

Annexe

Intérêt du processus d'application des connaissances dans la pratique pharmaceutique. *Pharmactuel* 2019;52:101-109

Démarche d'application des connaissances, applicable en pharmacie

À partir de l'approche de Lavis, il est possible de présenter la démarche d'application des connaissances, réalisable en pharmacie, à l'aide des réponses aux cinq questions ci-dessous³⁴.

1° Quel est le type de connaissances transférées ?

On distingue les données brutes des données probantes :

- Données brutes : Bell définit la connaissance comme un continuum de données-informations-connaissances selon le niveau de jugement humain requis (faible pour les données et de plus en plus élevé jusqu'aux connaissances). La connaissance prend différentes formes¹. Elle est :
 - explicite quand elle se réfère à des connaissances clairement articulées (le savoir);
 - tacite (le savoir-faire) quand elle est basée sur l'expérience et les actions;
 - personnelle, inséparable de l'expérience personnelle et de la pratique selon Polanyi²;
 - collective si l'on considère qu'elle s'acquiert au sein d'une communauté selon Wittgensteins³.

En pharmacie, il existe de nombreuses données brutes, notamment : monographies de médicaments, ouvrages publiés, articles publiés, bases de données sur le médicament (par exemple, Micromedex^{MD} Lexicomp^{MD}), tables de données dans les différents logiciels utilisés dans le cadre du circuit du médicament.

- Données probantes : Plusieurs auteurs considèrent qu'il est nécessaire d'exercer une pratique basée sur les faits, les preuves ou les données dites probantes. Ce processus exige un tri des données qui favorise les meilleures décisions⁴. Gabbay et Le May estiment que l'intégration des connaissances, de la pratique et des contextes mène au développement de *mindlines* ou lignes de pensées, tacites, intériorisées, renforcées de façon collective, éclairées par de brèves lectures, mais principalement par les interactions avec les autres professionnels de santé, les leaders d'opinion, les patients et les représentants pharmaceutiques et par d'autres sources de connaissances largement tacites qui s'appuient sur leur formation initiale et leurs propres expériences et celles de leurs collègues⁵.

En pharmacie, il est possible de mettre en valeur les données probantes : bases de données avec mise en valeur des preuves (par exemple, Uptodate^{MD}), revues systématiques (par exemple, travaux des groupes Cochrane) et méta-analyses publiées, sélection des interactions médicaments-médicaments jugées pertinentes pour un établissement de santé ou une pratique donnée, sites web consacrés à la mise en valeur de preuves (par exemple, Impactpharmacie.org). Ainsi, le modèle de pratique de pharmacie, qu'il s'applique aux services (par exemple, dispensation centralisée) ou aux soins (par exemple, soins directs aux patients avec une participation intégrée du pharmacien hospitalier dans l'activité clinique des services) peut favoriser le recours systématique aux preuves. Pour ce faire, les pharmaciens doivent développer une pratique fondée sur les preuves, un processus de formation continue relative à cette approche, des outils et des bases de données mises à jour en temps réel.

2° Qui est le destinataire des connaissances ?

Un destinataire ou un utilisateur de connaissances est une personne censée utiliser les connaissances issues de la recherche pour prendre des décisions éclairées au sujet de politiques, de programmes ou de pratiques en matière de santé. Le degré de participation au processus de recherche d'un utilisateur de connaissances peut varier en intensité et en complexité, selon la nature de la recherche et les besoins en information de l'utilisateur⁶.

En pharmacie, les destinataires et utilisateurs de connaissances sont les groupes suivants : pharmaciens, étudiants et internes en pharmacie, préparateurs, autres professionnels de la santé (par exemple, médecins, infirmières, inhalothérapeutes), patients, administrateurs, médias.

3° Qui délivre les connaissances ?

On distingue le producteur de connaissances et le courtier en connaissances :

- Le producteur de connaissances planifie et met en œuvre des approches afin de pousser (disséminer) les connaissances vers les publics qui, selon lui, en ont besoin⁷.

En pharmacie, les producteurs de connaissances sont les pharmaciens, les étudiants et les internes en pharmacie et les préparateurs, mais également tout producteur de données scientifiques (par exemple, chercheurs, cliniciens, agences, sociétés savantes) portant sur l'utilisation des médicaments et les soins des patients.

- Le courtier en connaissances est un intermédiaire qui facilite la collaboration entre les chercheurs et les utilisateurs des connaissances. Il trouve des données scientifiques qui serviront à la prise de décisions, il interprète et adapte les résultats de la recherche en fonction du contexte local et il cerne les nouveaux problèmes que la recherche peut contribuer à résoudre⁸.

Les pharmaciens peuvent jouer le rôle de courtier, notamment dans le cadre des activités de service (par exemple, lors de la validation pharmaceutique des ordonnances), de soins (par exemple, lors de la prescription ou du suivi de la thérapie médicamenteuse avec l'équipe traitante), d'enseignement ou de gestion (par exemple, au sein de comités, comme le comité des médicaments et dispositifs médicaux).

4° Comment les connaissances devraient-elles être transmises ?

Il faut prendre en compte les obstacles, les facteurs d'incitation et les stratégies de mise en œuvre.

Il est essentiel de déceler les obstacles et les facteurs d'incitation à l'utilisation des connaissances. Ces obstacles et facteurs d'incitation sont notamment liés aux connaissances, aux attitudes et aux comportements (par exemple, à la motivation), et à l'environnement⁹.

