



L'Evidence-Based améliore la qualité des soins...?

D PUTZEYS

DIRECTEUR DU POLE SOINS

CHR DE LA CITADELLE - LIEGE

2

CONTEXTE

Rationalisation

Lits justifiés

Plus-value



Réseaux

P4P

Soins de santé

Evidence Based

Besoins

Accréditation

3

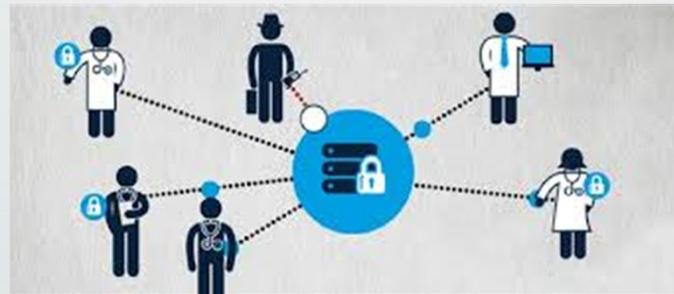
CONTEXTE – DÉPARTEMENT INFIRMIER

IF-IC
spécialisation ?

Directive européenne
2013/55/eu

Formation

Révision
AR 78



Nouveaux
Métiers

DÉPARTEMENT INFIRMIER

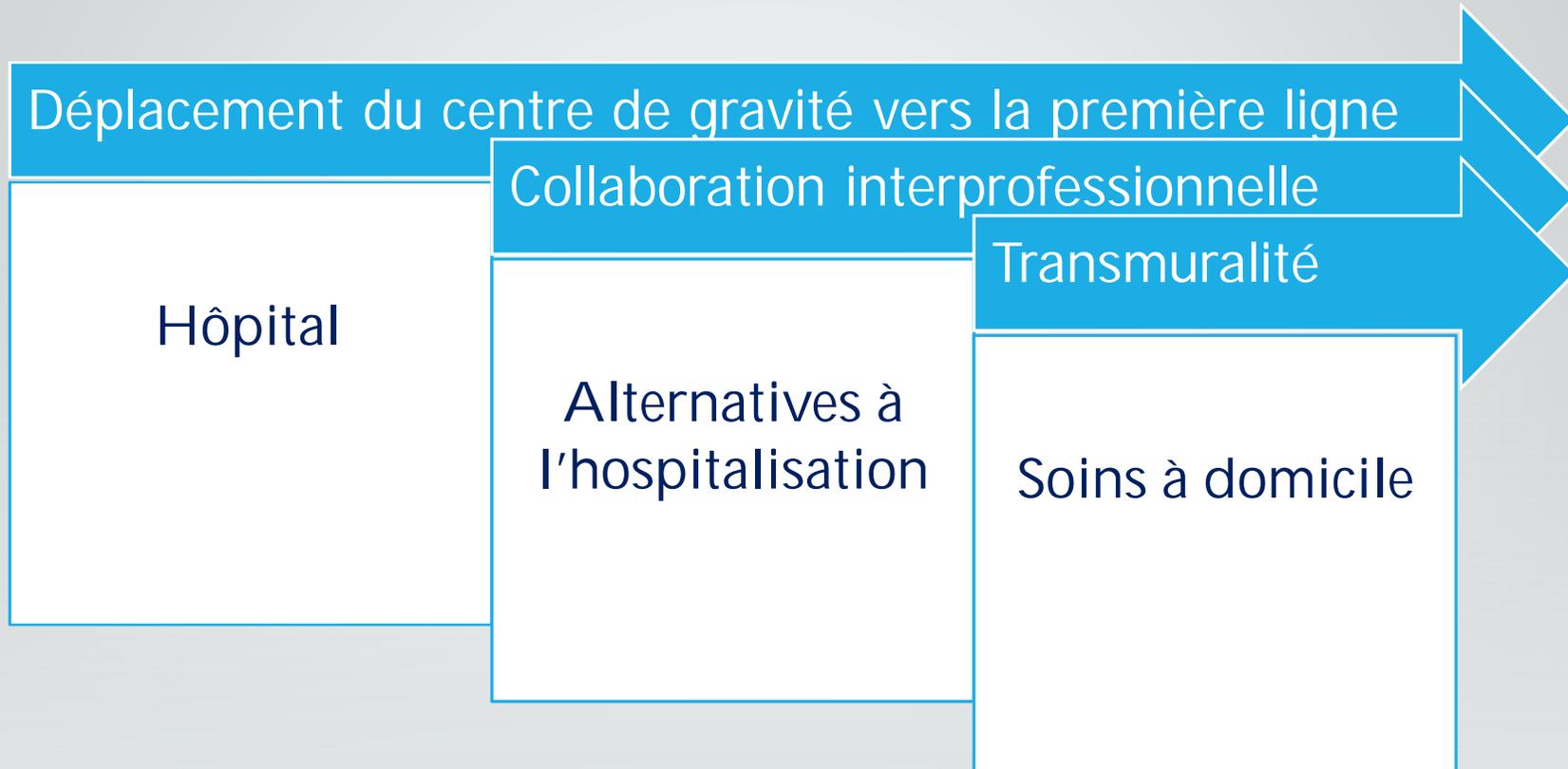
Nouvelles
technologies
DPI

Accréditation

Evidence
Based

4

CURE AND CARE



Le bon soignant au bon endroit offrant un mixed de soins adaptés aux besoins du patient

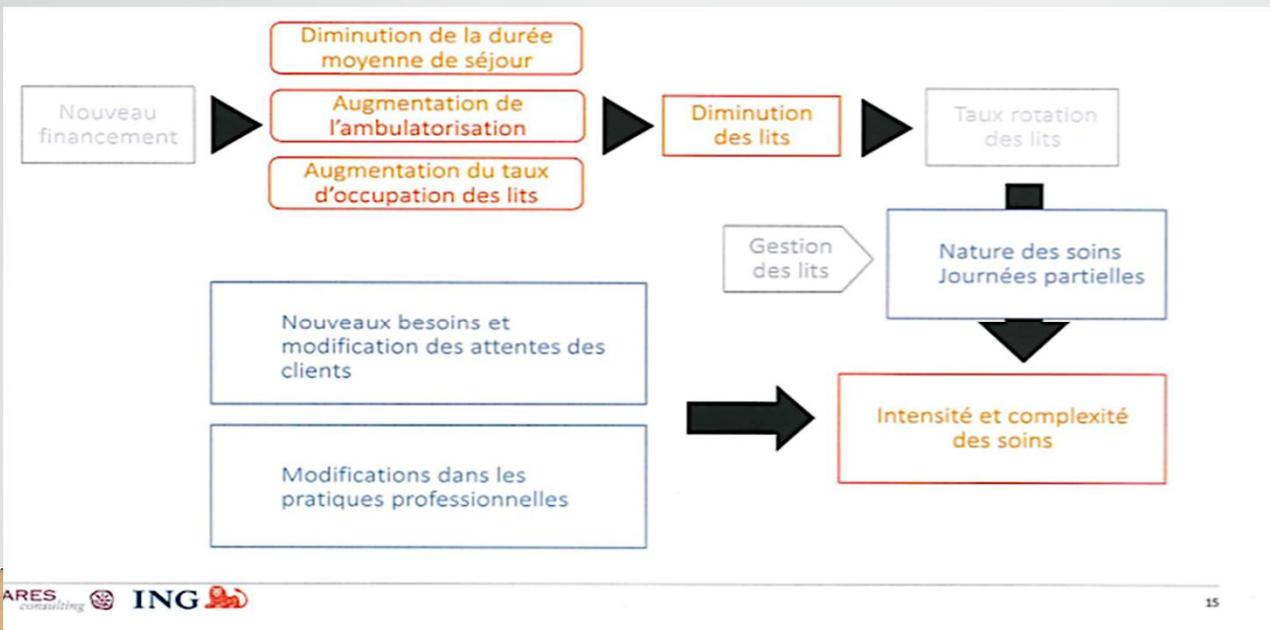
LES ENJEUX POUR UNE DIRECTION DE DEPARTEMENT INFIRMIER

1. Optimiser les ressources humaines à l'activité et au financement
2. Réformer les processus organisationnels au contexte hospitalier, aux attentes des utilisateurs, à l'évolution des technologies, etc.
3. Renforcer un management prospectif et anticipatif
- 4. Améliorer, en continu, la qualité des soins adaptés aux besoins des patients et au référentiel de l'accréditation**
5. Gérer le changement...

