

Le courtage des connaissances en thérapeutique. Une étude pilote de faisabilité

Knowledge brokering in therapy. A pilot feasibility study

Boissel J-P¹, Riondet O², Cucherat M¹, Stagnara J³, Wazné H⁴, Nony P^{1,5}

Résumé

Les connaissances issues de la recherche thérapeutique et de l'évaluation ne cessent de s'accroître. Alors que les besoins en information perçus par les médecins restent souvent sans réponse, bien que l'information existe, une des solutions envisagées tire profit de l'expérience acquise avec les recommandations et la mise en question de leur rôle. Il s'agit du courtage en connaissance intégré dans le fonctionnement d'un groupe de professionnels, assuré par des courtiers en connaissances.

Cette étude visait à explorer la faisabilité du courtage dans différents contextes (un hôpital spécialisé, un hôpital général, un groupe de médecins libéraux). Il s'agissait aussi, par une approche qualitative, d'analyser les processus interprétatifs face à l'information thérapeutique factuelle en travaillant à l'élaboration du concept dans le cas précis de la dynamique des groupes de professionnels.

À l'issue de deux étapes (construction des outils, courtage dans les trois sites en vie réelle), on peut conclure que le courtage des connaissances en thérapeutique est possible et généralement bien accepté. Le processus est très contexte-dépendant comme le montre la comparaison des déroulements de l'étude dans les trois groupes de professionnels. Tous les contextes ne se prêtent probablement pas d'emblée au courtage des connaissances en thérapeutique. Les outils nécessaires au courtier – informatique et guide du courtage – développés dans le cadre de ce projet existent et, à l'expérience, paraissent adaptés même s'ils méritent d'être améliorés.

Prat Organ Soins 2010;41(1):55-64

Mots-clés : Transfert de connaissances ; thérapeutique ; courtage des connaissances ; médecine fondée sur les preuves.

Summary

Knowledge brokering is a new piece in the process of knowledge translation into practices. Knowledge transfer (KT) is of considerable concern since it has been observed that medical practices do not fit with the available evidence in terms, e.g., of therapy efficacy and/or safety. However, despite various attempts to improve it, the efficiency of the knowledge transferring process in medicine remains unsatisfactory. Thus, the search of ways to improving knowledge translation. Knowledge brokering consists in embedding a KT professional in a health provider team, commissioned to help the health professionals to identifying unsolved practice issues, formulating the need for evidence, getting the evidence and making them accessible to the professionals in presentation meeting their needs and skills.

This article reports a knowledge brokering experience in three medical settings in France. The objective was to evaluate feasibility and barriers. The results show that brokering is feasible, rather well accepted but it faces hurdles, both local and general, that should be worked on.

Prat Organ Soins 2010;41(1):55-64

Keywords: Knowledge transfer; therapeutics; knowledge brokering; evidence based medicine.

¹ CRIC@T, Centre de recherche en ingénierie des connaissances en thérapeutique, équipe de l'EMET de l'UMR5558, Université Claude-Bernard, Lyon (France).

² Département « Sciences humaines, sciences de l'information et métiers de la culture », Université de Haute-Alsace (France).

³ Union nationale des associations de formation médicale continue de Rhône-Alpes (France).

⁴ Groupe hospitalier Drôme - Nord, Romans (France).

⁵ Hôpital Louis-Pradel, Centre hospitalier universitaire de Lyon (France).

Adresse pour correspondance : Pr Jean-Pierre Boissel, Service de pharmacologie clinique, Faculté de médecine RTH Laennec, rue Guillaume-Paradin, F-69008 Lyon.
E-mail : jpb@upcl.univ-lyon1.fr

INTRODUCTION

Les connaissances issues de la recherche thérapeutique et de l'évaluation doublent tous les dix ans [1, 2] et leur complexité ne cesse de s'accroître [3, 4]. En regard, les besoins en information [5] ressentis par les médecins, au cours des consultations et en dehors, restent souvent sans réponse alors même que l'information existe [6]. Par ailleurs, les besoins non exprimés sont sans doute nombreux [7-10]. L'écart constaté d'une manière répétée et cohérente entre les connaissances disponibles et les pratiques médicales ou les décisions en politiques de santé est attribuable, au moins partiellement, à l'inadéquation du système de transfert et d'appropriation du savoir [11]. Cet ensemble de faits plaide en faveur d'approches nouvelles pour le transfert et l'intégration de la connaissance en thérapeutique et explique l'intérêt récent pour la recherche translationnelle [12]. Depuis au moins deux décennies, l'intégration des connaissances en médecine (*knowledge translation*) et donc leur transfert, préalable indispensable [13], fait l'objet d'une attention des autorités et d'équipes de recherche. Si le transfert ne concerne que le portage des connaissances jusqu'à l'utilisateur (ou cible), l'intégration requiert les étapes ultérieures que sont l'appropriation et l'intégration dans le processus décisionnel [14]. Dans ce contexte, transfert et intégration peuvent être vus comme une tentative d'accélérer le processus naturel de transformation de la connaissance en usages [15]. Les obstacles au transfert et à l'intégration commencent à être étudiés [16, 17].

