



HAL
open science

**La science peut-elle être utile à la pratique? Réflexion
sur le transfert et l'utilisation des connaissances
scientifiques dans le domaine de la santé mentale en
France**

B. Lamboy

► **To cite this version:**

B. Lamboy. La science peut-elle être utile à la pratique? Réflexion sur le transfert et l'utilisation des connaissances scientifiques dans le domaine de la santé mentale en France. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2011, 169 (2), pp.98. 10.1016/j.amp.2009.04.020. hal-00727589

HAL Id: hal-00727589

<https://hal.science/hal-00727589>

Submitted on 4 Sep 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Accepted Manuscript

Title: La science peut-elle être utile à la pratique? Réflexion sur le transfert et l'utilisation des connaissances scientifiques dans le domaine de la santé mentale en France

Author: B. Lamboy

PII: S0003-4487(10)00218-0
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.04.020
Reference: AMEPSY 1192

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Received date: 8-9-2008
Accepted date: 22-4-2009

Please cite this article as: Lamboy B, La science peut-elle être utile à la pratique? Réflexion sur le transfert et l'utilisation des connaissances scientifiques dans le domaine de la santé mentale en France, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2009.04.020

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.



*Mémoire***La science peut-elle être utile à la pratique ?****Réflexion sur le transfert et l'utilisation des connaissances scientifiques dans le domaine de la santé mentale en France****Can the science be useful in practice? An analysis of the transfer and the use of scientific knowledge in the field of mental health in France****B. Lamboy, PhD**

Auteur correspondant : Mme Béatrice Lamboy, Laboratoire Inter-Universitaire de Psychologie, Département de psychologie, Université de Savoie, Domaine Universitaire de Jacob-Bellecombette, BP 1104, 73011 Chambéry, France

Adresse email : beatrice.lamboy@inpes.sante.fr

Texte reçu le 8 septembre 2008, accepté le 22 avril 2009

Résumé

Alors que depuis plusieurs années, de nombreux organismes recommandent de s'appuyer sur des données probantes pour mener des actions dans le domaine de la santé, l'utilisation des résultats des recherches scientifiques par les milieux de pratique semble poser problème dans le champ de la santé mentale en France. En s'appuyant sur des travaux réalisés dans le domaine du transfert de connaissances en santé et sur l'analyse d'une situation prototypique, cet article vise à questionner la place des données scientifiques dans les domaines pratiques en santé mentale en France. Une typologie des modes de transfert et d'utilisation des connaissances présente le modèle conceptuel (qui regroupe le mode « désintéressé » et le mode « éclairage »), le modèle instrumental (qui comprend le mode « expert » et le mode « résolution de problème »), le modèle « stratégique », et le modèle « interactif ». Différents obstacles au processus de transfert recensés dans la littérature sont ensuite exposés : les problèmes associés aux questions et résultats de recherche, ceux associés à la diffusion, et ceux en lien avec la rencontre de cultures organisationnelles différentes. Une analyse d'une situation de transfert de connaissances en santé mentale en France permet ensuite de caractériser la problématique française dans ce domaine : une méconnaissance des connaissances et méthodes scientifiques, une confusion des rôles et des

places entre praticiens et scientifiques, une relation entre milieu de pratique et milieu scientifique construite sur l'opposition et l'absence d'échange, un problème d'articulation des connaissances scientifiques avec les univers de pratique. Enfin, à partir des données de la littérature, quelques solutions sont présentées afin de favoriser l'émergence d'une coopération constructive entre milieux scientifiques et milieux de pratique.

Mots clés : Pratique fondée sur les preuves ; Santé mentale ; Transfert de connaissances

Abstract

While for several years numerous organisms in the field of health recommend to base interventions on evidence, the use of scientific knowledge by practitioners seems to be problematic in the mental health field in France. Using data in the field of knowledge transfer in health and analysing a prototypic case, this article aims to question the place of scientific knowledge in practical domains in mental health in France. A typology of modes of transfer and use of knowledge introduces the conceptual model (which regroups "unselfished" mode and "enlightenment" mode), the instrumental model (which consists of "knowledge driven" mode and "problem solving" mode), the "strategical" model and the "interactive" model. Different obstacles to the process of transfer of knowledge based on a literature review are then presented: problems linked to questions and research results, those linked to diffusion and those linked with the gap of different organizational cultures. An analysis of a situation of transfer of knowledge in mental health in France characterizes French problems in this domain: an ignorance of knowledge and scientific methods, a confusion of roles and places between practitioners and scientists, a relation between practitioners and scientists based on opposition and absence of exchange, a problem of application of the scientific knowledge. Finally, some solutions are introduced to facilitate the emergence of a useful collaboration between scientists and practitioners.

