 (automne), p. 149-160.
- Midy, F. « Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, Revue de la littérature 1970-2002 », *Bulletin d'économie de la santé*, Paris, CREDES, 2003, 4 p.
- MSSS, Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Programme québécois de lutte contre le cancer - Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe », Québec, MSSS, 1998, 185 p.
- MSSS, Ministère de la Santé et des Services sociaux. « Programme québécois de dépistage du cancer du sein - cadre de référence », Québec, Direction générale de la santé publique, 1996, 67 p.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail », Rapport Lalonde, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1974, 76 p.
- Mundinger, M.O. et autres. « Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians », *Journal of the American Medical Association*, 2000, vol. 283, n° 1, p. 59-68.
- McKeown, T. « The role of medicine », Oxford, Basil Blackwell, 1978, 207 p.
- McPherson, K. « Small area variation as a catalyst for QA », Oxford, Oxford University, 1989, 10 p.
- Needleman, J., P. Buerhaus, S. Mattke, M. Stewart et K. Zelevinsky. « Nurse-Staffing Levels and the Quality of care in Hospitals », *New England Journal of Medicine*, 2002, vol. 346, n° 22 (mai), p. 1714-1722.
- OMS, Organisation mondiale de la santé. « Rapport sur la santé dans le monde 2000 », Résumé et rapport, Genève, OMS, 2000, 237 p.
- Pauly, M.V., D.J. Brailer, G. Kroch et O. Even-Shoshan. « Measuring hospital outcomes from a buyer's perspective », *American Journal of Medical Quality*, 1996, vol. 11, n° 3, p. 112-122.
- Peak, T. et A. Barusch. « Managed care : a critical review », *Journal of Health & Social Policy*, 1999, vol. 11, n° 1, p. 21-37.

- Protecteur des Usagers en Matière de Santé et de Services sociaux. « Les services à domicile : Vivre parmi les siens en sécurité et dans la dignité », Québec, 2003, 18 p.
- Ramsay, C. « Un cadre de détermination de l'ampleur du financement public des programmes et services », Étude n° 16, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002, 36 p.
- Robinson, J.C. « Renewed Emphasis on Consumer Cost Sharing in Health Insurance Benefit Design », *Health Affairs*, 2002, 10 p. www.healthaffairs.org/webExclusives/Robinson
- Robinson, J.C. « Physician Organization in California : Crisis and Opportunity », *Health Affairs*, 2001, vol. 20, n° 4 (août), p. 81-96.
- Romanow, R.J. « Guidé par nos valeurs », Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa, 2002, 389 p.
- Saucier, A. et Y. Brunelle. « Les indicateurs et la gestion par résultats », Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation (Collection Méthodologie et Instrumentation, n° 8), Québec, 1995, 34 p.
- Schuster, M.A., E.A. McGlynn et R.H. Brook. « How good is the quality of health care in the United States? », *The Milbank Quarterly*, 1998, vol. 76, n° 4, p. 517-563.
- Shiell, A. et G. Mooney. « Cadre d'évaluation de la portée du financement public des programmes et des services », Étude n° 6, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Québec, 2002, 33 p.
- Soumerai, S.B., D. Ross-Degnan, E.E. Fortess et B.L. Walser. « Determinants of change in medicaid pharmaceutical cost sharing : does evidence affect policy ? », *The Milbank Quarterly*, 1997, vol. 75, n° 1, p. 11-35.
- Thiemann, D.R., J. Coresh, W.J. Oetgen et N.R. Powe. « The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients », *New England Journal of Medicine*, 1999, vol. 340, n° 21, p. 1640-1648.
- Way, D., L. Jones, B., Baskerville et N. Busing. « Primary health care services provided by nurse practitioners and family physicians in shared practice », *Canadian Medical Association Journal*, 2001, n° 165 (octobre), p. 1210-1215.

RÉSULTATS PROBANTS ET CORPORATIONS PROFESSIONNELLES : QUEL GENRE D'APPUI EST-ON EN DROIT D'ATTENDRE ?

Judith Leprohon

La question des résultats probants interpelle directement les ordres professionnels, particulièrement ceux du domaine de la santé, alors que la science et la technologie progressent à un rythme effréné, remettant constamment en question les pratiques professionnelles. L'appui que fournit un ordre professionnel à ses membres pour favoriser une pratique fondée sur des résultats probants se définit cependant en référence à sa mission de protection du public. Dans le texte qui suit, nous explorerons cette question en trois étapes. Dans un premier temps, nous discuterons de la portée des « résultats probants » en abordant trois types de considérations sous l'angle des soins infirmiers. Ensuite, nous illustrerons l'appui que peut fournir un ordre professionnel en référence à différentes interventions réalisées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Enfin, nous concluons en évoquant quelques défis à relever, individuellement et collectivement, pour favoriser une pratique professionnelle en santé fondée sur des résultats probants. Mais tout d'abord, revenons sur le mandat d'un ordre professionnel.

Le mandat confié par le *Code des professions* aux ordres professionnels est d'assurer la protection du public en contrôlant l'exercice de la profession par leurs membres. Le Code prévoit à cette fin divers mécanismes touchant notamment l'admission à la profession, l'inspection professionnelle et la discipline. Chaque ordre professionnel actualise ce mandat selon une interprétation plus ou moins large, en ayant recours à différentes stratégies qui peuvent varier en fonction du champ d'exercice de la profession et des ressources disponibles. Pour l'OIIQ, ce mandat signifie entre autres de soutenir l'amélioration continue de la qualité de l'exercice infirmier et d'assurer une réponse aux besoins évolutifs de la population, en adoptant une vision prospective qui l'amène, par exemple, à développer de nouveaux rôles comme celui d'infirmière praticienne et à se préoccuper de diverses problématiques telles que la pénurie d'infirmières ou la formation initiale.

La portée des résultats probants

Compte tenu du mandat de protection du public d'un ordre professionnel, dans quelle mesure celui-ci doit-il appuyer le développement d'une pratique fondée sur des résultats probants ? La réponse à cette question peut varier selon la définition retenue et doit tenir compte de la portée des résultats probants. Pour les fins de la présente réflexion, nous définirons un résultat probant comme une information scientifique obtenue à partir d'un processus reconnu et appliqué rigoureusement, qu'il s'agisse de recherche, de méta-analyse ou de consensus d'experts. La portée des résultats probants est examinée ci-dessous à la lumière de différentes considérations relatives aux soins infirmiers et abordée en trois volets.

La nature de la discipline infirmière

Les premières considérations concernent la nature de la discipline infirmière. Art et science à la fois, celle-ci se caractérise par une approche globale et intégrée. Le soin est un processus dynamique qui est ancré en milieu naturel, puisque la personne visée par les soins fait partie intégrante d'un contexte dont elle ne peut être dissociée. Ceci se reflète d'ailleurs dans le but de la pratique infirmière, énoncé comme suit dans le document *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière* (OIIQ, 2001) :

La pratique infirmière vise à rendre la personne (famille, groupe ou collectivité) apte à prendre sa santé en charge selon ses capacités et les ressources que lui offre son environnement, quelle que soit l'étape de la vie qu'elle traverse et quelle que soit la phase de sa maladie. Elle vise également à rendre la personne capable d'assurer son bien-être et d'avoir une bonne qualité de vie. (p. 11)

Par conséquent, pour être utile aux soins infirmiers, la notion de résultats probants doit offrir l'ouverture et la souplesse nécessaires pour chevaucher différents paradigmes (positivisme, constructivisme, etc.) et allouer le recours à une diversité d'approches méthodologiques, qualitatives aussi bien que quantitatives. Autrement dit, les sources de résultats probants ne peuvent pas se limiter aux essais cliniques randomisés ou aux méta-analyses. Elles doivent inclure également la recherche qualitative, ainsi que d'autres sources de résultats probants non issus de la recherche, comme les consensus d'experts, qui permettent de mettre à profit les connaissances basées sur l'expérience.

Le jugement clinique

Le rôle des résultats probants au regard du jugement clinique suscite également certaines considérations. D'une part, la reconnaissance d'un résultat probant, qui constitue une étape préalable à son utilisation, requiert la capacité de porter un regard critique sur une information afin de déterminer quelle valeur lui accorder dans le processus de décision. D'autre part, le contexte particulier dans lequel s'inscrit chaque décision clinique fait appel au discernement de l'infirmière afin d'assurer une utilisation optimale des résultats probants dans la prise de décision, que celle-ci concerne l'évaluation de la condition de santé ou la détermination du plan thérapeutique infirmier.

Par exemple, en ce qui a trait aux lésions de pression, les résultats probants confirmant les facteurs de risque peuvent être utilisés au moment de l'évaluation clinique de la personne pour mieux relever un problème de santé potentiel, soit le risque de lésion de pression, en vue de mettre en place les mesures préventives appropriées. Par ailleurs, en présence d'une lésion de pression, des résultats probants sur l'efficacité de différents soins et traitements contribuent à soutenir la prise de décision concernant le traitement de la plaie.

L'amélioration continue de la qualité

Les résultats probants constituent un moyen et non une fin en soi. Ils servent entre autres à alimenter la réflexion des professionnels sur leur pratique ainsi qu'à soutenir son amélioration. Toutefois, bien que l'on vise à mettre à profit le plus possible les résultats probants disponibles, l'amélioration ne peut reposer uniquement sur ceux-ci. En effet, il n'est pas toujours nécessaire d'avoir des résultats probants pour augmenter la qualité de la pratique. Ainsi, au quotidien, le résultat de l'évaluation d'une intervention peut être utile dans un processus d'amélioration continue, sans nécessairement se qualifier comme résultat probant (en raison d'un échantillon trop petit, par exemple).

Le but est de développer une culture de recherche et d'amélioration continue qui permette d'optimiser l'utilisation des résultats probants.

Interventions de l'OIIQ

Dans ses efforts pour développer une culture de recherche et d'amélioration continue de la qualité au sein de la profession, l'OIIQ fait appel à une large gamme d'interventions, dont plusieurs contribuent à

favoriser une pratique professionnelle fondée sur des résultats probants. Certaines de ces interventions se réalisent à travers la mission de la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ), qui offre un soutien à la recherche clinique et au transfert des connaissances. D'autres s'inscrivent dans les activités courantes de l'OIIQ pour soutenir la pratique professionnelle.

Soutien à la recherche et au transfert des connaissances

Le soutien à la recherche et au transfert de connaissances contribue à favoriser une pratique professionnelle fondée sur des résultats probants en stimulant la production de résultats issus de la recherche et en promouvant leur intégration à la pratique. Ce soutien prend la forme de différents programmes de subventions et de bourses d'études. Les programmes de subvention de la FRESIQ incluent :

- un programme conjoint FRSQ-FRESIQ de chercheurs-boursiers et de bourses de formation postdoctorale en recherche ;
- un programme de recherche clinique, qui vise à favoriser l'élaboration, par des infirmières du milieu, de projets de recherche axés sur les soins à la clientèle, auxquels sont associés des chercheurs ;
- un programme de diffusion et d'utilisation des résultats de recherche, qui vise à favoriser une pratique infirmière de pointe par le transfert de connaissances issues de la recherche en sciences infirmières et à promouvoir l'utilisation des résultats de recherche dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins à la clientèle.

Les programmes de bourses OIIQ-FRESIQ ciblent les études de 2^e et de 3^e cycles en sciences infirmières et visent à promouvoir la recherche et le transfert des connaissances en soutenant l'acquisition d'une formation en recherche dans le cadre des études universitaires.

Soutien à la pratique professionnelle

L'OIIQ intègre dans l'actualisation de son mandat de protection du public le soutien à la pratique professionnelle. Pour ce faire, il a recours à diverses interventions qui varient en fonction des besoins : activités de formation continue dans le cadre du programme annuel, articles dans la revue *L'Infirmière du Québec*, guides de pratique, lignes directrices, guides d'information clinique, etc. Ces interventions font appel aux résultats probants disponibles, le cas échéant.

En ce qui concerne les publications, le niveau d'information et l'approche utilisée sont déterminés en fonction des objectifs. Par exemple, le *Guide de prévention des infections à l'intention des infirmières en soins de pieds* (OIIQ, 2002) tient compte des résultats probants dans le domaine et inclut un cédérom contenant une démonstration du lavage des mains. Le guide *L'infirmière et l'administration de l'ocytocine* (OIIQ, 1996) contient aussi de l'information clinique, en référence à une activité spécifique cette fois. Par ailleurs, un document comme *L'exercice infirmier à Info-Santé* (OIIQ, 1998) fait suite à des constats réalisés dans le cadre de l'inspection professionnelle et interpelle aussi bien les gestionnaires que les prestataires du service, en adoptant une perspective plus large qui comprend à la fois un volet professionnel et un volet structurel.

En plus des articles à caractère scientifique, comme une série d'articles sur le soin des plaies qui a été diffusée en tiré à part (Moulin, 2002), la revue *L'Infirmière du Québec*¹ présente notamment deux chroniques visant à soutenir la pratique professionnelle : « Testez vos connaissances » et « La pratique infirmière au quotidien ». Ces chroniques permettent de favoriser une pratique fondée sur des résultats probants en utilisant deux approches différentes : 1) la transmission sous la forme d'une auto-évaluation de connaissances mises en contexte à l'aide de situations cliniques ; 2) la diffusion d'information clinique portant sur des problématiques relevées entre autres au cours des activités d'inspection professionnelle ou à partir de rapports de coroner.

Un programme annuel de formation continue contribue également à soutenir la pratique professionnelle en ciblant des thèmes prioritaires pour le maintien ou le développement de la compétence dans divers domaines cliniques.

Enfin, le site de *L'infirmière virtuelle*, bien qu'il contienne de l'information à l'intention de la population afin de l'aider à « prendre sa santé en main », est une source que l'infirmière peut utiliser pour des fins d'éducation à la santé auprès de sa clientèle. Une des rubriques de ce site, intitulée « Mon cœur, j'en prends soin », est basée sur des contenus produits en 2002 par une communauté virtuelle de pratique en santé du cœur qui regroupait des infirmières de plusieurs régions du Canada exerçant dans le domaine de la cardiologie. C'est à l'aide du logiciel *Knowledge Forum* et avec le soutien soutenu d'une animatrice tout au long du projet que cette communauté de pratique a pu partager les connaissances

1. À noter que cette revue se nomme *Perspective infirmière* depuis septembre 2003.

tacites et explicites qui ont permis d'élaborer ces contenus. Il serait d'ailleurs intéressant d'explorer le potentiel que pourrait représenter une communauté virtuelle de pratique pour la génération de résultats probants issus de consensus d'experts.

Toutes ces interventions, et bien d'autres, convergent pour favoriser une pratique professionnelle fondée sur des résultats probants, telle que définie par Morin dans l'introduction du présent document :

« La pratique professionnelle en santé fondée sur des résultats probants peut se définir comme une pratique qui intègre l'information scientifique la plus récente, le savoir professionnel et le savoir des clientèles dans le but de donner les soins et services le plus efficaces possible dans une optique de partenariat et dans un contexte de ressources limitées. »

Il revient ainsi à chaque ordre professionnel de déterminer les interventions les plus susceptibles de favoriser chez ses membres une pratique professionnelle fondée sur des résultats probants.

Quelques défis à relever

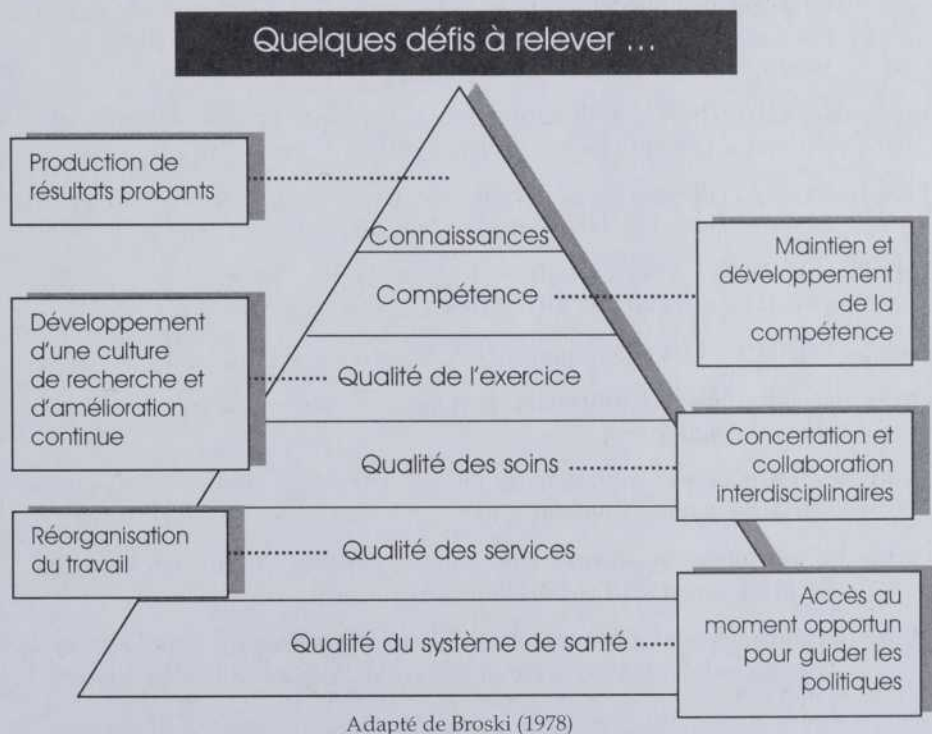
Afin d'éclairer le choix des stratégies d'intervention à retenir pour favoriser une pratique professionnelle fondée sur des résultats probants, il appert utile d'évoquer quelques défis à relever. À cette fin, nous recourons à la pyramide proposée par Broski (1978) pour représenter l'univers de l'évaluation, et adaptée par la suite pour refléter le spectre des cibles visées dans une perspective d'amélioration continue de la qualité, qui s'étend du niveau microscopique des connaissances au niveau macroscopique du système de santé (Leprohon, 2000).