L'élaboration de recommandations pour la pratique fut la première réponse à ce défi, dès avant la seconde guerre mondiale [18]. L'analyse du système dans lequel doit s'inscrire tout processus de transfert de connaissances en médecine et celle de la notion de recommandation et de la pratique de leur élaboration, suggère que cette réponse souffre d'un nombre important de limites dont beaucoup sont réhibitives [4, 19]. En outre, il semble que les recommandations ne changent qu'à la marge les pratiques [21-24]. La recherche de facteurs de l'appropriation des recommandations est une voie à explorer [24]. Mais aujourd'hui, on peut aussi considérer que cette réponse n'est pas suffisante et que l'utilité des recommandations est peut-être ailleurs et dans un autre contexte. Nous avons suggéré que les recommandations étaient plus bénéfiques pour la pratique de ceux qui participaient à leur élaboration alors qu'en revanche leur appropriation par leurs cibles restait problématique [4]. Ce point de vue a conduit à envisager l'élaboration des recommandations pour la pratique vers la périphérie du système de soins, c'est-à-dire avec les professionnels concernés. Dans cette perspective, les recommandations n'étaient plus l'affaire d'un « centre » éloigné et dont la légitimité était parfois mal perçue, parfois revêtue d'une autorité mal vécue, mais celle des acteurs de la pratique

à améliorer. Cette évolution rejoignait la démarche « groupes de pairs » déjà opérationnelle dans certaines formations médicales continues. Elle avait l'avantage, entre autre, de permettre d'introduire dans le processus des spécificités locales (par exemple, ne pas faire figurer tel médicament absent de la liste de l'institution) et surtout de répondre aux besoins exprimés ou identifiés grâce à un processus approprié impliquant les professionnels concernés, ce qui est considéré comme un facteur potentiel de succès de l'intégration des connaissances. Enfin, elle actait les résultats positifs de l'essai d'Avorn du « démarchage académique » [25].

Pour rendre cette idée opérationnelle, dans le domaine de la thérapeutique, il convenait de résoudre un problème de nature logistique et conceptuelle : la fourniture à ces groupes de praticiens des données actuelles de la science (résultats des essais thérapeutiques) relatives à la question traitée. Dans le processus d'élaboration « centralisée » des recommandations, cet élément du dispositif repose sur des spécialistes, disposant de temps, de compétences appropriées et de moyens conséquents. Il était impensable de transposer cette approche à une multitude de groupes locaux. Il convenait donc de trouver une solution souple, adaptée au nouveau contexte opérationnel.

C'est ainsi qu'a émergé le concept de courtage des connaissances (*knowledge brokering*) en médecine [26, 27]. La notion de « courtier en information » existe, cependant, depuis un certain temps dans les milieux industriels et constitue un aspect de la prestation de service dans ce secteur. L'existence de courtiers en information est l'un des multiples modes d'articulation qui se réinventent entre accès à l'information à distance et médiation du savoir [28]. La pratique du courtage repose sur deux principes : l'intermédiaire, professionnel dédié au transfert de connaissance [4, 13] et le contact interpersonnel au sein d'un réseau déjà existant. Ce contact serait un élément-clé du transfert de connaissances [29].

Le courtage en connaissance repose sur des intermédiaires spécifiques appelés « courtiers » dont le rôle est d'aider des professionnels à rechercher et à s'approprier des connaissances nouvelles utiles pour eux. Quoique déjà connu dans les domaines non médicaux [30], il n'a été théorisé que récemment dans le domaine médical, essentiellement par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [31] (FCRSS). Les outils et les méthodes de ce courtage en thérapeutique restent à élaborer.

L'approche proposée dans ce travail s'appuie sur l'hypothèse que l'élément efficace dans la recommandation est son élaboration. Alors cette méthode de transfert de connaissances ne s'adresse qu'à ceux qui y ont

participé. Dans le domaine de la thérapeutique, le travail de rédaction d'une recommandation implique au préalable la recherche et l'analyse des résultats des essais thérapeutiques randomisés. L'effort fourni pour préciser le problème et trouver l'interprétation des données disponibles favorisera l'appropriation de ces données et leur mise en pratique. L'appropriation et la mise en œuvre des connaissances devraient être en outre facilitées par le fait qu'à l'origine du processus il y a une demande exprimée par le groupe. Ces constats ont conduit au concept de courtage en connaissance intégré dans le fonctionnement d'un groupe de professionnels. À noter que le courtage des connaissances est aussi considéré pour la définition des politiques de santé [26].

Le groupe délègue au courtier les tâches techniques : collecte, sélection, analyse critique et synthèse. Ces tâches nécessitent ce qu'il ne possède pas : le temps, les compétences, les moyens. Le groupe reste le maître en amont – problème et questions – et en aval – interprétation, contextualisation, mise en œuvre. Cependant, rien n'empêche le groupe de s'impliquer dans les tâches techniques s'il trouve en son sein à aider, voire à remplacer, le courtier. Une autre façon de présenter cette délocalisation du processus d'élaboration des recommandations est celle de Garbay et Le May qui voient quatre niveaux distincts dans le processus de transfert de connaissances : niveau 1 : tout ce qui entoure et génère la production de connaissances ; niveau 2 : la « politique » locale (ou niveau local, où se déroulent les interactions sociales au quotidien) ; niveau 3 : le professionnel qui agit ; niveau 4 : le patient qui participe et reçoit [29].