Key-words : Evidence Based Interventions; Knowledge Transfer; Mental Health

1. Introduction

Dans quelle mesure aujourd'hui en France, en santé mentale, les résultats des recherches scientifiques bénéficient-ils aux différentes pratiques ? Quelle est la part des connaissances scientifiques dans le fondement des interventions, que ce soit dans la sphère clinique, dans le champ de la prévention, dans le domaine administratif ou politique ? Alors que depuis plus de dix ans de nombreux pays recommandent de s'appuyer sur des données probantes pour mener des actions dans le domaine de la santé [7,9,14], comment se fait-il qu'une telle démarche pose problème dans le domaine de la santé mentale en France ?

Nous ne prétendons pas répondre aujourd'hui à ces vastes questions. Cependant, portés par ces interrogations de fond, nous tenterons d'ouvrir une réflexion, de dresser un premier état des lieux et de proposer de nouvelles perspectives. En nous appuyant sur les données de la littérature dans le domaine du transfert de connaissances et sur l'analyse d'une situation prototypique, nous tenterons de faire émerger des tendances générales et de dégager une certaine problématique nationale dans le domaine de la santé mentale. Nous adopterons ainsi une position méta, en ayant bien conscience des spécificités qui peuvent demeurer à une autre échelle et des diversités qui existent en fonction des milieux de pratique (macro [décideurs et planificateurs], méso [administratifs], et micro [professionnels, patients, associations]) [1].

Ainsi, dans un premier temps nous aborderons la notion de transfert de connaissances ; nous proposerons une typologie des modes d'utilisations des connaissances scientifiques, et présenterons un certain nombre d'obstacles au processus de transfert. Nous nous intéresserons ensuite à la situation française en matière de transfert et d'utilisation des connaissances dans le champ de la santé mentale, en nous penchant sur un cas qui nous paraît caractéristique. Enfin, nous terminerons notre article en nous focalisant sur les solutions possibles pour favoriser l'émergence d'une coopération constructive entre les milieux scientifiques et les milieux de pratique.

2. Transfert et utilisation des connaissances : une typologie

Depuis une quinzaine d'années, la question du transfert et de l'utilisation des connaissances dans le domaine de la santé est abordée le plus souvent en référence au modèle de

l'*Evidence Based Medicine* (EBM). Mais si le modèle EBM occupe le devant de la scène, l'articulation entre recherche et pratique ne peut se réduire à cette approche. L'EBM renvoie à une forme de relation entre univers de recherche et de pratique, sous-tendue par une conception des connaissances scientifiques, des producteurs et des utilisateurs. Afin d'alimenter notre réflexion, nous proposons *une typologie des modèles de transfert et d'utilisation des connaissances* découlant des travaux de Weiss [26], et de l'adaptation au monde de la santé faite par Denis [4]. Ainsi, il est possible de distinguer quatre grands types de modèles, dont deux sont subdivisés en modes :

- le modèle conceptuel, regroupant le mode « désintéressé » et le mode « éclairage » (*enlightenment*) ;
- le modèle instrumental, comprenant le mode « expert » et le mode « résolution de problème » ;
- le modèle « stratégique » ;
- le modèle « interactif ».

Ces modèles impliquent des liens différents entre univers scientifique et univers de pratique ; ils se distinguent par leurs conceptions des connaissances scientifiques et leur utilisation, ainsi que par le statut accordé aux scientifiques et aux utilisateurs.

Insérer Tableau 1

2.1. Le modèle conceptuel

Dans *le modèle conceptuel*, les liens entre les univers de recherche et de pratique sont distants et non définis. La nécessité d'interactions structurées entre scientifiques et praticiens n'est pas ressentie. Les connaissances scientifiques sont produites par des chercheurs autonomes, bénéficiant d'une certaine notoriété ; elles portent intrinsèquement une valeur « de vérité » et, de fait, peuvent influencer la société. Ainsi, les productions scientifiques de bonne qualité renferment en elles des applications pratiques ; applications qui sont sous la responsabilité des praticiens. Quant aux chercheurs, ils sont dans des univers académiques, préoccupés par l'avancement des connaissances. Dans le premier mode, ils sont « désintéressés » ; sans autre intérêt que la production de connaissances, ils sont tout à la fois dévoués à la science, et peu concernés par les problèmes de société. Dans le mode « éclairage », le lien entre les deux univers

est davantage considéré. Les connaissances agissent sur les pratiques de façon indirecte, via un processus d'influence à long terme non systématique. De façon informelle, les connaissances scientifiques se retrouvent assimilées et intégrées au sein d'un ensemble de connaissances, idées, idéologies, qui constituent un cadre conceptuel de référence pour les praticiens. Les connaissances scientifiques apportent un éclairage et permettent une plus grande compréhension des problèmes et des situations (processus d'*enlightenment*). Un échange enrichissant et conceptuel peut s'opérer entre scientifiques et praticiens.

