



Centre Hospitalier EpiCURA

Le 22 mars 2013



# 27<sup>e</sup> Congrès annuel de l'Association Francophone des Infirmier(e)s de salle d'opération

[www.epicura.be](http://www.epicura.be)



## Introduction

Chaque situation de soin doit être accueillie par un professionnel comme une matière à penser, pour une pratique professionnelle sensée, respectueuse et soucieuse de la personne.



## Mises en garde

L'excès de science ne vient pas de ses découvertes ni de ses méthodes mais bien de certaines de ses applications ainsi que de l'intention qui anime certains chercheurs, ou promoteurs de savoirs scientifiques ou, plus largement certains professionnels. L'écueil le plus important réside dans le **positivisme** à la fois très largement décrié tout en étant aussi largement soutenu et présent dans la civilisation contemporaine.



## Mises en garde

Pour la sociologue et épistémologue Marie-Noëlle Schurmans, « La pensée positive (...) a pour thèse que seule la connaissance des faits est féconde, que le modèle de démarche scientifique est fourni par l'expérimentation et que la finalité de la connaissance est la mise en évidence de relations entre phénomènes et la formulation de lois générales<sup>2</sup>. ».



## Mises en garde

Pour les métiers de l'aide et du service, le positivisme a ceci de confortable mais aussi de redoutable qu'il permet aux professionnels d'agir avec une étonnante certitude leur donnant une forme d'assurance qui semble parfois leur permettre de savoir et d'anticiper qui est l'autre, de quoi il a besoin et ce qui est bien et bon pour lui.



## La pratique fondée sur les preuves ou Evidence Based

L'importance grandissante accordée depuis quelques années à la notion de « **pratique fondée sur les preuves** », notamment la pratique infirmière ou médicale fondée sur des résultats de recherche (EBN et EBM), ne peut ignorer les principes mêmes qui ont conduit à proposer cette pratique. Dans un article publié en 1996, Sackett rappelait ainsi que cette pratique n'est pas équivalente à un *livre de recettes culinaires* qu'il suffirait de suivre et d'appliquer. Il mentionne ainsi que la pratique fondée sur les preuves nécessite une approche qui intègre trois composantes :

- les meilleures données actuelles de la recherche clinique,
- la clinique individuelle et
- les préférences du patient.



## La pratique fondée sur les preuves ou Evidence Based

Ces dernières ne pourraient donc être ignorées ou négligées au nom des connaissances scientifiques existantes. Par là même, aucun résultat de recherche n'est utilisable ou transposable « tel quel » et aucune situation de soin ne peut affranchir le soignant de la nécessité de penser cette nouvelle rencontre, cette mise en présence d'humain à humain de laquelle se dégagera, peut-être, une aide efficace et porteuse de sens.

Sackett et Rosenberg<sup>3</sup> plaide pour la nécessité de baser la pratique médicale et infirmière sur la meilleure pratique basée sur les preuves possibles ; pour apprécier les rapports de recherches de manière critique en ce qui concerne leur validité et leur utilisation possible.



## La pratique fondée sur les preuves ou Evidence Based

Ils suggèrent que l'EBM (Evidence Based Medicine) concerne 5 idées en lien l'une avec l'autre :

1. Les décisions cliniques ou autres devraient être basées sur la meilleure population de patients et l'Evidence basée sur la recherche expérimentale.
2. La nature et la source d'Evidence doivent être cherchées par rapport à une question clinique particulière.
3. L'identification de la meilleure Evidence disponible nécessite l'application de principes épidémiologiques, économiques et biostatistiques associée à la pathophysiologie et l'expérience personnelle.
4. Cette identification et évaluation des preuves doivent être actées.
5. Il doit y avoir une évaluation continue des performances.



## Etapes du modèle selon Sackett et Rosenberg

Le modèle consiste en 5 étapes de transformation des connaissances :

- découverte de connaissances,
- résumé de l'Evidence,
- traduction en recommandations pratiques,
- intégration dans la pratique,
- évaluation.



## Etapes du modèle selon Dawes et collègues

De manière similaire, Dawes et collègues présentent 5 étapes pour des soins evidence-based :

- la traduction de l'incertitude en une question ayant une réponse ;
- la recherche systématique de la meilleure Evidence disponible ;
- l'appréciation critique de l'Evidence en termes de validité, de relevance clinique et d'applicabilité ;
- l'application des résultats dans la pratique ;
- l'évaluation de la performance.



## Exemples pratiques

Pronovost et al.<sup>4</sup> ont conduit une étude sur les infections aux soins intensifs liées à l'utilisation des cathéters veineux centraux. Son équipe a utilisé une check-list evidence-based de 5 items :

- le lavage des mains,
- les précautions totales lors de l'insertion,
- l'utilisation de la Chlorexidine® pour le nettoyage de la peau,
- l'éviction du site fémoral et
- le retrait des cathéters non nécessaires.

La standardisation et l'utilisation de cette check-list a diminué le taux de septicémies liées aux cathéters de 66 % à 16-18 mois de l'implémentation de cette check-list.



## Exemples pratiques

Le meilleur exemple de standardisation basé sur l'evidence-based est la RCP (Réanimation Cardio-Pulmonaire). Lorsque nous recevons notre certification RCP, pouvons-nous :

- mettre nos mains comme nous voulons ?
- insuffler l'air quand nous le désirons ?
- ou shocker à l'aide du défibrillateur à l'envi ?

Il y a une approche standardisée de la RCP et c'est une approche basée sur l'evidence-based.



## Exemples pratiques

Cela ne veut certainement pas dire qu'elle n'évolue pas au cours du temps.

Nous connaissons la procédure par cœur et lorsqu'un patient est en arrêt cardiaque ou respiratoire, nous n'avons pas à réfléchir, nous agissons.