Mais le concept de courtage des connaissances en médecine étant récent, ses conditions optimales de pratique ne sont pas encore identifiées [33]. Un premier travail réalisé à l'hôpital cardiologique et pneumologique de Lyon (Hôpital Louis-Pradel), à partir de 1997, avait permis de poser quelques principes opérationnels que l'on retrouve ailleurs [34]. Cette expérience était structurée autour de ce qui n'était pas encore appelé un courtier dont la fonction était d'aider médecins et autres soignants d'un hôpital spécialisé à formuler les questions de thérapeutiques suscitées par leur pratique (les premières questions étaient du type : « dans l'autre service la pratique sur ce point est différente de la notre ; est-ce justifié ? ») et à trouver une réponse en retournant aux données actuelles de la science. Dans un essai randomisé nous avons constaté une amélioration des connaissances acquises par rapport au transfert passif ou aucun transfert dans le groupe « courtage » mais nous avons aussi constaté que le processus pouvait être amélioré [10]. En effet, dans ce bras le courtage était organisé d'une manière assez simpliste et paraissait améliorable. D'où le travail dont les résultats sont présentés ci-dessous.

Le travail rapporté dans cet article est une étude pilote du courtage tel qu'envisagé dans le chapitre « méthodes ». L'objectif général était l'exploration des problèmes pratiques posés par le courtage et la faisabilité de la mise en œuvre du concept. Les objectifs secondaires concernaient l'identification d'amélioration à prévoir pour les outils du courtage, l'identification des obstacles et l'élaboration d'un guide du courtage. Nous voulions aussi étudier comment, à travers les verbalisations de chaque groupe, décrire un processus d'appropriation des connaissances factuelles. Et quelle est la délimitation de ce qui était considéré comme factuel. Ces objectifs secondaires ne sont pas rapportés dans cet article, sauf lorsqu'ils semblent directement liés à l'objectif principal. Chaque groupe devait fournir un « avis », résumé de protocole de soins fondé sur le travail réalisé avec le courtier.

MÉTHODES

1. Le courtier

Dans le contexte qui nous intéresse, nous avons défini le courtage dont il est question dans ce travail par ses fonctions (tableau I).

Pour assurer ces fonctions, le courtier a besoin d'une formation spécifique, d'aides techniques et d'un guide. Le guide est aussi important que les aides techniques. Il concerne l'organisation du processus, sa gestion et celle du groupe (susciter la motivation des professionnels, maximiser leur adhésion aux objectifs et leur implication dans le processus, les former aux modèles de représentation des connaissances).

2. L'observation sociologique

Le fonctionnement des groupes était observé par le partenaire sciences humaines et sociales (SHS). Les matériaux de travail en sciences humaines étaient essentiellement l'enregistrement des séances de travail avec le groupe pilote. Les éléments non verbaux n'étaient notés que dans la mesure où ils étaient perceptibles. L'analyse des niveaux lexical, sémantique, argumentatif et pragmatique était prise en compte. Malgré l'intérêt de l'analyse cognitivo-discursive [34], on en retiendra essentiellement des notions comme celles d'*acteur* ou d'*épisode*, car la complexité des analyses syntaxiques proposées aurait été ici disproportionnée et peu adaptée au sujet.

3. Les connaissances transférées

Les recherches des données actuelles de la science (DAS) sur l'efficacité des thérapeutiques proposées correspondant aux besoins identifiés par le courtier et chaque

Tableau I
Les fonctions du courtage.

Fonctions	Participants		Livrables
	Courtier	Groupe	
Aider les membres du groupe à identifier et à formuler leurs problèmes perçus de décision médicale (exemple : « les autres ne font pas comme moi mais qui a raison ? ») et à en dériver les questions pour lesquelles le groupe ne dispose pas des réponses.	X	X	Problème(s)
En déduire les besoins en information.	X	X	Besoins en information
Collecter, analyser et synthétiser les connaissances issues des essais thérapeutiques de haut niveau de preuve disponibles.	X		Les données actuelles de la science (DAS) sous forme de tableaux et de résumés
Constituer à partir des synthèses un référentiel factuel.	X		Une synthèse sous forme textuelle et graphique (métaanalyse)
Aider à l'interprétation, la contextualisation et à l'appropriation de ces connaissances pour déboucher sur un protocole de soins, le référentiel du groupe, accepté par chaque membre ou au moins la majorité.	X	X	Un avis, résumé d'un protocole de soins répondant au problème formulé au départ

groupe, ainsi que leur synthèse ont été confiées à des médecins juniors formés pour l'occasion. Le processus était contrôlé par chaque courtier. Cet aspect, à savoir la possibilité de confier une partie des tâches à un junior, faisait aussi parti des points explorés au cours de l'étude.

Il s'agissait d'abord de collecter toutes les DAS pertinentes pour les questions une fois celles-ci formulées, puis d'en faire une analyse critique et de conduire une métaanalyse sur les études sélectionnées, selon un processus bien codifié [4, 36].

4. Les outils

Le guide fut élaboré, au fur et à mesure, grâce à une construction par recherche-action à partir de l'expérience acquise avec ces trois groupes. La construction partait de prémices élaborées lors des expériences antérieures citées plus haut. Ces prémices étaient réarrangées, complétées au fil de l'expérience en se basant sur une description formalisée du fonctionnement des groupes et des processus cognitifs mis en œuvre lors de l'appropriation des données factuelles. La comparaison des productions des trois groupes a permis d'identifier les spécificités contextuelles à prendre en compte dans le guide, après élimination des éléments liés aux personnes.