2.2. Le modèle instrumental

Dans *le modèle instrumental*, le lien entre univers scientifique et pratique est explicite, défini et organisé dans le temps. Les scientifiques se mettent au service des préoccupations pratiques. Ainsi, « la valeur des connaissances scientifiques s'estime à leur capacité d'apporter des solutions à des problèmes précis » [22]. Dans ce cadre, l'accent est mis sur la capacité de production comme sur celle d'utilisation ; il est donc important que le contenu comme la forme puissent être assimilés par les praticiens. Dans le cas du mode « expert », les scientifiques produisent des données dont les utilisateurs peuvent bénéficier ; les connaissances scientifiques sont transférées de façon descendante et unidirectionnelle vers les milieux de pratique. Dans le mode « résolution de problème », les utilisateurs sont plus actifs puisqu'ils permettent de définir le problème et d'orienter la recherche. Les connaissances scientifiques ont pour fonction d'apporter une réponse précise face à un problème donné.

2.3. Le modèle stratégique

Dans *le modèle stratégique*, « le passage des connaissances à la pratique se fait à travers le soutien qu'elles apportent aux acteurs et aux groupes, dans la défense de leurs intérêts et de leurs positions » [22]. Les connaissances scientifiques sont considérées comme des « ressources stratégiques », qui peuvent être accumulées, intégrées à d'autres formes de connaissances, et utilisées dans des situations spécifiques. Les résultats de recherche sont donc appréhendés de façon sélective et intéressée. En effet, la valeur des connaissances dépend de leur capacité à répondre aux besoins des acteurs et à apporter un soutien face aux préoccupations sociales.

2.4. Le modèle interactif

Dans *le modèle interactif*, les liens entre les deux univers sont particulièrement forts puisque les connaissances scientifiques sont coproduites par les scientifiques et les praticiens, qui deviennent ainsi partenaires de recherche. Cette approche renvoie à la recherche/action et au constructivisme ; la recherche y est vue comme un processus interactif qui réunit les chercheurs et les praticiens, de la conception de l'étude jusqu'à l'utilisation des données, ce processus étant par lui-même source de connaissances [3].

Au niveau international, le modèle instrumental est le modèle qui est actuellement le plus mis en avant dans le domaine de la santé, que ce soit dans les secteurs clinique, administratif ou politique [6,11,14,20,22]. La recherche y est vue comme une source de changement et de progrès social ; les connaissances scientifiques sont au service de l'intérêt collectif. Dans le mode « expert », elles sont transférées de la communauté scientifique vers les milieux de pratique afin de permettre le développement de nouvelles technologies, d'accroître la qualité des interventions et d'améliorer les conditions de vie des individus. L'EBM s'inscrit dans ce processus de transfert de type unidirectionnel, de la science vers la pratique. Le mode « résolution de problème » renvoie davantage au modèle de la recherche appliquée. Les connaissances sont utilisées afin de résoudre un problème pratique. Dans les deux cas, les univers scientifique et de pratique sont relativement bien distincts, malgré les liens et les échanges qui doivent se tisser pour que le processus de transfert et d'utilisation puisse fonctionner. En effet, cette démarche d'appropriation n'est pas aussi simple et naturelle qu'il y paraît. « On sait déjà depuis plusieurs années qu'une stratégie fondée uniquement sur l'accès à l'information est insuffisante pour en garantir l'utilisation » [2,5,16,19,22,27,28].

2.5. Les obstacles à l'utilisation des connaissances

Ils sont nombreux et divers. Dans le cadre de leur étude sur les processus décisionnels en santé, Trottier et Champagne [22] en présentent un certain nombre qui peuvent être facilement généralisés aux différents domaines de la santé. Ils proposent de les regrouper en trois classes :

- ceux associés aux questions et résultats de recherche ;

- ceux associés à la diffusion ;
- ceux en lien avec la rencontre de cultures organisationnelles différentes.

Ainsi, dans les obstacles relatifs au contenu de la recherche, on peut mentionner les problèmes de pertinence des questions de recherche pour les praticiens, de priorisation des recherches, et « l'impression de manque de qualité et d'objectivité des résultats des recherches, principalement ceux des sciences sociales » [22]. Les problèmes de diffusion mettent en avant le langage scientifique spécialisé et non accessible, les modes de communication non adaptés (articles scientifiques, rapports, communications à des congrès de spécialistes, revues payantes, en anglais), l'absence de structures de liaison entre les univers scientifique et de pratique. Les scientifiques et les praticiens appartiennent à des communautés différentes, chacune portée par une culture organisationnelle spécifique, faite de pratiques, de valeurs, d'idéologies et d'intérêts propres. L'univers scientifique est marqué par une recherche de rationalité et d'objectivité, une approche analytique et complexe des problèmes, un processus d'accumulation des connaissances standardisé et défini sur du long terme, une tradition écrite, et un système de récompense fondé sur la reconnaissance par les pairs. Ces obstacles sont autant de défis à considérer et à relever si l'on souhaite que communauté de pratique et communauté scientifique puissent s'enrichir de façon optimale.

3. État de la situation en France dans le domaine de la santé mentale : une pratique en rupture de science ?

