L'application des connaissances, la pratique fondée sur l'expérience clinique ... et vous

Nancy M. Salbach

Vous êtes-vous déjà perçu comme un utilisateur de connaissances? Vous l'êtes probablement et ce, que vous soyez clinicien, gestionnaire, propriétaire d'une clinique ou chef de pratique professionnelle, directeur général d'un centre hospitalier, patient, chercheur ou décideur dans le domaine de la santé. Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), un organisme fédéral qui finance la recherche en santé dans tout le pays, définissent l'utilisateur de connaissances comme « une personne susceptible d'utiliser les connaissances issues de la recherche pour prendre des décisions éclairées au sujet de politiques, de programmes ou de pratiques en matière de santé¹. » En tant qu'utilisateur de connaissances, vous êtes un partenaire potentiel pour la recherche. Un chercheur qui s'intéresse à l'utilisation accrue d'un produit de connaissances particulier, comme une directive en pratique clinique, doit identifier les utilisateurs de connaissances possibles et, en vue d'optimiser la pertinence de leurs efforts d'application de ces connaissances, doit collaborer avec eux.

Tous ne définissent pas clairement l'application des connaissances, parce que cette expression est souvent utilisée indifféremment d'autres expressions similaires, comme « transfert de connaissances », « échange de connaissances », « utilisation de la recherche », « mise en œuvre », « dissémination » ou « diffusion ». Pour ceux et celles qui souhaitent approfondir la question, Graham et coll. propose une analyse plus poussée de ces termes dans un article paru en 2006². Les IRSC définissent l'application des connaissances comme « un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé. Ce processus s'insère dans un réseau complexe d'interactions entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances, dont l'intensité, la complexité et le degré d'engagement peuvent varier en fonction de la nature de la recherche et des résultats ainsi que des besoins particuliers de chaque utilisateur de connaissances¹ ».

L'application des connaissances est un processus qui,

à la base, tente de combler le fossé entre ce qui est connu comme étant de la recherche scientifique et la façon dont les connaissances sont utilisées par les divers intervenants dans la prestation de services de santé pour le mieux-être des Canadiens². La participation de ces intervenants qui interagissent au sein du système de santé est ce qui fait de l'application des connaissances un processus plus large que, par exemple, la pratique fondée sur l'expérience clinique (PEC) qui est du ressort du praticien lui-même, à titre individuel.

La définition de Sackett de la médecine fondée sur l'expérience clinique, une « utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse de la meilleure expérience clinique disponible lors de la prise de décision entourant les soins d'un patient^{3(p.71)} » demeure la plus couramment utilisée depuis 1996, et plusieurs auteurs s'en sont inspirés pour décrire les étapes de la PEC⁴. Selon la description initiale que donne Sackett de ce processus, les physiothérapeutes devraient songer à prendre en compte les conclusions des recherches au moment de choisir un nouvel outil d'évaluation, de formuler un pronostic ou de choisir une intervention en vue d'un traitement³. Les auteurs de propositions pour la PEC en réadaptation ont élargi la portée de la collecte d'informations au-delà de l'apprentissage personnel et de la prise de décision par le professionnel de la santé proprement dit pour la faire passer à la communication de faits cliniques aux clients et aux fournisseurs de soins, aux collègues au sein d'équipes multidisciplinaires, aux gestionnaires, aux bailleurs de fonds et aux décideurs⁵. Ainsi, un physiothérapeute qui dispense des soins à domicile, par exemple, pourrait communiquer des faits issus de la recherche au gestionnaire du cas pour faire pression afin de pouvoir offrir des séances de traitement supplémentaires et assurer la prestation complète d'un programme d'exercices dont l'efficacité a été démontrée dans les revues systématiques.

L'importance de pouvoir compter sur un ensemble de preuves suffisantes – c'est-à-dire un nombre suffisant d'études qui en arrivent aux mêmes conclusions – est un facteur important qui assure la liaison entre l'utilisa-

Nancy M. Salbach, PT, PhD: Clinicienne-chercheuse, Fondation des maladies du cœur de l'Ontario ; professeure adjointe, Département de physiothérapie, Université de Toronto, Toronto (Ontario).