Considérant que chaque niveau s'imbrique dans le niveau inférieur, cette pyramide, telle que présentée dans le schéma ci-dessous, permet d'illustrer comment les défis interpellent les professionnels collectivement aussi bien qu'individuellement. Ainsi, l'élément essentiel de la compétence que constituent les *connaissances* est associé à un défi fondamental, celui de produire des résultats probants, afin qu'ils soient disponibles lorsqu'ils sont requis. Une fois ceux-ci disponibles, leur contribution au maintien et au développement de la *compétence* est tributaire non seulement de leur accessibilité, mais également de l'acquisition du discernement requis pour les utiliser, ce qui repose entre autres sur la formation. Au-delà de la compétence professionnelle, la *qualité de l'exercice* comprend aussi des éléments organisationnels liés au contexte de

pratique. Ainsi, le développement d'une culture de recherche et d'amélioration continue, bien qu'elle puisse parfois sembler utopique dans un contexte de pénurie d'effectifs, devient un défi important à relever pour mobiliser les professionnels.

En ce qui a trait à la *qualité des soins*, les résultats probants peuvent constituer une clé pour la concertation et la collaboration interdisciplinaires, dans la mesure où leur valeur est reconnue de tous, ce qui peut contribuer à rallier certaines positions divergentes en vue d'obtenir les meilleurs résultats possibles chez la clientèle. De plus, dans le contexte actuel où la réorganisation du travail se révèle une préoccupation importante, les résultats probants peuvent aussi permettre d'éviter certains écueils de façon à préserver et même améliorer la *qualité des services* à la clientèle.

Enfin, pour ce qui est du système de santé, une gestion fondée sur des résultats probants requiert l'accès à cette information au moment opportun pour soutenir les décideurs et guider les politiques de santé, ce qui n'est pas un mince défi.



En somme, pour parvenir à relever ces défis, il importe de considérer les résultats probants comme l'un des moyens de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services à la population, et dans certains cas, d'assurer la protection du public. C'est ainsi que les ordres professionnels pourront savoir comment soutenir chez leurs membres une pratique professionnelle fondée sur des résultats probants. C'est une question de discernement et de partenariat, pour les ordres comme pour les professionnels concernés, qu'ils travaillent en clinique, en gestion, dans le domaine de l'enseignement ou de la recherche.

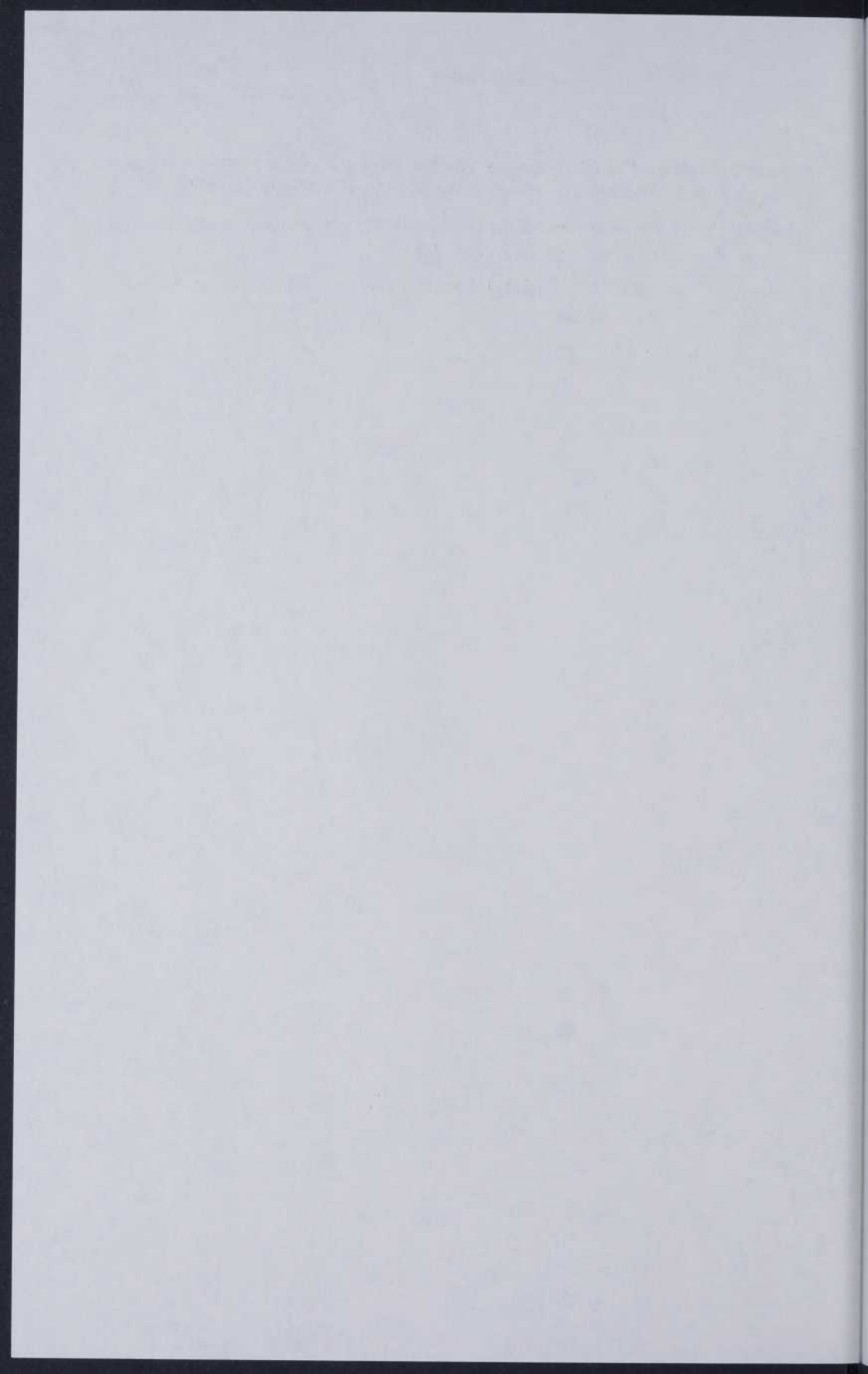
Références bibliographiques

- Broski, D.C. (1978). « Assessment of products », dans M.K. Morgan et D.M. Irby (sous la dir. de), *Evaluating Clinical Competence in the Health Professions*, St. Louis, Mosby, p. 116-122.
- DiCenso, A., N. Cullum et D. Ciliska (1998). « Implementing evidence-based nursing: Some misconceptions », *Evidence-Based Nursing*, vol. 1, n° 2, p. 38-40.
- Ducharme, F. (2002). « Les soins infirmiers et la recherche : perspectives au seuil du troisième millénaire », dans O. Goulet et C. Dallaire (sous la dir. de), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives*, Boucherville, Gaëtan Morin.
- Estabrooks, C.A. (1998). « Will evidence-based nursing practice make practice perfect? », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 30, n° 1, p. 15-36.
- Estabrooks, C.A. (1999). « Mapping the research utilization field in nursing », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 31, n° 1, p. 53-72.
- Leprohon, J. (2000). « Vers une culture d'amélioration continue : Les indicateurs au service de la qualité », *L'Infirmière du Québec*, vol. 7, n° 5, p. 25-41.
- Moulin, Y. (2002). « Le soin des plaies », *L'Infirmière du Québec*, tiré à part.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *L'infirmière virtuelle*, [<http://www.infirmiere.net>].
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1996). *L'infirmière et l'administration de l'ocytocine*, Montréal, OIIQ.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998). *L'exercice infirmier à Info-Santé*, Montréal, OIIQ (collection Lignes directrices).
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, réimpression de l'édition de 1996, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2002). *Guide de prévention des infections à l'intention des infirmières en soins de pieds*, Montréal, OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). « L'infirmière virtuelle revisitée », *Le Journal*, vol. 10, n° 3, p. 1-2.

Ross-Kerr, J.C., et M.J. Wood (2003) *Canadian Nursing: Issues and Perspectives*, 4^e éd., Toronto, Mosby.



GROUPE DE RECHERCHE SUR
L'UTILISATION DES RÉSULTATS PROBANTS
DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE :
ALLIANCE DE MILIEUX
UNIVERSITAIRES ET CLINIQUES
DE QUATRE RÉGIONS DU QUÉBEC

*Johanne Gagnon
Martine Mayrand Leclerc
Marie Hatem*

Autres membres du GRURP :

Johanne Archambault

Louise Dumas

Céline Goulet

Diane Morin

Denise St-Cyr Tribble

Cet article est consacré à la présentation du Groupe de recherche sur l'utilisation des résultats probants (GRURP) dans la pratique professionnelle. Nous discutons principalement dans ce texte des alliances et des partenariats établis entre des milieux scolaires et des milieux cliniques de quatre régions du Québec. Nous formulons d'abord une définition de ce que nous entendons par « pratique fondée sur des résultats probants ». Puis, nous présentons les milieux cliniques concernés, les membres de l'équipe de recherche ainsi que le contexte dans lequel ce regroupement s'est formé, en mettant l'accent sur les alliances interrégionales, interuniversitaires et intersectorielles. Par la suite, nous énonçons nos préoccupations communes et, plus particulièrement, le projet qui nous anime au regard de la promotion de l'utilisation de la recherche dans la pratique professionnelle. Enfin, nous discutons du potentiel de généralisation des résultats de ce projet et nous terminons par quelques pistes de réflexion.

Pratique fondée sur des résultats de recherche : une définition

Il existe plusieurs définitions de « pratique fondée sur des résultats probants », et les textes, surtout en français, ne sont pas toujours

clairs sur les aspects terminologiques de ce construit. Récemment, Morin et Leblanc (2002) ont réalisé une recension des écrits et ont proposé une définition de ce construit pour la pratique infirmière. Ainsi, pour eux, la pratique clinique fondée sur des résultats probants est « celle qui intègre l'information scientifique la plus récente, le savoir infirmier et le savoir des clientèles, et ce, afin de donner des soins les plus efficaces et les plus efficaces possible dans une optique de partenariat et dans un contexte de ressources limitées » (p. 28). Aussi, la pratique fondée sur des résultats probants est une pratique qui se veut en constante évolution et qui se construit à partir des connaissances, lesquelles sont en perpétuel développement.

La mise en contexte

Ce qui a d'abord réuni les chercheuses des régions de Montréal, Québec et Sherbrooke est le partage en 2001-2002 des activités du comité scientifique de la Conférence canadienne de la recherche en sciences infirmières organisée et parrainée conjointement par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing (ACEUN). Cette conférence a eu lieu à Québec en juin 2002 sous le thème « Partenariat et recherche en sciences infirmières. Enjeux, efficacité et retombées ». De plus, au cours de cette conférence, les chercheuses ont aussi partagé, et ce, avec d'autres chercheuses de la région d'Outaouais, une session de présentations intitulée « Structures de collaboration alliant milieux cliniques et académiques ».

Nous avons constaté que nous partageons de nombreux intérêts communs en lien avec l'utilisation de la recherche dans la pratique professionnelle. En effet, nous avons toutes, et ce, dans chacune de nos régions respectives, créé des liens et des partenariats avec des milieux de pratique. De plus, dans chacun de nos milieux, plusieurs stratégies de promotion, de valorisation et d'utilisation de la recherche dans la pratique étaient semblables. Nous sommes donc parties de ces similarités, mais aussi de nos différences ou complémentarités, afin de créer une alliance de recherche. Cette alliance s'est par la suite unifiée par la proposition d'une lettre d'intention au regard de l'utilisation de la recherche dans la pratique professionnelle, lettre soumise aux Concours de subventions 2001 et 2002 de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Plus particulièrement, cette alliance interrégionale et interuniversitaire est représentée par huit chercheuses, soit deux chercheuses par université et par région. L'alliance intersectorielle est, quant à elle, représentée par quatre milieux cliniques différents. Voyons d'abord brièvement

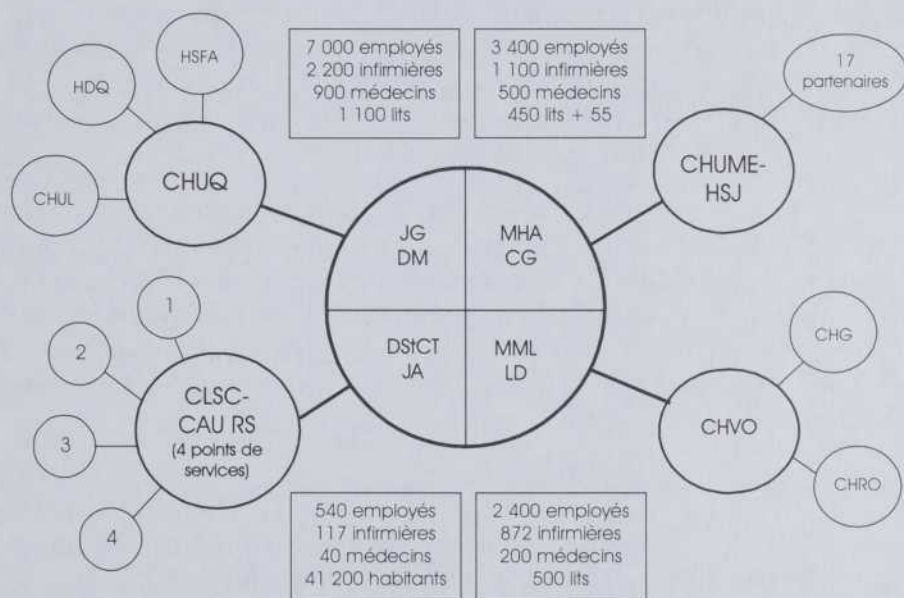
quels sont ces milieux et, ensuite, qui sont ces chercheuses provenant de quatre régions du Québec.

Les milieux cliniques concernés : une alliance intersectorielle

La Figure 1 présente les quatre secteurs cliniques concernés et leur alliance.

Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) est un établissement suprarégional à vocation générale et ultraspécialisée. Il est issu de la fusion, en 1995, du CHUL (Centre hospitalier de l'Université

**Figure 1 Alliances interrégionales et intersectorielles
Milieux cliniques concernés**



Légende :

Milieux cliniques : CHUQ (Centre hospitalier universitaire de Québec); CHUL (Centre hospitalier de l'Université Laval); HDQ (Hôtel-Dieu de Québec); HSFA (Hôpital St-François d'Assise); CHUME-HSJ (Centre hospitalier universitaire mère enfant-Hôpital Ste-Justine); CHVO (Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais); CHG (Centre hospitalier de Gatineau); CHRO (Centre hospitalier régional de l'Outaouais); CLSC-CAU RS (Centre local des services communautaires-centre affilié universitaire région Sherbrookoise).

Chercheuses : JG (Johanne Gagnon); DM (Diane Morin); MHA (Marie Hatem-Asmar); CG (Céline Goulet); MML (Martine Mayrand Leclerc); LD (Louise Dumas); DStCT (Denise St-Cyr Tribble); JA (Johanne Archambault).

Laval), de l'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) et de l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA). Il compte plus de 7 000 employés, dont 2 200 infirmières et 900 médecins. Le CHUQ possède 1 100 lits répartis en une quarantaine de services.

L'Hôpital Sainte-Justine (HSJ) est le plus important hôpital pédiatrique francophone d'Amérique du Nord. L'HSJ est devenu officiellement, en 1995, le Centre hospitalier universitaire mère-enfant (CHUME). Le CHUME-HSJ est un centre hospitalier ultraspécialisé et compte plus de 17 partenaires établis en réseau. Il comprend plus de 450 lits et 55 berceaux, et compte 3 400 employés, dont 1 100 infirmières et 500 médecins.

Le Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais (CHVO) est un hôpital régional non universitaire de soins généraux, spécialisés et surspécialisés. Il résulte de la fusion de deux centres hospitaliers, soit le Centre hospitalier régional de l'Outaouais (CHRO) et le Centre hospitalier de Gatineau (CHG). Le CHVO comprend près de 500 lits et compte 2 400 employés, dont 872 infirmières et 200 médecins.

