

mise au point

La pratique infirmière fondée sur les preuves

CHRISTOPHE DEBOUT ■ La complexité croissante des situations de soins combinée à la mise à disposition de savoirs scientifiquement validés a entraîné l'apparition du concept de pratique fondée sur des données probantes dans le domaine infirmier ■ En donnant un cadre au processus de décision clinique, l'*Evidence-Based Practice* (EBP) est un facteur d'amélioration de la qualité des soins.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS

Evidence-based nursing practice. The growing complexity of nursing situations combined with the availability of scientifically validated knowledge has led to the appearance of the concept of evidence-based nursing. By giving a framework to the clinical decision-making process, Evidence-Based Practice (EBP) is a factor in the improvement of the quality of care.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS

MOTS CLÉS

- Evidence-Based Nursing
- Evidence-Based Practice
- Evidence-Based Medicine
- Pratique infirmière
- Preuve scientifique

KEYWORDS

- Evidence-Based Medicine
- Evidence-Based Nursing
- Evidence-Based Practice
- Nursing practice
- Scientific evidence

Développer la capacité de recherche infirmière dans le champ de la santé semble une nécessité évidente afin de procurer aux professionnels les savoirs susceptibles d'informer leurs décisions cliniques. Toutefois, l'activité de recherche doit nécessairement s'accompagner d'une traduction des résultats produits en recommandations et en stratégies permettant d'intégrer l'innovation dans la pratique clinique. Il y a là une obligation déontologique pour les infirmières mais aussi un impératif éthique pour les chercheurs.

■ **L'introduction de la pratique fondée sur les preuves** (*Evidence-Based Practice* – EBP) dans le domaine de la santé peut apparaître comme une approche séduisante permettant de mettre en interconnexion l'environnement de la recherche et celui de la pratique. Afin d'éviter toute polysémie, le terme EBP sera utilisé en référence au concept générique, le terme EBM (*Evidence-Based Medicine*) sera réservé à son emploi dans le domaine médical et quant à l'EBN (*Evidence-Based Nursing*), il fera référence à sa déclinaison spécifique dans le domaine infirmier.

■ **L'EBP a l'ambition d'offrir un dispositif intégratif** permettant au professionnel de santé une juste utilisation des savoirs scientifiques disponibles dans son raisonnement clinique.

■ **L'émergence et l'essor de l'EBP** sont liés à la conjonction de facteurs qui affectent le domaine de la santé [1] :

• **un niveau d'exigence accru** des usagers du système de santé qui souhaitent accéder à des soins de

qualité, voire même qui en revendiquent le droit ;

• **des professionnels de santé désireux de proposer des soins les plus pertinents** et ainsi de se conformer aux obligations déontologiques ;

• **des contraintes médico-économiques croissantes** qui mettent en avant la recherche de pertinence, d'efficacité et d'efficience dans les décisions cliniques au regard des moyens alloués ;

• **le développement d'une recherche de plus en plus féconde** dans le domaine de la santé qui met à disposition des savoirs scientifiques potentiellement porteurs d'améliorations dans les soins ;

• **une relative sous-utilisation de ces savoirs scientifiques** produits alors que les protocoles de recherche dont ils sont issus avaient bénéficié de financements.

UN CONCEPT SOUCHE QUI TROUVE SON ORIGINE EN MÉDECINE

■ **Le concept trouve son origine en médecine (EBM).** L'université canadienne de Mc Master (*Mc Master medical school*) en a été le creuset. Le concept avait initialement été développé comme une stratégie pédagogique. L'objectif était de réduire la place accordée à l'opinion du médecin dans son raisonnement clinique et au contraire d'accroître l'utilisation de savoirs issus de travaux de recherche validés. Les facteurs ayant favorisé l'émergence de l'EBM sont également recherchés dans les travaux d'Archibald Cochrane, médecin épidémiologiste britannique, débutés dans les

années soixante-dix. Ces travaux donneront naissance en 1993 à la collaboration Cochrane.