Veuillez faire parvenir toute correspondance à Nancy M. Salbach, Département de physiothérapie, Faculté de médecine, Université de Toronto, 160–500 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1V7 Canada; Tél. : 416-946-8558; Téléc. : 416-946-8562; Courriel : nancy.salbach@utoronto.ca.

tion des connaissances et la PEC, avant que ces informations puissent être transposées à la pratique. À cette fin, les IRSC organisent régulièrement des concours pour l'octroi de subventions à la recherche dans le but de financer des projets conçus pour favoriser le regroupement d'un ensemble de documents afin d'avoir une influence significative sur la façon dont les utilisateurs de connaissances effectuent leur travail au sein du système de santé. Un tel regroupement d'information peut se faire dans le cadre d'une revue systématique ou de directives pour la pratique clinique. Dans le but de maximiser la pertinence et l'applicabilité de la recherche pour les décideurs visés, les IRSC exigent que l'utilisateur de connaissances soit membre de l'équipe de recherche et que les chercheurs fournissent ce que les IRSC appellent un « plan d'application des connaissances en fin de subvention » pour la diffusion des résultats du projet aux utilisateurs de connaissances¹. Essentiellement, l'organisme subventionnaire améliore la façon dont nous effectuons de la recherche sur l'application des connaissances, avec comme objectif de s'assurer que cette recherche est pertinente dans le contexte du système de santé actuel.

Dans le sondage que nous avons mené auprès de 270 physiothérapeutes qui prodiguent des soins de santé aux personnes qui ont subi un AVC,⁶ les répondants ont identifié le fait de disposer de plages de temps dédiées (46 %), de directives de pratique clinique (42 %) et de résumés de recherche dans un format plus aisément accessible (34 %) comme étant les stratégies les plus aptes à faciliter les efforts de mise à jour des pratiques cliniques à l'aide de nouvelles connaissances. Dans une étude qualitative de suivi, les physiothérapeutes ont expliqué comment ces stratégies ou ces recherches, en tant que ressources, pouvaient les aider à faire face aux obstacles qui rendent difficile l'accès aux faits scientifiques – le manque de temps, le manque de compétences personnelles ou de confiance en soi au moment d'acquiescer ou d'évaluer un nombre imposant (et quasi impossible à gérer) d'études individuelles en réponse à des questions cliniques précises^{7,8}. Ils ont suggéré des stratégies, par exemple éviter le langage trop technique, disposer d'un glossaire de termes associés à la recherche, de cotes d'évaluation pour la qualité des études ou encore rendre les rapports de recherche plus accessibles⁸. Pouvoir compter sur des descriptions détaillées de nouvelles interventions de traitement, comprenant notamment la fréquence et la durée des séances, ou sur une vidéo qui montre comment prodiguer les traitements fait aussi partie des stratégies préférées des participants pour favoriser l'application de nouvelles connaissances à la pratique clinique⁸.

Au fur et à mesure que progresse notre compréhension de la meilleure façon d'aborder la PEC, nous pouvons apprendre de nos collègues en médecine, qui ont proposé une approche efficace – celle des « 5 s » – pour la recherche de faits scientifiques en réponse à des

questions cliniques qui bénéficient de recherches préalablement évaluées⁹. À l'aide de « l'approche des 5 s », les cliniciens ont accès à cinq types d'informations fondées sur l'expérience clinique. Ce sont, dans l'ordre, les systèmes (*systems*) tels que les mécanismes informatisés d'aide à la décision; les résumés (*summaries*), notamment les manuels fondés sur l'expérience clinique; les synopsis (*synopses*) qui proposent des résumés ou des synthèses d'études; les synthèses (*syntheses*), par exemple les méta-analyses, les revues systématiques et les directives de pratique clinique; et, enfin, les études individuelles (*studies*). Les professionnels qui ont proposé cette approche des 5 s font la promotion de l'utilisation de sites Web progressifs sur la PEC, notamment de Clinical Evidence, mis en ligne par le BMJ Publishing Group, qui fournit et met régulièrement à jour des résumés de recherche et d'autres outils pour la PEC et pour appuyer les décisions de traitement⁹. Les chefs de file de la recherche sur la réadaptation à la suite d'un AVC créent des ressources en ligne similaires pour les cliniciens et pour les familles. Les sites Web créés par Teasell et Korner-Bitensky ont fait en sorte que les revues systématiques sur les outils d'évaluation et les interventions pour les traitements de réadaptation à la suite d'un AVC soient désormais disponibles partout dans le monde (voir notamment *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*¹⁰ et *StrokEngine*¹¹). Des efforts similaires sont aussi déployés dans d'autres secteurs de la pratique clinique.