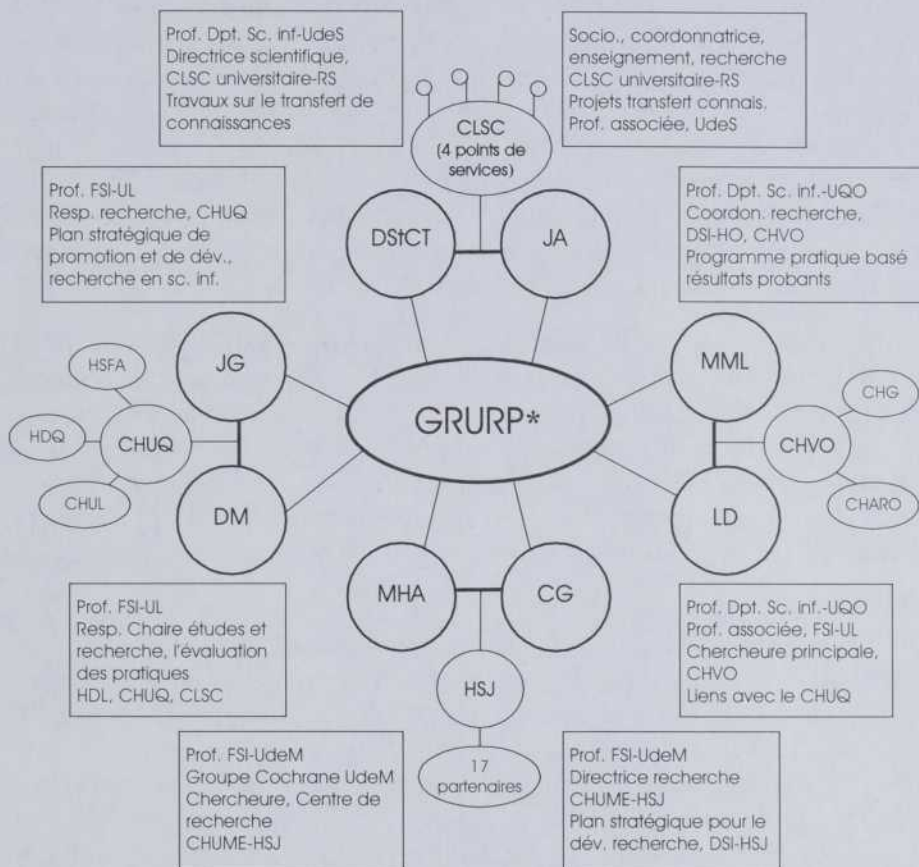
Enfin, le Centre local des services communautaires (CLSC) de La Région-Sherbrookoise est un centre affilié universitaire (CAU) avec l'Université de Sherbrooke. Il dessert une population de 41 200 habitants et, en moyenne, 37 000 usagers utilisent par année les différents services offerts. Le CLSC de La Région-Sherbrookoise comprend un siège social et 4 points de services, et il compte 540 employés, dont 117 infirmières et 40 médecins.

L'équipe de recherche : une alliance interuniversitaire

La Figure 2 présente les huit chercheuses et leurs alliances universitaire et sectorielle. Le texte qui suit met en évidence les liens directs, formels et stratégiques que chacune d'entre elles a établis avec son milieu clinique. Le Groupe de recherche sur l'utilisation des résultats probants (le GRURP) est issu de ces diverses alliances interrégionales, interuniversitaires et intersectorielles.

De la région de Québec, Johanne Gagnon (JG) est infirmière et professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval (UL). Elle a occupé pendant quatre années le poste de responsable de la recherche à la Direction des soins infirmiers (DSI) du CHUQ. Dans le cadre de ces fonctions, elle a, entre autres, élaboré un plan stratégique de promotion et de développement de la recherche en sciences

Figure 2 Alliances interrégionales, interuniversitaires et intersectorielles
Membres du regroupement de recherche



* GRURP — Groupe de recherche sur l'utilisation des résultats probants.

Légende :

Milieus cliniques : CHUQ (Centre hospitalier universitaire de Québec); CHUL (Centre hospitalier de l'Université Laval); HDQ (Hôtel-Dieu de Québec); HSFA (Hôpital St-François d'Assise); CHUME-HSJ (Centre hospitalier universitaire mère enfant-Hôpital Ste-Justine); CHVO (Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais); CHG (Centre hospitalier de Gatineau); CHRO (Centre hospitalier régional de l'Outaouais); CLSC-CAU RS (Centre local des services communautaires-centre affilié universitaire région Sherbrookoise).

Chercheuses : JG (Johanne Gagnon); DM (Diane Morin); MHA (Marie Hatem-Asmar); CG (Céline Goulet); MML (Martine Mayrand Leclerc); LD (Louise Dumas); DStCT (Denise St-Cyr Tribble); JA (Johanne Archambault).

infirmières au CHUQ. En plus des liens avec le CHUQ, elle a aussi établi des liens de formation et de recherche avec le centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis (HDL).

Diane Morin (DM) est infirmière et professeure agrégée à la FSI de l'UL. Elle est responsable du projet facultaire de la Chaire d'études et de recherche sur l'évaluation des pratiques infirmières. Elle s'intéresse particulièrement à l'analyse transversale des publications récentes portant sur les résultats probants. Elle est membre de l'unité de recherche de l'HDL et de l'unité de recherche évaluative de l'HSFA du CHUQ. Elle a également établi des liens de recherche avec le CLSC Haute-Ville-des-Rivières, où elle est aussi membre du comité d'enseignement et de recherche.

Pour la région de Sherbrooke, nous avons Denise St-Cyr Tribble (DStCT), infirmière et professeure agrégée au Département des sciences infirmières de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke (UdeS). En plus de ces fonctions à l'université, elle est aussi directrice scientifique au CLSC universitaire de La Région-Sherbrookoise. Ses travaux de recherche sont orientés vers le développement d'approches et de méthodes pour le transfert des connaissances auprès des intervenants.

Johanne Archambault (JA) est sociologue de formation et elle est coordonnatrice du service de soutien aux programmes, à l'enseignement et à la recherche au CLSC universitaire de La Région-Sherbrookoise. Dans le cadre de ses fonctions, elle développe, entre autres, des projets reliés au transfert des connaissances dans la pratique en vue de maximiser l'utilisation de résultats probants par des praticiens et des gestionnaires de CLSC. De plus, elle est professeure associée au Département des sciences infirmières de la Faculté de médecine de l'UdeS.

Pour la région de Montréal, Marie Hatem-Asmar (MHA) est infirmière et professeure adjointe à la FSI de l'Université de Montréal (UdeM). Elle est membre du groupe Cochrane de l'UdeM. De plus, elle est chercheuse au centre de recherche du CHUME-HSJ.

Céline Goulet (CG) est infirmière et professeure titulaire à la FSI de l'UdeM. Elle a été pendant trois ans directrice de la recherche en sciences infirmières au CHUME-HSJ. Dans le cadre de ces fonctions, elle a travaillé à l'élaboration d'un plan stratégique pour le développement de la recherche à la Direction des soins infirmiers (DSI) en lien avec le centre de recherche du CHUME-HSJ.

Pour la région de l'Outaouais, nous avons Martine Mayrand Leclerc (MML), infirmière et candidate au doctorat sur mesure en organisation des services de l'Université Laval. Elle est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Au cours des deux dernières années, elle a occupé le poste de coordonnatrice du programme de recherche infirmière à l'Hôpital d'Ottawa (HO). Dans le cadre de ses fonctions de coordonnatrice, elle a travaillé, entre autres, à l'élaboration d'un programme supportant une pratique basée sur des résultats probants. En plus des liens de recherche qu'elle continue d'établir avec l'HO, elle a créé des liens de formation et de recherche avec le CHVO.

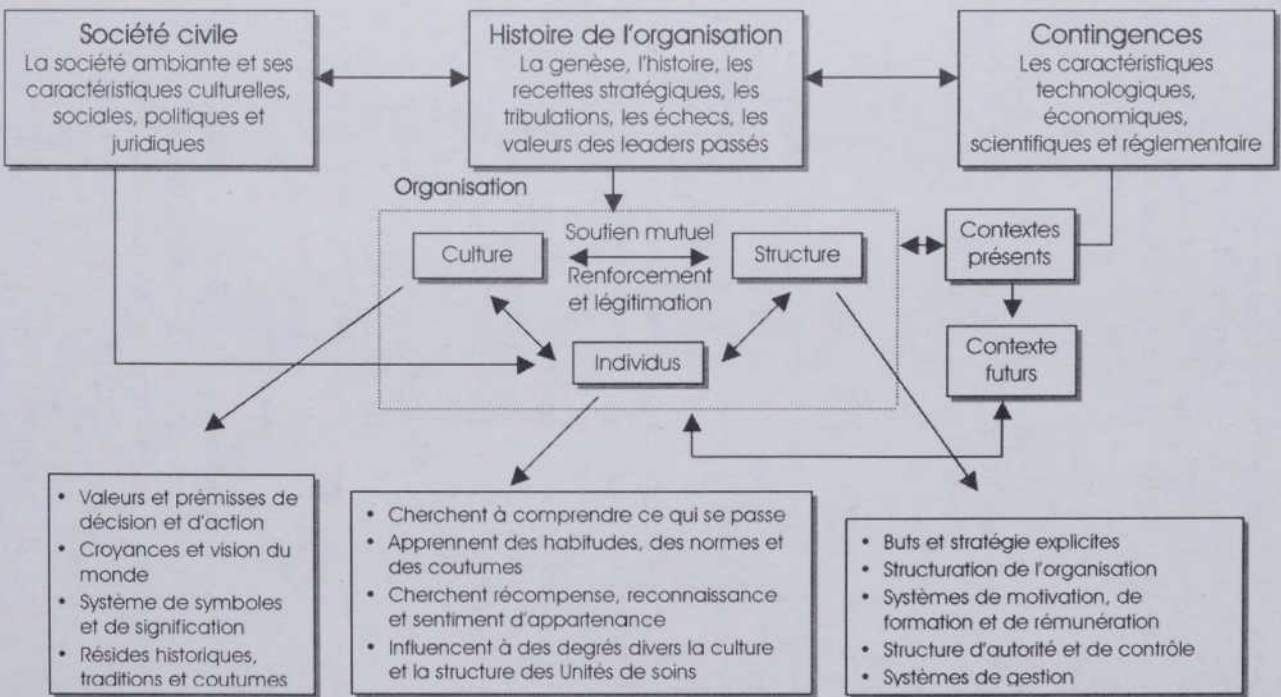
Louise Dumas (LD) est infirmière et professeure au Département des sciences infirmières de l'UQO. Elle est également professeure associée à la FSI de l'UL. Elle est chercheuse principale au CHVO et elle a établi des liens de recherche avec le CHUQ.

Nos préoccupations communes

Depuis quelques années, les professionnels de la santé font des efforts concertés pour intégrer la recherche à leur pratique professionnelle (Kitson, 1997). Toutefois, les études mettent en évidence la faible utilisation de la recherche dans ces pratiques et soulignent les variations importantes qui existent d'un établissement à un autre. En effet, d'importants obstacles à l'utilisation de la recherche subsistent, particulièrement en ce qui concerne la structure et la culture des organisations, les caractéristiques des professionnels (ex. : formation, ouverture au changement) ainsi que les particularités de la recherche (ex. : accessibilité, qualités méthodologiques) (Van Mullem et autres, 1999 ; Omerly et Williams, 1999). Il est donc urgent et crucial que les établissements de santé se dotent d'une politique de valorisation de l'utilisation de la recherche pour guider les pratiques professionnelles (Van Mullem et autres, 1999 ; Bero et autres, 1998 ; Nolan et Behi, 1995 ; Stonestreet et Lamb-Havard, 1994), et ainsi assurer leur renouvellement au rythme de l'évolution des connaissances.

C'est dans ce contexte que nous avons établi nos alliances de recherche et que nous avons discuté des assises théoriques, cliniques et méthodologiques d'un projet commun intitulé « Les établissements de santé au Québec et la culture de recherche des professionnels ».

Figure 3 Cadre théorique du changement organisationnel
Adaptation du modèle d'Allaire et Firsirotu (1993)



Projet de promotion de l'utilisation de la recherche dans la pratique professionnelle

Le but de ce projet est de documenter empiriquement les moyens structurants mis en œuvre par différentes organisations pour valoriser la recherche et son utilisation chez les professionnels de la santé. En plus d'assurer l'efficacité des soins dispensés (Kitson, 1997 ; Patterson, 1991 ; Burrows et McLeish, 1995), une pratique fondée sur la recherche permet une rationalisation des ressources sanitaires, le choix d'interventions qui sont appropriées à chaque patient et qui sont à la fine pointe des connaissances, ainsi qu'une certaine protection des professionnels en cas de procès (Hicks, 1997). L'organisation des milieux est considérée comme le plus important facteur contribuant à développer la capacité d'utiliser la recherche dans la pratique professionnelle (Omery et Williams, 1999; Nolan et Behi, 1995 ; Stonestreet et Lamb-Havard, 1994 ; Buss et autres, 1999 ; Luckenbill-Brett, 1989 ; Royle et autres, 2000 ; Newman et autres, 2000). En effet, les écrits proposent différents modèles de promotion de la recherche (Patterson, 1991 ; Buss et autres, 1999 ; Luckenbill-Brett, 1989) où l'on met en évidence les stratégies organisationnelles.

Pour la mise en place d'une politique de valorisation de l'utilisation de la recherche, nous avons choisi comme cadre de référence la théorie du changement organisationnel de Allaire et Firsirotu (1993). Selon cette théorie (*Figure 3*), l'organisation est une entité à trois composantes reliées entre elles : la structure, la culture et les individus qui composent le personnel de l'organisation. Ces trois composantes sont soumises aux influences de l'histoire de l'organisation, de la société civile et des contingences particulières, influences pouvant provenir des contextes présents ou des contextes futurs anticipés. Or, la mise en place d'une politique de valorisation de l'utilisation de la recherche peut être considérée comme un changement organisationnel. La théorie de Allaire et Firsirotu (1993) propose un processus de changement organisationnel par étapes, dont : 1) l'établissement d'un diagnostic organisationnel ; 2) l'élaboration d'une stratégie en fonction du diagnostic effectué ; 3) l'exécution ou l'implantation de la stratégie, qui va nécessiter une méthodologie et un plan d'opérationnalisation ; 4) l'évaluation de la stratégie.

Inspirés de ce cadre théorique, les objectifs de recherche sont : 1) documenter le processus suivi par les établissements afin d'établir leur diagnostic organisationnel au regard de la valorisation de la recherche ; 2) documenter le niveau d'exécution des stratégies mises de l'avant par ces établissements et leur plan d'évaluation ; 3) décrire les éléments de

l'histoire de l'organisation, de la société civile et des contingences particulières qui ont influé sur les éléments de la culture, de la structure et des caractéristiques du personnel lors de l'implantation d'une politique de valorisation de la recherche dans les établissements.

Un devis de type *étude de cas multiples* est retenu compte tenu de la diversité des établissements en cause, en l'occurrence : 1) un centre hospitalier universitaire général, le CHUQ ; 2) un centre hospitalier universitaire spécialisé, le CHUME-HSJ ; 3) un centre hospitalier général non universitaire, le CHVO ; 4) un CLSC universitaire, celui de La Région-Sherbrookoise. Un tel devis offrira aux chercheuses des quatre universités divers axes de comparaison qui permettront de tirer des conclusions sur la nature et le degré d'engagement des établissements en matière de valorisation de la recherche. Ils permettront aussi aux établissements moins structurés en recherche de profiter de l'expérience antérieure des autres milieux cliniques universitaires. La finalité de cette étude est de formuler des recommandations quant aux conditions optimales pour réaliser un changement organisationnel, soit, dans le cadre de ce projet, la mise en place d'une politique de valorisation de l'utilisation de la recherche.

Quelques pistes de réflexion en guise de conclusion

La diversité du profil des établissements de santé en cause et la diversité de leur mission respective ainsi que la variété des territoires géographiques couverts (régions métropolitaines ou périphériques) sont à notre avis garantes de la transférabilité des résultats d'une telle étude. À cela s'ajoutent l'expérience et l'expertise des membres de l'équipe de recherche dans les différents aspects de l'objet à l'étude, dans les différentes méthodes utilisées pour la réalisation du projet ainsi que dans les différents établissements d'enseignement concernés. En effet, les chercheuses participent déjà, pour la plupart, à la mouvance des changements organisationnels et certaines détiennent des positions stratégiques en relation avec la valorisation de la recherche dans les établissements de santé.

Nous croyons cependant qu'un tel projet, proposé à l'échelle provinciale, ne peut être réalisable sans un soutien financier. De plus, l'expérience montre qu'il est important de participer à des colloques ou des congrès afin de communiquer nos idées, nos réflexions et nos résultats, mais aussi dans le but de créer des alliances qui alimenteront nos discussions. Un tel projet fournit aux décideurs publics des balises pour le développement de politiques et de lignes directrices concernant l'excellence

des pratiques professionnelles en santé ainsi que le maintien et l'amélioration de la qualité des soins et des services de santé.