6

Qu'est ce que la qualité ?

« Des soins de qualité sont des soins orientés patients, efficaces, efficients, dispensés à temps, équitables et sans danger » IOM, 1999



Construction de l'hôpital du futur :
• réorganisation du secteur de la chirurgie, avec la création d'une unité de court séjour,
• rénovation du hall en cours, pour rendre votre accueil plus agréable.

La navette 'Citabus' démarre devant le Kinépolis et vous dépose à l'entrée de l'hôpital, pour un confort et une sécurité optimale.

Ouverture de certaines consultations les samedis matins.

90%

DE PATIENTS SATISFAITS*

Les places de parking pour les personnes à mobilité réduite (PMR) et les ambulances ont été déplacées dans le parking -2 à l'intérieur de l'hôpital.

Elargissement des plages horaires du service social et du service de médiation interculturelle.

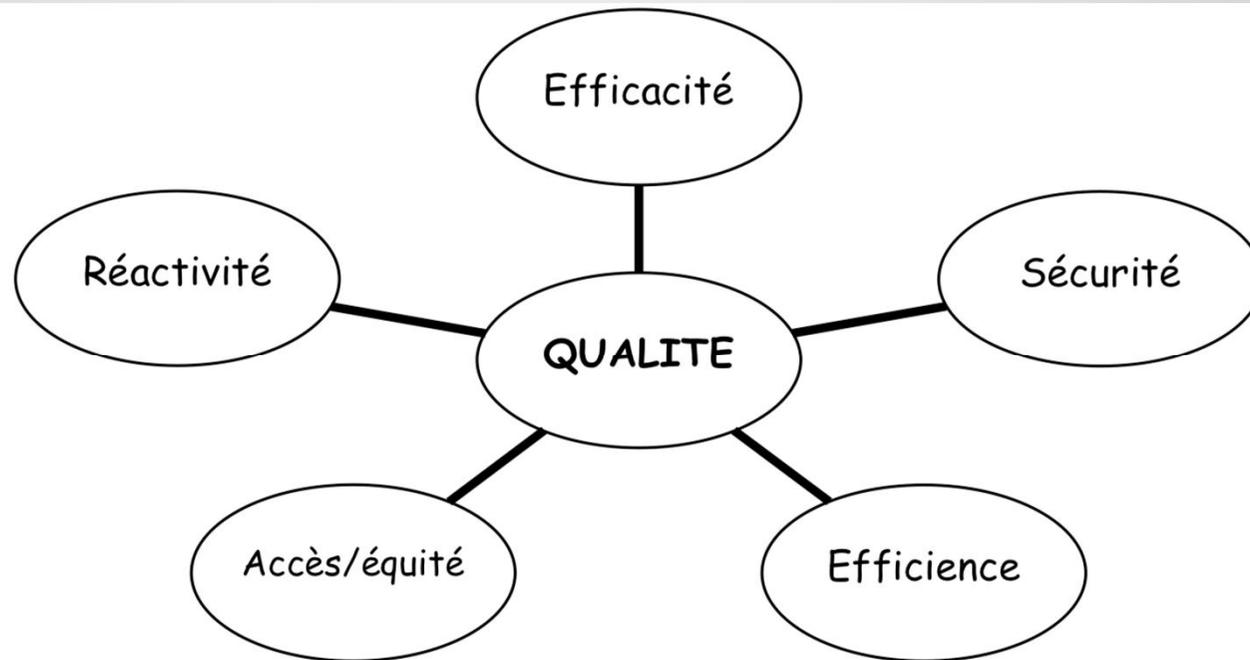
Création d'un Comité de Patients, pour améliorer votre prise en charge et votre satisfaction.

Installation du Wifi dans tout l'hôpital.

* Enquête réalisée entre le 1er mars et le 31 mai 2015 sur un échantillon de près de 2000 questionnaires.

CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous. La santé pour chacun.

7 | Les cinq dimensions de la qualité des soins

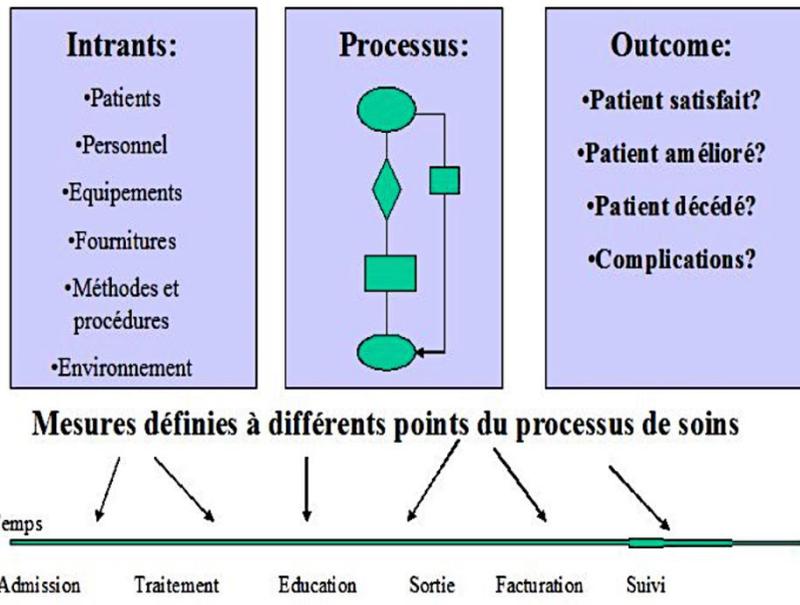


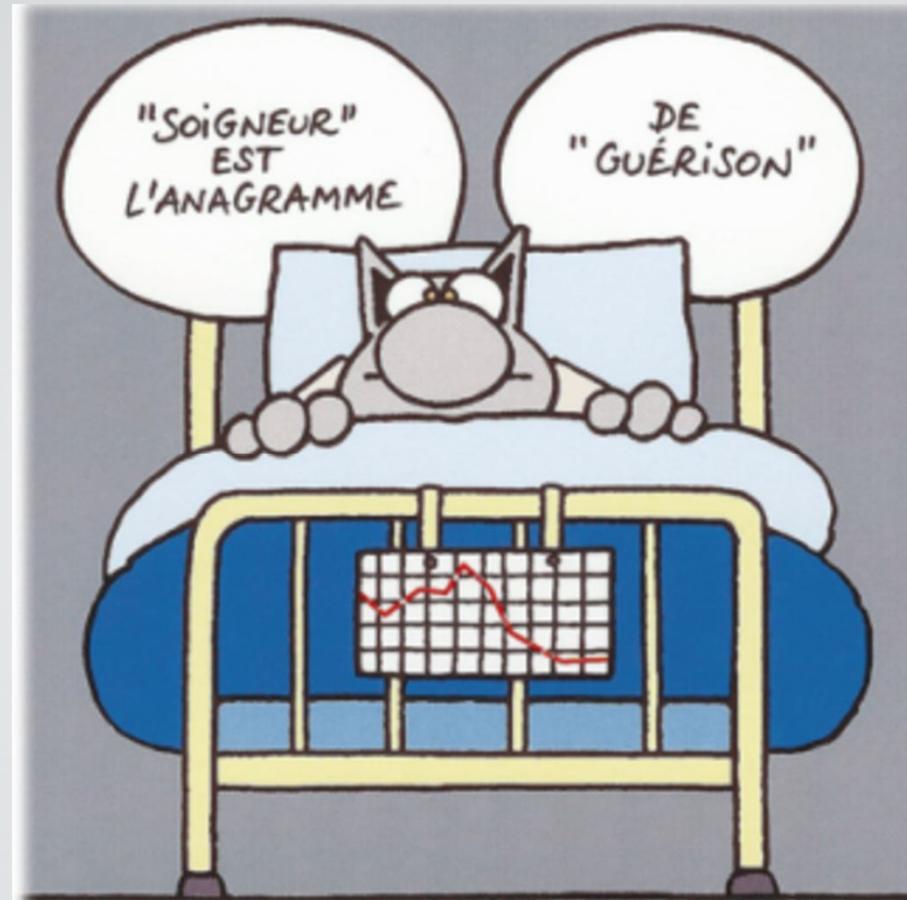
Et, ... la pertinence, la ponctualité (timeliness), l'aptitude (patient centeredness), la continuité, la satisfaction, la compétence technique, etc.