Pour réaliser cet état des lieux, nous partirons d'une situation spécifique, mais qui, du fait de son ampleur et de ses caractéristiques, est susceptible de nous proposer certains éclairages et mécanismes généraux. Il s'agit de l'*Expertise collective sur le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, publiée par l'Inserm en 2005 [7], et plus particulièrement des réactions qui ont suivi et qui ont donné lieu à une véritable polémique.

Dans une logique de transfert de connaissances scientifiques, l'Inserm dispose d'un Centre d'expertise collective qui vise à produire des documents de synthèse de la littérature scientifique sur un problème de santé. Ce travail de revue de la littérature vient en réponse à des demandes qui peuvent provenir de différents acteurs sociaux : associations de patients, décideurs, assurance maladie... Il est réalisé par un collectif de chercheurs choisis par l'Inserm. Chaque

chercheur est convié à faire état des connaissances dans son domaine de prédilection, afin d'éclairer les différentes sphères du problème de santé. Chaque chapitre du livre, rédigé par un chercheur, propose une synthèse des connaissances scientifiques sur une thématique ou un domaine de santé (ex. : prévalence, facteurs de risque, mécanismes neurobiologiques, traitements, interventions préventives...). Des rencontres de groupes, des discussions collectives et des auditions d'experts externes sont organisées pour donner le plus de cohérence à ce travail, qui se déroule sur près d'une année. L'ouvrage, de plusieurs centaines de pages, est constitué de chapitres thématiques de synthèse de la littérature, d'une synthèse des chapitres, ainsi que de recommandations pratiques (pour la recherche et pour les pratiques) proposées par les chercheurs au regard de l'état des connaissances. Concernant l'expertise qui nous intéresse, elle a été commanditée par la Canam (Caisse d'assurance maladie des travailleurs indépendants), qui souhaitait avoir des données sur les troubles mentaux, leur dépistage, leur prise en charge et leur prévention. L'expertise sur le Trouble des conduites représentait donc l'une des expertises sur les troubles mentaux, tels que définis par les classifications psychiatriques internationales (CIM-10 et DSM-IV). Nous nous trouvons donc devant un cas classique de transfert de connaissances de type instrumental « mode expert ». Des connaissances scientifiques sont synthétisées et mises à la disposition des milieux de pratiques, en première ligne la caisse d'assurance maladie, le commanditaire, mais aussi tout praticien intéressé par cette problématique (la version électronique du rapport étant accessible sur le site de l'Inserm); situation on ne peut plus classique pour tout praticien ou chercheur international.

Et pourtant, le jour même de la conférence de presse de l'Inserm, les journaux remettent en cause le bien fondé de la démarche et des conclusions [18]. Environ quatre mois après la sortie du rapport, un « collectif de protestation » se constitue : « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans. » Presque toutes les professions en lien avec la santé mentale et la petite enfance se retrouvent dans les initiateurs du collectif. De nombreux syndicats et associations de professionnels y sont aussi représentés. Un appel est lancé au grand public et aux pouvoirs publics à travers une pétition qui prend vite de l'ampleur : plus de 85 000 signatures en six semaines, et près de 200 000 signatures aujourd'hui. L'analyse approfondie de cette démarche dépasse largement le cadre de cet article. Et il est certain que pour saisir ce phénomène dans toute sa complexité, il serait nécessaire de faire appel à différentes grilles de lecture. Dans notre cas, nous nous focaliserons sur les aspects qui sont explicitement en lien avec le transfert et

l'utilisation des connaissances scientifiques, ainsi que sur les relations entre les milieux scientifiques et les milieux de pratique dans le champ de la santé mentale. Pour cela, nous allons tenter de dégager les idées maîtresses, présentes dans les principaux documents représentatifs de la démarche : pétition, communiqués de presse officiels, actes de colloque (présentés sur le site Internet du mouvement « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans »).

Au regard de ces écrits, nous pouvons caractériser la situation par quatre éléments :

- une méconnaissance de ce que sont les connaissances et méthodes scientifiques ;
- une confusion des rôles et des places entre praticiens et scientifiques ;
- une relation entre milieu de pratique et milieu scientifique construite sur l'opposition et l'absence d'échange ;
- un problème d'articulation des connaissances scientifiques avec les univers de pratique.

Un des extraits de la conférence de presse du 21 mars 2006 est particulièrement illustratif de la méconnaissance et/ou de l'incompréhension que les praticiens ont du travail scientifique (et d'une expertise collective Inserm) : « Les initiateurs de l'appel "Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans" ont analysé [...] et souhaitent porter à la connaissance du public leurs remarques sur la méthode retenue par l'Inserm ainsi que sur son contenu. Ils s'inquiètent des dérives scientistes de ce rapport et de sa possible instrumentalisation à des fins de contrôle social. Ce rapport fait le choix de privilégier une approche anglo-saxonne ; c'est un point de vue d'experts. Il ne prend pas en compte de nombreuses conceptions de la médecine, de l'histoire, de l'éducation et de l'éthique [...] l'approche Inserm fondée sur une stricte analyse bibliographique sans aucune analyse des pratiques de terrain, véritable déni des méthodes et pratiques de prévention et de soins de la petite enfance en France. »