En pharmacie, il existe de nombreux obstacles, comme :

- Un cadre juridique exigeant et extensif; le personnel hésitant à tenter de nouvelles pratiques qui risquent de contredire le cadre juridique;
- Des pratiques complexes avec de nombreuses exceptions (par exemple, il faut beaucoup de temps pour former un pharmacien ou un préparateur en général et pour remplir des fonctions particulières); tout changement peut déstabiliser le fonctionnement;
- Des modifications de l'organisation ou de systèmes informatiques, le leadership et l'engagement des utilisateurs sont des facteurs d'incitation.

Les stratégies de mise en œuvre des connaissances visent à rendre accessibles et à diffuser les connaissances produites par les équipes de recherche (ou autre source) auprès de publics ciblés. Sans stratégie, le transfert des connaissances peut échouer¹⁰.

On reconnaît trois seuils de mobilisation lors du développement d'une stratégie. Le choix du seuil de mobilisation dépend de l'objectif de l'intervention, du type de connaissances à transférer, du degré d'adaptation du contenu à transférer par le courtier en connaissances en fonction du contexte et du profil des utilisateurs de connaissances.

- Diffusion des connaissances (par exemple, laisser les choses se faire)
- Dissémination des connaissances (par exemple, aider les choses à se faire)
- Application des connaissances (par exemple, faire que les choses se fassent)

Les stratégies peuvent être actives ou passives, simples ou multiples. Il faut privilégier les stratégies multiples, les adapter au contexte et au public cible^{11,12}.

En pharmacie, il existe de nombreuses stratégies. De façon générale, on recourt à la diffusion lorsqu'on partage de l'information dans les réunions départementales ou en plus petits groupes. On peut recourir à la dissémination notamment dans le cadre d'activités d'enseignement ou en travaillant en interdisciplinarité (par exemple, changement d'une règle d'utilisation pour un médicament donné). On recourt à l'application des connaissances lorsqu'on s'implique activement dans la plupart des étapes du changement proposé (par exemple, implantation d'une nouvelle pompe de remplissage ou d'un nouvel automate, déploiement d'un pharmacien dans une nouvelle équipe de soins au chevet des patients).

5° Quels sont les changements de comportement attendus ?

Le changement de comportement repose sur différents modes d'application des connaissances¹³. Huberman décrit trois modes d'application des connaissances soit :

- L'application conceptuelle (*conceptual use*) qui repose sur une compréhension de haut niveau des connaissances proposées y compris le cadre conceptuel;
- L'application instrumentale (*instrumental use*) qui repose sur une compréhension pratique de la façon dont les connaissances seront utilisées;
- L'application stratégique (*strategic use*) qui repose sur une compréhension du contexte et des enjeux autour desquels les connaissances seront utilisées.

Beyer ajoute un mode symbolique (*symbolic use*) qui permet à l'intervenant de déterminer les raisons qui légitiment ou soutiennent les connaissances à appliquer.

En pharmacie, il existe de nombreux changements de comportements attendus, comme : faire en sorte que le personnel soignant respecte l'ensemble des lois, règlements et normes en vigueur, faire en sorte que les prescripteurs respectent les règles de bon usage des médicaments, faire en sorte que les pharmaciens effectuent la réconciliation médicamenteuse telle qu'elle est requise, faire en sorte que le personnel de la pharmacie respecte un cadre normatif donné (par exemple, validation des ordonnances, préparations magistrales stériles), faire en sorte que les étudiants et internes en pharmacie effectuent une veille électronique continue des articles scientifiques clés dans un domaine donné et qu'ils soient prêts à discuter des meilleures preuves disponibles lors des tournées de patients.

Références

1. Crilly T, Jashapara A, Ferlie E. Research utilisation & knowledge mobilisation: a scoping review of the literature. [en ligne] http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1801-220_V01.pdf (site visité le 15 septembre 2017).
2. Polanyi M. Personal knowledge. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1962. 503 p.
3. Wittgenstein L, Dastur F, Rigal E. Recherches philosophiques. Paris: Gallimard; 2004. 367 p.
4. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
5. WhatisKT home. Mindlines, definition. [en ligne] <https://whatiskt.wikispaces.com/Mindlines> (site visité le 15 septembre 2017).
6. Instituts de recherche en santé du Canada. Engagement des utilisateurs de connaissances. [en ligne] <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/49505.html> (site visité le 15 septembre 2017).
7. Instituts de recherche en santé du Canada. La dissémination et l'échange des connaissances. [en ligne] <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41953.html> (site visité le 15 septembre 2017).
8. Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J. Knowledge Transfer Study Group. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Q* 2003;81:221-48.
9. Instituts de recherche en santé du Canada. Évaluation des obstacles et des facteurs d'incitation à l'utilisation des connaissances. [en ligne] <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/42293.html> (site visité le 15 septembre 2017).
10. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W et coll. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med* 2013; 46:81-95.
11. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et coll. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess Winch Engl* 2004;8:iii-iv,1-72.
12. National Institute for Health Research. Research Design Service-South Central. Complex intervention. [en ligne] <http://www.rds-sc.nihr.ac.uk/planning-a-study/study-design/quantitative-studies/clinical-trials/complex-interventions/> (site visité le 15 septembre 2017).
13. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W et coll. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof* 2006;26:13-24.