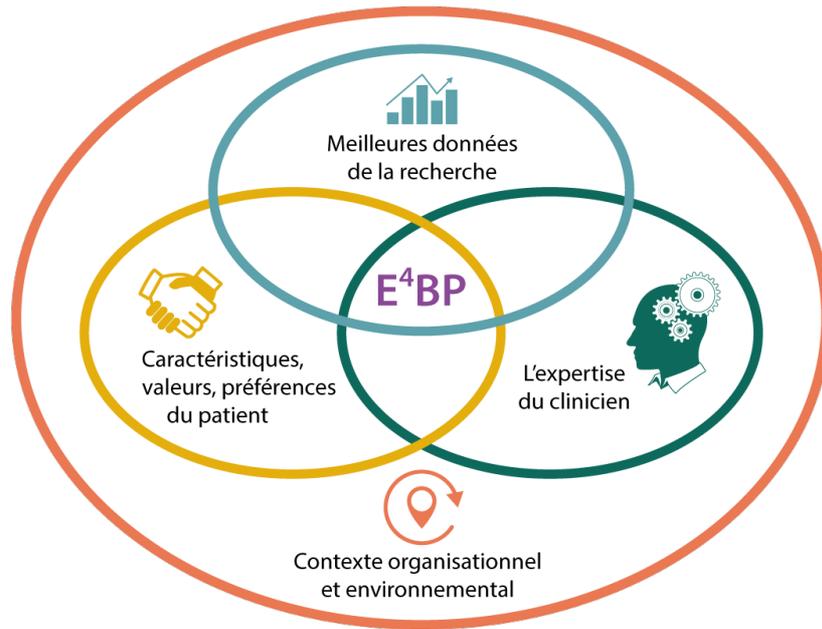


Module 1, séquence 1 : Se familiariser à l'EBP : quoi ?

Commençons ce premier module en définissant l'*Evidence-Based Practice*. L'*Evidence-Based Practice*, connue sous l'acronyme EBP, est une démarche clinique dont les principes ont été initialement développés en médecine (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992 ; Sackett et al., 1996) puis adaptés à un nombre croissant de disciplines (Hoffmann et al., 2013) dont la logopédie et la psychologie.

Si nous tentons de définir simplement l'EBP, nous dirons que c'est **l'utilisation de sources d'informations différentes et complémentaires pour prendre les meilleures décisions concernant les soins de patients individuels**. Lorsqu'on s'arrête sur le premier concept de cette définition, apparaît l'idée de plusieurs sources d'informations. Dans la démarche EBP, il existe 4 sources d'informations pertinentes, 4 *piliers*, à exploiter et à combiner pour prendre une décision clinique (Howick, 2011 ; Straus et al., 2011). Nous y reviendrons dans la suite de cette vidéo. Dans cette définition de l'EBP, nous retrouvons également l'idée d'un processus de prise de décision qui requiert réflexivité et raisonnement. En effet, l'EBP encourage les praticiens à se poser des questions telles que « Pourquoi je procède de cette manière ? Existe-t-il des avancées récentes de la recherche scientifique que je pourrais intégrer à ma pratique ? Quelle est la meilleure décision pour ce patient particulier, dans ces circonstances particulières ? (Greenhalgh et al., 2014; Hoffmann et al. , 2013) Que puis-je retirer de mon expérience clinique antérieure pour ajuster mon intervention auprès de ce patient ? »

Nous allons à présent nous concentrer sur les sources d'informations, autrement-dit les piliers, qui sont au cœur de la démarche EBP. En s'appuyant sur une démarche EBP, le clinicien réalisera ses choix en se basant sur les dernières **avancées scientifiques** et son **expertise clinique** tout en tenant compte des **valeurs et des préférences de son patient**. A ces trois piliers vient s'ajouter depuis quelques années un quatrième pilier qui influence la prise de décision clinique, à savoir le **contexte** dans lequel le clinicien exerce. A présent, chaque membre de l'équipe va vous présenter plus longuement un des 4 piliers. Pour commencer, je passe la parole à Nancy qui va s'attarder sur le pilier relatif aux avancées scientifiques.



Comme annoncé par Treacy, je vais vous présenter le pilier lié à la recherche. Il s'agit d'identifier, au sein de la littérature scientifique, des données de qualité qui sont autrement dit valides, actuelles et pertinentes pour sa propre clinique. Nous verrons dans ce MOOC que toutes les études scientifiques ne se valent pas. Certaines ont un degré de qualité, et donc de fiabilité, plus important que d'autres. Apprendre à identifier ces études permet d'accéder rapidement et efficacement à une information solide et fiable. Mais c'est plus facile à dire qu'à faire ! Ces dernières décennies, on a assisté à une explosion du nombre de publications. La littérature scientifique comprend maintenant des millions d'études, soit un véritable univers de données. Arriver à y retrouver les informations pertinentes pour une situation clinique particulière est donc une mission difficile. Face à cette galaxie, avoir une démarche EBP, c'est s'équiper d'un télescope puissant (Dollaghan, 2007, chapitre 9) qui nous permettrait de sélectionner le bout de ciel pertinent et de l'observer plus spécifiquement. A l'image du télescope, qui est un outil essentiel pour observer spécifiquement une partie du ciel, il existe des outils, des ressources pour vous aider dans cette recherche de données scientifiques. Dans les modules 2 et 4 de ce MOOC, vous apprendrez à paramétrer votre télescope. Vous apprendrez ainsi notamment où et comment chercher des données scientifiques tout en gardant un œil critique sur les informations obtenues. Je donne à présent à la parole à Christelle qui va vous présenter le pilier suivant.

