

---

## Mise en œuvre des pratiques fondées sur des preuves scientifiques :

### une analyse cognitive des référentiels proposés en Suisse par les élites professionnelles en soins infirmiers, en ergothérapie et en kinésithérapie

**Nicolas Kühne\***

*\* Unité de recherche de la FONDATION pour la Recherche en SOins (FORESO)  
p.a. Haute Ecole de la Santé La Source  
Avenue Vinet 30  
CH – 1004 LAUSANNE  
n\_kuhne@yahoo.com*

---

*RÉSUMÉ. Les années 1990 ont vu se développer, en Amérique du Nord, un important mouvement de promotion du fondement scientifique des pratiques médicales, l'Evidence Based Medicine. Ce mouvement s'est rapidement étendu aux autres pays occidentaux et, non sans difficultés, aux autres professions de la santé. Les études consacrées à la compréhension des entraves à l'adoption de ce modèle dans les professions non-médicales de la santé se bornent en général à recenser les obstacles se situant du côté des professionnels (comme le manque de temps ou le manque de compétences). Il est ici considéré, au contraire, que les entraves à l'adoption de l'Evidence-Based Practice (EBP) proviennent également du processus de médiation mis en œuvre par les leaders professionnels. Une analyse de ce processus a été réalisée pour trois professions de la santé en Suisse. Elle montre que, pour l'essentiel, ce processus ne prend guère en compte les systèmes de pratiques dans lesquels les professionnels sont inscrits et que dès lors l'adoption de nouvelles pratiques pourrait en être entravée.*

*MOTS-CLÉS : Evidence-Based Practice, Professions de la santé, Approches cognitives, Réforme de la formation professionnelle, Modèle référentiel-médiateur.*

---

## 1. Introduction

Les années 1990 ont vu se développer un important mouvement de promotion du fondement scientifique des pratiques médicales, l'Evidence Based Medicine (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). L'EBM est un ensemble de procédures, issues de l'épidémiologie clinique, visant à rationaliser et à guider le processus de sélection d'un moyen d'investigation ou de traitement. Bien que le modèle précise que la pratique doit être fondée sur trois dimensions – les preuves scientifiques, l'expertise du professionnel et les préférences du patient – seul la première fait l'objet d'une formalisation. Né dans le champ de l'enseignement de la médecine en Amérique du Nord, ce mouvement s'est rapidement étendu aux autres continents et à d'autres pratiques professionnelles (sous l'expression Evidence-Based Practice (EBP), Evidence-Based Nursing (EBN), etc.). Ce mouvement s'est également étendu à la Suisse, où l'académisation des formations de la santé et la place de plus en plus importante accordée à l'efficacité thérapeutique dans les réformes législatives participent à l'apparition de multiples références à l'Evidence-Based Practice dans les discours et les textes concernant les professionnels de la santé et leur formation.

Mais la diffusion du modèle de l'EBP ne se fait pas sans difficulté. Plusieurs études ont ainsi été consacrées à la compréhension des entraves à l'adoption de l'EBP dans différents contextes nationaux (Dubouloz, Egan, Vallerand & von Zweck, 1999; Jette et al., 2003; Kitson, Harvey & McCormack, 1998; Curtin & Jaramazovic, 2001; McCluskey, 2003). Ces travaux se bornent en général à recenser les obstacles se situant du côté des professionnels (manque de compétences, manque de ressources, etc.). Les remédiations proposées sont d'ailleurs souvent des réponses linéaires à ces « obstacles ». Cette approche repose sur trois postulats : d'une part l'unicité du référentiel de l'EBP (il y aurait un seul modèle de l'EBP) et d'autre part l'uniformité de l'adhésion des professionnels à ce référentiel. Mais la question se pose de savoir si plusieurs référentiels de l'EBP ne coexistent pas et si l'adhésion des professionnels à ces référentiels n'est pas plus variée qu'il ne l'est postulé. Cette approche postule par ailleurs que le référentiel de l'EBP qui est diffusés n'est pas problématique. Nous proposons pour notre part de considérer que l'un des obstacles majeurs à la diffusion du modèle de l'EBP n'est pas le manque de ressources ou de compétences des destinataires mais l'inadéquation des idées véhiculées par les référentiels de l'EBP aux conceptions des cliniciens au sujet de leur pratique professionnelle : les référentiels proposés ne prennent pas en compte les professionnels.