L'amélioration continue de la qualité

Principe de la roue de Deming

Comment intégrer les indicateurs de performance?





La confiance, à priori, qu'une personne soignée a dans une équipe médicale est un facteur déterminant de son degré de satisfaction

Dessin et textes de Philippe GELUCK (Carte postale "Le Chat")

Test-Achats veut une approche plus ambitieuse sur la qualité de l'hygiène dans les hôpitaux

14 oct. 2016

Deuxième rapport national sur la qualité de l'hygiène dans les hôpitaux
Test-Achats veut une approche plus ambitieuse

Aujourd'hui et pour la seconde fois, l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) a rendu publics les résultats, par hôpitaux, des mesures qualitatives relatives à l'hygiène des hôpitaux. Test-Achats a formulé l'année passée des points fondamentaux en vue de l'amélioration de ce système. L'organisation de consommateurs constate à regret qu'aucun effort n'a été fait pour développer un instrument de comparaison qui soit pertinent pour le consommateur.

Qu'est ce que l'Evidence-Based...

Face à toute situation clinique, différentes attitudes possibles :

- *Tradition based* : tradition, routine
- *Confidence based* : intuition
- *Experience based* : expérience
- *Obedience based* : autorité
- *Evidence based* : preuves

L'Evidence Based :

- Médecine factuelle afin de fonder la pratique clinique sur des données probantes

Et non sur l'évidence ... un *faux* ami !

- Démarche qui s'efforce de fonder, autant que possible, les **décisions** cliniques sur les données actuelles les plus probantes (preuves) issues de la recherche (Pasleau, 2000) .

Quantifier et formaliser les pratiques de soins...une histoire ancienne.

- XVIIIème siècle : Premières tentatives de quantification – début de l'épidémiologie.
- XIX siècle: violente controverse entre Claude Bernard (démarche expérimentale hypothético-déductive) vs. statisticiens.
- Fin XIX siècle de l'observation des maladies infectieuses aux maladies non-infectieuses (cancer).
- Début du XXème siècle: émergence des RCT

« un effort utopique pour établir une profession unie par une foi dans la science » (Marks, 1997).

M. Berg (1997), *rationalisation de la pratique médicale*

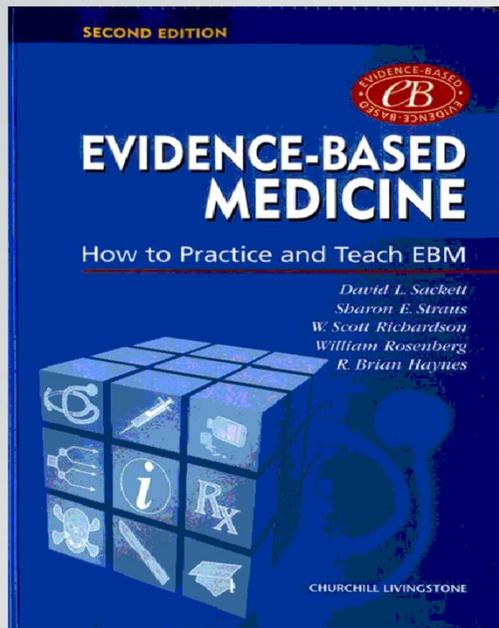
Fin de la seconde guerre mondiale, tentative de réduire les écarts entre les connaissances et la pratique médicale ;

- Conceptualisation récente (à partir 1970s): écart entre données factuelles et pratique:
 - Biais cognitifs des médecins;
 - Capacité limitée à manipuler toutes les données scientifiques pertinentes.

Emergence de l'Evidence Based guidelines

15

The Term « EBM » - Sackett D. 1989



Dr. David Sackett...l'un des pères de la médecine factuelle (McMaster University) mais aussi Haynes, Guyatt, Tugwell et Oxman



During 1980-1990, "doing the right things" (increasing effectiveness) was the major theme and this, in combination with "doing things right" was considered "doing right things right" in the 21st century (Gray, 1997).

Qu'est ce que l'Evidence-Based...?

The British Medical Journal considère la médecine factuelle comme l'un des plus grands progrès médicaux des 150 dernières années, au même titre que le développement des vaccins et des antibiotiques ou les progrès en matière d'hygiène...

Plus-value significative pour l'amélioration de la qualité des soins...

« Evidence-based medicine (EBM) urges health professionals to make decisions based on relevant, documented and well-known facts. EBLIP (evidence-based library and information practice) is build on this basis and is intended to provide information professionals with suitable methodological tools in order to get through a high-quality research from which results will become the basis of a decision process in the field of information and library science, and of further researches. »

Principe de l'Evidence Based

« Evidence Based Practice est l'utilisation **consciencieuse**, **explicite** et **judicieuse** des meilleures **preuves** actuelles dans la prise de décision des **soins individuels** du patient.

Il s'agit de l'**intégration** de l'**expertise clinique individuelle** avec les **meilleures preuves** cliniques externes issues de la recherche systématique. »

(Sackett D, 1996)