Tous les argumentaires du mouvement « Pas de zéro de conduite... » remettent en cause « l'approche anglo-saxonne » (communiqués de presse, appel de la pétition, analyse de la méthode...), demandant ainsi à la méthode scientifique d'être contextualisée. Il y a une confusion entre la pratique clinique, qui se fonde sur les cas individuels et la subjectivité, et la démarche scientifique, qui est portée par une logique d'universalité et de généralisation. Cet amalgame entre approche anglo-saxonne et approche scientifique est probablement renforcé par l'usage de la langue anglaise dans la plupart des productions et communications scientifiques. Cependant, les pratiques scientifiques en santé mentale sont développées dans de nombreux pays : pays nordiques, latins, moyen-orientaux, asiatiques, anglo-saxons. Elles s'appuient sur les mêmes

méthodes scientifiques, quel que soit le pays d'appartenance des chercheurs (méthodes qui sont regroupées dans des manuels et enseignées plus ou moins tôt dans le cursus des étudiants : avant l'université au Québec, et parfois en 5^e année universitaire en psychologie clinique en France). La méthode et la finalité du rapport de l'Inserm ne sont pas mieux comprises ; il s'agit de mettre à la disposition des univers de pratique, les résultats de recherches scientifiques en santé. Ce rapport qui part de données primaires (articles de recherches empiriques) pour produire des données secondaires (synthèse des résultats de recherche) n'a pas vocation à réunir toutes les connaissances sur la thématique. Sont donc absentes les connaissances d'une autre nature (connaissances issues de l'expérience, de la tradition, de réflexions...) et de champs extérieurs à la santé (histoire, sociologie, philosophie, éthique...). Sachant les limites de cette expertise et de tout résultat de recherche (qui sont, comme aime à le rappeler Van der Maren [23,24] « hypothétiques, c'est-à-dire provisoires, relatifs, conditionnels et conjecturaux »), comment se fait-il que ce travail soit perçu comme « figé, monolithique, détenteur d'une vérité intangible » (Danion, colloque du 14 novembre 2006) ? L'amalgame fait entre vérité et résultats scientifiques rentre possiblement en jeu. S'il peut être présent parmi ceux qui cherchent à faire valoir leur opinion et leur intérêt (comme les décideurs), ou parmi ceux qui souhaitent renforcer leur position sociale et leur notoriété (comme les chercheurs), il est possible qu'il soit opérant parmi ceux qui critiquent cette contre-vérité. Pourtant, la critique et les remises en question représentent un des fondements de la démarche scientifique, où chaque énoncé est sujet à changement, où chaque résultat en appelle un autre qui vient le compléter, le réfuter ou le confirmer. Dans cet esprit d'ajustement, d'amélioration et de remise en cause, se construisent les études. Si des résultats posent problème, des nouvelles recherches peuvent être réalisées ; de même, si des rapports de synthèse, comme celui de l'Inserm, suscitent une controverse et des doutes, il est possible de demander une contre-expertise (comme le rappelle le Syndicat national des Chercheurs scientifiques).

Comme nous l'avons souligné, cette méconnaissance des règles scientifiques (volontaire ou involontaire ? consciente ou inconsciente ?) conduit les praticiens à projeter leurs propres fonctionnements sur ceux du monde scientifique. Il en ressort *une grande confusion des rôles et des places entre praticiens et scientifiques*. Les praticiens de la santé mentale condamnent-ils les outils des scientifiques (échelles, grilles, questionnaires...), comme le souligne Danion, lors du colloque du 14 novembre 2006 ? Ce dernier rappelle qu'il est possible de « Comprendre la