DÉFINITION

■ **De nombreuses définitions de l'EBM ont été proposées.** Toutefois, la définition originelle proposée par David Sackett est plus souvent retenue : « *L'EBM consiste dans l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des données probantes (evidence) les meilleures afin de prendre des décisions concernant les soins des patients à un niveau individuel. La pratique de l'EBM implique l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures données probantes cliniques issues de la recherche systématique* » [2]. Cette définition met en lien la notion de preuve avec le processus de raisonnement clinique du professionnel de santé. L'obtention d'une preuve est conditionnée par l'adoption d'une posture épistémologique qui accorde une grande valeur à l'essai randomisé contrôlé.

■ **Des définitions variées de l'EBP peuvent également être retrouvées.** Un concept générique de l'EBP a été décliné afin de s'adapter aux caractéristiques des autres professions de santé. Certains en donnent une définition assez proche de celle de l'EBM : « *Utilisation de résultats de recherche issus principalement d'études cliniques randomisées contrôlées ou de toute autre méthodologie expérimentale visant à évaluer une intervention spécifique* » [3], alors que d'autres proposent une approche plus large : « *L'EBP implique la synthèse des savoirs issus de la recherche, des analyses de dossiers (rétrospective ou non), des informations relative à l'évaluation de la qualité/gestion des risques, des normes internationales, nationales et locales, des données physiopathologiques, des analyses de coûts/bénéfices, des études d'étalonnage concurrentiel (benchmarking), des préférences du patient et de l'expertise clinique* » [4].

EBM ou EBP reposent sur la notion essentielle de preuve scientifique.

LA NOTION DE PREUVE

■ **Les travaux d'Archibald Cochrane et de Iain Chalmers** tendent à construire et à imposer le concept de preuve (*evidence*) dans le domaine de la médecine. Ces auteurs retiendront plusieurs caractéristiques pour définir le concept de preuve :

- **affirmer l'existence d'une preuve implique que l'impact positif d'une l'intervention ait été mis en évidence** dans un essai clinique randomisé robuste ;
- **les études randomisées et contrôlées sont**

considérées comme la norme méthodologique de référence pour aboutir à la détermination d'une preuve ;

- **une preuve est d'autant plus robuste qu'elle a été produite au terme d'une recension** la plus large possible des travaux de recherche déjà réalisés sur le sujet ;

• **le recours aux revues systématiques et aux méta-analyses** est encouragé.

La revue systématique repose sur une méthodologie rigoureuse qui permet non seulement une compilation des résultats de travaux mais surtout leur analyse critique au regard de critères prédéfinis [5].

■ **une gradation des preuves a été introduite** (tableau 1). L'attribution d'un niveau de preuve élevé est liée au type de méthodologie employé, à la taille de l'échantillon sélectionné, à la validité de l'étude et à la rigueur avec laquelle elle a été conduite. Les résultats issus d'études non expérimentales ou de méthodes qualitatives sont qualifiés de faible niveau de preuve dans le modèle de la collaboration Cochrane.

■ **Les caractéristiques déterminantes d'une preuve** telles qu'elles sont définies dans l'EBM ont été développées en accord avec la pensée médicale et les schèmes épistémologiques qu'elle reconnaît comme valides [6]. La mise à

TABLEAU 1. Les niveaux de preuves selon la Haute Autorité de santé.

Niveau de preuve scientifique	Type d'études	Grade des recommandations
Niveau 1	Essai comparatif randomisé de forte puissance (effectifs suffisants). Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés. Analyse de décision basée sur les études bien menées.	A Preuve scientifique établie (Prouvé)
Niveau 2	Essais comparatifs randomisés de faible puissance (effectifs insuffisants). Études comparatives non randomisées bien menées. Études de cohortes.	B Préemption scientifique (Probable)
Niveau 3	Études cas-témoins	C Faible niveau de preuve (Accepté)
Niveau 4	Études comparatives comportant des biais importants. Études rétrospectives Scènes de cas	C Faible niveau de preuve (Accepté)
En l'absence d'études		Les recommandations sont fondées sur un accord professionnel

Source : Haute Autorité de santé. Référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles, bases méthodologiques pour leur réalisation en France, 2004. Annexe 1, p. 22.