Le logiciel utilisé pour la synthèse des DAS était une adaptation du logiciel Therinfo [19].

5. Processus de courtage

Les cinq fonctions du courtage ont été mises en opération successivement. Après une réunion d'introduction

à l'étude avec chacun des groupes, la première année a été consacrée à la mise au point des outils. Puis, chaque groupe a débuté le processus par étapes. Dans chaque groupe, le pivot de l'expérience était constitué par un courtier spécialement formé (un collaborateur du CRIC@T).

En dehors de l'interface que constitue le courtier avec les données factuelles, le fonctionnement des groupes était libre. Mais il était suivi grâce à des réunions périodiques des courtiers avec le coordonnateur et le partenaire SHS. L'articulation du travail, entre le courtier et l'observateur SHS, s'effectuait en doublant chaque réunion par un temps de confrontation de la compréhension de l'un et de l'autre de ce qui s'est passé pendant la réunion et des instants d'information qui ont pu être considérés comme décisifs et pourquoi. Le contexte particulier de connaissances orientées vers l'action a été considéré comme plus structurant que la description des processus logiques ou comportementaux inscrits dans toute utilisation d'information (comme manière de recevoir l'information, type d'attention porté – ou non porté – à l'inattendu).

Le fonctionnement des groupes étant libre, il était difficile de prévoir avec précision la séquence de leurs réunions. Selon expérience acquise antérieurement avec le groupe CHU et avec l'étude CardioDAS, on pouvait tabler sur cinq réunions en moyenne, y compris la première destinée à sélectionner le thème [10]. Les membres des groupes pouvaient accéder au logiciel Therinfo en dehors des réunions grâce à un site internet dédié. Ce logiciel, alimenté par les chargés de la collecte, de l'analyse et de la synthèse des DAS, leur donnait accès à toutes ces informations.

6. Description des contextes et des groupes

Les trois groupes représentaient des contextes différents : le personnel médical d'un hôpital général, le groupe hospitalier Drôme-Nord à Romans (groupe CHG), le personnel médical et infirmier d'un établissement spécialisé d'un CHU, l'hôpital Louis-Pradel de Lyon (groupe CHU), un groupe de médecins libéraux impliqués en formation médicale continue, médecins actifs à l'UNAFORMEC Rhône-Alpes (groupe MEDGE). Les groupes, leur composition, les facteurs de disparité et les aspects pratiques sont décrits dans les tableaux II et III.

RÉSULTATS

Les spécificités marquées des groupes justifient un exposé séparé des résultats.

Le déroulement de l'étude a été très différent d'un groupe à l'autre comme le résume le tableau IV.

1. Groupe MEDGE

Les enseignements issus de l'expérience réalisée avec ce groupe se divisent en ceux liés à la réalisation des synthèses et ceux liés à l'expérience de courtage proprement dite.

La présentation du référentiel factuel aux participants a conduit aux réflexions suivantes, très liées au thème choisi :

- Le référentiel factuel reprenant les faits démontrés par des essais cliniques randomisés serait peu approprié à certains domaines car il disqualifie la quasi-totalité des traitements couramment prescrits, laissant

Tableau II
Les contextes des trois groupes.

Facteurs		Groupes		
		CHG	MEDGE	CHU
Contexte	Universitaire			X
	Non-universitaire	X	X	
Domaines couverts	Spécialiste			X
	Généraliste	X	X	
Expérience préalable du courtage	Oui			X
	Non	X	X	
Lieu d'exercice	Hôpital	X		X
	Ville		X	
Implication de l'institution	Forte	X		
	Nulle ou presque		X	X

Tableau III
Composition et historique des groupes.

Groupe	Composition	Historique
CHG	1 radiologue, 1 hygiéniste, 2 néphrologues, 1 urologue, 1 gériatre, 1 pharmacien, 1 chirurgien digestif, 1 anesthésiste	Le directeur du CHG avait participé au début du groupe CHU, alors appelé GB2P, lorsqu'il dirigeait l'Hôpital Louis-Pradel. Il souhaitait étendre l'expérience à son nouvel établissement. Donc le groupe a été constitué à la suite d'une demande de la direction du CHG.
MEDGE	5 médecins généralistes, 1 homéopathe, 1 psychiatre, 1 médecin salarié	Les membres du groupe étaient actifs dans la FMC à travers la branche Rhône-Alpine de l'UNAFORMEC. Le président de cette branche était motivé pour la participation de l'UNAFORMEC-RA à l'étude. Lui-même, en tant que spécialiste pédiatre, n'a pas participé pour ne pas influencer le choix du thème par ses collègues.
CHU	4 cardiologues, 1 interne en pharmacie (GB2P)	Un noyau d'activistes, répondant à un souci de rationalité des prescriptions exprimé par la direction et du CCM de l'hôpital, avait créé le GB2P (groupe de bonnes pratiques de prescription) autour de deux pharmacologues, préfiguration du courtage, les courtiers étant les deux pharmacologues qui maîtrisaient les techniques de collecte et de synthèse des connaissances en thérapeutique.

Tableau IV
Déroulement de l'étude dans les groupes.