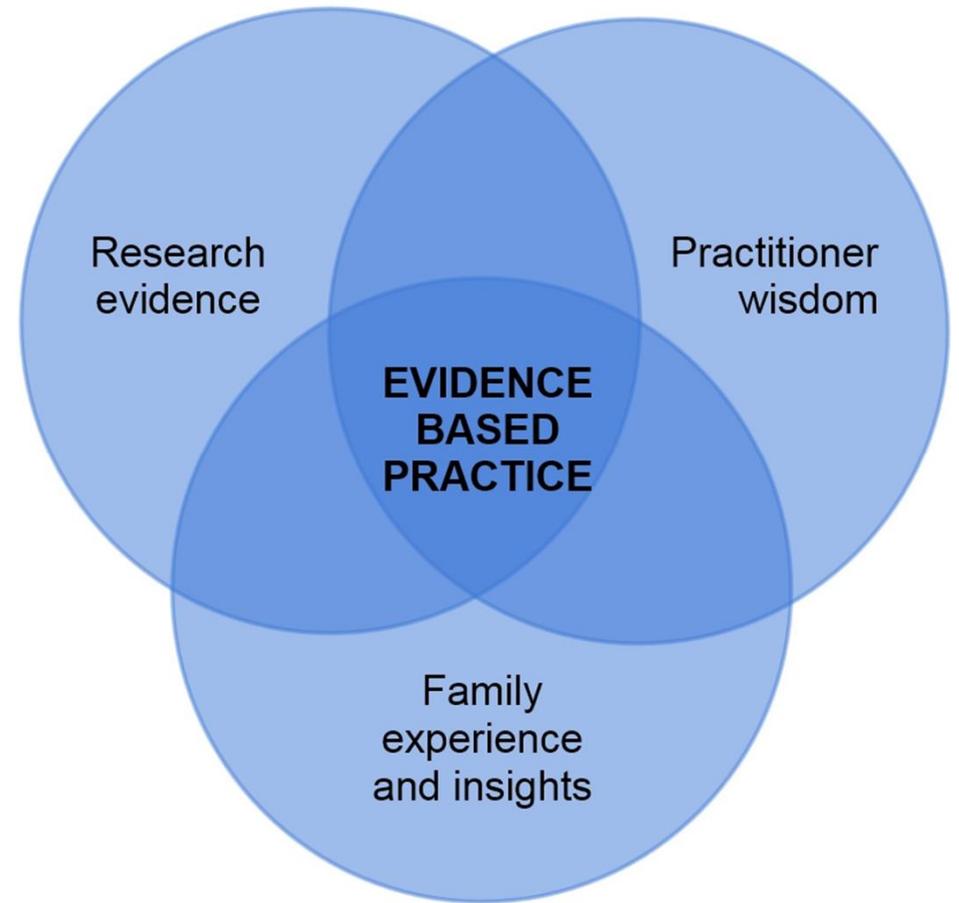
Principe de l'Evidence Based

L'Evidence-based nursing (EBN) est "l'utilisation **consciente, explicite et judicieuse** des **meilleures données actuelles** de la recherche clinique dans la **prise en charge personnalisée** de chaque patient ou groupes de patients et en tenant compte des **préférences et des besoins individuels**»

Ingersoll (2000)

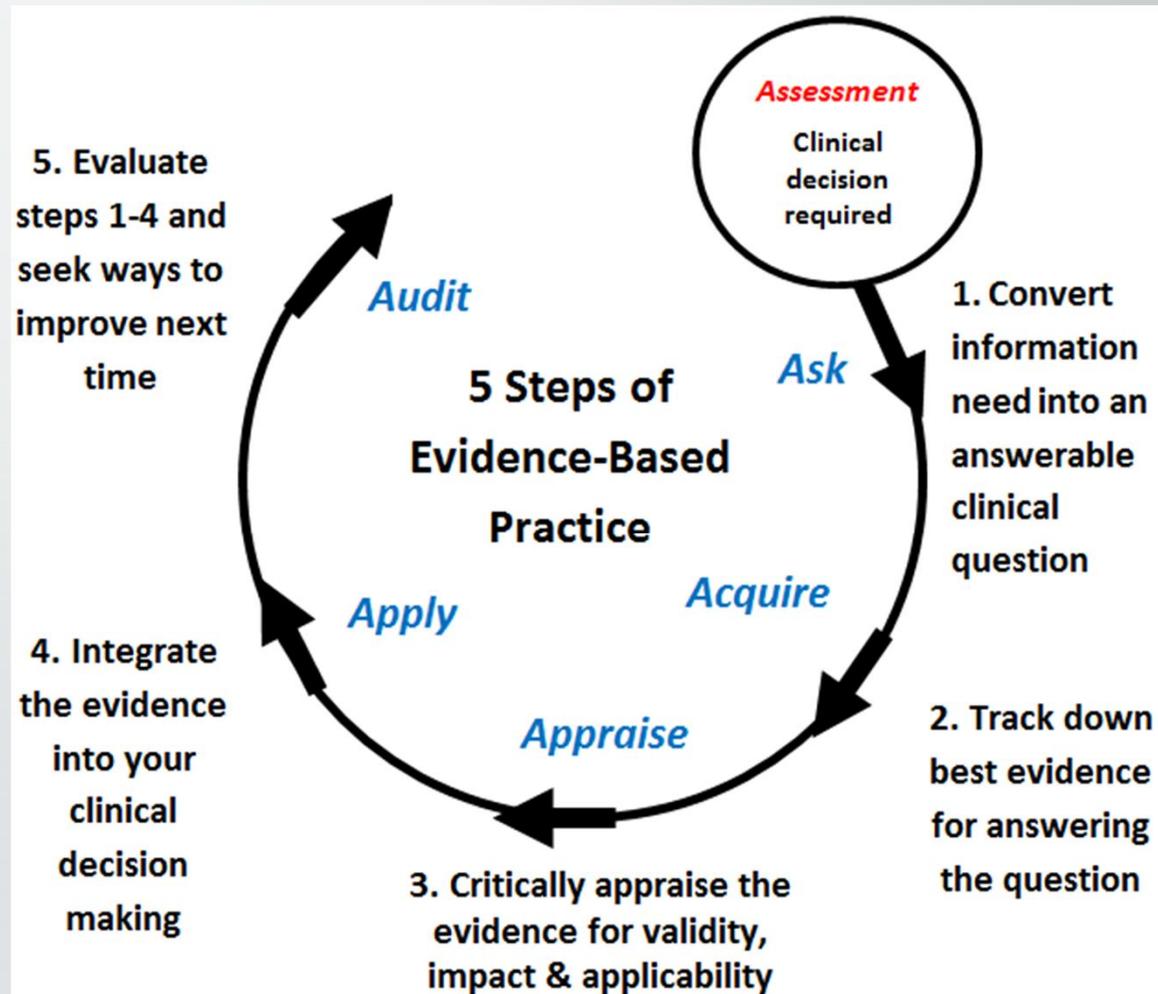
19

Principe de l'Evidence Based



Les preuves ne peuvent remplacer le jugement clinique. (Sackett D, 2002)

L'Evidence Based : Une démarche en 5 étapes.



Adapted from Sackett et al 2011, Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM

Objectifs de l'Evidence Based Practice

- Offrir aux patients les meilleurs soins, à la lumière des données/connaissances les plus pertinentes :
 - Appliquer les résultats de la recherche scientifique, la plus pertinente pour notre pratique quotidienne et les besoins du patient
 - Décider d'entrer dans une forme d'apprentissage continu
 - Réduire la variabilité des pratiques de soins non justifiées et éliminer des interventions inefficaces

Principe de l'Evidence Based

Les professionnels doivent être bien informés et leurs connaissances doivent être à jour afin de prodiguer les meilleurs soins aux patients et de rester professionnellement compétents (Gibbs, 2003 ; Rythme, 2008 ; Patterson et al., 2012)...