Références bibliographiques

- Allaire, Y., et M.E. Firsirotu (1993). *L'entreprise stratégique : Penser la stratégie*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 620 p.
- Bero, L.A., R. Grilli, J.M. Grimshaw, E. Harvey, A.D. Oxman et M.A. Thompson (1998). « Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings », *BMJ*, n° 317, p. 465-468.
- Burrows, D.E., et K. McLeish (1995). « A model for research-based practice », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 4, n° 4, p. 243-247.
- Buss, I.C., R. J. G. Halfens, H. H. Abu-Saad et G. Kok (1999). « Evidence-based nursing practice: both state of the art in general and specific to pressure sores », *Journal of Professional Nursing*, vol. 15, n° 2, p. 73-83.
- Hicks, C. (1997). « The dilemma of incorporating research into clinical practice », *British Journal of Nursing*, vol. 6, n° 511, p. 511-520.
- Kitson, A. (1997). « Using evidence to demonstrate the value of nursing », *Nursing Standard*, vol. 11, n° 28, p. 34-39.
- Luckenbill-Brett, J.L. (1989). « Organizational Integrative Mechanisms and Adoption of Innovations by Nurses », *Nursing Research*, vol. 38, n° 2, p. 105-110.
- Morin, D., et N. Leblanc (2002). « Pour une pratique fondée sur des résultats probants », *L'infirmière du Québec*, vol. 10, n° 2, p. 27-30.
- Newman, M., I. Papadopoulos, et R. Melifonwu (2000). « Developing organizational systems and culture to support evidence-based practice: the experience of the Evidence-Based Ward project », *Evidence-based nursing*, vol. 3, n° 4, p. 103-105.
- Nolan, M., et R. Behi (1995). « Research in nursing: developing a conceptual approach », *British Journal of Nursing*, vol. 4, n° 1, p. 47-50.
- Omery, A., et R.P. Williams (1999). « An appraisal of research utilization across the United States », *Journal of Nursing Administration*, vol. 29, n° 12, p. 50-56.
- Patterson, D.L. (1991). « Achieving excellence in nursing », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 6, n° 6, p. 391-395.
- Royle, J., D. Blythe, D. Ciliska et D. Ing (2000). « The Organizational Environment and Evidence-Based Nursing », *Canadian Journal of Nursing Leadership*, vol. 13, n° 1, p. 31-37.

- Stonestreet, J.S. et J. Lamb-Havard (1994). « Organizational strategies to promote research-based practice », *AACN Clinical Issues Critical Care of Nursing*, vol. 5, n° 2, p. 133-146 (quiz: 220-1).
- Van Mullem, C., L. J. Burke, K. Dohmeyer, M. Farrell, S. Harvey, L. John, C. Kraly, F. Rowley, M. Sebern, K. Twite et R. Zapp (1999). « Strategic planning for research use in nursing practice », *Journal of Nursing Administration*, vol. 29, n° 12, p. 38-45.

L'UTILISATION DES RÉSULTATS PROBANTS EN CONTEXTE DE PRATIQUE EN CLSC : LES MOYENS D'Y ARRIVER

*Johanne Archambault
Denise St-Cyr Tribble*

Introduction

D'entrée de jeu, il apparaît important de situer la perspective à partir de laquelle nous abordons la question de l'utilisation des résultats probants. Tout d'abord, notre réflexion émerge d'expériences concrètes en milieu de pratique, plus précisément, en milieux de première ligne. Or, quoique nous traitons ici plus précisément de l'utilisation de résultats probants, nous postulons qu'il y a rencontre de plusieurs formes de savoirs en milieu de pratique. Il y a un partage des savoirs : savoir clinique ou d'expérience, savoir de gestion, savoir de sens commun ou savoir des usagers de services, savoir scientifique. Ces divers savoirs se rencontrent et s'interpellent, parfois se heurtent, entrent en compétition ou s'imbriquent et s'entremêlent. L'utilisation du savoir scientifique dépend de ces modalités de rencontre et d'échange, qui sont conditionnées par un environnement politique, culturel, économique et social. Notre article ne traite pas du rôle de cet environnement global. Il prend plutôt une orientation microscopique pour illustrer l'environnement organisationnel qui prévaut au CLSC de Sherbrooke, centre affilié (CAU) à l'Université de Sherbrooke et qui, selon notre expérience et nos observations, semble influencer sur les modalités possibles d'échange des savoirs entre différents acteurs. Il ne s'agit donc pas d'une analyse théorique du rôle du contexte organisationnel, mais plutôt d'une démonstration empirique des stratégies concrètes déployées au CLSC à partir du postulat affirmant le caractère déterminant de la structure et de la culture organisationnelles sur l'utilisation du savoir scientifique et sur son intégration aux autres formes de savoir.

Notre perspective d'analyse repose également sur un autre postulat, celui à l'effet que tout un processus est requis pour aboutir à l'utilisation de résultats probants. Cette utilisation, devant conduire de notre point de vue à une transformation des pratiques, constitue l'une des étapes finales d'un processus complexe de « transfert de connaissances ».

Les structures et les stratégies visant à favoriser l'utilisation du savoir scientifique et qui seront décrites ici, démontrent que ce processus est largement pris en considération. Bref, l'utilisation du savoir scientifique ou des résultats probants par des acteurs des milieux de pratique en première ligne dans le domaine de la santé et des services sociaux passe par des structures et des stratégies qui reconnaissent le caractère déterminant de ce processus et certaines de ses caractéristiques comme sa durée et sa complexité.

Dans le présent article, nous décrivons en deux volets des structures et des stratégies mises en œuvre pour favoriser une utilisation accrue des connaissances et des méthodes scientifiques dans les pratiques d'intervention et de gestion au CLSC de Sherbrooke (CAU). Le premier volet, plus général, permet d'illustrer les structures et les stratégies déployées au CLSC-CAU afin de développer une culture propice à l'utilisation des connaissances scientifiques en vue d'une transformation des pratiques. Le second volet propose une description plus fine de stratégies utilisées dans le cadre de préparation de demandes de subvention et de recherches subventionnées. Ces stratégies visent à intégrer un processus incluant des activités de transfert de connaissances dans le cadre d'une collaboration étroite entre des intervenants, des chercheurs et des gestionnaires et, selon l'angle de la recherche, des usagers (divers comités consultatifs, discussions d'orientation de la recherche, *focus groups*, notes circulaires, suivi synthèse, pauses scientifiques, et autres). Ce processus s'insère à l'intérieur même des étapes d'élaboration des recherches de même que dans celles liées à la production d'activités post-recherche qui touchent la diffusion des résultats.

Le cas du CLSC de Sherbrooke

Avant de poursuivre cet exposé, il apparaît pertinent de situer le lecteur quant aux caractéristiques du milieu organisationnel choisi aux fins de la démonstration. Le CLSC de Sherbrooke est issu de la fusion des CLSC SOC et Gaston-Lessard. Ce dernier est désigné CAU en 1998. Cette désignation est transférée au CLSC de Sherbrooke en 2000 et le mandat de CAU est reconduit pour une période de cinq ans en 2001. Le CLSC de Sherbrooke est l'un des plus gros établissements à vocation exclusive au Québec. À titre d'établissement de première ligne, il se trouve impliqué en promotion de la santé et du bien-être, en prévention des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux, et dans plusieurs projets de développement local et communautaire. Il offre également des services curatifs, palliatifs et de réadaptation. Il dessert une population

de plus de 141 000 personnes. En 2002-2003, l'établissement disposait d'un budget de plus de 25 millions de dollars et comptait environ 540 employés, 40 médecins et 12 gestionnaires.

L'idée de devenir un établissement ayant une mission universitaire a germé pendant plusieurs années à la suite d'une idée lancée par le doyen de la Faculté de médecine en 1992. À cette époque, il n'y avait pas encore de dispositions légales qui permettaient l'obtention d'un statut formel de « centre affilié universitaire » pour des CLSC. En 1996, le CLSC signe un premier contrat d'affiliation avec l'Université de Sherbrooke, contrat qui formalise des liens de collaboration déjà diversifiés. L'obtention, en 1998, d'un premier statut de « centre affilié universitaire » au sens de l'article 91 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* parachève les travaux de reconnaissance d'une mission institutionnelle. Le CLSC de Sherbrooke devient l'un des deux premiers CLSC, avec le CLSC Côte-des-Neiges de Montréal, à obtenir un tel statut.

En l'absence de modèle de développement précis pour une « mission universitaire » en CLSC et sur la base de grands objectifs de cette mission élaborés par le MSSS¹, le CLSC de Sherbrooke amorce en 1998 une réflexion sur la forme structurelle qui permettra de supporter le déploiement de cette mission. Plusieurs comités mixtes CLSC-Université de Sherbrooke formés de professeurs-chercheurs, de membres du personnel du CLSC et d'une agente de développement se mettent à l'œuvre. Ces comités doivent multiplier les expériences concrètes en enseignement et en recherche pour alimenter les réflexions des décideurs et permettre d'esquisser la structure qui supportera de façon optimale le développement de la mission universitaire. Finalement, en 2000, le conseil d'administration du CLSC opte pour la création du Service de soutien aux programmes, à l'enseignement et à la recherche. Ce service a un mandat qui couvre quatre volets : 1) le soutien aux programmes liés aux services à la clientèle du CLSC et à l'innovation ; 2) le soutien et la coordination de l'enseignement ; 3) le soutien et la coordination de la recherche ; 4) le développement de modalités de diffusion scientifique et de transfert de connaissances².

1. Cet énoncé général est exposé dans le document intitulé Désignation de CLSC au titre de centre affilié universitaire, Appel de candidatures (MSSS, décembre 1999) et dans le guide d'interprétation qui l'accompagne.

2. La mission de ce service est définie dans un document intitulé *Le service de soutien aux programmes, à l'enseignement et à la recherche au sein du CLSC de La Région-Sherbrookaise*, adopté par le conseil d'administration en octobre 2000.

La mission universitaire du CLSC est ainsi appuyée au quotidien par un service « près des personnes et des équipes » et « qui contribue au développement et à l'amélioration des activités liées aux services ». En 2001, le CLSC crée une direction scientifique de façon à donner une impulsion supplémentaire au développement de la recherche. C'est également l'année de la reconduction du statut de centre affilié universitaire pour une période de cinq ans.

En 2003, le SSPER devient le Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE). Ce changement de nom vise deux objectifs. Le premier est de marquer l'appropriation de la mission universitaire par l'ensemble du personnel et la possibilité de reconnaître davantage sa finalité propre : supporter l'innovation dans l'organisation et la dispensation des soins et des services à la population. Le second objectif est de permettre plus aisément aux professeurs-chercheurs d'associer la structure de soutien de la mission universitaire du CLSC à une entité connue, soit celle du centre de recherche. Le terme *innovation*, qui précède *recherche*, insiste sur la finalité des activités de recherche et d'enseignement : l'innovation.

Ce bref portrait du développement de la mission universitaire au CLSC de Sherbrooke permet de situer le lecteur sur l'environnement dans lequel prennent place les stratégies exposées dans la prochaine partie du texte.

Les structures et les stratégies du CLSC de Sherbrooke pour développer une culture de recherche

1. La mission et les politiques du CLSC de Sherbrooke

Le développement d'une culture scientifique en établissement passe par un travail simultané à de multiples niveaux : 1) l'intégration dans la mission et les orientations stratégiques d'objectifs liés au développement de cette culture ; 2) la mise en place de structures particulières de soutien à son développement ; 3) le déploiement de stratégies d'animation au quotidien de cette culture ; 4) l'intégration de cette culture dans les dynamiques des équipes de travail et des secteurs de même que dans les objets de préoccupation du quotidien ; 5) la création et la gestion quotidienne de passerelles culturelles entre le milieu de pratique et le milieu universitaire.

Examinons plus attentivement le travail réalisé au CLSC de Sherbrooke sur le plan de la mission, des politiques et des orientations stratégiques qui favorisent l'utilisation des résultats probants ou, dans une

perspective plus large, qui favorisent les échanges de savoir.

Le CLSC de Sherbrooke formule un premier libellé de mission universitaire dès 1997, qu'il revoit en 1999 lors de la fusion des deux établissements ayant une mission de CLSC, qui constituent aujourd'hui le CLSC de Sherbrooke. Ce libellé de mission fait à ce moment l'objet de nombreuses discussions, parfois passionnées. Pour ce qui est de la recherche et du transfert de connaissances, il stipule que le CLSC contribue à des recherches adaptées aux besoins particuliers de l'intervention en CLSC, qu'il en réalise et qu'il participe activement au transfert de connaissances vers les milieux de pratique. Cet exercice de révision du libellé de la mission universitaire apparaît, avec le recul, fondamental dans la perspective d'une appropriation graduelle par tous les membres de l'organisation. Il a permis d'ouvrir le débat, qui s'est soldé par la réaffirmation du choix initial. À lui seul, il est insuffisant, mais il insuffle une direction et permet de broser à grands traits un projet collectif d'envergure.

La principale crainte qui anime alors certains membres du personnel au CLSC à l'égard de l'introduction d'une mission de recherche et d'enseignement est de perdre la vocation communautaire du CLSC au bénéfice d'une mission universitaire. Cette crainte énoncée par quelques membres du personnel nécessite l'adoption d'une perspective graduelle d'intégration de la mission universitaire au sein du CLSC afin de s'assurer d'une mobilisation élargie et de la participation de tous à ce projet d'établissement. De façon à respecter une familiarisation progressive et à tenir compte des craintes exprimées envers un possible « impérialisme » des activités universitaires sur les activités de service, il est convenu que tous les documents d'orientation rappelleront la primauté de la mission de service du CLSC sur la mission complémentaire d'enseignement et de recherche. Ainsi, les Politiques de l'enseignement et de la recherche énoncées en 2001 portent en ouverture la mention suivante : « Le conseil d'administration du CLSC souhaite réitérer la primauté de la mission de service sur les autres missions complémentaires du CLSC. De plus, il désire réaffirmer le fait que la mission de recherche et d'enseignement doit supporter l'excellence dans la dispensation de soins et de services à la population. » Cette stratégie semble avoir porté ses fruits. En effet, en 2003, à la suite d'une consultation auprès de divers groupes représentant les membres du personnel, il est suggéré de modifier cet énoncé qui introduit les politiques, car il est considéré comme traduisant mal l'intégration des deux missions. Déjà, deux ans plus tard, le personnel s'est davantage approprié la mission universitaire et la perçoit comme intégrée

plutôt que « greffée » à la mission de service. Le nouveau libellé d'introduction se lit donc ainsi : « Le conseil d'administration du CLSC de Sherbrooke souhaite réaffirmer le fait que la mission de recherche, de diffusion scientifique et de transfert de connaissances supporte l'excellence dans la dispensation des soins et des services à la population, mission première de l'établissement. De plus, il désire rappeler la complémentarité entre sa mission de service et les missions d'enseignement, de recherche et de transfert de connaissances. » De toute évidence, le CLSC est passé d'une « subalternisation » de la mission universitaire à un développement intégré.

Comme nous venons de le dire, en 2001, après une vaste opération de réflexion et de consultation qui dure plus d'une année, le CLSC adopte trois politiques en recherche, en enseignement et en éthique de la recherche (Archambault, *Politique de la recherche...*, *Politique de développement...*, *Politique en éthique...*, 2003) qui encadrent le développement de sa mission universitaire. Des *focus groups* sont organisés pour examiner, du point de vue des membres du personnel, les éléments positifs et les irritants liés aux activités concernées. Ces constats servent de base à l'élaboration des versions révisées des politiques avec les partenaires de l'Université de Sherbrooke.

Ces trois politiques exposent les principes clés du développement durable et intégré de la mission universitaire du CLSC : une responsabilité institutionnelle, donc collective, une perspective de promotion et de valorisation des activités universitaires, une intégration de ces activités au sein des activités régulières de travail, une reconnaissance des compétences associées à ces activités, la nécessité d'adopter une perspective de questionnement constant (organisation apprenante et gestion du savoir) et celle de lier harmonieusement les activités universitaires aux activités de service. Ces politiques sont utilisées comme des cadres de référence qui précisent les valeurs et les stratégies privilégiées pour le développement d'une culture de recherche et d'enseignement au CLSC.

2. Les structures mises en place au sein de l'établissement

De nouvelles structures sont donc déployées ou mises à contribution pour le développement d'une culture scientifique ou de recherche. De plus, les autres structures existantes sont utilisées comme lieu d'ancrage des activités : les équipes, le comité de direction et les comités de l'établissement (comité de développement des ressources humaines, comité de développement technologique, etc.). Les équipes et les comités sont investis

par des agents de soutien au développement de la mission universitaire de façon à pouvoir, au fil des dossiers, introduire l'apport potentiel des ressources associées à la mission de recherche et d'enseignement.