Le travail exposé ici est la première étape d'une recherche plus importante sur la nature du lien existant entre les référentiels produits par des « médiateurs » d'un champ professionnel au sujet d'EBP et leurs destinataires.

## **2. Les approches cognitives des changements de pratiques collectives**

Plusieurs courants, de disciplines diverses, ont approché la manière dont un discours public se constitue comme matrice d'interprétation collective du réel. Pour le travail présenté ici, nous retiendrons les travaux réalisés dans deux domaines : l'analyse des politiques publiques et les travaux de recherche sur les mouvements sociaux. Le premier domaine permet de schématiser le lien entre le discours de certains acteurs sur un secteur – le référentiel – et le développement de leur position hégémonique dans le secteur. Le second domaine permet de schématiser les caractéristiques du discours (à propos d'une situation sociale) propres à en favoriser l'adoption.

### ***2.1. La médiation dans les modèles de politiques publiques***

La question des transformations sociales résultant de l'application de réformes est un champ de recherche très important en analyse des politiques publiques. De nombreux modèles ont été développés dans ce domaine. Le courant de l'analyse cognitive des politiques publiques (cf. (Hall, 1993; Muller, 1990; Braun & Busch, 1999 ; Sabatier & Schlager, 2000) vise pour sa part à saisir les politiques publiques comme des « matrices d'interprétation du réel, au sein desquelles différents acteurs publics et privés pourront inscrire leur action » ((Muller & Surel, 1998), p.61). Ainsi définie, l'approche cognitive comprend tous les acteurs sociaux concernés par une politique publique, depuis les élites politiques et administratives jusqu'aux publics cibles et aux personnes qui subissent les effets secondaires des politiques publiques. Dans ce champ, la question du rapport entre les discours et les processus sociaux a été abordée sous un angle particulier par Muller et Jobert, qui ont cherché à comprendre le lien existant entre la forme cognitive du référentiel diffusé dans un secteur de la société, la position des acteurs impliqués dans cette diffusion et les modalités de cette diffusion (Jobert & Muller, 1987; Muller & Surel, 1998; Muller, 1995, 2000). Schématiquement, Muller et Jobert considèrent qu'un secteur professionnel est dominé par des médiateurs qui produisent des référentiels dans lesquels ils exposent une représentation de ce qu'est leur secteur, des problèmes qu'il traverse et des moyens de résoudre ces derniers (valeurs, normes, algorithmes). Cette représentation s'impose comme une image de référence pour la politique publique, dans la mesure où elle est fondée sur une articulation des normes présentes dans le référentiel global de la société et dans le référentiel sectoriel concerné (un Rapport Global-Sectoriel, RGS). La force de l'hégémonie des médiateurs sectoriels tient par ailleurs aux liens que ce référentiel leur permet d'entretenir avec des médiateurs impliqués dans la définition et/ou l'application de mesures politiques (les « managers ») et donc dans la distribution subséquente des ressources liées à ces mesures. Pour Muller et Jobert la matrice d'interprétation du réel est considérée comme le support cognitif de la relation entre médiateurs de différents horizons, ce qui les unit et leur permet d'atteindre une position hégémonique. La médiation est donc la mise en

relation de la capacité de dire le réel et de la capacité de contraindre l'orientation des actions des membres d'un secteur.

Mais le modèle du référentiel-médiateur suppose qu'un secteur, plus ou moins homogène et distinct des autres secteurs, puisse être isolé. Cette limite a été soulignée en plusieurs occasions (Faure, Pollet, & Warin, 1995; Papadopoulos, 1995). La pertinence de cette approche pour l'étude du champ de la santé est donc limitée par la segmentation du secteur (en secteurs hospitalier et libéral par exemple) et par sa fragmentation (par exemple sur le plan des spécialités médicales). Par ailleurs, ces notions ont été développées pour le système politique français, dont la culture et les structures diffèrent bien sûr notablement du système politique helvétique. Ainsi, dans le système sanitaire suisse, il ne semble pas qu'un médiateur hégémonique, à même de produire un cadre de référence pour l'ensemble d'un secteur professionnel, puisse émerger. Nous avons donc proposé, dans un précédent travail (Kuhne, 2003), d'étendre la notion de médiateurs aux acteurs occupant une position intermédiaire de médiateur professionnel fragmentaire. Cette médiation est fragmentaire dans la mesure où elle concerne des portions du secteur professionnel ou des segments du référentiel et qu'elle est exercée par des acteurs qui n'exercent pas nécessairement une domination sur un champ, tout en bénéficiant d'une certaine autorité sur des groupes ou des domaines restreints. De plus, dans le modèle « référentiel-médiateur », les changements de pratiques concrets obtenus aux niveaux « inférieurs » des organisations sont en quelque sorte des produits dérivés des changements réalisés au niveau des élites. Muller et Jobert ont donc négligé le lien entre les matrices d'interprétation du réel proposées par les médiateurs sectoriels et les cadres de pensée des personnes qui composent le secteur.