CONCLUSION

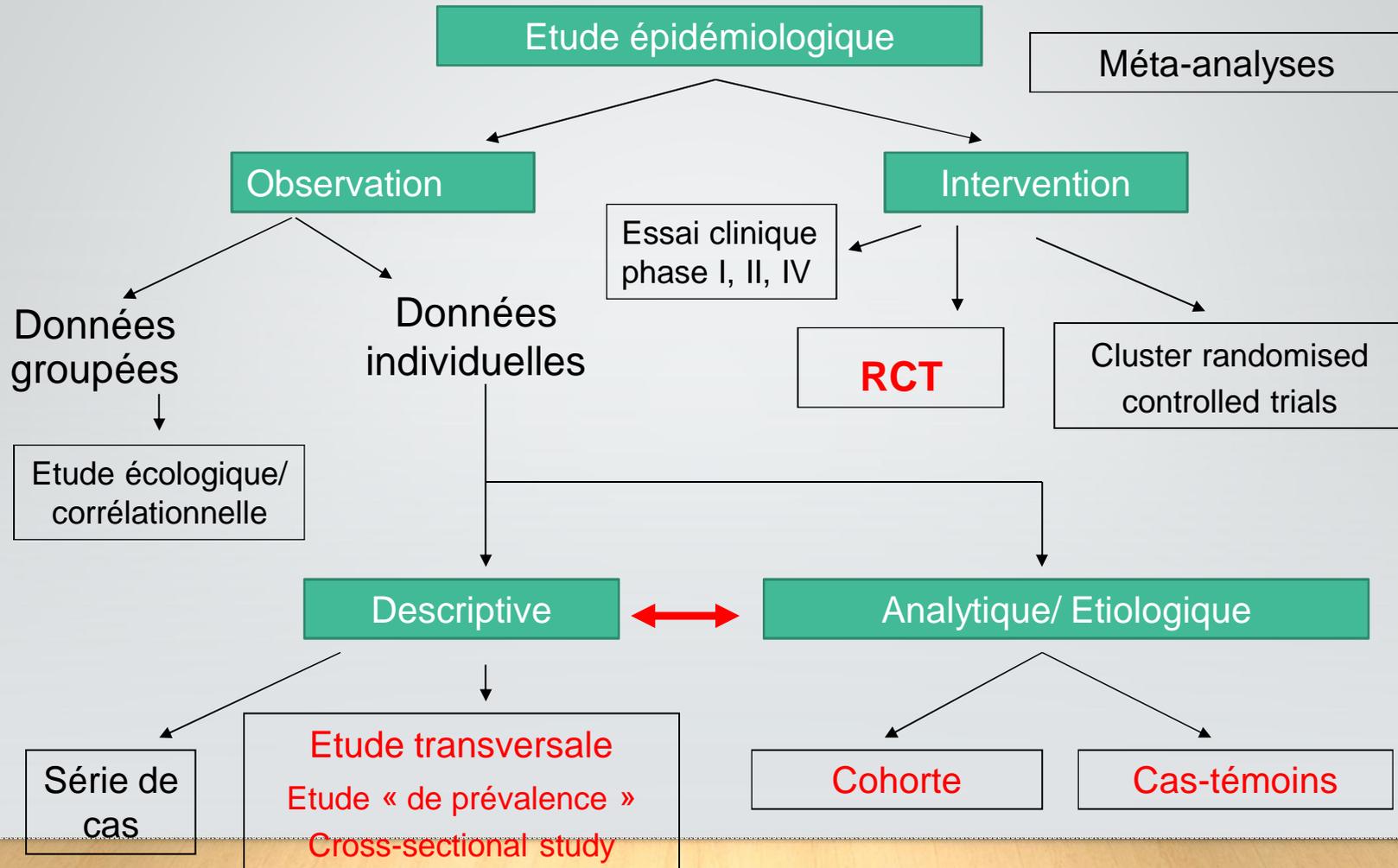
The EBP approach offers a valuable additional resource to MFTs. It allows clinicians to make clinical decisions that are based on empirical data that is integrated into the therapist's and clients' values and personality styles.

Marriage and family therapists will continue depending on the usual sources of information, including consults from colleagues and supervisors, textbooks, workshops and conferences, and clinical intuition. However, they now have the opportunity to use the wealth of knowledge gained from the EBP movement that has developed a systematic process of integrating science and practice. In addition, the movement has systematically gathered clinical research on specific clinical problems and issues. **This knowledge is becoming increasingly available in research articles, books, and Internet websites and offers MFTs unprecedented opportunities to use empirical data to guide their clinical work.**

24 millions de références dans Pubmed en Juillet 2014; en moyenne, environ 15 000 articles scientifiques sont publiés tous les jours...

Différents types d'études

23



Etc...

23

Hiérarchie du niveau de preuves



- Méta-analyse de tous les essais randomisés
- Revues systématiques
- Essais randomisés

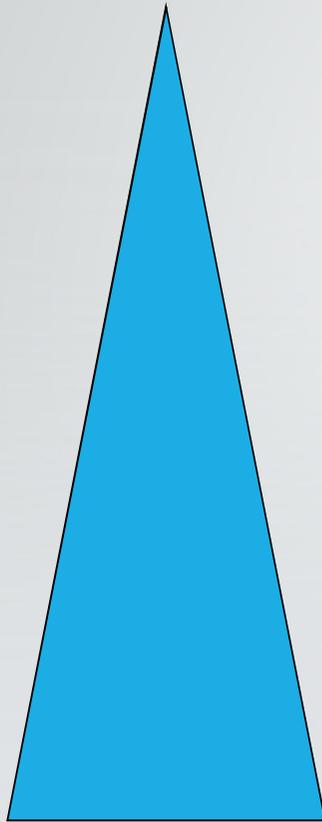


- Études de cohorte
- Études cas-témoins



- Série sans cas-témoins
- Opinion d'experts (Sackett)

Les Sources de données probantes



- Sources quaternaires :

Clinical guidelines/réunions de consensus/standards

- Sources tertiaires :

Revue systématique/méta-analyses/publication EBM

- Sources secondaires :

Outils de recherche dans la littérature : abstracts

- Sources primaires

Revue publiant les études scientifiques originales

Les recommandations de bonne pratique

Exemple de niveau de preuves

- **Niveau 1++** : méta-analyse d'excellente qualité
- **Niveau 2++** : Revue systématique *–de haute qualité–* de case contrôle ou d'études de cohorte
- **Niveau 3** : Etudes non analytiques (descriptives)
- **Niveau 4** : opinion d'experts

27 | L'Evidence Based and Quality of Care

Original research

Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review

M Lugtenberg¹, J S Burgers², G P Westert^{1, 3}

Author affiliations +



SR analyse l'implémentation de guidelines au Pays-Bas entre 1990-2007 (BMJ 2008, Vol 18, issue 5)

20 études retenues

- *Amélioration significative des indicateurs de structure et de processus*
- *Amélioration non statistiquement significative des indicateurs de résultats.*

Motifs : facteurs confondants --> qualité des données enregistrées - qualité de l'implémentation et des changements de pratiques

Peu d'enregistrements de données statistiquement significatives


 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire

Juillet 2014
Mise à jour juin 2018

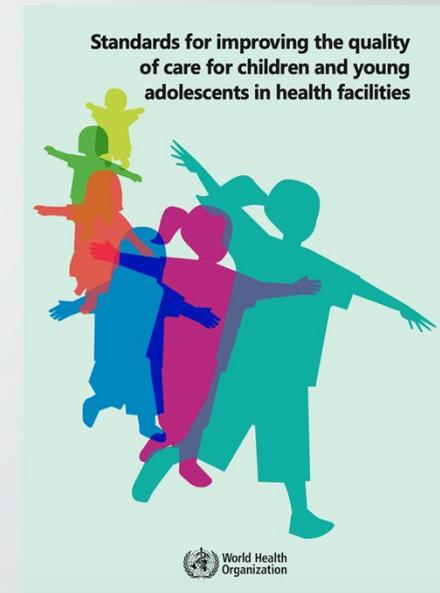
Les recommandations portent sur la prévention secondaire des événements vasculaires (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde et décès d'origine vasculaire), parce que l'infarctus cérébral est associé non seulement à un risque élevé de récurrence, mais aussi à un risque conséquent d'infarctus du myocarde et de décès d'origine vasculaire. Elles concernent les patients adultes ayant eu un accident ischémique transitoire (AIT) ou un infarctus cérébral (IC) après la phase aiguë, alors que le diagnostic a déjà été établi. La durée de la phase aiguë varie de quelques jours à plusieurs semaines en fonction de la taille et de la sévérité de l'IC. La prévention vasculaire comprend une prévention globale par le contrôle des facteurs de risque et un traitement spécifique en fonction de l'étiologie de l'IC ou de l'AIT.

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prévention secondaire après un infarctus cérébral ou un AIT. Toutes les recommandations, en particulier celles relatives au contrôle des facteurs de risque ou à l'observance médicamenteuse, peuvent entrer dans une démarche d'éducation thérapeutique du patient¹.