Deux types de structures nouvelles sont mis en place. La première est composée d'instances consultatives mixtes (CLSC-Université de Sherbrooke) et vise à multiplier les contacts directs entre des membres des deux milieux institutionnels. Les comités permettent des « fréquentations » soutenues pendant plusieurs années³. Les comités mixtes CLSC-Université de Sherbrooke sont, entre 1998 et 2002, des groupes de travail qui se rencontrent environ huit fois par année pour élaborer de grandes orientations. Ils comptent entre huit et douze membres. La formule est toujours la même : y siègent des représentants des quatre principaux départements universitaires affiliés (médecine de famille, sciences infirmières, service social et psychologie), des représentants du personnel du CLSC (quatre ou cinq) et des gestionnaires du CLSC. Toutes les structures mixtes mettent à contribution ces trois catégories d'acteurs qui ont leurs intérêts propres, leur logique d'action particulière et leur logique culturelle.

Ces comités mixtes, au nombre de sept, sont : le comité de coordination de la mission universitaire, le comité de la recherche, le comité d'éthique de la recherche, le comité de l'enseignement universitaire et trois comités de stages disciplinaires. Ce sont plus d'une soixantaine de personnes qui travaillent ensemble à jeter les bases de ce projet collectif. Il est donc juste de dire que, dès lors, une base élargie de soutien à la mission universitaire est créée. En 2003, le rôle de ces comités est revu pour s'ajuster à l'évolution des travaux. Ils deviennent des instances centrées sur l'amélioration de la qualité des activités de recherche et d'enseignement dans une phase de « consolidation » des activités.

La seconde structure mise en place est l'infrastructure de base, qui soutient quotidiennement la mission de recherche et d'enseignement. Elle regroupe une directrice scientifique, professeure chercheuse à l'Université de Sherbrooke, et une directrice administrative de l'enseignement et de la recherche. Toutes deux sont rattachées à la direction générale du CLSC. Ce lien avec la haute direction facilite l'intégration de la mission universitaire dans les grandes orientations de l'établissement. Elles travaillent au sein du SSPER, devenu le CIRE en 2003. Ce centre, à même le CLSC, intègre et

3. Certains auteurs croient que l'utilisation de résultats de recherche sera davantage favorisée par un réseau d'échanges interpersonnels entre chercheurs et praticiens (Yin, 1996 p. 555-580 ; Blackburn, 1996).

conjugue au quotidien des mandats reliés aux grands domaines d'activités énoncés précédemment. Quatre chargés de projet y combinent des mandats dans les quatre domaines. Il s'agit d'une équipe multidisciplinaire qui doit favoriser la synergie entre les quatre sphères d'activités. Cette équipe anime au quotidien les partenariats entre CLSC, milieu de recherche et milieu d'enseignement. L'intérêt de combiner des actions dans les quatre champs d'activités est de conserver dans toute démarche une perspective ouverte quant au moyen le plus approprié de répondre aux besoins : un mandat de soutien aux programmes, un stage de 2^e cycle, une recherche ou une revue de littérature. Cela permet aussi d'avoir une continuité entre les diverses activités. Ainsi, il arrive qu'un besoin fasse l'objet d'une demande de soutien aux programmes, qu'il se poursuive avec un stage et évolue pour devenir une recherche. Cette continuité envoie le message qu'un besoin peut bénéficier d'un soutien, sous diverses formes, à moyen et à long terme. Cela fait contrepoids à la perception du personnel à l'effet que les projets d'envergure sont souvent mis en veilleuse faute de soutien et à celle voulant que tout soit transformé en projets de recherche de longue durée en milieu universitaire. S'ajoutent au personnel régulier plusieurs professionnels et assistants de recherche.

3. Les stratégies novatrices

Dans notre perspective, il est clair que les résultats probants de recherches appliqués en santé et en services sociaux ne sont pas « directement » appliqués pour l'amélioration des services à la population. Ils servent davantage à influencer ceux et celles qui organisent et dispensent les services (Lomas, 2003). Il faut donc trouver des zones d'investissement susceptibles d'améliorer la dispensation et l'organisation des services. De plus, il ne faut pas oublier que l'un des meilleurs prédictors de l'utilisation des résultats de recherche est l'implication précoce et continue des gestionnaires et preneurs de décision dans les processus de recherche (Wingens, 1990, p. 27-42). L'implication dans la détermination de priorités de recherche constitue à cet égard un élément important qui contribue à accroître leur sens de « propriété » et les probabilités qu'ils adoptent et appliquent les résultats de ces recherches (Gibbons, 1994).

Il est donc apparu nécessaire de développer des stratégies qui permettent de faire participer de façon significative des gestionnaires qui sont près de l'organisation de services sur une base quotidienne. Il était impératif pour nous d'exposer, comme suggéré dans une certaine littérature, les décideurs et les chercheurs aux contraintes et aux réalités de leurs mondes et cultures respectifs (Lomas, 2003).

De surcroît, il est aussi apparu nécessaire de développer des stratégies qui permettent d'impliquer de façon significative des cliniciens ou praticiens qui sont près de la dispensation de services sur une base quotidienne. Il était important de les faire participer pour qu'ils soient, eux aussi, exposés aux contraintes et à la culture de recherche, et qu'ils deviennent des membres actifs dans le développement de nouvelles approches « interculturelles » (CLSC-université). Certains auteurs parlent même de la nécessité que les partenaires soient égaux et constamment en communication pour développer une compréhension mutuelle des objectifs, des enjeux et des contraintes de l'autre (Nyden, 1992, p. 43-55).

Certaines stratégies déployées au CLSC de Sherbrooke ciblent plus précisément les gestionnaires alors que d'autres visent plus largement ces deux groupes.

Une stratégie spécifique pour les gestionnaires : les études de faisabilité des recherches

Le CLSC a instauré un système de guichet unique pour recevoir et traiter toute demande de collaboration à des recherches. Le processus pour les recherches externes et celui pour les recherches internes sont un peu différents, mais il existe un outil de soutien similaire à la prise de décision. Pour les *recherches internes*⁴, les gestionnaires concernés par la thématique de recherche sont sollicités dès l'élaboration d'une question de recherche de façon à s'assurer de la pertinence du thème retenu pour le CLSC, de la possibilité d'une contribution du personnel ciblé par le projet et de l'utilisation des résultats de la recherche pour améliorer l'organisation des services et les approches d'intervention. Le CIRE pilote ces échanges entre gestionnaires et chercheurs afin de bien définir la problématique et maximiser son impact à la fois sur l'organisation ou la dispensation de services et sur l'avancement des connaissances. Lorsque le projet est formalisé à l'aide d'un protocole, le CIRE fait une analyse des enjeux liés à ce projet à l'aide d'un outil maison⁵ et il retourne aux gestionnaires concernés cette analyse visant à prendre une décision finale

4. Les recherches internes sont des recherches développées par des chercheurs réguliers du CLSC, des membres du personnel et des gestionnaires, et dont le thème ou l'objet est issu de préoccupations liées à l'organisation et à la dispensation des services ou aux axes de recherche définis dans la programmation de recherche de l'établissement.

5. Cet outil est intitulé *Évaluation interne des projets de recherche soumis pour obtenir la participation du CLSC*, et il a été élaboré par J. Archambault et l'équipe du CIRE du CLSC de Sherbrooke (2002, révisé en 2003).

sur la nature et l'ampleur de la contribution du CLSC. Le CIRE anime les questionnements des gestionnaires au cours de cette opération.

Dans le cas de recherches externes⁶, le CIRE procède à l'analyse du dossier sur la base du protocole de recherche et de toute autre information permettant de mieux définir la contribution attendue du CLSC. Les gestionnaires concernés reçoivent l'analyse des enjeux et prennent une décision.

Cette façon de procéder a permis, selon notre expérience, de favoriser une meilleure appropriation par les gestionnaires des devis et des méthodologies de recherche, une amélioration de leur capacité à faire des liens entre la recherche et les enjeux liés à l'organisation ou à la gestion des services, et une prise de décision basée sur une analyse plus fine des contributions demandées et de leur degré de réalisme. En résumé, cette stratégie d'analyse des protocoles de recherche a placé les gestionnaires dans un rôle décisionnel actif en matière de recherche, ce qui favorise l'établissement de véritables dialogues et négociations avec les chercheurs dans une perspective où la recherche est l'affaire de tous. Chacun y apporte ses propres expertises. Le chercheur préserve la nécessaire distance critique et s'assure de la réalisation de projets qui respectent les règles scientifiques. Les gestionnaires, de leur côté, sont les spécialistes des dynamiques organisationnelles et des enjeux de prestation de services, et ils sont les mieux placés pour anticiper l'impact potentiel d'une recherche sur l'organisation et la dispensation des services. Finalement, la participation des gestionnaires à l'analyse des recherches maximise les probabilités d'une utilisation subséquente des résultats de recherche.

Une stratégie pour les praticiens et les gestionnaires : le Fonds de soutien au développement de la recherche

Le CLSC de Sherbrooke a mis sur pied en 2000 le Fonds de soutien au développement de la recherche⁷. Les objectifs de ce fonds sont les suivants : « 1) Développer davantage la recherche initiée par des

6. Les recherches externes sont des recherches élaborées sans la participation active des membres du personnel et des gestionnaires du CLSC. Des chercheurs travaillant dans d'autres milieux sollicitent une participation plus ou moins importante de l'établissement pour un projet de recherche précis. Le nombre de telles demandes est à la hausse et implique une gestion constante de l'équilibre entre recherches internes et recherches externes.

7. Les objectifs de ce fonds sont consignés dans un document intitulé *Fonds de soutien au développement de la recherche*, rédigé par J. Archambault en collaboration avec le comité de la recherche du CLSC (2002).

membres du personnel, des gestionnaires et des professionnels œuvrant au CLSC, donc issue des besoins de la population, de l'intervention et de la gestion ; 2) permettre aux membres du personnel, aux gestionnaires et aux professionnels de faire l'apprentissage de la recherche dans l'action. » Une diversité de demandes de soutien a été présentée au Fonds par plusieurs équipes et groupes professionnels du CLSC. Ces demandes provenaient surtout de praticiens à la recherche de collaborateurs universitaires pour réaliser une étude. Le CIRE avait alors comme mandat de tenter de jumeler l'équipe de praticiens avec un ou des chercheurs intéressés par la problématique de dispensation de soins décrite par les praticiens : application de scellants dentaires, utilisation de barres d'appui au bain chez les personnes âgées, validation d'une approche systémique familiale auprès de familles à risque, évaluation de divers modèles de soutien au fonctionnement des équipes interdisciplinaires actives en soins palliatifs, et ainsi de suite.

Cette façon de procéder a permis, selon notre expérience, de favoriser une meilleure appropriation par les praticiens des devis et des méthodologies de recherche, de remettre en question des convictions de départ, d'intégrer la recherche dans le fonctionnement des équipes et de favoriser des synergies entre praticiens et chercheurs autour de préoccupations liées à la dispensation de services. Traditionnellement, la plupart des recherches sont déclenchées par des chercheurs qui sollicitent des praticiens comme partenaires. Avec la création de ce fonds, nous avons voulu ajouter un mouvement. En effet, nous avons tenté de favoriser des coopérations en recherche suggérées par des praticiens du CLSC afin de rendre davantage actives les deux parties – praticiens et chercheurs – dans la génération d'idées de recherche, de façon à s'assurer que tous développent un sentiment de « propriété » de la recherche.

Des stratégies destinées à tous les acteurs du CLSC

Le CLSC a créé en 2000 un volet de soutien aux programmes au sein de la direction soutenant les missions d'enseignement et de recherche. Ce volet de la mission du CIRE a pour objectif de favoriser l'utilisation de résultats probants et de méthodes scientifiques dans des démarches internes d'organisation et d'amélioration de l'efficacité des services pilotées par des gestionnaires, ainsi que dans des démarches de bonification et de révision des activités cliniques et des approches d'intervention. Il a pour point de départ des préoccupations de gestionnaires et de praticiens. Dans ces mandats, le personnel du CIRE agit ici comme « courtier de connaissances » et comme « conseiller méthodologique ». Les demandes

reçues portent sur une variété de préoccupations de gestion (ex. : efficacité de relances systématiques de clients pour leurs rendez-vous médicaux, efficacité de diverses méthodes de *coaching* d'équipes, état des connaissances sur les méthodes d'appréciation du rendement du personnel, analyse de modalités d'encadrement professionnel appliquées au CLSC, etc.) et d'intervention (stratégies de présentation d'information aux nouvelles mamans, révision du contenu des rencontres prénatales pour mieux les adapter aux besoins des familles défavorisées, recherche d'activités de prévention efficaces auprès des personnes âgées, etc.).

Ce volet permet de consolider, au sein de l'organisation, la conviction que les missions de recherche et d'enseignement appuient concrètement l'amélioration de l'organisation et de la dispensation des services au quotidien. De plus, il favorise le développement de « réflexes » d'utilisation des connaissances scientifiques à l'intérieur des activités quotidiennes et régulières de l'établissement.

Dans un autre ordre d'idées, les centres affiliés universitaires (CAU) doivent repérer des pratiques de pointe, c'est-à-dire des pratiques, approches ou services qui auraient une efficacité et une pertinence reconnues, qui seraient novateurs au Québec, qui s'appuieraient sur des données probantes et qui impliqueraient des instruments rigoureux et valides⁸. Ces pratiques de pointe sont rapidement apparues au CLSC de Sherbrooke comme des lieux de synergie pour la recherche, l'enseignement, la formation, le transfert de connaissances et l'évaluation continue. Un exercice a donc été entrepris en 2001 pour repérer six pratiques de pointe⁹. Une fois ces pratiques repérées, elles deviennent pour les gestionnaires, les praticiens, le CIRE et les chercheurs, des lieux privilégiés d'investissement à long terme, ce qui assure une cohérence entre les investissements des divers acteurs. Il est difficile de dire si les résultats escomptés seront atteints, mais déjà on remarque que les pratiques de pointe apparaissent dans les plans d'action des directions du CLSC. De plus, le CIRE développe des stratégies de soutien au développement de ces pratiques de pointe, et les chercheurs ont de nouveaux points de repère quant aux investissements vus comme prioritaires par l'établissement. Par exemple, la reconnaissance d'une pratique de pointe en « développement des communautés » a permis d'intéresser des chercheurs

8. La notion de *pratique de pointe* est exposée dans l'*Avis déposé au MSSS par le CQRS et le MRST sur les besoins de soutien financier des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires* (autres que des centres hospitaliers) (janvier 2001).

9. Ces pratiques sont définies dans le document intitulé *Exercice d'identification des pratiques et services de pointe au CLSC de La Région-Sherbrookoise* (janvier 2003).

qui ont déposé, en collaboration avec des intervenants, un premier projet de recherche.

Rendre le savoir scientifique accessible au quotidien est une entreprise complexe à laquelle a décidé de se livrer le CLSC, et qui exige le recours à une pluralité de stratégies combinées. Le CLSC de Sherbrooke a mis en place : 1) une modalité de vigie documentaire ; 2) des publications écrites courtes et adaptées faisant le point sur l'état des connaissances ; 3) des activités orales et d'échanges autour de résultats de recherche et de bilan de connaissances ; 4) des modalités interactives de discussion afin de favoriser l'intégration dans les pratiques des résultats pertinents de recherche.

La *modalité de vigie documentaire* retenue est un bulletin de quatre à six pages produit dix fois par année où l'on expose les nouvelles publications scientifiques pertinentes en tentant d'inviter le personnel et les gestionnaires à les lire. On y annonce aussi les conférences et les colloques scientifiques qui s'inscrivent dans le champ de compétence du CLSC de même que les sites Web pertinents. Ce bulletin, *Les Échos du CIRE*, est distribué systématiquement à tous les membres du personnel et aux partenaires universitaires.

Les *publications écrites courtes et adaptées faisant le point sur l'état des connaissances* sont en fait des feuillets de quatre pages. Une série de feuillets vise surtout les intervenants (*Science-Action*) et l'autre, les gestionnaires (*Science-Gestion*). Leur objectif est « de favoriser l'accès des intervenants et des gestionnaires à des connaissances scientifiques actuelles sur un thème, une approche ou une problématique pertinente pour les soins et services de première ligne en produisant des écrits courts, ciblant des questions prioritaires dans un langage simple et dans un format visuel attrayant. Cet accès vise à supporter le questionnement et la mise à jour des intervenants et des gestionnaires actifs en première ligne et l'intégration dans leur pratique des résultats de recherches scientifiques récentes »¹⁰.

Les *activités orales et d'échanges autour de résultats de recherche et de bilan de connaissances* prennent la forme de conférences-midi ou de « pauses scientifiques ». Leur objectif est de « favoriser la diffusion d'information de nature scientifique pertinente pour le développement

10. Ces objectifs sont décrits dans un document inédit intitulé *Orientations du CLSC de La Région-Sherbrookoise en matière de transfert de connaissances scientifiques dans les pratiques d'intervention et de gestion* (Archambault, août 2002).

des soins et services de première ligne, favoriser l'articulation théorie-pratique autour de ces problématiques, provoquer des échanges entre divers groupes professionnels (activité multidisciplinaire), des établissements de la région et les milieux d'enseignement et de recherche ».