## ***2.2. Crédibilité empirique des matrices cognitives, l'approche par les frames et le framing***

Ce lien a par contre été examiné sous l'angle du « framing », en particulier dans le domaine des mouvements sociaux (Snow & al., 1986; Snow & Benford, 1988; Gamson, 1989 ; Snow & Benford, 2000), de la communication de masse (Scheufele, 1999) et de la politique (Rein & Schön, 1989). Pour Snow et Benford, la congruence du référentiel des élites avec celui de membres d'un champ social est la « frame resonance », la résonance du cadre d'interprétation. Cette congruence permet d'obtenir l'adhésion de sympathisants potentiels aux mouvements sociaux desquels les référentiels sont issus. Sur le plan analytique, les composantes de ces cadres d'interprétation décrites par Snow et Benford sont très similaires à celles qu'ont observées Muller et Jobert : sélection de certains aspects de la réalité perçue, mise en valeur dans une communication visant à promouvoir une définition particulière du problème, interprétation causale et jugement de valeur ou proposition de remèdes. Mais dans le modèle proposé par Snow et Benford, l'adhésion des individus aux cadres de référence proposés ne dépend pas de l'hégémonie des médiateurs ou de leur accès privilégié à la distribution des ressources (phénomènes plutôt rares dans les champs sociaux qui nous occupent). Elle dépend pour l'essentiel du jugement porté par les individus sur la cohérence interne du référentiel, sur sa pertinence en

regard de leur expérience quotidienne et sur sa crédibilité empirique. La participation des individus à un mouvement social – qui est le changement de comportement visé – dépend donc moins, dans ce modèle, de l'hégémonie obtenue par les élites d'un secteur que de la relation entre les composantes du référentiel diffusé et celles des diverses conceptions qui préexistent chez ses destinataires.

### **2.3. Objectifs de la recherche**

La présente recherche analyse les modalités de la médiation fragmentaire opérée dans la diffusion du modèle de l'EBP dans trois professions de la santé en Suisse, en soins infirmiers, en ergothérapie et en kinésithérapie. Elle vise en particulier la mise au jour des caractéristiques des référentiels proposés par les médiateurs, de la place attribuées aux pratiques professionnelles que ces référentiels ambitionnent de réformer et des liens existants entre les composantes des référentiels et les positions occupées par les médiateurs dans le champ de la santé.

## **3. Matériel et méthodes**

Le matériel à analyser a été recueilli en plusieurs étapes. Une première recherche documentaire a permis l'identification des institutions et médiateurs professionnels producteurs de discours contenant des références à l'EBP. Dans un second temps, certains médiateurs ont été contactés pour clarifier leur position et/ou leur discours, et/ou pour leur demander d'indiquer d'autres acteurs actifs dans le domaine de la diffusion du modèle de l'EBP (technique de chaînage de type « boule de neige » ou « banquise »).

Le matériel à analyser est constitué en premier lieu de documents publics produits à des fins diverses (organisationnelles, pédagogiques, politiques, administratives, informatives) et de genres variés (articles de presse, textes administratifs, documents de gestion, support de cours, annonce de cours, projets de développement) contenant des références à l'EBP. Il a été contextualisé par des documents décrivant les institutions.

Le matériel documentaire recueilli a été limité aux documents publiés/rédigés entre 1995 et 2006, diffusés en Suisse, en allemand et/ou en français et produits par des personnes professionnellement actives en Suisse ou par des institutions suisses. Ont notamment été exclus : les documents diffusés en Suisse mais produits dans d'autres pays, les discours et textes diffusés en Suisse, produits par des personnes professionnellement actives dans d'autres pays. Cependant, certains documents diffusés en Suisse mais produits dans d'autres pays seront pris en compte dans la mesure où ils ont été expressément diffusés par des médiateurs locaux.