NOTES

¹ Le projet *Conduct and Utilization of Research in Nursing (CURN)* visant à promouvoir l'utilisation des résultats de recherche est précurseur de l'EBP.

² C'est dans cet objectif qu'œuvre notamment l'académie européenne des sciences infirmières (EANS) afin de guider l'activité scientifique infirmière vers la production de preuves.

disposition de preuves permet ensuite la formulation de recommandations de pratique clinique recevant elles aussi un grade dépendant du niveau de preuve sur laquelle elles reposent.

■ **La production d'une preuve, la compilation de l'ensemble de ces preuves et la rédaction d'une recommandation de pratique clinique** nécessitent la mise en conjonction de chercheurs, de sociétés savantes et de structures dotées d'un pouvoir d'autorité permettant de valider la conduite identifiée comme souhaitable.

■ **L'EBP ne consiste pas à fournir au professionnel de santé un prêt à penser relevant du dogme [2].** Cette démarche ne donne la primauté ni à la preuve ni au professionnel de santé. Utilisée dans le contexte, elle conduit le professionnel de santé à prendre une décision clinique qui intègre certes la preuve disponible, les conclusions de son raisonnement mais également les préférences du patient. Ce dernier doit en effet consentir à la thérapeutique, ignorer cet aspect ne serait pas déontologiquement acceptable pour un professionnel de santé. La décision qui en résulte nécessite la participation du patient et du professionnel de santé (figure 1).

DE L'EBP À L'EBN

■ **L'émergence et l'essor du concept d'EBM puis d'EBP ont été à l'origine de réflexions** au sein de la discipline infirmière en vue d'envisager son appropriation dès 1997. Une première publication entièrement dédiée à l'EBN a été lancée au Royaume-Uni sous le titre *Evidence-Based Nursing* en 1998. Les bases de données spécialisées en EBP, telles que la collaboration Cochrane [7], ont créé des sections spécifiques en soins infirmiers.

■ **Les membres de la discipline infirmière sont majoritairement favorables à la notion d'EB [8].**

Cette démarche est considérée comme un vecteur puissant permettant d'améliorer le processus de prise de décision clinique et ainsi d'assurer un niveau de qualité optimal dans un système de santé aux ressources limitées. Elle est vue comme une méthodologie emprunte d'équité et pourvoyeuse d'amélioration des pratiques et des résultats de soins [9]¹.

Explorer la lecture infirmière du concept d'EBP nécessite d'examiner successivement l'utilisation de la notion de preuve scientifique dans la pratique clinique mais également de questionner la méthode permettant de produire cette preuve et de lui attribuer un grade.

EBN ET TYPOLOGIE DES SAVOIRS INFIRMIERS

■ **Cet accueil favorable du concept d'EBN au sein de la communauté infirmière** est également lié à la proximité du dispositif avec les processus cognitifs identifiés dans le raisonnement clinique infirmier. L'exposé de la méthodologie permettant d'informer le raisonnement clinique par la preuve scientifique présente en effet des similitudes avec la conception du savoir infirmier proposé par Barbara Carper en 1978 [10] (la notion de preuve scientifique pourrait se substituer au savoir empirique). L'EBN reconnaît la prépondérance de la relation de soins qui unit le patient au professionnel et n'évacue pas l'intersubjectivité qui y est associée. Elle prend également en compte le contexte de la relation. La preuve scientifique informe le raisonnement tout en laissant la place à l'incertitude garante de la prise en compte de la singularité du patient. L'EBN, en repositionnant les acteurs face à leurs responsabilités, peut aider à prévenir toute velléité scientiste ou encore une normativité poussée à l'excès.