Les *modalités interactives de discussion afin d'intégrer à ses pratiques des résultats pertinents de recherche* prennent la forme d'une activité « échange-direction-transfert » pour les gestionnaires et d'un comité *ad hoc* de transfert pour les intervenants. Il s'agit d'activités de discussion autour d'un état de la littérature sur une thématique donnée ou de résultats d'une recherche de grand intérêt pour les services de première ligne.

Dans la seconde partie de ce texte, nous abordons la question des stratégies visant à favoriser l'utilisation des résultats probants qui sont déployées au sein même de projets de recherche particuliers.

Les stratégies mises en œuvre dans des recherches

1. Les mécanismes de concertation dans le cadre de recherches particulières

Nous avons mis en lumière le fait qu'à l'intérieur du CLSC de Sherbrooke (CAU), des efforts sont déployés au quotidien pour créer des occasions de dialogue entre personnes impliquées dans le développement d'une culture de recherche et favoriser le croisement des savoirs. Concernant les activités de recherche proprement dites, plusieurs mécanismes facilitent la concertation entre les chercheurs, les intervenants ou les praticiens de diverses disciplines et les gestionnaires qui ont la responsabilité ou qui partagent la responsabilité administrative des diverses directions des secteurs d'intervention du CLSC. En ce qui concerne le développement de projets de recherche internes, des stratégies d'actions concrètes permettent de resserrer les liens et de stimuler la formulation d'objectifs communs. Ces stratégies sont, par exemple, la mise en place de comités de liaison interne et externe qui servent de lieux de discussion entre les différents acteurs intéressés par un projet d'étude, une étude en cours ou par l'élaboration d'activités de transfert de connaissances à partir de résultats de recherches réalisées principalement, mais pas exclusivement, en CLSC.

Ainsi, dans chacune des recherches internes du CLSC, un comité dit de pilotage est formé, autant que possible, dès les premiers balbutiements sur la thématique de l'étude. Il constitue une sorte d'équipe de recherche élargie et peut ainsi compter sur les expertises pratiques ou

de contenu de certains intervenants et de quelques gestionnaires. Les membres de ce comité contribuent à toutes les étapes de la recherche, y compris la démarche liée à la diffusion des résultats et au transfert de connaissances. Le comité exerce une fonction de liaison importante dans le milieu et aide à l'approfondissement de diverses étapes de la recherche, à des moments plus intenses — par exemple, au moment de la préparation d'instruments de collecte des données, au cours des discussions sur les dimensions éthiques d'un projet, au moment de l'examen de l'impact d'un projet ou d'une étude en cours sur certaines activités de l'établissement de même qu'à l'occasion de la transmission d'informations susceptibles de faire un lien entre la recherche et les personnes qui, tout en étant interpellées par le contenu, ne sont pas membres du comité. Le comité s'intéresse également au rayonnement externe que peut amener un projet issu du CLSC.

Dans le cas de plusieurs recherches s'ajoute un comité dit consultatif, qui comprend des partenaires (régie régionale, associations professionnelles, associations de bénéficiaires, chercheurs invités et autres). Les membres de ce comité ont un regard externe sur les contenus et les activités de recherche d'un projet particulier. Ils deviennent des ressources critiques qui ont une vision plus large permettant d'inscrire la recherche dans des contextes sociaux et scientifiques plus étendus, favorisant ainsi des discussions sur des moyens à développer afin de s'assurer de tenir compte de divers points de vue dans le transfert de connaissances.

Un comité dit de gestion, réunissant également des chercheurs, des intervenants et des gestionnaires, s'assure de la bonne marche d'un projet de recherche en cours. Ce comité, qu'on dit le noyau de l'équipe de recherche, a la responsabilité de prendre les décisions nécessaires à l'avancement du projet sur une base quotidienne, de préparer les suivis à effectuer auprès des autres instances en cause et de s'occuper de mener la recherche selon le protocole établi tout en tenant compte des nuances apportées par les membres des autres comités. Étant donné les responsabilités d'usage qui incombent au chercheur principal, ce dernier ou, le cas échéant, une personne déléguée, siège au sein des divers comités.

La perspective qui nous occupe est d'exercer une vigie serrée afin de ne pas perdre de vue la concertation au profit du tumulte associé aux tâches quotidiennes qui peuvent être envahissantes autant pour les intervenants, les gestionnaires que pour les chercheurs.

Dans cet ordre d'idées, il est fort important de varier certains acteurs et les niveaux d'engagement des personnes qui sont actives dans les comités décrits. À titre d'exemple, un comité *ad hoc* formé d'un échantillon des acteurs des autres comités est créé à la fin de chaque projet. En quelque sorte, les membres de ce comité *ad hoc* prennent la relève et leur rôle vise principalement la planification des activités dans une démarche de transfert de connaissances ou dans un processus qui mènera à l'utilisation des résultats obtenus dans le cadre d'une étude.

2. L'utilisation des résultats probants : le processus de transfert de connaissances à partir de quelques études

Comme nous le savons, tous les résultats de recherche peuvent être transmis et diffusés. Par ailleurs, le transfert de connaissances peut s'opérer de différentes façons selon les milieux, le type de recherche, les problématiques étudiées, les résultats obtenus et les personnes à qui s'adressent les activités de diffusion et de transfert de connaissances.

Nous soumettons au lecteur dans cette partie deux exemples d'études réalisées sur le thème de « l'empowerment ». Il est à noter que les résultats mêmes des études auxquelles on se réfère dans cet article ne font pas l'objet d'une présentation. Notre propos est de décrire le processus continu de diffusion et de transfert de connaissances dans la perspective du suivi des recherches et de leur utilité pour la pratique.

Une première étude (St-Cyr, 2001) traitant des interventions infirmières en lien avec le développement de la compétence parentale dans le cadre de la visite postnatale a permis de relever des façons de faire des infirmières illustrant concrètement que l'écoute, le soutien, la place laissée aux parents s'harmonisaient largement avec la conceptualisation de « l'empowerment » décrite dans la littérature. En outre, ces façons de faire correspondaient avec une approche réflexive de l'intervention infirmière auprès de jeunes parents. Les infirmières qui participaient à cette étude ont accepté d'écouter la bande sonore de leur propre entrevue réalisée au domicile des parents afin de réfléchir sur leur pratique. Déjà avec cet exercice, elles disaient réaliser des apprentissages intéressants et ce, simplement parce que le suivi de la recherche leur permettait de revoir certains éléments qui ressortaient des entrevues avec des parents. Cela leur permettait aussi de donner leurs impressions, de commenter leurs interventions, d'exprimer ce qu'elles avaient en tête lorsqu'elles insistaient sur un point en particulier

et d'être capables de retenir des aspects dont elles pourraient se servir auprès d'autres familles.

Dans le suivi de la même recherche, une autre activité de transfert de connaissances réalisée dans le cadre d'un atelier de discussion des résultats a permis aux participants de souligner que le thème de l'étude et les indicateurs « d'empowerment » pouvaient se transférer à des actions d'autres professionnels qui interviennent en première ligne dans le domaine psychosocial. Cette affirmation a été une sorte de déclencheur à la mise sur pied d'une équipe de recherche (intervenants, chercheurs, gestionnaires) du domaine des sciences infirmières et sociales. L'objectif était de profiter de ce *momentum* pour élaborer un projet de recherche qui vise à documenter les indicateurs d'interventions infirmières et psychosociales dites « d'empowerment » selon le point de vue des intervenants et celui des parents impliqués dans un suivi en CLSC (St-Cyr, 2001).

Une bonne partie des activités de dissémination des résultats de cette deuxième étude ont été réalisées sous forme de laboratoires ou d'ateliers de réflexion-discussion et de formation auprès de grands et de petits groupes multidisciplinaires ou disciplinaires (praticiens, chercheurs, intervenants). On cherchait ainsi à recueillir l'expérience des personnes préoccupées par l'intervention « d'empowerment », et ce, peu importe la clientèle desservie par ces personnes.

Les activités de diffusion et de transfert de connaissances décrites plus haut sont devenues des éléments clés et, dans le cas du CLSC de Sherbrooke, elles ont stimulé les intervenants à vouloir en savoir davantage sur les résultats des deux recherches et sur les indicateurs de l'intervention « d'empowerment ». Une demande a été formulée afin que des activités de transfert aient lieu sur le terrain et qu'elles se poursuivent selon une approche longitudinale intégrant des discussions de cas complexes issus de la pratique dans les services courants et le GMF des Grandes Fourches du CLSC de Sherbrooke. C'est ainsi qu'est né un microprogramme d'utilisation des résultats probants des deux recherches traitant de l'intervention « d'empowerment ». Actuellement, la formation est offerte aux infirmières. Toutefois, dans un avenir rapproché, elle rejoindra d'autres groupes disciplinaires et multidisciplinaires. Nous donnons ci-dessous un aperçu du modèle empirique construit avec les gens du terrain et que nous utilisons comme cadre pour réaliser les activités liées à l'intervention « d'empowerment » auprès des groupes mentionnés.

Exemple du processus suivi pour élaborer et réaliser une série d'activités d'utilisation des résultats probants en collaboration avec les infirmières des services courants et du GMF du CLSC de Sherbrooke

Ayant à l'esprit l'importance d'ouvrir la formation au plus grand nombre possible de personnes tout en tenant compte du fait que les services à la population devaient être rendus sans interruption, la mise sur pied d'une démarche menant à l'élaboration et à la réalisation de la formation a été traitée selon un processus de consultation circulaire (discussion et rétroaction). Une entente a été conclue avec les gestionnaires des secteurs touchés par la formation ; des discussions ont eu lieu au comité de direction du CLSC concernant les fonds à allouer à l'ensemble des activités, et les chercheuses responsables de la formation ont organisé des rencontres pour connaître les besoins spécifiques des personnels. Finalement, différents instruments ont été élaborés : grille des besoins, fiche d'auto-évaluation sur les connaissances, guides et questionnaires servant à divers exercices, production de matériel pédagogique pour les participants.

La démarche préparatoire a contribué à la mise en œuvre d'une formation déployée dans le cadre d'un processus comprenant plusieurs grands volets : 1) le recueil des besoins de formation sur l'intervention « d'empowerment » des infirmières et des infirmiers participants ; 2) la passation d'un questionnaire d'autoévaluation des connaissances des participants avant et après la première phase de la formation ; 3) la réalisation de la première phase de formation théorique (selon un mode interactif) combinée à des ateliers de discussion à partir de cas réels tirés de la pratique des participants et de cas construits à l'aide des résultats de la recherche sur l'intervention « d'empowerment » ; 4) la remise de directives aux participants afin qu'ils puissent observer plus précisément les indicateurs « d'empowerment » dans leur pratique, documenter les essais de nouvelles façons d'intervenir auprès de leurs clients et recueillir des données sur des situations cliniques à discuter dans le cadre d'une prochaine rencontre ; 5) la réalisation de la deuxième phase de formation théorique selon les méthodes pédagogiques décrites au point 3. Les participants ont également rempli une fiche d'autoévaluation avant et après la formation. Un retour systématique sur les activités de transfert réalisées sur le terrain, à partir des directives présentées au point 4, a été fait, de même qu'une autoévaluation des apprentissages et l'évaluation de la formation ; 6) l'expérimentation et la consolidation des acquis des intervenants s'échelonnent sur une période de plusieurs mois ; 7) une rencontre des membres des deux groupes permettra de discuter

de l'application terrain de l'intervention « d'empowerment », dont le but est de repérer des indices sur le maintien des acquis et sur l'utilisation des connaissances relatives à l'intervention « d'empowerment » dans la pratique quotidienne ; 8) une réunion de concertation avec les intervenants permettra de construire un cadre pour assurer le suivi périodique et documenter les résultats de l'exercice dans une perspective longitudinale. Au moment de rédiger cet article, nous préparons les étapes 7 et 8 des activités de transfert. Ultérieurement, le processus complet sera remis à l'épreuve auprès d'intervenants d'autres disciplines.

Conclusion

En guise de conclusion, nous optons pour une synthèse des points saillants dont nous avons discuté. Comme nous l'avons mentionné à maintes reprises tout au long de cet article, l'utilisation des résultats de la recherche dans les pratiques professionnelles exige le développement d'une culture de recherche qui doit être supportée par une structure organisationnelle. De plus, la présence de stratégies motivationnelles dans le milieu est essentielle à la réussite de l'entreprise. Plusieurs défis majeurs se présentent. À notre avis, il faut trouver des moyens concrets de connaître le degré d'appropriation des résultats de recherche par les divers acteurs qui interviennent en CLSC. Nous devons également être au clair sur le degré réel de transfert de connaissances dans les pratiques et, pour y arriver, il faut mettre sur pied des recherches évaluatives exhaustives qui tiennent compte de l'opinion des clientèles. Des recherches descriptives sur le transfert de connaissances permettront aussi de dresser divers profils d'activités. Un projet d'étude qui sera réalisé par quatre CLSC-CAU du Québec permettra d'analyser différentes stratégies de transfert de connaissances et d'examiner, entre autres, les conditions dans lesquelles le processus permet de faire émerger diverses activités et de décrire les processus d'évaluation. Un autre défi est celui de maintenir à jour les activités de soutien au développement de la culture de la recherche, et ce, malgré l'essoufflement que nous connaissons tous dans les milieux de pratique et de recherche. Nos observations empiriques à cet égard sont plutôt encourageantes. Elles nous indiquent que la motivation de l'organisation, toutes fonctions confondues, est toujours présente et que le développement des connaissances est encore un sujet d'actualité au CLSC de Sherbrooke.

Il nous semble que trois éléments expliquent une partie du succès de l'entreprise. Il s'agit, à notre avis, du travail effectué sur les structures et les politiques de l'établissement, le travail pour créer une synergie et faciliter la concertation concrète dans le cadre de projets de

recherches qui touchent directement les préoccupations des acteurs (intervenants, gestionnaires, chercheurs), et enfin, l'utilisation combinée d'une multitude de modalités et d'activités pour favoriser le transfert de connaissances.

Références bibliographiques

- Archambault, J. (août 2002). *Orientations du CLSC de La Région-Sherbrookoise en matière de transfert de connaissances scientifiques dans les pratiques d'intervention et de gestion.*
- Archambault, J. et l'équipe du CIRE du CLSC de Sherbrooke (2002, révisé en 2003). *Évaluation interne des projets de recherche soumis pour obtenir la participation du CLSC.*
- Archambault, J., en coll. avec I. Arseneault (2001, révisée en 2003). *Politique de développement et de promotion de l'enseignement, Sherbrooke, CLSC de Sherbrooke.*
- Archambault, J., en coll. avec P. Morin et D. St-Cyr Tribble (2001, révisée 2003). *Politique de la recherche, de la diffusion scientifique et du transfert de connaissances, Sherbrooke, CLSC de Sherbrooke.*
- Archambault, J., G. A. Legault, M. Couillard, D. Paul et S. Dubuc (2000, révisée en 2003). *Politique en éthique de la recherche des établissements multivocationnels de l'Estrie dispensant des services dans le milieu et du CLSC de Sherbrooke, Sherbrooke, CLSC de Sherbrooke.*
- Archambault, J., en coll. avec le comité de la recherche du CLSC (2002). *Fonds de soutien au développement de la recherche.*
- Avis déposé au MSSS par le CQRS et le MRST sur les besoins de soutien financier des instituts universitaires et des centres affiliés universitaires (janvier 2001).
- Blackburn et A. Demers (1996). *Le transfert de connaissances : quelques pistes de réflexion à partir de l'état des connaissances, GRASP et MSSS.*
- CLSC de La Région-Sherbrookoise (janvier 2003). *Exercice d'identification des pratiques et services de pointe au CLSC de La Région-Sherbrookoise.*
- CLSC de La Région-Sherbrookoise (2000). *Le service de soutien aux programmes, à l'enseignement et à la recherche au sein du CLSC de La Région-Sherbrookoise, adopté par le conseil d'administration en octobre 2000.*
- Gibbons, M., C. Limoges, S. Howotny, S. Schwartzman, P. Scott et M. Trow (1994). *The New Production of Knowledge*, London, Sage.
- Lomas, J., N. Fulop, D. Gagnon et P. Allen (2003). « On Being a Good Listener : Setting Priorities for Applied Health Services Research », dans *The Milbank Quarterly*, vol. 81, n° 3.

- Ministre de la Santé et des Services sociaux (1999). *Désignation de CLSC au titre de centre affilié universitaire, Appel de candidatures*.
- Nyden, P., et W. Wiewel (1992). « Collaborative research : Harnessing the tensions between researcher and practitioner », *The American Sociologist*, hiver 1992, p. 43-55.
- St-Cyr Tribble, D., F. Gallagher, D. Paul et J. Archambault (2001). *Les pratiques d'empowerment en première ligne : compréhension et évaluation de l'efficacité des interventions infirmières et psychosociales conduites auprès de parents*, rapport de recherche déposé au CQRS et au CRSH.
- Wingens, M. (1990). « Toward a General Utilization Theory : A Systems Theory Reformulation of the Two-Communities Metaphore », dans *Knowledge : Creation, Diffusion, Utilization*, n° 12, p. 27-42.
- Yin, R.K. et M.K. Gwaltrey (1981). « Knowledge utilization as a networking process », dans *Knowledge : Creation, Diffusion, Utilisation*, n° 2, p. 555-580.