Il ne faudrait en effet pas réduire l'EBP au seul fait de chercher, de trouver et d'analyser des documents scientifiques. Un deuxième pilier, lié à l'expérience du clinicien et à son expertise, apporte également une source de données précieuses. Par contraste avec les données issues de la recherche qui sont considérées comme externes, les données issues de l'expérience du clinicien sont, elles, considérées comme internes. Ces données internes peuvent être classées en deux catégories : d'une part les connaissances plus « théoriques » que le clinicien accumule avec le temps et d'autre part les connaissances extraites directement de sa pratique. Les premières peuvent notamment inclure les connaissances sur les troubles relevant de son champ d'action, sur les outils d'évaluation ainsi que les principes statistiques sous-tendant l'analyse des résultats, ou encore sur les outils d'intervention et leurs ingrédients actifs. Les

connaissances issues de la clinique naissent quant à elles de chaque patient particulier. Pour que de telles connaissances profitent pleinement à l'expérience clinique, il est nécessaire d'étudier très précisément, et avec un haut degré de résolution, chaque patient particulier pour lequel nous mettons en place une intervention spécifique. Pour cela, nous devons nous munir d'un microscope (Dollaghan, 2007, chapitre 9) pour observer avec finesse ses progrès et apprendre sur notre patient et notre pratique. À côté de ces deux catégories classiques de données internes, se retrouve dans ce pilier le raisonnement clinique, qui permet au clinicien d'intégrer ces données internes, ainsi que l'esprit critique qui permet au clinicien de prendre du recul sur ces données et de prendre conscience de ses propres biais. A travers les modules 2 et 3 de ce MOOC, nous développerons notamment les outils soutenant le raisonnement clinique. C'est au tour de Sylvie de vous décrire le prochain pilier.

Ce troisième pilier de l'EBP fait référence aux **préférences et aux valeurs du patient**. Pour prendre les meilleures décisions concernant un patient particulier, le clinicien devra bien entendu s'intéresser à ses difficultés, ses comorbidités, son contexte social et familial ou encore à son origine culturelle. C'est une évidence, les différences individuelles sont au cœur de nos pratiques. Mais l'EBP va bien plus loin en invitant le clinicien à tenir compte également des préférences de son patient, en recueillant activement des données sur ses valeurs, ses objectifs, ou encore sur la définition qu'il peut avoir de son mieux-être. Cette prise de décision partagée implique dès lors d'informer précisément le patient sur les bénéfices, les risques, les implications pratiques ou les coûts, liés à chaque option thérapeutique envisagée. Pour permettre au patient d'être un réel partenaire dans les choix à poser, elle nécessite également de s'assurer régulièrement de sa compréhension des différentes options discutées au regard de ses objectifs.

Depuis quelques années, un quatrième pilier est fréquemment évoqué pour son influence sur la prise de décision clinique. Ce dernier pilier correspond **au contexte** ou à l'environnement dans lequel la pratique s'exerce. Les ressources liées aux politiques de santé appliquées et les modèles d'organisation des soins adoptés sont autant de contraintes pragmatiques à prendre en considération lorsqu'une décision thérapeutique doit être posée. Ces facteurs environnementaux et organisationnels peuvent en effet avoir une influence sur l'acceptabilité d'une intervention, sa faisabilité ou encore sa mise en œuvre (Satterfield et al., 2009). Ce quatrième et dernier pilier sera davantage développé dans le prochain module du MOOC.

Nous venons donc de vous présenter les quatre piliers qui sont au cœur d'une démarche EBP. Comme l'illustrent plusieurs schémas, ces piliers possèdent un poids équivalent et l'ordre de présentation de ces piliers à travers cette séquence et, plus largement notre MOOC, ne reflète en aucun cas une hiérarchisation des piliers ou un poids plus important accordé à l'un d'entre eux.

Pour terminer cette séquence sur la définition de l'EBP, nous voulons ajouter que lorsqu'un praticien applique la démarche EBP, le processus qui sous-tend ses décisions cliniques est plus transparent, ce qui permet de renforcer à la fois son rôle et sa responsabilité en tant que professionnel de la santé (Hoffmann et al., 2013). Il ne s'agit donc pas d'une approche destinée uniquement aux cliniciens qui ont l'envie et le temps de s'adonner à cette pratique... non, c'est l'affaire de TOUS !

Références

- Dollaghan, C. A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Brookes Publishing.
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Greenhalgh, T., Howick, J., & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: A movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>
- Hoffmann, T., Bennett, S., & Del Mar, C. (2013). Introduction to evidence-based practice. In T. Hoffmann, S. Bennett, & C. Del Mar (Eds.), *Evidence-based practice across the health professions* (2nd ed., pp. 1-15). Churchill Livingstone Elsevier.
- Howick, J. (2011). *The philosophy of evidence-based medicine*. Wiley-Blackwell.
- 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. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *The Milbank Quarterly*, 87(2), 368-390. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x>
- Straus, S. E., Glasziou, P., Richardson, W. S., & Haynes, R. B. (2011). *Evidence-based medicine: How to practice and teach it* (4th ed.). Churchill Livingstone Elsevier.