L'ensemble des productions recueillies a fait l'objet d'une analyse thématique à l'aide de catégories conceptualisantes préexistantes (Jackson & Stevenson, 2000; Miles & Huberman, 2003; Paillé & Mucchielli, 2003; Triandafyllidou & Fotiou, 1998). Des outils issus de l'analyse du discours (Ducrot, 1984; Maingueneau, 2005;

Sarfati, 2005) ont été appliqués pour l'analyse de la situation d'énonciation des acteurs impliqués dans la production des documents, ou invoqués dans ces derniers. Le logiciel Atlas.ti<sup>®</sup> a été utilisé pour l'analyse thématique.

#### 4. Résultats

*Les résultats présentés ici sont préliminaires, l'étude n'étant pas terminée pour l'heure. Une présentation finale des résultats sera réalisée lors du congrès.*

##### 4.1. Médiateurs professionnels fragmentaires

Les médiateurs professionnels fragmentaires (MPF) identifiés ont des positions variées dans le champ de la santé. Les plus actifs d'entre eux occupent des postes d'enseignants et/ou de chercheurs dans les écoles de formation professionnelle, les haute-écoles supérieures, les universités et les institutions de formation continue. Certains membres des organes dirigeants des associations professionnelles et certains cadres d'hôpitaux universitaires sont également impliqués. Dans une moindre mesure, des cliniciens participent à la diffusion du modèle, le plus souvent dans le cadre de travaux de mise en œuvre réalisés en commun avec l'un ou l'autre des acteurs précités.

##### 4.2. Référentiel global et rapport référentiel global- référentiel professionnel

Il n'y a pas, dans le cadre de la constitution d'un discours sur la nécessité d'adopter l'EBP, un élément contextuel unique auquel tous les MPF feraient référence. Les éléments présents peuvent néanmoins être regroupés en six catégories qui forment un tout relativement cohérent et transverse aux différentes professions : l'évolution démographique, la contention des coûts, l'exigence d'efficacité, le mouvement de l'assurance qualité, la gestion des connaissances et les attentes de la population. Une septième catégorie, la réforme des formations professionnelles, est également un élément du contexte mentionné par certains MPF. Elle présente par contre des particularités qui justifient de traiter cet élément à part.

Dans les discours produits par les médiateurs professionnels fragmentaires (MPF), les éléments contextuels regroupés dans ces sept catégories sont présentés comme des généralités. Les liens qui existent entre ces éléments du contexte et les pratiques quotidiennes des professionnels sont implicites. A aucun moment, les MPF ne justifient par des exemples concrets les éléments du référentiel global qui sont retenus.

Pour ce qui concerne **l'évolution démographique**, il est en particulier relevé que le vieillissement de la population va continuer d'engendrer des besoins de soins croissants. Cette évolution allant de pair avec le mouvement de contention des coûts de la santé, les MPF relèvent qu'il ne sera pas possible de satisfaire ces nouveaux besoins en reproduisant simplement les modalités de fonctionnement actuels du système de santé. Ces éléments sont mentionnés comme un élément de contrainte,

mais parfois aussi comme une opportunité de redéfinir la place des professionnels dans le système sanitaire. L'EBP est dès lors perçue comme une nécessité pour résister aux pressions et pour défendre les pratiques actuelles mais aussi comme un moyen de promouvoir le développement de la pratique professionnelle. Ce développement pourrait être réalisé soit par une redéfinition de la division du travail entre professionnels de la santé, soit par le développement de nouveaux domaines de pratiques.

La plupart des MPF mentionnent l'apparition d'une exigence toujours plus grande d'**efficacité** (et d'efficience). Cette exigence est en général référée aux textes légaux qui régissent le remboursement des prestations, le plus souvent la Loi sur l'Assurance Maladie introduite en 1996 (LAMal, 1996), qui précise dans son article 32 que les prestations remboursées doivent être efficaces, appropriées et économiques et que l'efficacité de ces prestations doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. Cet élément est le plus précis, et sans doute le plus contraignant des éléments du contexte relevés par les MPF. Le fait qu'actuellement, les professions ne font pas la preuve de l'efficacité de leurs prestations est présenté comme une entrave à leur reconnaissance, entrave qui pourrait être levée par la mise en œuvre de l'EBP. Le critère « de l'efficacité démontrée des pratiques » est parfois également mentionné comme un élément de délimitation entre des pratiques professionnelles et des pratiques qui ne le seraient pas. La pratique fondée sur des preuves scientifiques deviendrait ainsi un des éléments permettant de délimiter le champ de la pratique professionnelle. L'EBP favoriserait par ailleurs des pratiques innovantes, améliorant du coup la qualité des soins et évitant que des pratiques désuètes, voire nocives, ne perdurent.