SE TENIR À JOUR EN CLINIQUE. L'EXPLOITATION SYSTÉMATISÉE DES BASES DE DONNÉES COMME OUTIL DE RESSOURCEMENT

Michel Labrecque

Michel Cauchon

Pierre Frémont

France Légaré

Introduction

Prodiguer des soins de santé tout en restant à la fine pointe des connaissances scientifiques est un défi grandissant pour la clinicienne et le clinicien. La recherche en santé progresse rapidement et le volume d'information en circulation n'a jamais été aussi grand qu'aujourd'hui. Il se passe rarement une semaine sans que les médias ne fassent état de percées scientifiques prometteuses concernant différentes maladies. On estime qu'environ 15 000 articles sont publiés annuellement dans les journaux médicaux de première ligne. Chaque année aussi, des dizaines de nouveaux médicaments sont mis sur le marché au Canada. Et pour couronner le tout, Internet révolutionne l'accès et l'échange d'information. En quelques instants, nous (et nos patients et patientes !) pouvons consulter un guide de pratique, faire une recherche dans MEDLINE ou visiter des milliers de sites consacrés à la santé. Dès 1999, on estimait à 1 000 000 le nombre de sites médicaux accessibles dans Internet. Les cliniciens et les cliniciennes doivent apprendre à faire bon usage de cette surabondance d'information. Tous doivent pouvoir retrouver rapidement l'information, distinguer les sources les plus valides et évaluer de façon critique les données pertinentes à leur pratique clinique. Cela implique, d'une part, l'habileté de trouver l'information requise et, d'autre part, celle de l'évaluer de façon critique.

Depuis 1997, le Département de médecine familiale de l'Université Laval développe des outils virtuels afin de favoriser l'acquisition de ces habiletés par les médecins en formation ou déjà en pratique. L'objectif du présent article est double. D'abord, il vise à partager l'expérience de notre département universitaire dans l'enseignement et dans la promotion de la médecine fondée sur des données probantes, appelée aussi

médecine factuelle ou *evidence-based medicine*. Ensuite, il veut souligner que nous désirons établir des ponts entre deux disciplines en santé, soit la médecine et les soins infirmiers, afin de développer conjointement des outils intégrés favorisant une pratique professionnelle fondée sur les preuves scientifiques.

La pratique de la médecine fondée sur les données probantes

Notre démarche s'est appuyée sur la philosophie de la médecine fondée sur les preuves scientifiques (*evidence-based medicine*) développée par Sackett et ses collaborateurs (Sackett *et al.*, 2000), qui la définissent comme « l'intégration des meilleures preuves scientifiques à l'expertise clinique et aux valeurs du patient ou de la patiente ». Les meilleures preuves scientifiques proviennent de recherches cliniques portant principalement sur l'efficacité et l'innocuité des interventions préventives et thérapeutiques en santé, sur la validité des tests diagnostiques ainsi que sur l'évaluation des facteurs de risque et du pronostic de maladie. L'expertise clinique désigne l'utilisation de nos habiletés cliniques et de notre expérience passée afin de déterminer rapidement l'état de santé et le contexte de soins, uniques pour chaque patient. Enfin, les valeurs du patient ou de la patiente représentent ses croyances, ses préférences, ses préoccupations et ses attentes, qui doivent être prises en considération dans les décisions cliniques. L'intégration de ces trois dimensions est essentielle pour établir une alliance entre le clinicien ou la clinicienne et le patient ou la patiente en vue d'une réelle prise de décision partagée.

Le processus classique de recherche des meilleures preuves scientifiques suit les étapes suivantes :

1. formulation d'une question clinique à partir des besoins d'information relevés ;
2. recherche des meilleures données scientifiques pour répondre à cette question ;
3. évaluation critique de ces données (validité, importance des résultats et applicabilité).

Ce processus peut se révéler ardu pour la plupart des cliniciens même si les données scientifiques pour appuyer la pratique sont de plus en plus disponibles et accessibles grâce à Internet. Leur horaire est habituellement surchargé, et leurs connaissances pour évaluer la validité des données sont souvent limitées. Leur défi est de trouver de l'information vraiment utile pour la pratique. Cette quête d'information doit répondre

à l'équation suivante :

$$(Pertinence \times Validité) / (Temps)$$

En résumé, l'information ne sera utile en clinique que si elle est pertinente et valide et que si elle est trouvée rapidement, idéalement au moment même de la consultation avec le patient ou la patiente. Il est donc clair que, pour la pratique clinique, la clinicienne et le clinicien doivent favoriser l'utilisation de sources d'information qui ont déjà fait l'objet d'une analyse ou d'une synthèse critique pour en évaluer la pertinence et, surtout, la validité. Plusieurs outils que nous avons développés et qui sont présentés à la section subséquente vont dans ce sens.

Il est néanmoins essentiel pour qui veut « pratiquer la médecine preuves à l'appui » d'en connaître les bases. La connaissance des principes de lecture critique fait partie des compétences que les médecins en formation doivent acquérir pendant leur programme de résidence en médecine familiale. À la fin du programme, le résident ou la résidente doit être en mesure d'(de) :

1. utiliser efficacement les ressources d'information clinique ;
2. évaluer de façon critique la validité de l'information scientifique ;
3. développer une stratégie de gestion de l'information afin de maintenir sa compétence ;
4. intégrer avec discernement les nouvelles données scientifiques aux soins des patients et patientes (Département de médecine familiale de l'Université Laval, 2003).

Certains outils répondent également à ce besoin.

Les outils pour l'apprentissage et la pratique de la médecine preuves à l'appui

Le Département de médecine familiale de l'Université Laval a créé depuis quelques années une plateforme Internet novatrice et unique au sein de la francophonie en matière de transfert des connaissances et de la pratique clinique en santé fondée sur les données probantes. Quatre outils distincts, mais complémentaires sont actuellement offerts.

1) *Modules d'autoapprentissage de la médecine fondée sur les preuves scientifiques* (<http://www.fmed.ulaval.ca./medfami>) est une série de modules interactifs destinés aux cliniciens et cliniciennes en formation et en pratique. Ils servent à faire l'apprentissage des stratégies afin de trouver rapidement l'information pertinente et valide pour répondre à ses questions

cliniques grâce à Internet ainsi qu'à acquérir des habiletés d'analyse critique de l'information présentée dans les articles scientifiques (article de recherche ou de synthèse, guide de pratique). Ils ont été développés d'abord pour la médecine familiale et la médecine interne. Nous bénéficions actuellement d'une subvention dans le cadre du projet *Campus virtuel en santé*, subventionné par Valorisation Recherche Québec (VRQ), pour adapter les modules à la pratique en soins infirmiers, à la réadaptation, à la santé de la reproduction, à la chirurgie et à la pédiatrie. Des discussions sont en cours avec la Fondation Lucie et André Chagnon pour développer une version touchant les médecines alternatives et complémentaires.

2) *Critique et Pratique* (<http://www.fmed.ulaval.ca./mfa-cetp>) regroupe plus de 500 résumés critiques d'articles de recherches originales qui ont fait l'objet de publication dans *L'Actualité médicale*. La pertinence et la validité des articles, sélectionnés pour leur impact potentiel sur la pratique et présentés de façon standardisée, sont critiquées. Les grilles d'analyse sont disponibles sur le site Internet. Les sondages réalisés par Rodgers Média, qui publie *L'Actualité médicale*, montre que *Critique et Pratique* est la chronique la plus lue par les 16 000 médecins qui reçoivent ce journal chaque semaine (Labrecque *et al.*, 1999).

3) *Pratique professionnelle fondée sur les preuves scientifiques* (<http://www.fmed.ulaval.ca./medecine>). Ce site bilingue offre un répertoire critique des sites Internet qui affirment offrir de l'information clinique fondée sur des données probantes. Les sites sélectionnés offrent des revues systématiques, des résumés critiques d'articles originaux, des guides de pratique ou des portails EBM commentés. Chaque site est évalué suivant une méthodologie rigoureuse apparentée à celle utilisée pour réaliser une revue systématique (Cauchon *et al.*, 2002 ; Staples, 2003). Le site a récemment retenu l'attention des médias¹. De plus, nous venons de conclure une entente de partenariat avec le Collège des médecins de famille du Canada afin que le contenu de notre site, en constante amélioration, soit offert de façon privilégiée à l'ensemble des médecins de famille de la planète grâce au site Global Family Doctor (GFD) (<http://www.globalfamilydoctor.com>), le site de la WONCA, l'Association mondiale des médecins de famille. Nos « EBHC sites of the month » sont actuellement diffusés sur le réseau des Daily GFD Alerts associés à GFD, qui reçoit plus de 4 millions de visites chaque année.

1. Communication personnelle avec M. Legault, rédacteur en chef.

4) *Ressources pour le clinicien et la clinicienne* (<http://www.fmed.ulaval.ca/mfa/>). Cette section est un véritable portail des meilleurs sites d'information pour le clinicien. Il est régulièrement mis à jour. Les sites sont classés par thèmes (info-médicaments, guides de pratique, Medline et revues systématiques, journaux médicaux, résumés critiques, portails, moteurs de recherche) et par champs d'intérêt (formation continue, organismes, ordinateur de poche, ressources pour les patients). Des démarches sont en cours avec le ministère de la Santé et des Services sociaux pour parapher une entente afin que ce portail soit offert comme ressource d'accès à Internet à l'ensemble des groupes de médecine familiale au Québec.

Perspectives d'avenir

Les outils développés par le Département de médecine familiale de l'Université Laval sont en constante évolution. Déjà nous avons adopté le vocable « Pratique professionnelle fondée sur les preuves scientifiques » afin d'évoluer en partenariat et en réelle interdisciplinarité avec les autres disciplines en santé. Les démarches entreprises pour adapter les modules d'autoapprentissage à d'autres disciplines, l'ajout de sites d'intérêt proposant de l'information en santé autre que médicale et les démarches entreprises pour travailler de concert avec le Bureau des transferts des connaissances mis de l'avant par la Faculté en soins infirmiers de l'Université Laval, sont des exemples probants de ce désir d'étendre la portée des outils développés.

La recherche sur la pratique clinique en santé preuves à l'appui demeure encore peu développée. Parallèlement aux changements mis de l'avant pour améliorer les produits créés et les rendre plus polyvalents, nous commençons un programme de recherche sur les processus d'intégration et l'impact des outils d'apprentissage et de promotion de la pratique clinique fondée sur les données probantes. Une vision élargie et multidisciplinaire devrait permettre la mise en œuvre de projets encore plus pertinents et qui auront un impact plus large sur les utilisateurs des données probantes et sur la santé de la population.

Références bibliographiques

- Cauchon, M., M. Labrecque, P. Frémont, L. Misson, F. Légaré et L. Baillargeon.
« Evidence-based medicine Web site », *J. Fam. Pract.*, 2002, vol. 51,
p. 377-378.

Département de médecine familiale de l'Université Laval. *Préparer des médecins*

de famille pour le Québec de demain. Programme de résidence en médecine familiale. Objectifs et compétences, Département de médecine familiale de l'Université Laval, juillet 2003, 149 p.

Labrecque M., L. Baillargeon, M. Cauchon, P. Frémont et F. Légaré. *Evidence-Based Medical Practice*, 1999. <http://www.fmed.ulaval.ca/medecine> (consulté en septembre 2003).

Sackett, D.L., S.E. Strauss, W.S. Richardson, W. Rosenberget R.B. Haynes. *Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM*, 2nd Edition, Edinburgh, Churchill Livingstone, 2000.

Staples, S. « Medical Web sites spawn cyberchondriacs », *The Ottawa Citizen*, Ottawa, 2003.

CONCLUSION

L'ENRACINEMENT D'UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE FONDÉE SUR LES RÉSULTATS PROBANTS

*Hélène Sylvain
Annie Bergeron*

La pratique basée sur les résultats probants (RP) ne peut être considérée comme un concept uniforme et statique. Ce concept a été abordé sous différents aspects par les auteurs du présent ouvrage, qui ont participé au colloque « Les résultats probants : questionnons à nouveau ce paradigme ». Nous relevons ici, en transversale, les points saillants des conférences, notamment au regard de certaines clarifications conceptuelles et épistémologiques, des défis liés à l'application des RP dans la pratique professionnelle et des ouvertures pour l'avenir.

Des clarifications conceptuelles à apporter

La plupart des auteurs de cet ouvrage se montrent en faveur de l'utilisation des résultats probants dans les divers secteurs de la santé. Cependant, cette prise de position ne les empêche pas de jeter un regard critique sur la pratique fondée sur des résultats probants. Ils sont d'ailleurs nombreux à souligner l'importance du discernement dans l'utilisation des résultats de recherche. Cette contribution originale de l'ouvrage permet de nourrir le débat sur le recours à la pratique fondée sur les résultats probants, débat qui touche à la fois les dimensions épistémologique, conceptuelle et opérationnelle. Dans cette perspective, il ressort notamment que cette approche de la connaissance devrait avoir sa place dans le système de santé, mais qu'elle ne devrait pas venir évincer toutes les autres.

L'absence de consensus concernant la définition du concept de RP a été mise en évidence par certains auteurs, dont Morin et Leblanc ainsi que O'Neill. Selon Leprohon, il importe de se doter d'une définition du concept de RP qui offre suffisamment d'ouverture et de souplesse pour dépasser tout antagonisme entre les perspectives épistémologiques.

En ce sens, Morin et Leblanc proposent une définition à plusieurs niveaux, en introduction de cet ouvrage. Le plaidoyer défendu tout au long du cahier est clair : tout comme dans les écrits actuels, les auteurs se montrent en faveur de l'élargissement de la définition des résultats probants (French, 1999; Kitson, 2002).

Liée au problème de définition du concept, la question plus spécifique de l'agrégation des savoirs se pose toujours. En effet, sur quelle base évaluer le caractère probant des données scientifiques? Cette question fondamentale est soulevée et discutée à quelques reprises, en particulier dans sa dimension épistémologique (voir en particulier Couturier et Carrier, Légaré ainsi que Leprohon). Cruciale parce que déterminante des pratiques adoptées par la suite, cette question mérite qu'on s'y attarde encore et que soit poursuivie la réflexion théorique déjà amorcée dans la littérature (Colyer et Kamath, 1999; French, 2002; Walker, 2003). De façon complémentaire à cette réflexion théorique, cependant, le volet méthodologique du problème de l'agrégation des savoirs ne doit pas être négligé. Le défi, dans ce cas, est le suivant : comment procéder concrètement à l'agrégation des savoirs et à leur diffusion ?

Des défis liés à l'application des résultats probants dans la pratique professionnelle

Outre le travail théorique qui doit se poursuivre, se pose encore le défi de l'application, ou, en d'autres termes, de l'intégration de la pratique fondée sur des RP. En ce sens, des avancées concrètes importantes ont été réalisées au Québec (comme en témoignent certains articles de cet ouvrage). Le défi que représente l'intégration doit faire l'objet d'une réflexion et d'actions portant sur plusieurs aspects : des professionnels capables de traiter des RP (formation), des praticiens intéressés à connaître les résultats scientifiques récents, des praticiens qui se sentent concernés par les travaux des chercheurs, des chercheurs qui travaillent à répondre aux besoins des milieux de pratique, des outils de travail qui permettent l'utilisation des RP, une structure organisationnelle qui permet et favorise une culture de recherche ainsi qu'une véritable collaboration entre chercheurs, praticiens et gestionnaires.

Des obstacles relevés

La mise en place d'une pratique fondée sur des RP et sa véritable intégration dans les milieux de pratique comportent leur part d'obstacles, qui ont été mis en évidence dans cet ouvrage, notamment par Morin et Leblanc ainsi que par Hatem et Halabi-Nassif. Ces contributions

permettent de cerner les aspects sur lesquels il faudrait intervenir dans un contexte où l'on voudrait implanter une pratique fondée sur des RP, ou simplement stimuler un intérêt pour la recherche. Hatem et Halabi-Nassif relèvent différents types d'obstacles desquels peuvent émerger des stratégies concrètes d'interventions; celles-ci portent, notamment, sur les sources de connaissances pratiques et d'information, le niveau de formation, les attitudes des professionnels à l'égard de la recherche, la nature des recherches et les moyens de dissémination. Il faut noter que les obstacles peuvent varier selon la ou les disciplines en cause et que les stratégies peuvent également se distinguer selon la cible (McKenna, Ashton et Keeney, 2004).