Contrôle des facteurs de risque

Pression artérielle (PA)	Traitement antihypertenseur chez tout hypertendu (PA supérieure ou égale à 140/90 mmHg) après un IC ou un AIT	A
	Objectif de pression artérielle : < 140/90 mmHg	AE
	À moduler en fonction de l'âge, de l'existence d'une sténose > 70 % (critères NASCET) ou d'une occlusion des artères cervicales ou intracrâniennes, des comorbidités	AE
	Mesurer le niveau et la variabilité de la PA par l'automesure ou à défaut par la MAPA	AE
	Traitement initial : diurétiques thiazidiques, IEC, inhibiteurs calciques (dihydropyridines)	B
	Les autres classes médicamenteuses peuvent être choisies en fonction des comorbidités, de la tolérance et du niveau de PA visé	AE
Lipides	Traitement par statine chez les patients ayant un IC ou un AIT non cardioembolique et ayant un LDL-cholestérol $\geq 2,6$ mmol/l (1 g/l)	A
	Objectif de LDL-cholestérol : < 2,6 mmol/l (1 g/l)	AE
	Traitement par statine quel que soit le taux de LDL-cholestérol :	
	<ul style="list-style-type: none"> chez les patients diabétiques chez les patients ayant un antécédent coronarien 	B A
	Traitement par statine envisageable chez les patients ayant un LDL-cholestérol < 2,6 mmol/l (1 g/l) et un IC ou un AIT associé à une maladie athéroscléreuse symptomatique	AE
	Utiliser une statine ayant démontré une réduction des événements vasculaires (Fiche BUM - Prévention cardio-vasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficacité)	A
	Chez les patients au-delà de 80 ans débiter le traitement à dose faible et contrôler le LDL-cholestérol pour arriver progressivement à la cible	AE

¹ Par rapport aux recommandations 2008, ce qui est surligné en bleu a été modifié ou ajouté.



NICE National Institute for Health and Care Excellence

Establishment of clinical criteria: Best practice, clinical guidelines and patient pathways

European Reference Networks, Brussels, June 23rd 2014

Dr Judith Richardson, Associate Director – Pathways, Health and Social Care

29

Le CEBAM.

- Centre scientifique indépendant, multidisciplinaire.
- Pour tous les intervenants en soins de santé, en Belgique.
- En activité depuis 10.2001.
- www.cebam.be

Le CEBAM.

Objectifs:

- Promouvoir et soutenir la diffusion et la pratique de l'Evidence-based medicine en Belgique.
- Coordonner les activités Cochrane, en tant que Belgian branch of the Cochrane Collaboration.
- Donner accès aux sources d'informations EBM.
- Soutenir le développement de guidelines, proposer une validation de leur méthodologie.

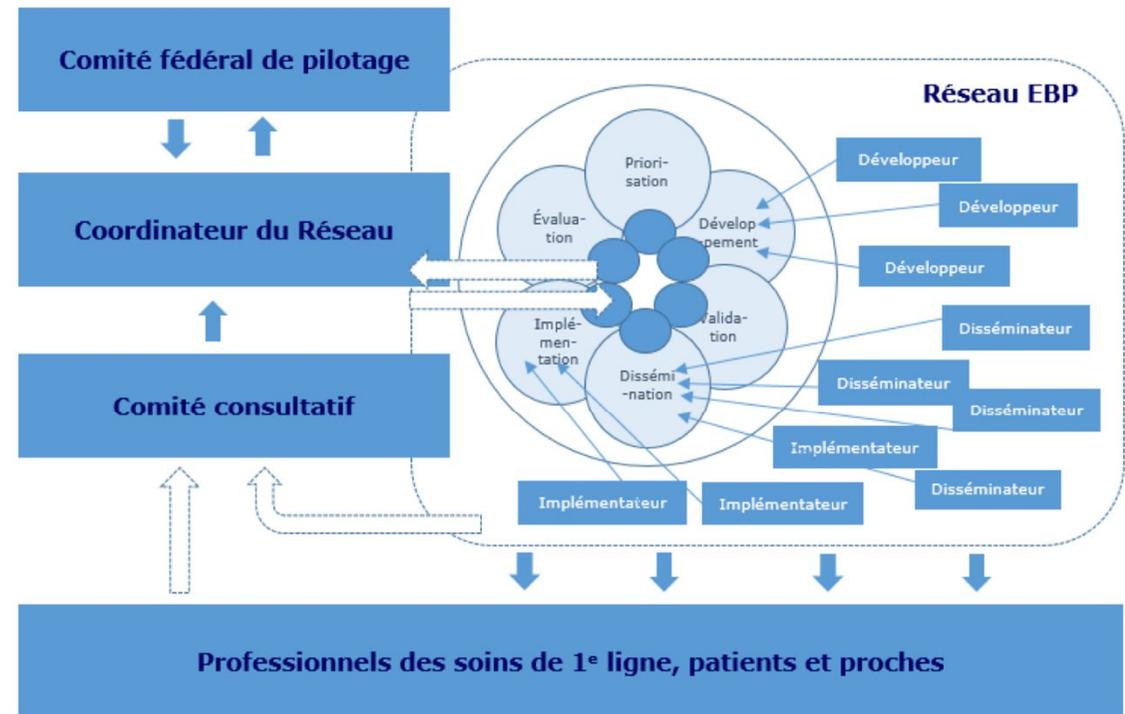
Maggie De Block: « L'Evidence-based medicine peut encore améliorer la qualité des soins de santé »

« L'Evidence-based medicine (EBM) peut encore améliorer la qualité de nos soins de santé: l'EBM rassemble les meilleures données scientifiques probantes et aide ainsi les médecins à choisir leur traitement. C'est dans l'intérêt du patient, qui peut compter sur la meilleure qualité de soins possible, mais nous en profitons aussi en tant que société, étant donné que les ressources disponibles sont affectées avec plus d'efficacité. »

A déclaré la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Maggie De Block, lors d'une conférence donnée à Anvers dans le cadre de la chaire Francqui au titre belg

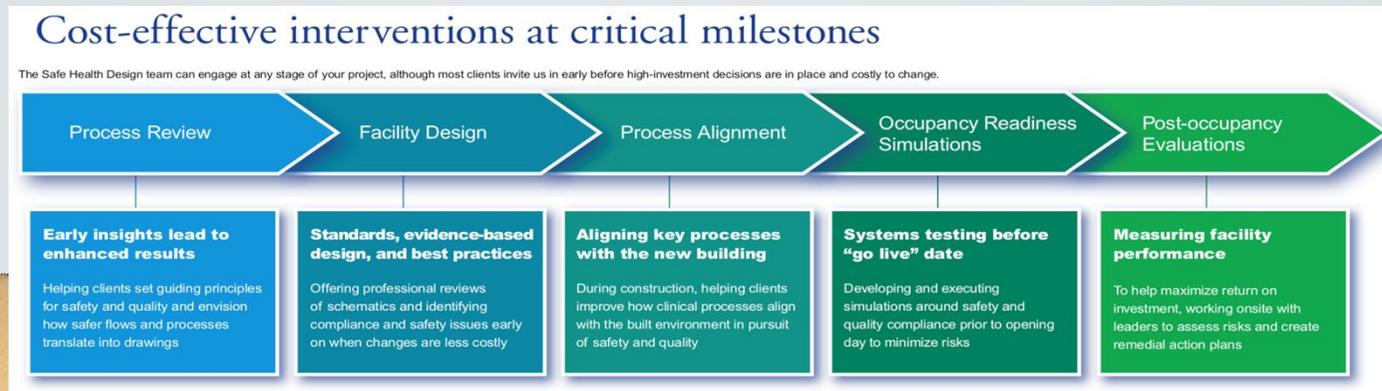


Figure 3 – Modèle de gouvernance du réseau EBP belge



Accréditation et données probantes

- The Joint Commission launched the *Top Performer on Key Quality Measures* program in 2011. This program honors hospitals that demonstrate excellent performance on **evidence-based** process of care measures.
- The Joint Commission during the previous calendar year. The data report on **evidence-based** interventions for heart attack, ...perinatal care, substance use, pain and tobacco treatment.
- The *Top Performer* program uses **evidence-based** performance measures that have undergone rigorous development and testing to ensure data integrity.



Les recommandations de bonnes pratiques

Clinical Practice Guidelines: *“statements that include recommendations intended to optimize patient care that are informed by a systematic review of evidence and an assessment of the benefits and harms of alternative care options”*
(IOM 2011)

Clinical Practice Guidelines We Can Trust.

Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines; [Graham R](#), [Mancher M](#), [Miller Wolman D](#), [Greenfield S](#), [Steinberg E](#), editors.

Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.

Limites du Principe d'Evidence Based

Evidence Based (EB) est non seulement un projet rationnel, mais aussi une politique :

- La quantification en médecine et l'EB en particulier a été débattue et controversée pendant une longue période;
- EB est au cœur des relations de pouvoir entre acteurs :
 - Il est façonné par eux;
 - Il peut être une source de déstabilisation et de transformation de ces relations.

We live a in “a world of standards but not a standard world” (Timmermans & Epstein, 2010)

A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization*

Stefan Timmermans and Steven Epstein

¹Department of Sociology, University of California, Los Angeles, California 90095; email: stefan@soc.ucla.edu

²Department of Sociology, Northwestern University, Evanston, Illinois 60208; email: s-epstein@northwestern.edu

Méthodologie de diffusion d'une recommandation

Il existe peu de données pour appuyer les décisions relatives aux stratégies de diffusion et de mise en œuvre de la directives de bonnes pratiques susceptibles d'être efficaces dans des circonstances différentes.

Grimshaw et al. 2006

Toward Evidence-Based Quality Improvement

Evidence (and its Limitations) of the Effectiveness of Guideline Dissemination and Implementation Strategies 1966–1998

Jeremy Grimshaw, MBChB, PhD,¹ Martin Eccles, MBChB, MD,² Ruth Thomas, BSc, PhD,³ Graeme MacLennan, BSc, MSc,³ Craig Ramsay, BSc, PhD,³ Cynthia Fraser, MA,³ Luke Vale, MSc, MA³

¹Ottawa Health Research Institute, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ²University of Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne, UK; ³University of Aberdeen, Aberdeen, UK.

OBJECTIVES: To determine effectiveness and costs of different guideline dissemination and implementation strategies.

DATA SOURCES: MEDLINE (1966 to 1998), HEALTHSTAR (1975 to 1998), Cochrane Controlled Trial Register (4th edn 1998), EMBASE (1980 to 1998), SIGLE (1980 to 1988), and the specialized register of the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care group.

REVIEW METHODS: INCLUSION CRITERIA: Randomized-controlled trials, controlled clinical trials, controlled before and after studies, and interrupted time series evaluating guideline dissemination and implementation strategies targeting medically qualified health care professionals that reported objective measures of provider behavior and/or patient outcome. Two reviewers independently abstracted data on the methodologic

CONCLUSIONS: Current guideline dissemination and implementation strategies can lead to improvements in care within the context of rigorous evaluative studies. However, there is an imperfect evidence base to support decisions about which guideline dissemination and implementation strategies are likely to be efficient under different circumstances. Decision makers need to use considerable judgment about how best to use the limited resources they have for quality improvement activities.

KEY WORDS: practice guideline; systematic review; implementation research.

DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00357.x

J GEN INTERN MED 2006; 21:S14–20.

© 2006 by the Authors

Impact des recommandations sur les pratiques de soins

- 1987 : *Kosecoff*, analyse l'évolution des pratiques, après diffusion simple de recommandations issues de quatre conférences de consensus.

pas de changement significatif des pratiques.

Impact des recommandations sur les pratiques de soins

- 1993 : *Grimshaw, systematic review de 59 recherches* évaluant l'impact des RBP sur l'amélioration des pratiques (processus) et les résultats de soins (outcome).

« Quatre études identifient des améliorations significatives des processus de soins »

« Deux études identifient des améliorations des résultats de soins »

« La majorité des études démontrent que les RBP ont été implémentées sans évaluation rigoureuse de l'impact des RBP sur les pratiques »

→ La mise en œuvre d'une méthodologie d'implémentation et d'une évaluation rigoureuse constituent des étapes particulièrement importantes qui ne doivent pas être négligées par leurs auteurs».

39

Impact des recommandations sur les pratiques de soins

- 1997 : La Cochrane Collaboration met en place le groupe EPOC (*Effective Practice and Organization of Care group*) avec pour mission l'étude des méthodes d'implémentation et de diffusion des RBP.
- The scope of the Cochrane EPOC group is to undertake systematic reviews of educational, behavioural, financial, regulatory and organisational interventions designed to improve health professional practice and the organisation of health care services.



Impact des recommandations sur les pratiques de soins

- 2000 : Haute Autorité de Santé – France, recommande :

« Pour que les RBP aient un impact sur la qualité des soins, les professionnels de terrain doivent connaître leur existence et doivent être en accord avec le contenu de ces RBP ».

« Il est indispensable d'intégrer les professionnels de terrain à la construction de la RBP... ».

« Les professionnels de terrain devront dans un deuxième temps modifier leur comportement pour adapter leur pratique à la RBP ».

Facteurs déterminants l'impact des RBP sur la pratique.

- les modalités d'élaboration,
- la légitimité de celui qui est à l'origine de la recommandation,
- sa qualité,
- sa complexité,
- sa difficulté à être mise en œuvre, ses limites
- ses modalités de diffusion.

Pas de règle universelle

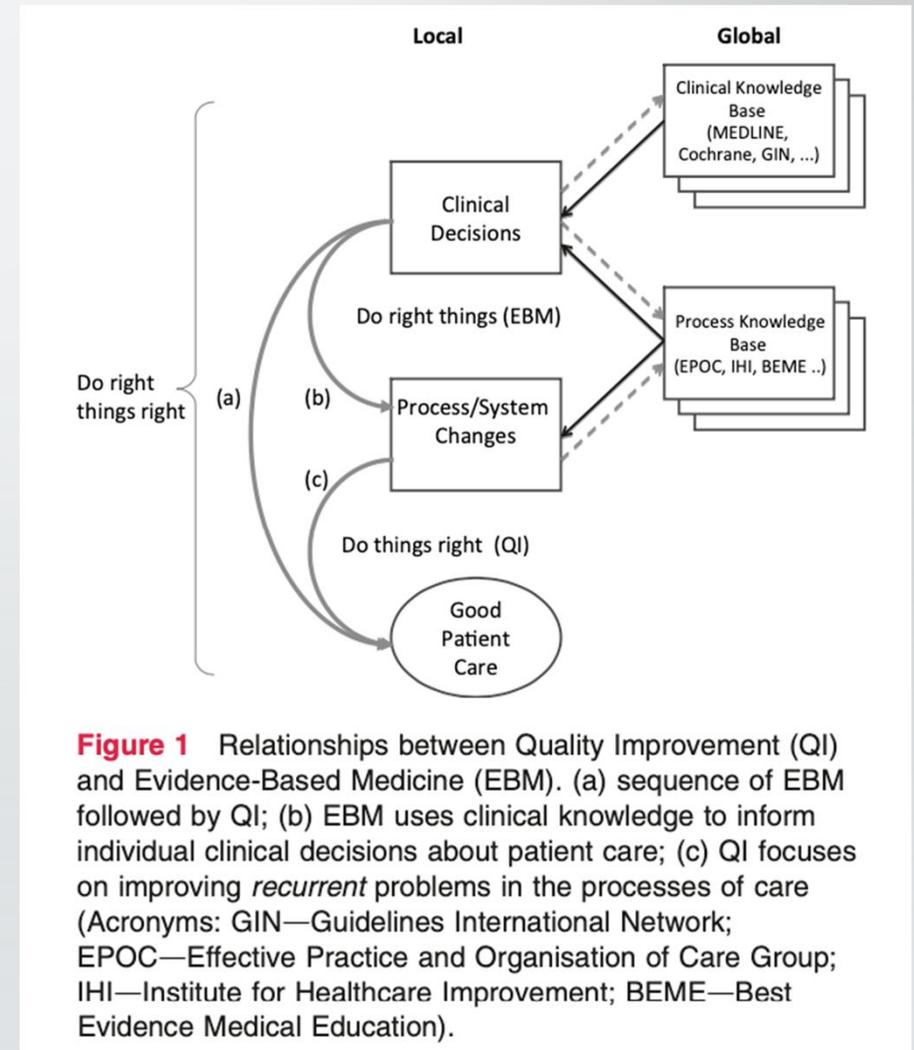
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Guide méthodologique, efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales, Paris, ANAES, 2000, 48 pages.
- EPOC 2008

Facteurs influençant la réalisation d'une RBP:

1. Les enjeux et objectifs poursuivis.
2. Les modalités d'élaboration.
3. Le contenu de la recommandation.
4. Les modalités de diffusion.