D'autres autres éléments du contexte mentionnés par les MPF peuvent être référés au mouvement général de l'**assurance qualité**. L'assurance qualité est présentée comme un mouvement qui fait naître de nouvelles exigences en termes de procédures et d'efficacité de la gestion. A ce titre, il est perçu comme ayant deux effets : d'une part il augmente les exigences formulées à l'égard des professionnels et d'autre part, il est présenté comme partageant une identité de moyens (comme des procédures rationnelles) et d'objectifs (comme l'efficacité) avec l'EBP. Les dispositions de la LAMal concernant la qualité sont parfois également mentionnées dans ce cadre. Le mouvement touche par ailleurs les institutions de formations et contribue par là également à la diffusion du modèle de l'EBP : l'EBP est vue ici non pas comme une nouvelle pratique clinique mais comme un moyen pour les enseignants de garantir que leurs méthodes pédagogiques et les contenus qu'ils transmettent sont à jour.

L'évolution des **attentes de la population et des patients** est par ailleurs également régulièrement mentionnée. Les patients seraient aujourd'hui plus exigeants en ce qui concerne l'efficacité démontrée des soins, souhaiteraient davantage être associés aux processus de décision et exigeraient une plus grande transparence de la part des professionnels. L'EBP permettrait aux professionnels de présenter une pratique transparente au patient, de lui donner les informations issues de la recherche à propos de leur efficacité. Le fait que le modèle de l'EBP mentionne spécifiquement les préférences du patient répondrait aussi à cette évolution.

Sur un autre plan, l'évolution des sociétés contemporaines en matière de **connaissances** est fréquemment nommée. Les connaissances sont de plus en plus nombreuses, tandis que leur durée de vie se réduirait (la métaphore d'une « demi-vie » des connaissances de plus en plus courte est régulièrement mentionnée). La mise en œuvre de l'EBP serait la méthode de choix pour faire face à l'explosion de connaissances, pour organiser le tri et la sélection des informations pertinentes. Notons qu'à l'exception des MPF se présentant comme cliniciens, la manière dont ces changements se traduisent effectivement dans la pratique n'est pas exposée.

Enfin, le dernier élément du contexte mentionné à l'appui de la nécessité de la mise en œuvre du modèle de l'EBP est la **réforme de la formation professionnelle** et l'académisation de la formation des professionnels de la santé. Pour les professions d'ergothérapeute et de kinésithérapeute, la compétence à mettre en œuvre les résultats de la recherche fait clairement partie d'un nouveau profil professionnel, qui distingue la nouvelle formation de niveau bachelor des anciennes formations qu'elle remplace. C'est le cas également pour la profession infirmière en Suisse francophone. Par contre, il existe une certaine pluralité des discours en Suisse germanophone, principalement due au fait que la réforme de la formation professionnelle n'est pas mise en œuvre de manière uniforme dans cette partie de la Suisse : certaines écoles délivrent des diplômes, d'autres des bachelors. Mais dans les deux cas, l'EBP est parfois mentionnée comme une compétence à acquérir. D'un autre côté, certains MPF germanophones prônent le développement d'une pratique infirmière experte (Advanced Nurse Practitioner - ANP), endossée par des professionnels formés à l'université (niveau master), dont l'une des fonctions serait précisément la mise en œuvre des résultats de recherche. Différents discours, si ce n'est différents modèles, coexistent donc.