Groupe	Nombre de réunions	Utilisation du logiciel par le groupe	Thèmes choisis	Nombre de questions	Participation stable	Avis émis
CHU	2	Non	Défibrillateurs implantables. Bêtabloquants et syndrome de Marfan. Stents enrobés Médicaments anti-thrombotiques dans la fibrillation auriculaire.	(non comptabilisées)	Non	Non*
CHG	5	Oui	L'antibiothérapie systématique avant, pendant, ou dans le décours d'une intervention chirurgicale réduit-elle le risque de complications postopératoires infectieuses fatales ou non fatales ? L'antibiothérapie systématique avant, pendant, ou dans le décours d'une intervention chirurgicale réduit-elle la morbi-mortalité postopératoire ? L'antibiothérapie systématique avant, pendant, ou dans le décours d'une intervention chirurgicale réduit-elle la mortalité postopératoire ?**	13	Non (cependant un noyau dur)	Oui
MEDGE	2	Non	Traitement des troubles fonctionnels intestinaux (TFI)	3	non	Non

* Le groupe avait émis des avis antérieurement à l'étude.

** Devant le nombre de propositions, des critères de choix des thèmes avaient été fixés au cours de la première réunion.

peu de ressources aux soignants pour la prise en charge de cette pathologie.

- La teneur du référentiel est apparue très dissonante par rapport aux recommandations couramment formulées pour cette pathologie conduisant à une interrogation des participants sur la place du courtage dans la pratique de la médecine et le système de santé actuels en France. Le groupe a exprimé l'opinion que cette approche, certainement utilisable par exemple en cardiologie, conduisait dans d'autres domaines plus courants, comme les troubles fonctionnels intestinaux, à des informations fondées sur les données actuelles de la science et des attitudes trop en porte-à-faux avec les messages couramment véhiculés par les sources de référence des médecins : recommandations de l'Agence d'accréditation et d'évaluation en santé, discours des experts, autorisations de mise sur le marché, etc. Ainsi pour un soignant, suivre les données actuelles de la science le conduit à avoir une pratique atypique par rapport à ce qui est largement reconnu au niveau des instances professionnelles. Il est aussi apparu que les données proposées par le référentiel factuel faisait appel à des concepts (méthodologie des essais thérapeutiques et des méta-analyses, niveau de preuve, évaluation critique de la qualité de la méthode des essais, indices d'efficacité, estimateurs moyens, graphiques de méta-analyses...) actuellement non maîtrisés ni utilisés par les soignants, rendant ainsi cet outil peu adapté aux attentes des médecins. Il a été suggéré qu'une formation spécifique préalable à ces concepts aurait été nécessaire. Dans le cadre de cette étude-

pilote, le format des réunions n'avait pas été conçu pour l'enseignement des fondements de la méthodologie et de la lecture critique.

2. Groupe CHG

Le groupe a bien fonctionné, avec de bons échanges. Il a atteint les objectifs fixés : trois avis ont été produits. Les enseignements que l'on peut tirer de l'activité de ce groupe et des échanges parfois vifs entre les membres du groupe et entre ceux-ci et le courtier (qui devait alors se départir de son rôle purement technique) :

- Les participants, quoique peu nombreux (par rapport à l'effectif médical du CHG) et inconstants, étaient motivés. Ils ont compris la démarche même s'ils ne furent pas toujours d'accord avec son principe et ses objectifs. Le désaccord a essentiellement porté sur les places respectives du courtage et des recommandations. Ils ont souligné quelques insuffisances du logiciel.
- Les recommandations, établies par des confrères respectés et labellisés par des sociétés savantes, ont plus de poids que les DAS présentées en outre sous un format peu habituel, surtout lorsque les deux sources d'informations se contredisent (« Êtes-vous sûr de ne pas avoir oublié des essais ? », sous-entendu des essais cadrant avec les recommandations).
- Le processus doit être institutionnel, accepté par ou imposé à l'ensemble du groupe (la commission du médicament pourrait fonctionner ainsi).

- La formation à la lecture critique est impérative avant toute mise en place d'un processus de courtage.
- La question médico-légale a été évoquée (« mais si notre référentiel est en contradiction avec les recommandations ? ») mais n'a pas paru être pour nos confrères du groupe hospitalier Romans Nord un facteur vraiment bloquant.

3. Groupe CHU

Comme on l'a noté plus haut, ce groupe se distinguait par son antériorité. Au terme de ces deux réunions, le groupe n'a finalement pas rédigé d'avis sur la thématique choisie pour l'étude. Différentes difficultés ont été à l'origine de cette interruption du processus : 1) d'une façon générale, les membres du groupe de bonne pratique de prescription (GBPP) ont constaté la relative indifférence de leurs collègues vis-à-vis de la production du groupe ; 2) les délais de relecture des experts sollicités pour chaque avis étaient devenus peu à peu incompatibles avec le bon fonctionnement du groupe ; 3) pour certains avis, aucun relecteur n'a même pu être trouvé ; 4) les avis produits n'ont donné lieu qu'à d'exceptionnels commentaires, au point que l'on peut se demander s'ils ont été lus par la communauté à laquelle ils étaient destinés...

