



## Données probantes : état de la situ

*Le mouvement basé sur  
Les données probantes,  
loin d'adopter des perspectives  
valorisant le scepticisme,  
la multiplicité et la divergence,  
provoque plutôt la segmentation  
des savoirs et marginalise  
des formes de connaissances.*

### ■ Dave Holmes,

Inf. PhD, Professeur titulaire, Université d'Ottawa,  
Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières.

### ■ Stuart J Murray,

PhD, Professeur adjoint, Ryerson University,  
Faculty of Arts, Department of English.

### ■ Amélie Perron,

Inf., PhD (cand) Chargée d'enseignement, Université d'Ottawa,  
Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières.

### ■ Jean-Daniel Jacob,

Inf., PhD (cand) Assistant de recherche, Université d'Ottawa,  
Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières.

**D**epuis environ une décennie, l'*evidence-based movement*, traduit par « mouvement fondé sur les données probantes (MDP) ou sur des niveaux de preuve » s'impose, et aucun professionnel de santé ne peut en faire l'économie. C'est du moins ce que véhiculent plusieurs instances académiques, gouvernementales et professionnelles. Ce mouvement, dont l'origine est principalement nord-américaine (plus spécifiquement dans les départements d'épidémiologie), a généré une pléthore d'outils connexes allant des revues de la littérature systématiques aux protocoles de pratiques dites « exemplaires ». En sciences de la santé, un mouvement corollaire du MDP, l'*evidence-based health sciences* (EBHS), milite pour l'incorporation de résultats de recherches scientifiques au sein de la pratique clinique. À chaque action de soin envisagée correspondraient des données probantes indiquant que cette action produira les effets désirés et bénéfiques pour le plus grand nombre (Sackett, 2000). Au nom de la « bonne science », le MDP et l'EBHS privilégient cependant des types très précis de résultats de recherche (au détriment d'autres) et l'ampleur de ce phénomène est tel que l'on pourrait croire qu'il fait l'unanimité auprès des professionnels, dont les infirmiers. Il convient donc d'interroger les présupposés de ce consensus apparent qui valorise des pratiques professionnelles infirmières basées sur des protocoles issus de données exclusivement empiriques.

### ■ Clarification conceptuelle

L'expression « données probantes » désigne des résultats d'observations ou d'expériences émanant de la recherche dont la qualité et la rigueur supposées sont assurées par une méthode de recherche qui vise à contrôler les biais du chercheur et des sujets de recherche. À cet effet, le mouvement sur les données probantes (MDP) établit clairement que les recherches quantitatives génèrent des données de grande qualité. Les essais contrôlés randomisés en particulier (essais comparatifs entre plusieurs groupes ou la participation se fait par tirage au sort), de même que les méta-analyses (analyses systématiques de résultats cliniques) répondent à des critères de rigueur très précis (validité et généralisation des résultats, objectivité du processus de recherche), alors que sont relégués au second plan



## ation

les résultats issus de méthodes qualitatives et de l'analyse d'experts (opinions, commentaires, jugements cliniques). Les pratiques fondées sur les données probantes (ou sur les preuves) renvoient à une utilisation qui se veut rigoureuse et judicieuse des « meilleures données » disponibles de la recherche au cours des soins à prodiguer à un patient donné.

Ces « meilleures données » impliquent d'établir la preuve (aussi sûre que possible) de résultats cliniques associés à une intervention particulière. Cette preuve est démontrée grâce à des calculs statistiques et, en ce sens, les pratiques fondées sur les données probantes s'inscrivent dans une logique de santé publique. Ainsi, des interventions dont les effets sont démontrés comme étant « significatifs » en vertu d'une population représentative sont appliquées à des cas individuels, même si ces derniers ne se situent pas dans « la moyenne ». En d'autres termes, un problème de santé ne sera plus envisagé d'un point de vue individuel (celui du patient), mais plutôt du point de vue d'une population pour laquelle une norme a été établie. En vertu de l'objectivité rigoureuse dont se réclame le MDP, ce sont donc les dimensions sociales, culturelles, politiques et historiques qui sont évacuées du processus de la recher-

Un problème  
de santé ne sera  
donc plus envisagé  
d'un point de vue  
individuel  
(celui du patient),  
mais plutôt du point  
de vue d'une  
population pour  
laquelle  
une norme  
a été établie.

che et, par conséquent, du processus clinique. Le contexte propre à un patient dans lequel s'inscrit le soin perd son caractère unique et le professionnel de santé à qui l'on impose de tels protocoles voit son jugement clinique, son

expertise et son initiative remplacés par des lignes directrices préétablies.