■ **L'exposé de ces différents arguments relatifs à l'utilisation de l'EBN** dans la pratique clinique montre l'adéquation de ce concept avec les postulats et les valeurs de la discipline infirmière.

DE LA POSSIBILITÉ DE CONSTRUIRE UNE PREUVE SCIENTIFIQUE EN SOINS INFIRMIERS

Céline Goulet, en 2004 [11], souligne la nécessité d'appréhender ce concept selon une perspective infirmière, c'est-à-dire en accord avec les valeurs de la discipline infirmière et son épistémologie.

■ **L'introduction de l'EBN est à l'origine de discussions portant sur la méthodologie**

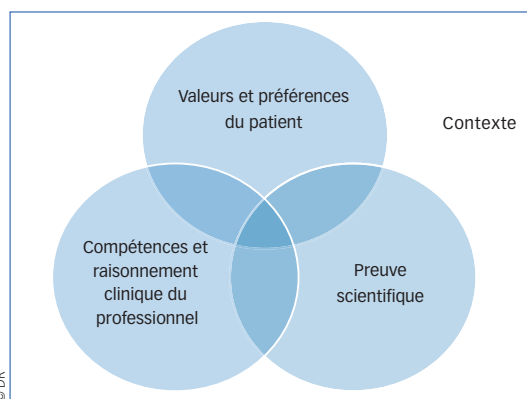


Figure 1. La prise de décision dans le cadre de l'Evidence-Based Practice.

RÉFÉRENCES

[1] Smith P, James T, Korentzon M, Pope R. *Shaping the Facts: Evidence based Nursing and HealthCare*. London: Churchill Livingstone; 2004.
 [2] Sackett D et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
 [3] Gerrish K, Clayton J. Improving clinical effectiveness through an evidence-based approach: meeting the challenge for nursing in the United Kingdom. *Nurs Adm Q*. 1998;22(4):55-65.
 [4] Goode CJ, Piedalue E. Evidence-based clinical practice. *J Nurs Adm*. 1999 Jun;29(6):15-21.

Evidence-Based Nursing

permettant la production d'une preuve scientifique en soins infirmiers. Ce débat ravive le clivage entre les méthodes qualitatives et quantitatives. Importer le modèle d'EBM donnerait en effet la primauté aux études randomisées contrôlées dans le processus de construction de la preuve et rendrait invisibles les études qualitatives issues des écoles de pensée interprétatives.

■ **La construction de la preuve scientifique en soins infirmiers pose des problèmes de nature très différente** : la multiplicité des écoles de pensée au sein de la discipline représente le premier écueil – cette diversité épistémologique a pour conséquence l'emploi de critères de validité pluriels ; la complexité de certaines situations de soins infirmiers place le chercheur qui s'y intéresse face à un défi épistémologique et méthodologique.

■ **En l'absence de consensus sur l'ontologie et l'épistémologie des sciences infirmières**, il est difficile de trouver une approche consensuelle sur la méthode permettant de construire une preuve scientifique en soins infirmiers. Cette absence de consensus est repérable dans les définitions même de l'EBN qui restent larges quant aux modalités de construction de la preuve : « *Identification et évaluation de travaux de recherche destinés à assister l'infirmière sa prise de décision clinique* » [12]. La discordance trouve son origine dans une appréciation différente de la place à accorder aux différents types de savoirs infirmiers dans la construction de la preuve. Elle se prolonge dans les méthodologies de recherche reconnues valides pour expliciter ces savoirs.

■ **De plus, certaines interventions infirmières représentent de véritables défis épistémologiques** au chercheur qui souhaite les aborder. L'identification descriptive et suffisamment exhaustive des variables impliquées dans certains phénomènes infirmiers s'avère parfois très

difficile. Les variables impliquées sont multiples, elles peuvent être liées :

- **à l'infirmière** (capacités, compétence, personnalité...);
- **au patient** (sens donné à la situation, aspirations...);
- **à la nature de la relation intersubjective** qui unit le patient à l'infirmière;
- **au contexte de la relation de soins** (élément facilitant ou parasitant);
- **ou encore à la combinaison de ces différentes variables** dans une même temporalité.