réticence de certains collègues à utiliser ces outils dans leur pratique quotidienne [mais qu'il s'agit dans le même temps de ne pas confondre cette pratique quotidienne avec les pratiques de recherches et de rejeter tout instrument d'évaluation. Ce qui peut être dénué d'utilité pour le clinicien peut se révéler indispensable pour le chercheur. La recherche clinique impose en effet des contraintes supplémentaires telles que l'utilisation d'instruments d'évaluation validés ». Les praticiens s'en prennent aussi aux institutions scientifiques et aux chercheurs qu'ils accusent de ne pas faire une science digne de ce nom : « Nous refusons que les institutions dédiées à la recherche et la connaissance usurpent leurs fonctions en produisant des corpus qui manquent de distance par rapport à des idéologies. Dans le champ de la santé, quand les institutions scientifiques ne se préoccupent pas des valeurs qui sous-tendent les hypothèses de la recherche, quand elles n'appréhendent pas l'ensemble des approches, quand elles choisissent parmi les experts, seuls ceux qui sont susceptibles de valider les thèses préétablies, quand elles ne placent pas l'humain au centre de leurs débats, loin de servir l'avancée de la connaissance, elles dévalorisent le concept même d'approche scientifique » (conférence de presse du 21 mars 2006). Ces affirmations posent question ; est-ce aux praticiens de qualifier la démarche scientifique mise en œuvre ? De juger des capacités réflexives des scientifiques et de leurs institutions ? Et de demander « d'engager de nouvelles formes de recherche scientifique » (conférence de presse du 21 mars 2006). Pour le bon fonctionnement des pratiques de terrain comme des pratiques scientifiques, n'aurait-on pas intérêt à reconnaître et maintenir les spécificités de chacun ? Quels sont les bénéfices à ce que les praticiens orchestrent le monde scientifique et déclarent « promouvoir le débat scientifique » (communiqué de presse du 11 novembre 2007) ? À ce que les associations de praticiens se disent « associations scientifiques » (conférence de presse du 21 mars 2006) ? À quoi correspond ce besoin de « label scientifique » au sein de la pratique ? Nous ne devons pas oublier que « la recherche scientifique n'est pas l'activité suprême de l'esprit [...], [que] les autres modes de pensées et activités humaines [...] sont tout autant essentiels au progrès d'une société, [et qu']ils ne doivent pas prétendre s'identifier à ce qu'est la recherche scientifique. Ce n'est pas parce que la recherche scientifique bénéficie d'une certaine aura en cette fin de XX^e siècle, que ces activités [...] doivent se prévaloir, à l'intérieur des discours académiques, du titre de "recherche" » [23, p. 8].

Les documents produits laissent aussi apparaître *une relation problématique entre milieu de pratique et milieu scientifique*, une relation qui oscille le plus souvent entre rupture et rejet. Le

collectif « Pas de zéro de conduite... » demande un débat, et les institutionnels (Inserm et ministère) tentent d'y répondre. Un premier colloque est donc organisé afin « d'instaurer un dialogue entre tous les acteurs de terrain concernés par le Trouble des conduites, et notamment entre chercheurs et cliniciens, pour faire émerger des propositions permettant d'enrichir la recherche. C'est en mettant à profit un tel dialogue que la recherche psychiatrique doit avancer. Ce dialogue s'est mis en place aujourd'hui et doit se poursuivre » (Danion, colloque du 14 novembre 2006). Plus que « d'enrichir la recherche », l'attention pourrait être portée sur les rapports entre les différents corps de métier. Jusqu'à maintenant, ils ont été quasiment inexistantes, et le fait de réunir praticiens et scientifiques dans une même salle ne semble pas garantir l'ébauche d'un dialogue.

Favoriser ce rapprochement nécessite peut-être une réflexion sur le transfert et l'échange de connaissances scientifiques. Au lieu de remettre en cause le bien fondé de la recherche scientifique actuelle et de mettre en avant une spécificité française, peut-être pouvons-nous réfléchir aux *problèmes d'articulation entre univers scientifiques et univers de pratique* tels qu'ils se présentent aujourd'hui ? Comme nous l'avons mentionné, l'expertise collective Inserm renvoie à un transfert de connaissance de type « expert » ; les échanges sont unidirectionnels, des scientifiques vers les praticiens, les chercheurs sont en position d'autorité, et les milieux de pratique en position réceptive. Autrement dit, l'utilisation des connaissances dépend de l'attitude d'accueil des praticiens et de leur capacité à assimiler le contenu de l'information. Les réactions suscitées par l'expertise Inserm montrent que l'on ne peut pas se contenter de « parachuter » une synthèse de littérature scientifique si on veut effectuer un transfert de connaissances. En lien avec les obstacles à l'utilisation des connaissances présentés dans la partie précédente, il semble important de pouvoir questionner les objets et objectifs de recherche, les processus de diffusion et de communication, et les rapports entre cultures organisationnelles. Il semble nécessaire de pouvoir rapprocher les différents milieux, de pouvoir faire se rejoindre les préoccupations de chacun, et de mettre en circulation des connaissances assimilables et utiles. D'autres modes de transfert de connaissances (« résolution de problème », « modèle interactif »...) pourraient être plus largement développés pour favoriser l'engagement actif des praticiens dans les processus de recherche, et réduire ce sentiment d'asymétrie qui semble parasiter toute tentative de mise en relation.

4. Discussion : pour une coopération constructive entre milieu scientifique et milieu de pratique

Dans quelle mesure ces comportements en lien avec l'expertise Inserm sont-ils représentatifs de la position des praticiens de la santé mentale et de l'opinion publique en France ? Seules des études systématiques telles que celle réalisée au Royaume-Uni sur l'attitude de professionnels de santé à l'égard de la recherche scientifique [15] seraient à même de répondre à cette question de façon rigoureuse. Notre travail aujourd'hui ne fait que pointer un phénomène, qui de par son ampleur, sa forme et sa pérennisation, s'avère préoccupant. Ce climat de contestation semble aujourd'hui incompatible avec une logique de transfert et d'utilisation des connaissances scientifiques. Force est de constater qu'aujourd'hui l'univers scientifique est privé de son corollaire pratique et donc d'une grande partie de sa pertinence. Toute tentative de mise à disposition des connaissances ne pourra rester que lettre morte tant que la « capacité réceptive » [11] des milieux de pratique demeurera aussi faible.