#### **4.3. Différents modèles de solutions**

Lorsqu'ils définissent l'EBP, les MPF s'en tiennent en général mot pour mot à la définition usuelle de l'EBM. Par contre, lorsqu'ils exposent leur point de vue sur l'EBP, trois manières différentes de la concevoir peuvent être distinguées. La première correspond strictement à la définition usuelle du modèle (comme un ensemble de procédures). C'est le « noyau dur » des usages de l'EBP. La seconde voit l'EBP comme un équivalent de la mise en œuvre de résultats de recherche. A ce titre, l'EBP perd évidemment sa nature de modèle procédural, mais gagne en généralité. Cet usage est moins incongru qu'il n'y paraît : de nombreux acteurs du champ de la santé l'utilisent également dans ce sens étendu. Il permet par ailleurs d'affirmer par exemple que l'EBP n'est pas vraiment nouvelle, que les figures emblématiques de la profession, les fondateurs et les fondatrices, appliquaient déjà ce modèle. La troisième manière est une version « consolidée » de l'EBP dans laquelle l'EBP est l'agrégation de pratiques diverses, y compris l'EBP au sens premier. Elle associe la pratique réflexive, la centration sur le client, l'expérience personnelle et les échanges avec les pairs dans le processus de sélection des meilleures pratiques. Dans certains cas, ce type de procédé s'éloigne considérablement du modèle initial de l'EBM. En contrepartie, il prend en compte des pratiques plus proches des pratiques effectives et de la réalité clinique. Ainsi,

lorsque des cliniciens présentent le modèle, le rôle donné aux preuves scientifique diffère de celui qu'il a dans l'EBM : les connaissances fondées sur la recherche scientifique complètent l'expérience clinique, et non l'inverse.

#### **4.4. Médiation professionnelle fragmentaire et légitimation**

Dans les discours produit à propos de la diffusion de l'EBP, la position des MPF est bien sûr légitimatrice des énoncés, en même temps que les MPF se légitiment par leurs discours à occuper une certaine position. Ainsi, alors que l'EBP est en premier lieu mentionné comme un moyen de mieux légitimer les pratiques des professionnels aux yeux du « système de santé » en général – ou d'améliorer ces pratiques – le discours sur la nécessité de mettre en œuvre l'EBP porte en fait aussi sur la légitimation des pratiques et des acteurs du champ d'origine de l'énonciateur (comme la recherche et la formation).

Les acteurs situés en HES et à l'université tirent ainsi une partie de leur légitimité à produire un discours sur l'EBP par leur mission de recherche clinique (pour l'université) ou de recherche appliquée (pour les HES). Dans les deux cas, cette mission de recherche est essentiellement orientée (mais pas exclusivement pour ce qui concerne l'université) sur la production de recherches permettant d'améliorer les pratiques professionnelles. A ce titre, la promotion de l'EBP est donc un moyen de justifier la mission de recherche (auprès de la profession entre autre). Sur un plan voisin, en soins infirmiers, certains MFP font la promotion de l'EBP en parallèle de la promotion d'une orientation exclusive de la recherche sur la clinique. L'EBP est ainsi appelé en renfort d'une redéfinition non pas des pratiques cliniques, mais des pratiques de recherche.

En même temps l'EBP est également conçue, en particulier en Suisse germanophone, comme un moyen de créer des liens entre chercheurs d'une part et entre chercheurs et milieux cliniques d'autre part. La promotion de l'EBP est ainsi cohérente, en Suisse germanophone, avec le développement du programme de Master en Soins infirmiers, qui donne une place importante à l'EBP. Ce référentiel permet de constituer un dispositif relativement homogène de chercheurs et de cliniciens formés à la mise en œuvre de changements de pratiques fondés sur les résultats de recherche, ces derniers pouvant ensuite jouer un rôle de diffuseur du modèle de l'EBP dans le cadre de nouvelles fonctions créée dans les institutions de soins (via le modèle de l'ANP par exemple). L'EBP est aussi considéré ici comme un langage commun, l'élément structurant de la relation entre « théorie » (les chercheurs) et « pratique » (les cliniciens). En insistant par ailleurs systématiquement sur le défaut de compétence des cliniciens pour la mise en œuvre de l'EBP, ce type de discours légitime de plus ses auteurs, comme experts et comme formateurs, dans ce domaine. Il renforce la légitimité des professionnels issus de ces niveaux de formation (master) à endosser les nouveaux rôles (ANP) constitués autour de l'EBP. Ainsi un certain nombre d'algorithmes sont suggérés : si l'EBP améliore les pratiques, il faut à la fois plus de professionnels formés à sa mise en œuvre, donc plus de formation, et plus de recherches strictement cliniques pour alimenter cette forme de pratique.

L'EBP est ainsi la visée du changement en même temps que sa force motrice et son mécanisme.