C'est dans ce contexte que le projet « courtage » s'est surajouté à l'activité du GBPP qui gérait alors simultanément plusieurs avis en cours d'élaboration ou de rédaction. Ces avis ont été alors considérés comme prioritaires car sollicités par le Comité consultatif médical de l'hôpital. Les membres du GBPP n'ont donc pu totalement s'investir dans un avis qui n'aurait sans doute pas été considéré comme utile par l'institution même.

Peu à peu, certains membres du GBPP ont renoncé à participer aux travaux du groupe, et fait notable, ils n'ont pu être remplacés, faute de volontaires, au sein de l'institution. La seule possibilité était que le courtier lui-même rédige alors l'avis pour le projet « courtage », ce qui allait à l'encontre des objectifs recherchés dans ce projet.

DISCUSSION

Ce travail avait une ambition limitée. Partant de divers constats évoqués dans l'introduction, il nous était apparu que l'idée du courtage des connaissances, au niveau des professionnels, méritait d'être approfondie tant au plan des principes que des opérations avant qu'un jugement définitif sur son efficacité et son efficacité puisse être porté. En effet, à mesure que les expériences et les approches théoriques du transfert de

connaissances s'affinaient, la complexité et la position-clé des deux dernières phases – appropriation et action – devenaient des défis majeurs [4, 36].

Depuis que ce travail a été initié, la littérature sur le courtage des connaissances en médecine s'est étoffée [37]. La FCRSS a lancé un périodique appelé « Le courrier du courtage » [38]. La question de l'efficacité du courtage à modifier les pratiques s'est posée alors même que ses modalités optimales n'étaient pas connues. Un essai randomisé comparant trois stratégies de transfert de connaissances, dont une s'appuyait sur le courtage a été publié et d'autres sont en cours [10, 37, 39].

Nous avons adopté une définition à sens unique du courtage, dans la ligne de nos travaux précédents. En effet, nous sommes préoccupés au premier chef par le transfert des connaissances qui existent. La FCRSS travaille autour d'une définition bidirectionnelle [27] : tout en étant la cible du transfert, les professionnels participent à la définition des recherches à faire pour accroître les connaissances. Cette perspective-là est pour nous très importante, car nombre de travaux de recherche en clinique n'ont pas ou peu d'utilité pratique, gaspillage de temps et de ressources. Mais notre position de chercheurs sans implication dans le processus de choix des recherches à financer, hors de la décision d'allocation des ressources, nous interdit de la prendre en compte. Néanmoins, les discussions évoquées ci-dessus autour des informations présentées par les courtiers ont bien montré les lacunes des connaissances disponibles, ce qui justifie pleinement la position de la FCRSS.

Cette étude n'a pas été conçue pour évaluer l'impact du courtage sur les pratiques. Ce devrait être l'objet d'une future étape. Les données de la littérature sur la capacité du courtage à modifier les pratiques sont totalement insuffisantes et ceci s'explique par la relative nouveauté de ce mode de transfert de connaissances en médecine. L'étude ne visait qu'à explorer les conditions de mise en œuvre du concept. Le protocole avait été voulu très souple afin de laisser aux acteurs une large capacité d'adaptation du concept aux différents contextes et aux obstacles non prévus.

L'étude n'a pas été non plus conçue pour identifier avec précision les facteurs contextuels influençant l'efficacité du processus. Mais avec son approche qualitative, elle a permis de confirmer ou d'identifier certains aspects contextuels facilitateurs (ou limitateurs) qui paraissent importants, ainsi que des questions systémiques sans réponse aujourd'hui. Au rang des aspects contextuels, le degré d'intégration du courtage dans l'institution apparaît un facteur-clé du succès. En ce sens, les expériences des groupes CHU et CHG paraissent illustratives. Dans

les deux cas la hiérarchie institutionnelle était favorable à la démarche mais le corps médical était faiblement (CHG), voire peu (CHU), motivé et dans les deux cas difficilement disponible. Plus que les structures, ce sont les modes de pensée des professionnels qui font obstacle. Ensuite, la légitimité du courtier et de ses propositions face aux recommandations a fait problème. L'application de la démarche factuelle au domaine des troubles fonctionnels intestinaux a conduit à des messages fortement contrastés par rapport aux recommandations actuelles. Cet écart a, très certainement, rebuté les professionnels du groupe MEDGE car l'approche qui leur était proposée, non seulement ne leur facilitait pas la prise en charge de leurs patients, mais les conduisait à une rupture franche par rapport à toutes leurs autres sources d'information traditionnelles, y compris le résumé des caractéristiques des produits et tout particulièrement les indications officielles. Un phénomène similaire, quoique moins marqué, a été exprimé par le groupe CHG. Ce constat n'est pas une limite de l'approche factuelle en elle-même mais avant tout, le reflet d'une très faible prise en compte des données factuelles dans les processus habituels d'élaboration des stratégies et recommandations thérapeutiques dans des domaines où l'intérêt d'une évaluation correcte des thérapeutiques proposées n'a pas encore été perçu par le corps médical et les pouvoirs publics. Répétons que les recommandations, par construction, ont d'une part, peu de chances de modifier les pratiques et d'autre part, pour les mêmes raisons, ont toutes les chances de ne pas être en accord avec les données actuelles de la science [13]. Or, la France a adopté une régulation des pratiques fondées sur les recommandations.