Au regard des obstacles proposés par Trottier et Champagne [22], nous nous trouvons face à des incompréhensions et des incompatibilités liées principalement aux différences de cultures organisationnelles et professionnelles. Quelques pistes de réflexions ont été proposées pour essayer de pallier ces obstacles culturels. La non-utilisation ou la sous-utilisation des connaissances seraient associées aux modes de production et au type de transfert de connaissances. Les obstacles viendraient d'une production en vase clos, réalisée par des chercheurs coupés des univers de pratique, et d'une relation de type asymétrique et hiérarchique fondée sur un transfert de connaissances unilatéral des chercheurs vers les praticiens [12,17,21,25]. Pour accroître l'utilisation des connaissances scientifiques, les modes de production devraient ainsi être plus interactifs, afin de favoriser l'émergence de référentiels communs entre chercheurs et praticiens [8,13]. Certains proposent aussi de développer des réseaux de relations entre chercheurs et praticiens [10,14]. L'accent devrait se porter sur la mise en lien des différents milieux, et sur la volonté de créer une interface entre des cultures distinctes mais présumées s'enrichir mutuellement. La création de nouvelles fonctions dans certains pays, comme celle de « courtier de connaissances » au Québec, montre que ce travail de lien nécessite un véritable effort et un investissement considérable. Comme le souligne la Politique québécoise de la science et de l'innovation (2001), le temps où « les politiques scientifiques tenaient pour

allant de soi les retombées pratiques de la recherche » est révolu. Les modes de diffusion des connaissances ainsi que les questions de recherche nécessiteraient aussi d'être interrogés. Pour faciliter l'utilisation des connaissances, les résultats de recherche pourraient être diffusés à grande échelle, sous un format accessible et adapté à chaque public cible. Un important travail de communication et de mise en forme est aussi nécessaire pour que les productions soient assimilables. La diffusion pourrait aussi être facilitée par « la création de lieux de rencontre entre chercheurs, décideurs, gestionnaires, praticiens et responsables politiques » [22]. Les praticiens utilisent les connaissances en fonction de la pertinence qu'ils leur attribuent. En rapprochant les questions de recherche des préoccupations des professionnels de terrain, ou en les associant aux orientations de recherche, les résultats de recherche pourraient leur apparaître plus utiles [8,14,22].

Ces stratégies montrent à quel point une amélioration de l'utilisation des connaissances scientifiques implique une réflexion et des modifications de pratique sur le terrain comme dans les milieux scientifiques. Une véritable mutation semble nécessaire au sein des milieux de pratique pour que les professionnels puissent devenir réceptifs aux connaissances scientifiques. Cette transformation ne pourra se faire sans une meilleure compréhension des processus de recherche et un développement des compétences scientifiques. Il semble aussi important que le processus réflexif, qui anime un grand nombre de praticiens, s'enrichisse de référentiels externes et ne soit pas enfermé dans une communauté de pensée, cette ouverture à l'altérité impliquant, de fait, une capacité à remettre en question ses postulats théoriques comme ses pratiques. Il semble tout aussi illusoire de croire que l'utilisation des connaissances scientifiques par les praticiens puisse se faire sans compter sur une mobilisation des scientifiques sur cette problématique. Nous avons vu que le transfert de connaissances dépendait pour une grande part du mode de production et de diffusion des résultats de recherche, et qu'un certain nombre de changements devaient être effectués pour rendre opérationnel cet échange de connaissances. Ce processus devrait aussi passer par un questionnement sur la responsabilité de la science et des scientifiques en matière de transfert de connaissances et de développement social.

Ainsi, tout en ayant conscience que les connaissances scientifiques ne sont pas les seules données utiles à la pratique, il paraît aujourd'hui essentiel de s'intéresser aux retombées pratiques des connaissances scientifiques ainsi qu'à la place des données scientifiques dans l'élaboration des interventions en santé mentale. Que ce soit au niveau des modes de représentation, de

l'analyse des problèmes ou de l'amélioration et du renouvellement des pratiques, l'utilisation des connaissances scientifiques peut apporter des bénéfices substantiels. Se priver de cet apport, c'est courir le risque de ne pas proposer les interventions les plus adaptées et les plus efficaces dans un secteur où la demande est de plus en plus importante.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