En dépit de cela, ces pratiques ont été consacrées comme « exemplaires » en matière de santé, et des organismes (l'Association des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario, par exemple) s'emploient actuellement à multiplier de telles lignes directrices (dites de « pratiques exemplaires » ou *best practice guidelines* en anglais) pour que les soignants intègrent les données probantes dans leur pratique professionnelle (RNAO, 2002).

Sur le plan strictement conceptuel, une pratique professionnelle fondée sur les données probantes (*evidence-based practice*) s'inspire donc des résultats de recherche les plus récents. Ces résultats s'inscrivent dans des connaissances empiriques, c'est-à-dire obtenues à partir d'une méthode d'observation objective et de comparaison statistique de cas où les biais ont été éliminés, dont la causalité a été affirmée et dont la démarche méthodologique doit pouvoir être reproduite de manière intégrale avec les mêmes résultats cliniques. Par conséquent, tous les types « d'évidences », en dehors de l'empirique, et particulièrement celles qui ne sont pas issues des recherches quantitatives, sont reléguées au second plan. Le mouvement sur

les données probantes a donc institué de manière irréfutable la hiérarchisation des savoirs scientifiques actuels en santé.

## ■ Historique

La pratique basée sur les données probantes émane des travaux d'Archie Cochrane, adepte de la recherche quantitative qui affirme qu'elle est « la » meilleure source d'évidence pour, entre autres, assurer la minimisation des dépenses de santé (Traynor, 2002). En 1993, la *Collaboration Cochrane* (1), auto-proclamée comme autorité internationale en matière d'évaluation de la recherche, est fondée dans le but de permettre aux cliniciens d'accéder plus facilement aux données de recherche valides. En fait, il s'agit de leur permettre de mieux utiliser leur temps, en particulier avec les patients. « *La base de données Cochrane* » est alors établie à partir d'une panoplie d'articles sélectionnés selon des critères spécifiques (Winch, Creedy & Chaboyer, 2002) tels que les groupes de révision de la *Collaboration Cochrane* hésitent à accepter les études fondées sur les données qualitatives (French, 2002). Pour eux, une recherche « acceptable » doit être issue de méthodes de recherche équivalentes aux recherches quantitatives, toute autre forme de recherche (soit 98 % des écrits actuels selon l'un des collaborateurs du groupe Cochrane) étant considérée comme scientifiquement douteuse ou imparfaite (Traynor, 2002).

À première vue, un système de santé basé sur les données probantes permettrait d'obtenir des résultats cliniques positifs, ce qui, en soi, constitue un objectif de soin de premier plan

(Barrett, 2002). Il n'est donc pas surprenant que pour les chercheurs et les cliniciens (y compris infirmiers), l'EBHS (*evidence-based health sciences*) représente « la » méthode qui assure une qualité de soin optimale aux patients (Walker, 2003). En effet, les défenseurs de l'EBHS maintiennent un lien sans équivoque entre ces pratiques de soins « probantes » et une amélioration significative des résultats cliniques (Bonell, 1999 ; Winch et al., 2002). Au fil du temps, l'EBHS s'est donc imposé comme l'élément fondamental d'une pratique professionnelle éthique. Quel clinicien voudrait en effet priver un patient d'une « pratique exemplaire » ? Par ailleurs, la terminologie employée (pratiques exemplaires, *gold standard*, meilleurs résultats de recherche) laisse peu de place à la remise en question et conduit à un semblant de consensus qu'il convient de critiquer.