Un des membres du groupe MEDGE a refusé de jouer le jeu, tout en essayant de tenir le devant de la scène, rendant les échanges conflictuels. Ce qui souligne l'importance d'un accord tacite entre les partenaires et du réseau de confiance, voire de connivence, dans lequel le courtier doit s'insérer sans le perturber. Ferguson a listé les qualités d'intermédiation de l'intermédiaire [41] et l'importance du réseau informel [33] et de sa composition a été soulignée [38]. Cette observation confirme, que pour être adoptée par les professionnels de santé, une intervention complexe doit être adaptée aux acteurs et que cette intégration requiert un travail préalable spécifique [42]. La nécessité d'introduire des approches sociologiques et ethnologiques dans les recherches sur le transfert de connaissances en santé découle de ce constat [29, 41].

Un dernier obstacle mis en évidence par cette étude doit être souligné, la formation des professionnels est inadaptée à l'intégration des connaissances fondées sur les données actuelles de la science. Il en résulte que l'opinion prévaut sur la connaissance. La formation médicale initiale en France inclut depuis peu la lecture

critique. C'est un pas dans le bon sens. Encore faudrait-il ne pas se tromper de voie, ce qui ne semble malheureusement pas gagné aujourd'hui. Mais, même en cas d'intégration couronnée de succès dans le cursus, cette mesure ne suffira pas à elle seule. Il faudrait aussi prévoir dans le cadre de la formation professionnelle médicale continue un module standard de gestion des connaissances pour la pratique, qui inclurait la lecture critique et les autres éléments dont cette étude a révélé les manques.

Par ailleurs, cette étude confirme l'intérêt potentiel, mais non perçu par la gouvernance de la santé, d'entretenir la liste des problèmes de soins non ou mal résolus et d'y porter remède. Il s'agit là d'un regard évaluatif porté sur les pratiques qui est nécessaire à la bonne santé de tout système de santé. Et qui fait défaut en France. Cette observation justifie les deux directions du transfert manifeste dans la définition du courtage de la FCRSS [27]. Le processus utilisé dans l'étude a permis ce recueil.

Enfin la réalisation des référentiels factuels a mis en évidence les points suivants : 1) un référentiel couvrant un champ thérapeutique étendu est réalisable avec les outils utilisés en un temps relativement court compatible avec un processus de courtage ; 2) la réalisation de ce référentiel est possible par des professionnels sans expertise méthodologique et statistique avancées mais spécialement formés à cette activité.

CONCLUSION

Cette étude ne permet pas de dire si le courtage est capable de modifier les pratiques, ce n'était pas dans ses objectifs. D'autres études seront à conduire pour tester l'efficacité du courtage. En revanche, elle montre que le courtage des connaissances en thérapeutique, selon le concept posé au départ, est possible. Il est généralement bien accepté mais des obstacles sont apparus, de nature essentiellement contextuelle mais aussi culturelle : la formation médicale initiale ne prépare pas les futurs praticiens à la gestion des connaissances (l'introduction de la lecture critique à l'examen national classant modifiera cet état de fait) et les groupes de professionnels, institutionnels ou non, ne sont ni structurés ni préparés pour un courtage optimal. Les outils nécessaires au courtier – informatique et guide du courtage – existent et sont adaptés même s'ils méritent d'être améliorés. L'optimisation du courtage requiert une formation des professionnels aux bases de l'analyse critique des informations thérapeutiques. Celle-ci devra être adaptée au contexte en termes de format et de contenu. La mise en œuvre du courtage nécessite une étude préalable des circuits interprofessionnels dans la cible envisagée et une adhésion de ces professionnels. D'autres recherches sont nécessaires.

Le recueil des questions, pour lesquelles les réponses ne satisfont pas les professionnels, est perçu comme utile même s'il est vécu comme dérangeant. Le courtage permet ce recueil. Ce recueil devrait être généralisé.

Information aux lecteurs

Travail réalisé grâce à une aide du Conseil scientifique de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés.