Une collaboration étroite entre le chirurgien et l'infirmier salle d'op est souvent nécessaire pour faire de l'EBS (Evidence Based Surgery).



## Exemples pratiques

Par exemple :

- il y a de plus en plus d'évidence démontrant que la chirurgie fast track est nécessaire pour améliorer la récupération du patient.
- il y a des milliers d'articles Evidence – Based qui démontrent que l'utilisation de la check-list opératoire diminue voire annule les risques d'erreur de latéralisation.

Et pourtant :

La pratique evidence-based n'est pas systématiquement implémentée malgré le fait qu'elle résulte en une amélioration des résultats chez le patient et une diminution des coûts.



## La pratique fondée sur les preuves et la standardisation

Il y a eu des débats perpétuels à propos de standardisation versus intuition et nous avons tous des anecdotes personnelles racontant comment notre intuition a évité une situation de s'aggraver ou a procuré le bon traitement au bon moment à un patient. N'avons-nous pas pris toute l'information à notre disposition (ex : couleur grisâtre du patient, diaphorèse) et pris une décision basée sur une expérience antérieure ?

La chirurgie evidence-based (EBS : Evidence Based Surgery) est amenée à augmenter l'efficacité et la qualité des soins mais seuls quelques chirurgiens et infirmières salles d'op utilisent l'EBS dans leur pratique clinique.



## Freins

Malheureusement, cela prend jusqu'à 17 ans pour que l'evidence-based s'implante dans les pratiques et 1/3 du temps, les soignants n'appliquent pas les guidelines evidence-based.

Melink et al.<sup>5</sup> a mis en évidence qu'au plus longtemps les infirmières travaillaient dans la santé, au moins elles étaient intéressées à se former aux pratiques basées sur l'evidence-based. Seraient-elles ces infirmières qui disent « on a toujours fait comme ça ! » ?





## Freins

En médecine générale, à peine une moitié de tous les traitements médicaux sont evidence-based et seulement ¼ des pratiques chirurgicales le sont.

C'est lié à un manque d'Evidence chirurgicale, car :

- les questions chirurgicales ne peuvent pas toujours trouver une réponse grâce à une étude clinique randomisée et
- il y a des critères restrictifs d'inclusion qui entravent l'application des recommandations pour le patient chirurgical.



## Freins

Les infirmières ont des difficultés avec l'EBS car elles considèrent:

- que les rapports de recherche sont trop académiques ;
- qu'ils n'offrent pas le niveau clinique désiré ;
- que les infirmières ne sont pas familières des sources et de la terminologie EBS.

Elles indiquent que l'ignorance de rapports de recherche est le frein principal à l'utilisation des résultats dans la pratique des infirmières de salle d'op.



## Solutions

- D'un point de vue individuel, il est de la responsabilité de chaque infirmière de garder ses connaissances à jour et d'intégrer dans sa pratique les guidelines evidence-based.
- L'organisation, quant à elle, doit donner l'opportunité aux infirmières de se former et s'assurer qu'elles bénéficient du support nécessaire pour introduire les pratiques probantes dans leur lieu de soins.
- Les chirurgiens ont une attitude positive par rapport à l'EBS et sont familiers de sa terminologie.
- Les infirmières pourraient sans doute bénéficier de formations à l'EBS basées sur des compétences de base.
- Les chirurgiens et les infirmières salles d'op doivent collaborer à l'EBS avec le même entrain.



## Conclusions

De fait, l'action du professionnel qui s'inscrit délibérément dans une perspective soignante concerne à chaque fois une situation de vie « particulière ». Si son professionnalisme requiert qu'il s'informe des travaux de recherches, qu'il soit curieux des mouvements de pensées qui s'amorcent ou se délaissent et qu'il actualise régulièrement ses connaissances, ce même professionnalisme requiert avec la même acuité qu'il ne réduise jamais une situation de vie singulière à des résultats de recherches, aussi séduisants soient-ils.



## Bibliographie

- 1 Walter Hesbeen, « Travail de fin d'études, travail d'humanité », Masson, Paris, 2005, pp 81-83.
- 2 Schurmans M.-N., « Le corps social, métaphore du corps humain. D'une perspective explicative à une perspective compréhensive », in : Prendre soin dans le monde. Contribuer à un univers plus soignant. Hesbeen W. (dir), Seli Arslan, Paris, 2000, pp. 143-156.
- 3 Sackett DL, Rosenberg WMC, « The need for evidence-based medicine », in : J R SOC Med 1995, n° 88, pp. 620-624.
- 4 Pronovost P., Needham D., Berenholtz S. et al., « An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU, in : New England Journal of Medicine, 2006, n° 355, pp. 2725-2732.



## Bibliographie

- 5 Melynk BM., Fineout-Overholt E., Gallagher-Ford L., Kaplan L., « The state of evidence-based practice in US nurses : critical implications for nurse leaders and educators ». Journal of Nursing Administration, 2012, n° 42, pp. 410-417.
- 6 Jan Odom-Forren, PhD, RN, CPAN, FAAN, « Evidence-Based Clinical Practice and Standardization », Journal of PeriAnesthesia Nursing, Vol 27, n° 5 (October), 2012, pp. 370-372.
- 7 Professor Alan Pearson, « The JBI model of evidence-based healthcare », In : J Evid Healthc 2005, n° 3, pp. 207-215.
- 8 Anouk M. Knops, Hester Vermeulen, Dink A. Legemate, Dirk T. Ubbink, « Attitudes, Awareness, and Barriers Regarding Evidence-Based Surgery Among Surgeons and Surgical Nurses », in : World J Surg (2009), n° 33, pp. 1348-1355, DOI 10.1007/s00268-009-0020-8.