Une chose est sûre : les chercheurs et les utilisateurs de connaissances doivent être partenaires dans l'application des connaissances et dans les initiatives de PEC afin de continuer d'améliorer le système de santé. Il est intéressant de constater que nous avons découvert que les physiothérapeutes qui estiment que les résultats de recherche sont utiles dans leur pratique de tous les jours et qui participent à des activités de recherche en y consacrant une part de leur temps de travail sont plus portés à autoévaluer leurs lectures et à utiliser la documentation de recherche au moment de leurs prises de décision cliniques^{12,13}. La façon dont nous réalisons les recherches sur l'application des connaissances évolue de manière positive et a comme objectif de rendre nos efforts plus pertinents dans le cadre de la pratique quotidienne. Alors, la prochaine fois qu'un chercheur vous invitera à collaborer à un projet à titre d'utilisateur de connaissances, n'hésitez pas! Ensemble, nous pourrions faire la différence.

RÉFÉRENCES

1. Instituts de recherche en santé du Canada. À propos de l'application des connaissances [Internet]. Ottawa : Les Instituts ; c2009 [mise à jour le 8 mai 2009 ; recensé le 26 mai 2010]. Disponible au <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/29418.html>
2. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof. 2006;26:13–24. doi:10.1002/chp.47

3. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Brit Med J*. 1996;312:71-2.
4. Guyatt GH, Haynes RB, Jaeschke RZ, Cook DJ, Green L, Naylor CD, et al. Users' guides to the medical literature: XXV. Evidence-based medicine: principles for applying the users' guides to patient care. *J Am Med Assoc*. 2000;284:1290-6. doi:10.1001/jama.284.10.1290
5. Tickle-Degnen L. Communicating evidence to clients, managers, and funders. Dans Law M, rédactrice. *Evidence-based rehabilitation*. Thorofare (NJ) : Slack Inc. ; 2002. p. 221-54.
6. Salbach NM, Jaglal SB, Korner-Bitensky N, Rappolt S, Davis D. Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice of physical therapists for people with stroke. *Phys Ther*. 2007;87:1284-303. doi:10.2522/ptj.20070040
7. Salbach NM, Veinot P, Rappolt S, Bayley M, Burnett D, Judd M, et al. Physical therapists' experiences updating the clinical management of walking rehabilitation after stroke: a qualitative study. *Phys Ther*. 2009;89:556-68. doi:10.2522/ptj.20080249
8. Salbach NM, Veinot P, Jaglal SB, Bayley M, Rolfe D. From continuing education to personal digital assistants: what do physical therapists need to support evidence-based practice in stroke management? *J Eval Clin Pract*. Forthcoming.
9. Straus S, Haynes RB. Managing evidence-based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources. *Can Med Assoc J*. 2009;180:942-5. doi:10.1503/cmaj.081697
10. Teasell R. Evidence-based review of stroke rehabilitation (EBRSR). 12^e édition. London (ON) : EBRSR ; 12 mai 2010 [recensé le 10 juillet 2008]. Disponible au <http://www.ebrsr.com>
11. Korner-Bitensky N, Roy MA, Teasell R, Kloda L, Storr C, Asseraf-Pasin L, et al. Creation and pilot testing of StrokEngine: a stroke rehabilitation intervention website for clinicians and families. *J Rehabil Med*. 2008;40:329-33. doi:10.2340/16501977-0177
12. Salbach NM, Guilcher SJ, Jaglal SB, Davis DA. Factors influencing information seeking by physical therapists providing stroke management. *Phys Ther*. 2009;89:1039-50.
13. Salbach NM, Guilcher SJT, Jaglal SB, Davis DA. Determinants of research use in clinical decision-making among physical therapists providing services post-stroke: a cross-sectional study. *Implem Sci*. Forthcoming.

DOI:10.3138/physio.62.4.295