RÉFÉRENCES

1. Sengupta IN, Kumari L. Bibliometric analysis of AIDS literature. *Scientometrics*. 1991;20:297-315.
2. Balaban M, De Gaetano G. Scientific information and science indicators. *J Nephrol* 1995;8:71-8.
3. Wyatt J. Use and source of medical knowledge. *Lancet*. 1991;338:1368-73.
4. Boissel JP, Bossard N, Chauvin F, Cucherat M, Fardeheb M, Gueyffier F, et al. *L'information thérapeutique*. Paris : Ed G Bouvenot. Masson ; 2000.
5. Smith R. What clinical information do doctors need? *BMJ*. 1996;313:1062-8.
6. Gorman PN, Ash J, Wykoff L. Can primary care physicians' questions be answered using the medical journal literature? *Bull Med Libr Assn*. 1994;82:140-6.
7. Williamson J. Health science information management and the continuing medical information. *Ann Int Med*. 1989;110:151-60.
8. Boerkamp EJC, Haaijer-Ruskamp M, Reuyl JC, Versluis A. The use of information sources by physicians: development of a data-generating methodology. *Soc Sci Med*. 1996;42:379-88.
9. Boissel JP, Barry S, et le G.E.P. Cas simulés et Minitel[®] : un outil pour l'étude des prescriptions. *Thérapie* 1992;47:21-7.
10. Amsallem E, Kasparian C, Cucherat M, Chabaud S, Haugh M, Boissel JP, et al. Evaluation of two evidence-based knowledge transfer interventions for physicians. A cluster randomized controlled factorial design trial: the CardioDAS Study. *Fundam Clin Pharmacol*. 2007;21:631-41.
11. Boissel JP. Impact of randomised clinical trials on medical practices. *Control Clin Trial* 1989;10:120S-34S.
12. Lenfant C. Shattuck lecture – clinical research to clinical practice – lost in translation? *N Engl J Med*. 2003;349:868-74.
13. Boissel JP, Amsallem E, Cucherat M, Nony P, Haugh MC. Bridging the gap between therapeutic research results and physician prescribing decisions: knowledge transfer; a prerequisite to knowledge translation. *Eur J Clin Pharmacol*. 2004;60:609-16.
14. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006;26:13-24.
15. Armstrong R, Waters E, Roberts H, Oliver S, Popay J. The role and theoretical evolution of knowledge translation and exchange in public health. *J Pub Health* 2006;28:364-9.
16. Majumdar SR, McAlister FA, Furberg CD. From knowledge to practice in chronic cardiovascular disease: a long and winding road. *JACC* 2004;43:1738-42.
17. Pierce D, Gunn J. GPs' use of problem solving therapy for depression: a qualitative study of barriers to and enablers of evidence based care. *BMC Fam Pract*. 2007;8:24.
18. Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine; I. Recent developments. *Arch Intern Med* 1990;150:1811-8.
19. Boissel JP, Haugh M, Fardeheb M, Nony P, Gueyffier F, Strang N. How should therapeutic information be transferred to users? *Fundam Clin Pharmacol* 2003;17:495-503.
20. Cohen MV, Byrne M-J, Levine B, Gutowski T, Adelson. Low rate of treatment of hypercholesterolemia by cardiologists in patients with suspected and proven coronary artery disease. *Circulation*. 1991;83:1294-304.
21. Eisenberg MJ, Califf RM, Cohen EA, Adelman AG, Mark DB, Topol EJ for the CAVEAT-I and CCAT Investigators. Use of evidence-based medical therapy in patients undergoing percutaneous coronary revascularization in the United States, Europe, and Canada. *Am J Cardiol*. 1997;79:867-72.
22. Costanza ME, Stoddart AM, Zapka JG, Gaw VP, Barth R. Physician compliance with mammography guidelines: barriers and enhancers. *J Am Board Fam Pract*. 1992;5:143-52.
23. Chalmers J. Impact of guidelines for antihypertensive treatment on clinical practice. *Clin and Exper Hypertension*. 1996;18:415-23.
24. Saillour-Glénisson F, Domecq S, Pouchadon M-L, Jacques B, Sibé M. Analyse qualitative et quantitative des déterminants à l'application des recommandations professionnelles (RP) par les médecins. *Rev Epidémiol Santé Publique* 2008;56S:S207-19.
25. Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based «detailing». *NEJM*. 1983;308:1457-63.

26. van Kammen J, de Savigny D, Sewankambo N. Using knowledge brokering to promote evidence-based policy-making: The need for support structures. *Bull World Health Organ.* 2006;84:608-12.
27. Lomas J. The in-between world of knowledge brokering. *BMJ.* 2007;334:129-32.
28. Perriault J. *L'accès au savoir en ligne.* Paris : Éditions O. Jacob ; 2002.
29. Garbay J, Le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines?" *Ethnographic study of knowledge management in primary care. BMJ.* 2004;329:1013-7.
30. Oldham G, McLean R. "Approaches to Knowledge Brokering" (May 1997) [available online (portable document format): http://www.iisd.org/pdf/2001/networks_knowledge_brokering.pdf]
31. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). *La théorie et la pratique du courtage de connaissances dans le système de santé canadien.* Ottawa : FCRSS ; 2003.
32. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004;82:581-628.
33. Nony P, Haugh MC, Amsallem E, Boissel JP. Preliminary results from a pilot «good prescribing practice» group. *Fund Clin Pharmacol.* 2000;14:278.
34. Ghiglione R, Kekenbosch C, Landré A. *L'analyse cognitivo-discursive.* Paris : PUG ; 1995.
35. Boissel JP, Cucherat M, Amsallem E, Nony P, Fardeheb M, Manzi W et al. Getting evidence to prescribers and patients or how to make EBM a reality. *Stud Health Technol Inform.* 2003;95:554-9.
36. MacDermid JC, Graham ID. Knowledge translation: putting the "practice" in evidence-based practice. *Hand Clin.* 2009;25:125-43.
37. Dobbins M, Robeson P, Ciliska D, Hanna S, Cameron R, O'Mara L, et al. A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies. *Implementation Science.* 2009;4:23 [<http://www.implementationscience.com/content/4/1/23>].
38. [http://www.chsrf.ca/brokering/index_e.php].
39. Ward VL, O House A, Hamer S. Knowledge brokering: exploring the process of transferring knowledge into action. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:10.
40. Cross R, Sproull L. Plus qu'une réponse : Relations informelles pour les connaissances applicables. *Chronique du courtage.* 2005;(27).
41. Ferguson JE. Combler l'écart entre la recherche et la pratique. *Chronique du courtage.* 2007(31).
42. Jansen YJFM, de Bont A, Foets M, Bruijnzeels M, Bal R. Tailoring intervention procedures to routine primary care practice; an ethnographic process evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:125.