## ■ Conclusion

Les sciences de la santé sont fortement influencées par la médecine dont l'autorité est rarement mise à l'épreuve. Il n'est donc pas surprenant de constater que les recherches quantitatives sont la règle d'or dans la production des savoirs. Le mouvement EBHS que nous percevons comme opérant une stratification et une segmentation des connaissances, devrait pourtant bousculer de nombreuses disciplines en santé qui préconisent plutôt la multiplicité des savoirs. Il faut également se demander si ce mouvement, en promulguant une vision simpliste et réductionniste des objectifs sanitaires, ne répond pas à des impératifs gouvernementaux en justifiant la réduction des budgets de santé (Traynor,

2002). Nous estimons pour notre part que les sciences de la santé doivent adopter des perspectives valorisant le scepticisme, la multiplicité et la divergence. À l'instar d'autres auteurs, il nous semble toutefois évident que la tendance actuelle ne laisse aucune place au pluralisme (Winch et al., 2002). Le mouvement EBHS provoque plutôt la segmentation des savoirs (c'est-à-dire qu'il rejette la possibilité d'épistémologies multiples) et marginalise plusieurs formes de connaissances. Il est essentiel de souligner qu'il ne s'agit pas là d'une étape « naturelle » dans l'évolution des connaissances en sciences de la santé, mais bien d'un processus orchestré qui ne relève pas de l'arbitraire. Afin de répondre à ce constat, une résistance doit se déployer au sein des disciplines de la santé elles-mêmes. ✨

1- Fondée en 1993, la *Collaboration Cochrane* compte aujourd'hui près de 15 000 professionnels de la santé, chercheurs, et représentants d'associations de patients dans 97 pays à travers le monde. C'est une organisation internationale et indépendante, à but non lucratif, dont l'objectif est de mettre à disposition de toute personne concernée, dans le monde entier, des informations actualisées et fiables sur l'efficacité des interventions en soins de santé. Ces informations proviennent d'un travail de synthèse complexe, basé sur une méthodologie rigoureuse, appelé revue systématique. [www.ph.cochrane.org](http://www.ph.cochrane.org)

## ● Bibliographie

- ▶ Barrett E.A.M (2002). What is nursing science ? *Nursing Science Quarterly*, 15, 51-60.
- ▶ Bonell C. (1999). Evidence-based nursing : a stereotyped view of quantitative and experimental research could work against professional autonomy and authority. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 18-23.
- ▶ French P. (2002). What is the evidence on evidence-based nursing ? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 250-257.
- ▶ RNAO (2002). Toolkit : Implementation of clinical practice guidelines. RNAO, Toronto.
- ▶ Sackett D. (2000). Evidence-Based Medicine : How to Practice and Teach EBM. New York : Churchill Livingstone.
- ▶ Traynor M. (2002). The oil crisis, risk and evidence-based practice. *Nursing Inquiry*, 9, 162 - 9.
- ▶ Walker K. (2003). Why evidence-based practice now ? : a polemic. *Nursing Inquiry*, 10, 145 - 55.
- ▶ Winch S, Creedy D. & Chaboyer W. (2002). Governing nursing conduct : the rise of evidence-based practice. *Nursing Inquiry*, 9, 156 -61.

À voire... À voire... À voire... À voire...

## ● L'invisible qui se cache en nous



Farida Bahri, dont les tableaux illustrent les trois articles présentés ici, est peintre, plasticienne, calligraphe et aussi art-thérapeute. « *À la question : quelle permission je me donne ? Je réponds : rencontrer la richesse de l'autre. De là jaillit la vie. Peindre est une façon de répondre à la vie* » explique-t-elle. Son travail est donc une interrogation continuelle par rapport à la vie : qu'est-ce que la vie au-delà des apparences ? Comment voir autrement et transformer les limites ? Comment rendre les choses plus fluides ? Farida Bahri poursuit « *la réalité est plus vaste que le monde visible. Peindre, c'est mettre en*

*forme sa propre énergie en lignes, en tâches et en couleurs. Et ce qui me fascine, c'est l'invisible, le fait de pouvoir rendre visible ce qui se cache en nous* ». Un très joli travail, lumineux, tant sur les couleurs que sur les nuances infinies avec lesquelles l'artiste joue. Farida Bahri exposera ses œuvres du 1<sup>er</sup> octobre au 30 novembre 2008 à Paris, à l'atelier Arnaud-Marie 6 rue Bertin Poirée (1<sup>er</sup> arrondissement).

• L'atelier est ouvert du mardi au samedi de 9 h à 19 h et le jeudi de 11 h à 20 h 30. Tél. : 01 40 26 36 34.