Ainsi, le développement d'un protocole de recherche clinique expérimental randomisé dans le but de tester l'impact d'une intervention complexe devient plus ardu.

■ **Le défi méthodologique que représente la construction de savoirs relatifs à certaines interventions** conduit à s'interroger sur la notion de niveau de preuve. La possibilité pour toute intervention de soins infirmiers d'accéder à un niveau de preuve maximal est questionnée au sein des sciences infirmières. La production d'une preuve de niveau élevé sera d'autant plus aisée si on ne prend en considération qu'un nombre limité de variables associées à l'intervention, pour pouvoir facilement objectiver ces variables afin d'élaborer un protocole de recherche clinique doté d'une validité interne. Toutefois ce contrôle peut ignorer des variables indépendantes essentielles mais non identifiées comme telles ou encore menacer la validité externe de l'étude rendant les savoirs produits inopérants en dehors du cadre contrôlé de l'étude.

■ **Aborder ces questions épistémologiques semble hautement souhaitable** au regard des bénéfices attendus pour le patient de la mise en œuvre du concept d'EBN² [13]. La déclinaison de l'EBP dans le champ infirmier impose de ne pas perdre de vue la spécificité de l'objet de notre discipline.

CONCLUSION

Avancer des stratégies visant à dépasser les difficultés épistémologiques qui entravent le développement des sciences infirmières et de favoriser l'utilisation des savoirs qu'elle produit dans le cadre de l'EBN ne peut se concevoir que de manière dynamique et non figée. L'épistémologie d'une science est par définition soumise à révision *a fortiori* dans une discipline professionnelle dont l'objet est directement lié à une fonction sociale elle-même appelée à évoluer. ■

RÉFÉRENCES (SUITE)

- [5] Bland CJ, Meurer LN, Maldonado G. A systematic approach to conducting a non-statistical meta-analysis of research literature. *Acad Med.* 1998;70:642-53.
- [6] Rolfe G, Gardner L. Towards a geology of evidence based practice, a discussion paper. *Int J Nurs Stud.* 2005;43:903-13.
- [7] <http://www.cochrane.org/>
- [8] Ingersoll R (2000). Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. *Nurs Outlook.* 2000;48(4):151-2.
- [9] Horsley J et al. Research utilization: an organizational process. *J Nurs Adm.* 1978;8(7):4-6.
- [10] Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in nursing science* 1978;1(1):13-23.
- [11] Goulet C et al. La pratique fondée sur des résultats probants, partie 1 : origine, définitions, critiques, obstacles, avantages et impact. *Revue de l'Arsi* 2004;76:12-8.
- [12] Di Censo A et al. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evid Based Nurs.* 1998;1:38-39.
- [13] Debout C. Méthodologie quantitative et études expérimentales (1/2). *Soins;* 770:57-9.

*Déclaration d'intérêts :
L'auteur déclare ne pas
avoir de conflits d'intérêts
en relation avec cet article.*

L'AUTEUR

Christophe Debout,
infirmier anesthésiste,
cadre de santé,
professeur au département
des sciences infirmières et
paramédicales,
EHESP Rennes-Sorbonne
Paris Cité,
35043 Rennes Cedex,
France
debout@aol.com

Les points à retenir

- **La nécessité de dispenser des soins pertinents**, efficaces et efficients requiert que les décisions cliniques soient informées par les derniers savoirs disponibles.
- **Le concept de pratique fondée sur les preuves** est une stratégie visant à favoriser l'actualisation des pratiques professionnelles.
- **Le concept, apparu tout d'abord en médecine, a été décliné dans les autres professions de santé** notamment en soins infirmiers sous l'appellation d'*Evidence-Based Nursing*.