Comme la promotion de la mise en œuvre de l'EBP permet de redéfinir les contours de la recherche, elle permet aussi de redéfinir ceux de l'enseignement. Si les professionnels se doivent de rechercher les pratiques les plus efficaces et les plus récentes, il n'est guère possible que les enseignants et les formateurs eux-mêmes échappent à cette exigence. Ainsi, une redéfinition des pratiques enseignantes voit le jour en parallèle de la redéfinition des pratiques cliniques. Si l'assurance qualité exige des enseignants que les savoirs transmis aux élèves soient à jour, certains MPF vont plus loin et proposent que la formation en général s'inspire du modèle de l'EBP : ce ne sont donc pas seulement les pratiques enseignées qui doivent avoir fait la preuve de leur efficacité, mais également les méthodes pédagogiques utilisées.

Un dernier pôle est constitué de MPF qui sont d'abord des cliniciens. Si leur lecture du RG correspond à celles des autres MPF, leur légitimité est-elle directement en lien avec leurs pratiques cliniques (ce qui n'est pas le cas des autres MPF). Dans ces cas on voit apparaître, dans leur référentiel, des éléments concrètement reliés à la pratique quotidienne, comme la gestion du temps ou la gestion de ses propres compétences. L'EBP est alors présentée comme le moyen de d'assumer sa responsabilité professionnelle personnelle de maintenir ses connaissances à jour. Elle est aussi présentée aussi comme une manière de se relier au corps professionnel, une manière de lui reconnaître un corps de connaissances spécifiques. Une autre spécificité des discours tenus par des cliniciens est la référence concrète aux difficultés de mise en œuvre, au courage dont il faut s'armer pour y parvenir.

## 5. Discussion

Les résultats exposés ci-dessus indiquent que de nombreux médiateurs interviennent dans la promotion de l'EBP. Ils se réfèrent à un référentiel global, dans lequel ils inscrivent un référentiel professionnel, dont ils problématisent certaines composantes qu'ils déclinent en algorithmes. Cette opération participe d'une redéfinition des frontières de ce qu'est la pratique professionnelle clinique, et de ce qu'elle ne doit pas, ou plus, être. En précisant que le professionnel fonde ses pratiques sur les résultats de recherche, on délimite clairement les zones de non-professionnalité et une nouvelle identité. En valorisant la pratique fondée sur des preuves et en affirmant que les professionnels exerçant pour l'heure ne disposent guère des compétences nécessaires à l'accomplissement de ce projet, le message implicite qui leur est transmis a toutefois une connotation largement négative.

La portée des référentiels comme véritable support de changement de pratiques peut être néanmoins être interrogée. Contrairement aux médiateurs du modèle de Muller et Jobert, les discours des MPF s'adressent ici directement aux professionnels. A ce titre, pour être vraiment à l'origine de changements de comportements, ils devraient présenter selon Snow et Benford des éléments relatifs aux pratiques, pertinents en regard de l'expérience quotidienne des cliniciens et empiriquement crédi-

ble. En fait, non seulement ces éléments semblent très faiblement représentés dans ces discours, mais ces derniers redéfinissent bien plus le système de pratiques des MPF – et les modalités de leurs relations avec la clinique - qu'ils ne semblent redéfinir celui des cliniciens eux-mêmes. Il est intéressant de relever que le système de pratique qui est finalement redéfini par le discours n'est pas toujours celui dont il est censé être question.

A naviguer d'ailleurs entre les différentes contraintes de la problématisation, c'est-à-dire d'établir que la situation actuelle est insatisfaisante tout en valorisant les pratiques professionnelles, les MPF n'évitent pas certaines contradictions ou paradoxes. Ainsi, en même temps que la profession est présentée comme inscrite de longue date dans une tradition d'application des résultats de la recherche, on parle de « nouveau soin » ou de « nouveau paradigme ». De même, il s'agirait de démontrer que ce qui est déjà fait est efficace, pour améliorer l'image de la contribution des professionnels au système de santé, alors que dans le même temps il est suggéré que ces pratiques ne sont pas actuelles, voire seraient désuètes ou nocives. Dans ce cas, d'un côté, le professionnel compétent ne serait pas reconnu (car il n'en fait pas la preuve) et de l'autre il ne serait pas compétent. Il est également prétendu que le professionnel fait face à une pléthore d'informations (les résultats de la recherche serait là mais inutilisés) mais que, dans le même temps, le recherche clinique serait trop faible pour servir utilement de fondement à la pratique et devrait être développée.