Evidence Based- Practice et amélioration continue de la qualité

“Do right things right”



Diffusion et formation auprès des professionnels.

1. La distribution de documents imprimés ou de matériels audiovisuels (*les contacts personnels, les mailings, Internet*).
2. Les publications dans les revues scientifiques ou professionnelles.
3. Les conférences, présentations didactiques, ateliers éducatifs.
4. L'élaboration de consensus locaux : élaboration collective de recommandations, parfois accompagnée d'une stratégies d'implémentation.

Diffusion et formation auprès des professionnels.

5. Les visites d'éducation auprès de professionnels de santé (*outreach visits, academic detailing*)
6. Les « leaders d'opinion » : utilisation de praticiens identifiés par leurs collègues comme « influents » afin de délivrer une information au niveau local.
7. Évaluation des freins à l'implémentation des RBP (interviews, enquête, discussion de groupe et mise en place d'une intervention destinée à agir sur ces résistances).

Encadrement des pratiques professionnelles.

- Audit feedback : résumé des performances cliniques d'un praticien ou d'un groupe de praticiens sur une période donnée ;

--> Impact démontrée sur la pratique des professionnels de terrain.

- Rappels au moment de la décision (*reminders*) - papiers (poster, brochure dans le dossier médical...), informatique (systèmes d'aide à la décision) voire téléphonique,...etc.

Systematiser l'EBN dans les filières d'enseignements...

« For nurses to possess the knowledge, skills, and attitudes to apply evidence-based practice and quality improvement to the real-world setting, academic-clinical institution partnerships are vital. »

Balakas K., Smith JR. **Evidence-Based Practice and Quality Improvement in Nursing Education.** J Perinat Neonatal Nurs. 2016 Jul-Sep;30(3):191-4.

Systematiser l'EBN dans les filières d'enseignements...

« Le comité des experts recommande de renforcer les fondements disciplinaires des programmes en actualisant les contenus à partir des connaissances de pointe issues de la recherche en sciences infirmières et de l'évolution de la discipline. Il propose, par exemple, de présenter l'évolution des sciences infirmières, d'introduire ou de renforcer l'utilisation des résultats probants (EBN) dans l'enseignement, de développer les liens entre modèles et théories en soins infirmiers et pratique professionnelle. » *Recommandation 2*

Quelques conclusions...

- Données probantes démontrant l'amélioration des processus de soins ;
- Plus difficile de démontrer une amélioration des résultats directs sur la qualité des soins ;
 - Facteurs confondants (qualité de l'implémentation, changement des comportements, , adaptation au contexte, faiblesses dans la collecte des indicateurs,...etc.)
- Mise en œuvre d'une méthodologie complète (PDCA) d'implémentation avec une attention rigoureuse à l'implémentation et à l'évaluation ;
- Pas de méthodologie de diffusion idéale mais certaines ont démontré une efficacité plus importante que d'autres (audit-feedback, rappels au moment de la prescription, les leaders d'opinion, la visite sur le lieu professionnel ou domicile) ;

Quelques conclusions...

- Préférable d'associer différentes méthodes multifocales ;
- Plus les efforts d'implémentation sont importants, plus la probabilité de succès est grande ;
- Il est primordial de tenir compte du contexte ;
- Diminution nette et rapide de l'impact des interventions à l'arrêt de celles-ci ;
- Le rapport coût/efficacité de la mise en œuvre de ces différentes méthodes est difficile à évaluer...

Freins et limites à la pratique EBN

- Encore de nombreuses zones grises ;
- Absence d'études ou de données scientifiques pour de nombreux domaines;
- Attention au caractère unique de chaque patient ;
- Rapidité de l'évolution des connaissances nécessite une mise à jour des connaissances

Freins et limites à la pratique EBN

- Concept nouveau (résistance aux changements)
- Encore peu intégré dans la formation d'infirmière (uniquement master et doctorat)
- Besoin de temps pour l'apprentissage et la pratique régulière de la démarche :
 - Recherche et compréhension de la littérature scientifique ad hoc
 - Augmentation exponentielle des publications
 - Encore peu de réseaux de professionnel d'information (CEBAM – Joanna Briggs Institut – etc.)
- Complexité des prises en charge.
- Maîtrise de l'anglais et des statistiques sont nécessaire.

Plus-Value de l'EBN

- Nouvelles stratégies de résolution de problèmes cliniques.
- Favorise le développement professionnel.
- Favorise la pluridisciplinarité et l'analyse critique.
- Transfert des connaissances à la pratique
- Processus d'apprentissage permanent.
 - Mise à jour des connaissances.
 - Perfectionnement des techniques de recherche de documentation et amélioration des habitudes de lecture.
 - Uniformisation des soins (protocoles, guidelines).
 - Meilleure compréhension.
 - Évaluation critique de la recherche.

Plus-Value de l'EBN

- Démarche :
 - identifier les niveaux de preuves scientifiques
 - formaliser des recommandations

Plus value:

- Augmentation de la qualité des soins
- Médecine intégrant les connaissances scientifiques les plus actuelles et les plus pointues
- Standardisation de certaines prises en charge
- Amélioration de la communication entre les cliniciens et non cliniciens

Références

- Balakas K., Smith JR. Evidence-Based Practice and Quality Improvement in Nursing Education. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2016 Jul-Sep;30(3):191-4.
- Berg, M. (1997). *Rationalizing Medical Work*, MIT Press.
- Beyea, Suzanne C. Slattery, Mary Jo (2013); Historical perspectives on evidence-based nursing; *Nursing Science Quarterly.* 26(2):152-5, 2013 Apr.
- Glasziou P., Ogrinc G., Goodman S.: Can evidence-based medicine and clinical quality improvement learn from each other? *BMJ Qual Saf* 2011;20(Suppl 1)
- Gray JAM. (1997). *Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions.* London: Churchill Livingstone.
- Grimshaw JM., Russel IT.: Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet.* 1993 Nov 27;342(8883):1317-22.
- Ingersoll, G. L. (2000). *Evidence-based nursing: what it is and what it isn't.* *Nursing Outlook* 48 (4), 151-152.

Références

Lynn Mc Donald, PhD (2001). Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evid Based Nurs* 2001;4:68-69

Marks, H. (1997). *The Progress of Experiment*, Cambridge University Press.

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312: 71–2.

Sackett, D., Strauss, S., Richardson, W., Rosener, W., & Haynes, R. (Eds.). (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). Edinburgh, United Kingdom: Churchill Livingstone.

Smith J. P. (1995), *Virginia Henderson. The first ninety years*, traduction française *Virginia Henderson : une biographie*44, Paris, InterEditions.

Stetler, C. B. (1994). Refinement of the Stetler/Marram model for application of research findings to practice. *Nursing Outlook*, 42, 15.

Thompson, Laura (2009). Gairdner Wightman Award. *In Daily News. Hamilton, Ont.* McMaster researcher to receive 2009, *McMaster University*. 1 April 2009.

Timmermans & Epstein (2010). *A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization*. *Annual Review of Sociology*. Vol. 36: 69-89. August 2010.

Merci pour votre attention...

D.Putzeys

dominique.putzeys@chrcitadelle.be

dominique.putzeys@me.com