- [1] Battista RN, Lance JM, Lehoux P, Tégulier G. Health technology assessment and the regulation of medical devices and procedures in Québec. Synergy, collusion, or collision. *Int J Technol Asses Health care* 1999;15:593-601.
- [2] Caplan NA, Morrison. The use of social science knowledge in policy decisions at the national level: a report to respondents. Ann Arbor, University of Michigan, center for research on the utilization of scientific knowledge; 1975. p. 63.
- [3] Denis JL, Béland F. Le chercheur et ses interlocuteurs : complicité et intéressement dans le domaine de la recherche évaluative. *Evaluer : pourquoi ? CQRS*. Québec 1996. p. 21-31.
- [4] Denis JL, Lehoux P, Champagne F. Knowledge utilization in health care: from fine-tuning of dissemination to "contextualization" of knowledge. In: Lemieux-Charles L, Champagne F, Langley A, eds. *Multiple perspectives on evidencebased decision-making in health care*. Toronto: University of Toronto; 2004. p. 11-41.
- [5] Dunn WN, Holzner B. Knowledge in society: anatomy of an emergent field. *Knowledge in Society: The International Journal of Knowledge Transfert* 1988;1:3-26.
- [6] Evans RG, Barer ML. Être ou ne pas être en santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 1996.
- [7] Expertise collective. *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Inserm; 2005.
- [8] Gibbons M, Limoges C. Massification of research and education. In: Gibbons M, ed. *The new production of knowledge: The dynamics of science and research in contemporary societies*. London: Sage publications; 1994. p. 70-89.
- [9] Gouvernement du Canada. *Forum national sur la santé. Rapports de synthèse et documents de référence. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, vol. 2*. Ottawa; 1997.

- [10] Harries U, Elliot H. Evidence-based policy-making in the NHS: Exploring the interface between research and the commissioning process. *J Public Health Service* 1999;21:29-36.
- [11] Haynes RB, Hayward RS, Lomas. Bridges between health care research evidence and clinical practice. *J Am Med Inform Assoc* 1995;2:342-50.
- [12] Huberman M, Ben-Peretz M. Disseminating and using research knowledge. *Knowledge and policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization* 1994;7:1-3.
- [13] Lehoux P, Denis JL. Dissemination and use of health technology assessment in Canada: The perception of providers, healthcare administrators, patients and industry. Montreal: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé; 2003. P. 87.
- [14] Lomas J. Using linkage and exchange to move research into policy at a Canadian Foundation. *Health Aff* 2000;19:236-40.
- [15] Mcsherry R, Artley A, Holloran J. Research awareness: An important factor for evidence practice? *Wordviews Evid Based Nurs* 2006;3:103-15.
- [16] Oh CH, Rich RF. Explaining use of information in public policymaking. *Knowledge and policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization* 1996;9:3-35.
- [17] Premfors R. Knowledge, power and demography: Lindblom, critical theory and postmodernism. *Knowledge and policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization* 1992;5:77-93.
- [18] Prieur C. Le « Trouble des conduites » de l'enfant, concept psychiatrique discuté. Paris: *Le Monde*; 23 septembre 2005.
- [19] Ravetz JR. Usable knowledge, usable ignorance: Incomplete science with policy implications. *Sustainable development of the biosphere*. Cambridge: Cambridge University Press; 1985.
- [20] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
- [21] Schön DA. Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Montréal: Les éditions logiques; 1994.
- [22] Trottier LH, Champagne F. L'utilisation des connaissances scientifiques : au cœur des relations de coopération entre les acteurs. Rapport de recherche du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Université de Montréal ; 2006.

[23] Van der Maren JM. Méthodes de recherche pour l'éducation. Montréal: De Boeck Université; 1995.

[24] Van der Maren JM. Une formation professionnelle et scientifique en éducation est-elle possible ? Rev Sci Edu 2003;29:467-76.

[25] Watkins JM. A postmodern critical theory of research use. Knowledge and policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization 1994;7:55-77.

[26] Weiss CH. The many meanings of research utilization. Public Adm Rev 1979;39:426-31.

[27] Weiss CH. Evaluation for decisions: Is anybody there? Does anybody care? Eval Pract 1988;9:5-19.

[28] Weiss CH. If program decisions hinged only on information: A response to Patton. Eval pract 1988;9:15-28.

Accepted Manuscript

TABLEAU

Tableau 1 : typologie des modèles de transfert et d'utilisation des connaissances

	Modèle Conceptuel	Modèle Instrumental	Modèle Stratégique	Modèle Interactif
Interaction science/ pratique	Non structurée D : faible Ec : informelle	Structurée Ex : unidirectionnelle RP : guidée par un problème pratique	Non structurée et informelle	Structurée, intense et multidirectionnelle
Connaissances scientifiques	Valeur intrinsèque	Valeur dépend de son utilité	Ressource stratégique : valeur dépend de sa capacité à servir un intérêt	Coproduction : valeur dépend de la qualité des échanges entre milieux scientifique et de pratique
Utilisation des connaissances Scientifiques	Va de soi Elite autonome et indépendante	Nécessite une mise en forme Au service de la pratique	Intégrée à un processus d'échanges et de négociations Soutien aux acteurs sociaux	Intégrée au processus de recherche Partenaires de recherche
Utilisateurs	Potentiel réceptacle D : passifs E : actifs	Bénéficiaires Ex. : passifs RP : actifs	Actifs et engagés	Partenaires de recherche

D : mode désintéressé ; Ec : mode éclairage ; Ex : mode expert ; RP : mode résolution de problème