## 6. Conclusion

Au vu des résultats de l'analyse des référentiels proposés par les MPF, la question de savoir comment ils peuvent être reçus par les cliniciens ordinaires se pose d'autant plus d'acuité. Cette question sera l'objet du deuxième volet de cette recherche, qui visera à déterminer la manière dont ces référentiels peuvent être compris et reçus par des cliniciens inscrits dans différents systèmes de pratiques.

### 6.0. Bibliographie

- Braun, D., & Busch, A. (Eds.). (1999). *Public policy and political ideas*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Curtin M. & Jaramazovic, E. (2001). Occupational Therapists' Views and Perceptions of Evidence-Based Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(5), 214-222(9).
- Ducrot, O. (1984). *Le dire et le dit*. Paris: Editions de Minuit.
- Dubouloz, C. J., Egan, M., Vallerand, J., & von Zweck, C. (1999). Occupational therapists' perceptions of evidence-based practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(5), 445-453.
- Faure, A., Pollet, G., & Warin, P. (Eds.). (1995). *La construction du sens dans les politiques publiques. Débats autour de la notion de référentiel*. Paris: L'Harmattan.

- Jackson, S., & Stevenson, C. (2000). What do people need psychiatric and mental health nurses for? *J Adv Nurs*, 31(2), 378-388.
- Jobert, B., & Muller, P. (1987). *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Hall, P. (1993). Policy paradigm, Social learning and the State. *Comparative politics*, 25(3), 275-296.
- Jette, D. U., Bacon, K., Batty, C., Carlson, M., Ferland, A., & Hemingway, R. D., et al. (2003). Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical therapy*, 83(9), 786-805.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7(3), 149-158.
- Maingueneau, D. (2005). L'analyse du discours et ses frontières. *Marges Linguistiques*, 9.
- Kuhne, N. (2003). *Politiques publiques et professions de la santé : exploration des processus d'adaptation des associations professionnelles non-médicales face à l'exigence de garantie de la qualité*. Mémoire de Diplôme d'Etudes Approfondies, Université de Provence (Aix-marseille I), UFR de Psychologie-Sciences de l'Education, Lambesc.
- McCluskey, A. (2003). Occupational therapists report a low level of knowledge, skill and involvement in evidence-based practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50(1), 3-12.
- Miles, M., & Huberman, A. (2003). *Analyse de données qualitatives* ( 2 ed.). Bruxelles: De Boeck Université.
- Muller, P. (1990). *Les politiques publiques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Muller, P., & Surel, Y. (1998). *L'analyse des politiques publiques*. Paris: Montchrestien.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Papadopoulos, Y. (1995). *Complexité sociale et politiques publiques*. Paris: Montchrestien.
- Rein, M., & Schön, D. A. (1994). *Frame reflection: toward the resolution of intractable policy controversies*. New-York: Basic Books.
- Sabatier, P., & Schlager, E. (2000). Les approches cognitives des politiques publiques : perspectives américaines. *Revue Française de Science Politique*, 50(2), 209-234.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312(7023), 71-72.
- Sarfati, G.-E. (2005). *Eléments d'analyse du discours*. Paris: Armand Colin.
- Snow, D. A., Burke Rochford Jr., E., Worden, Steven K., & Benford. (1986). Frame Alignment Processes, Micromobilization and Movement Participation. *American Sociological Review*, 51(4), 546-581.
- Snow, D. A., & Benford. (1988). Ideology, frame resonance, and participant mobilization. In Klandermans, B., Kriesi, H. & Tarrow, S. (Eds.), *International Social Movement Research* (Vol. 1, pp. 197-217). Greenwich: JAI Press.

- Snow, D. A., & Benford. (2000). Clarifying the Relationship Between Ideology and Framing in the Study of Social Movements: A Comment on Oliver and Johnston. *Mobilization: An International Journal*, 5, 55-60.
- Spillane, J. P., Reiser, B. J., & Todd, R. (2002). Policy implementation and cognition : re-framing and refocusing implementation research. *Review of Educational Research*, 72(3), 387-431.
- Triandafyllidou, A., & Fotiou, A. (1998). Sustainability and Modernity in the European Union A Frame Theory Approach to Policy-Making. *Sociological Research Online* 3, 1 [en ligne]. <http://www.socresonline.org.uk/3/1/2.html> (page consultée le 20.06.2005)