Des stratégies proposées

La mise en lumière des principaux obstacles à l'utilisation des RP trouve écho dans d'autres articles du présent ouvrage. Les auteurs y présentent des stratégies concrètes qu'ils ont eux-mêmes mises en place pour contrer certains obstacles à l'intégration des RP ou, à tout le moins, pour en minimiser l'impact. L'apport de ces contributions se situe précisément dans le savoir d'expérience qu'elles offrent aux lecteurs. En effet, la prise en considération des expériences rapportées dans cet ouvrage peut donner de bons points d'appui à des intervenants du secteur de la santé qui voudraient arriver à mieux intégrer les résultats de recherche dans leur milieu. En d'autres termes, ces manières de faire qui ont fait leurs preuves peuvent servir de modèles pour les autres. C'est le cas du groupe de recherche né d'un partenariat entre milieux cliniques et universitaires (Gagnon, Mayrand Leclerc et Hatem), ainsi que de l'expérience d'intégration de la recherche au CLSC de Sherbrooke (St-Cyr Tribble et Archambault). Par ailleurs, au-delà du modèle qu'elles représentent, ces expériences sont la preuve que des changements réels sont possibles lorsque l'on déploie des efforts appropriés à la situation. Dans cet ouvrage, les stratégies concrètes qui sont rapportées pour témoigner de ces efforts portent sur au moins trois aspects fondamentaux du processus d'intégration des RP dans les milieux de pratique : l'émergence et la consolidation des capacités de recherche, la mise en place d'une structure et d'une culture organisationnelles adaptées, et le développement d'une culture de recherche.

L'émergence et la consolidation des capacités de recherche

Intégrer les résultats de recherches à la pratique exige que les intervenants du milieu possèdent un certain bagage de connaissances

scientifiques et d'outils méthodologiques. La question qui se pose d'emblée est la suivante : qu'en est-il du soutien à l'émergence et à la consolidation des capacités de recherche, qui sont à la base des RP? Cette question touche celle de la formation (continue ou de base) des professionnels de la santé. En effet, certains auteurs rappellent que l'intégration d'une pratique fondée sur des données scientifiques nécessite un travail en amont, c'est-à-dire dès que s'amorce le processus de formation des professionnels. Prendre le virage d'une pratique fondée sur des résultats probants oblige en effet à se questionner sur les programmes d'enseignement et sur la formation des professionnels qui seront éventuellement amenés à travailler avec des données scientifiques. L'article de Labrecque et de ses collaborateurs apporte une contribution quant à cet aspect. Les auteurs présentent un outil (le module d'auto-apprentissage) qu'ils ont conçu afin de développer chez ses utilisateurs des habiletés liées à la recherche d'information dans Internet et à la lecture critique d'articles scientifiques.

La structure et la culture organisationnelles

Les auteurs qui se sont penchés sur la question de l'utilisation des résultats probants sont nombreux à insister sur le rôle crucial de la structure et de la culture organisationnelles dans la mise en place de pratiques fondées sur des résultats probants (notamment Brunelle). L'article de St-Cyr Tribble et Archambault présente un exemple concret de ce lien étroit entre l'organisation et la réussite de l'intégration de la recherche dans un milieu de pratique. En effet, le cas du CLSC illustre comment des mesures concrètes, et adaptées à chaque milieu, peuvent graduellement être mises en place afin de rendre la structure organisationnelle de l'institution apte à intégrer dans ses rangs une pratique fondée sur des RP. Cette démonstration empirique du rôle de l'organisation permet par la suite de mettre en lumière des aspects fondamentaux de ce rôle : il n'est pas suffisant de simplement « greffer » des résultats probants à la pratique, il faut les « intégrer ». Il y a aussi le caractère progressif et itératif de l'implantation, qui permet de s'ajuster continuellement. Les échanges permettent de favoriser et d'appuyer concrètement le dialogue pour faire ressortir tant les points forts que d'éventuels irritants, et ce, dans le but d'améliorer continuellement l'instauration des changements et de minimiser au maximum les irritants. Enfin, les auteures font ressortir que la mise en place d'une pratique fondée sur des résultats probants nécessite des changements à tous les niveaux d'une organisation, et non pas seulement sur le plan de la pratique elle-même. Ainsi, la mise en œuvre de diverses stratégies a

permis d'harmoniser les rapports entre les différents intervenants de ce CLSC (chercheurs, praticiens, gestionnaires), de créer de véritables liens entre le milieu de pratique et le milieu de recherche, et de stimuler l'intérêt pour la recherche tant chez les gestionnaires que chez les praticiens. Bref, les intervenants du milieu ont su allier les intérêts de recherche, donc l'avancement des connaissances, avec les intérêts et les besoins du milieu.

Le développement d'une culture de recherche

On ne peut penser intégrer réellement une pratique fondée sur des résultats probants s'il n'y a pas en toile de fond le développement plus global d'une culture de recherche dans le milieu concerné. Plusieurs auteurs ont abordé l'importance de ce terrain favorable (en particulier Hatem et Halabi-Nassif, Leprohon ainsi que Gagnon, Mayrand Leclerc et Hatem). Le cas du CLSC de Sherbrooke est aussi un exemple concret de soutien au développement d'une culture de recherche qui se joue sur plusieurs plans (activités quotidiennes, conférences, comités permettant des échanges réguliers entre les chercheurs et les praticiens, etc.).

L'OIIQ (Leprohon) a également mis en place des mesures pour stimuler l'intérêt pour les données scientifiques récentes dans le milieu infirmier (publications dans la revue *L'infirmière du Québec*, site Internet), pour faciliter la mise en place de projets (subventions) et pour former des infirmières capables de travailler avec des données scientifiques (bourses de doctorat). Ainsi, les corporations professionnelles peuvent jouer un rôle proactif de soutien au développement d'une culture de recherche.

Des ouvertures pour l'avenir

Au terme de ce colloque, certaines questions restent certes sans réponse, mais d'autres trouvent leur écho dans les propos des auteurs. D'autres encore sont soulevées afin que l'éventuel virage vers des pratiques fondées sur des résultats probants soit profitable et qu'il se réalise sans heurter les bases fondamentales des disciplines ainsi que les principes des intervenants travaillant dans les différents secteurs de la santé. Dans cette perspective, l'ouverture aux autres disciplines est essentielle.

En ce sens, les textes colligés dans cet ouvrage montrent l'ouverture qu'il y a de part et d'autre des milieux cliniques et universitaires pour arriver à mieux coordonner les intérêts. En effet, un intérêt particulier de ce colloque est qu'il réunissait, autour d'une même question, des intervenants de différents milieux (praticiens, preneurs de décisions,

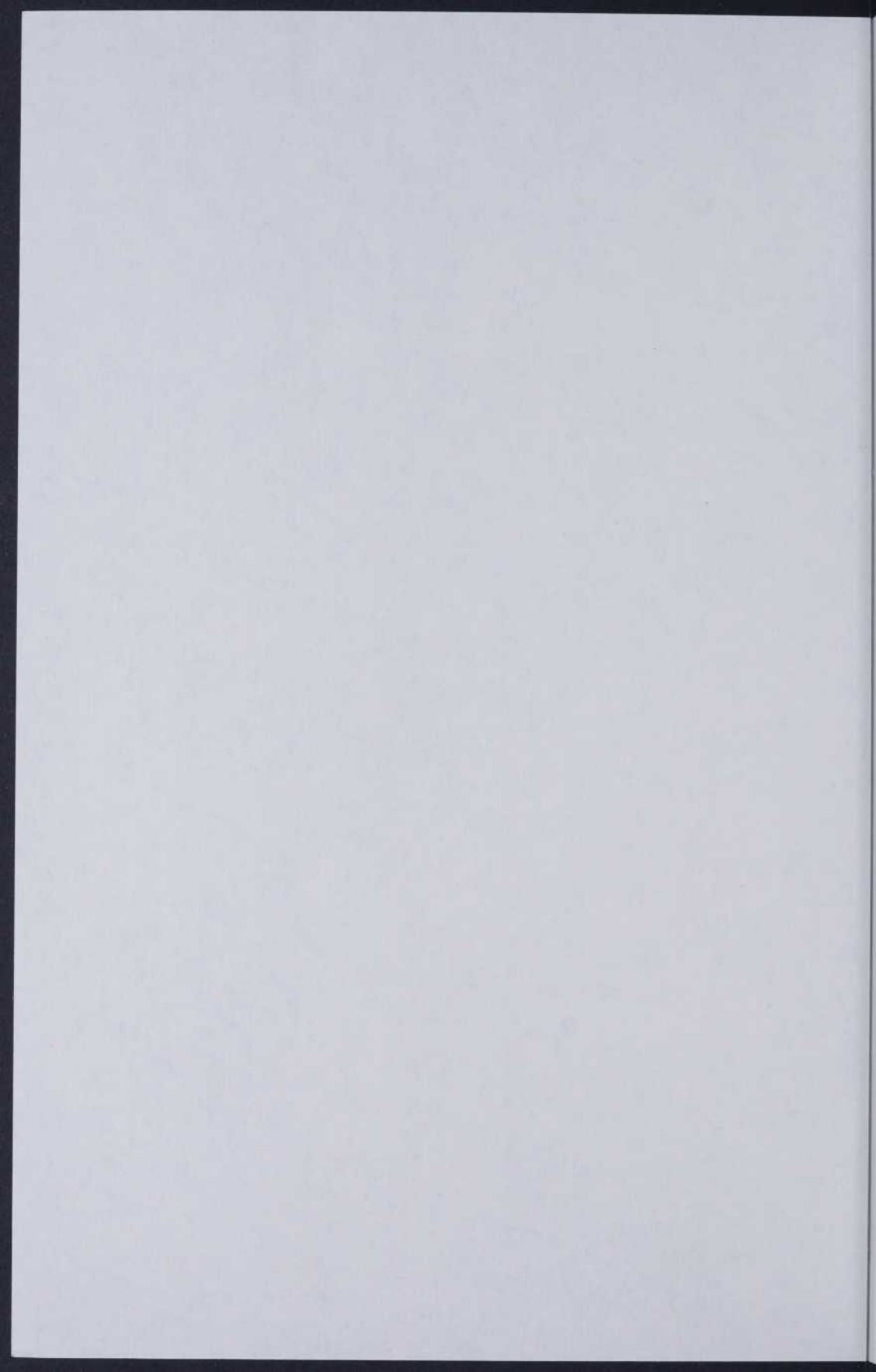
chercheurs de différentes disciplines – médecine, pratique infirmière, travail social). Ainsi, les participants ont pu échanger leurs points de vue et mettre en commun des réflexions et des expériences concrètes concernant l'utilisation des résultats probants dans la pratique professionnelle. Les débats qui ont eu lieu dans ce cadre témoignent de l'ouverture à la diversité et au pluralisme, plutôt que de la polarisation, dans le développement des savoirs, pour que ces derniers deviennent effectivement des savoirs partagés.

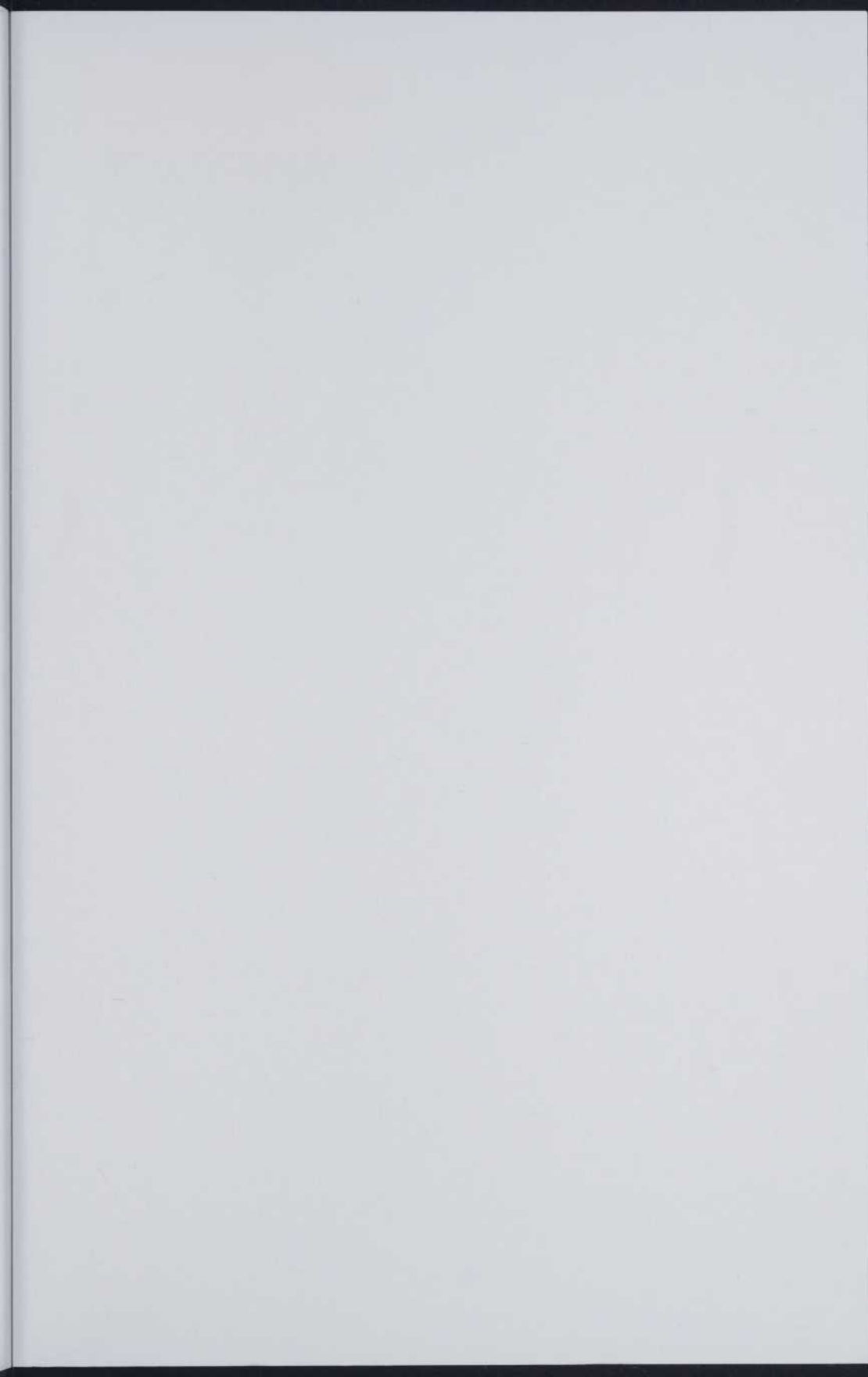
Enfin, en terminant, nous souhaitons que la publication de ces communications portant sur la pratique fondée sur les résultats probants pourra fournir une contribution à l'état actuel des connaissances dans ce domaine au Québec.

Références bibliographiques

- Colyer, H., et P. Kamath (1999). « Evidence-based practice. A philosophical and political analysis: some matters for consideration by professional practitioners », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29, n° 1, p. 188-193.
- French, P. (1999). « The development of evidence-based nursing », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29, n° 1, p. 72-78.
- French, P. (2002). « What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 37, n° 3, p. 250-257.
- Kitson, A. (2002). « Recognising relationships: reflections on evidence-based practice », *Nursing Inquiry*, vol. 9, n° 3, p. 179-186.
- McKenna, H. P., S. Ashton et S. Keeney (2004). « Barriers to evidence-based practice in primary care », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 45, n° 2, p. 178-189.
- Walker, K. (2003). « Why evidence-based practice now?: a polemic », *Nursing Inquiry*, vol. 10, n° 3, p. 145-155.









Association francophone
pour le savoir

Acfas

BNQ



000 533 840

Selon quels critères peut-on dire qu'une pratique est fondée sur des résultats ou savoirs probants ? S'agit-il de l'apothéose de l'essai clinique randomisé ? Y a-t-il des sources de savoirs qui sont évacuées ? Les résultats ou savoirs probants issus d'une discipline ont-ils préséance sur ceux d'une autre discipline ? Comment faire converger les décisions ? Les clientèles ont-elles droit au chapitre ? Les programmes d'enseignement sont-ils suffisamment souples pour intégrer des résultats ou savoirs probants rapidement et de façon itérative ? Faut-il parler de données probantes ou de savoirs probants ? Quand les savoirs probants influenceront sur la politique et les décisions entourant le financement..., les plus avancés auront-ils la meilleure part du gâteau ? Qu'en est-il du soutien à l'émergence et à la consolidation des capacités de recherche, qui sont à la base des résultats ou savoirs probants ?

Toutes ces questions sont au cœur des textes qui ont été colligés dans ce cahier. Il contient donc des contributions de nature théorique, méthodologique et technique qui ont fait l'objet de présentations dans le cadre d'un colloque spécialisé en sciences infirmières tenu à Rimouski le 22 mai 2003 au sein du 71^e Congrès de l'Acfas.

Ont collaboré à cet ouvrage :

Johanne Archambault, Annie Bergeron, Yvon Brunelle, Sébastien Carrier, Michel Cauchon, Yves Couturier, Hana Halabi-Nassif, Johanne Gagnon, Marie Hatem, Michel Labrecque, Nancy Leblanc, France Légaré, Judith Leprohon, Martine Mayrand Leclerc, Diane Morin, Michel O'Neill, Pierre Frémont, Denise St-Cyr Tribble et Hélène Sylvain.



9 782892 451269