

**MANAGEMENT DE LA QUALITE  
DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS**

**Université Libre de Bruxelles**  
Département d'Economie de la Santé  
Ecole de Santé Publique

**Université Catholique de Louvain**  
Unité des Sciences Hospitalières et Médico-Sociales  
Ecole de Santé Publique

*L'Evidence-Based Nursing comme outil qualitatif opérationnel  
au sein du département infirmier  
d'une clinique de revalidation de 220 lits.*

*Objectif réaliste ou utopique ?*

Patrick J. VEREECKE

*Travail de fin d'études  
présenté en vue de l'obtention du  
Certificat Interuniversitaire en Management  
de la Qualité dans les Etablissements de Soins*

La connaissance est une navigation dans un océan  
d'incertitudes à travers des archipels de certitudes.

*Extrait de Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*

[Edgar Morin]

J'adresse tout particulièrement mes remerciements à Monsieur le Professeur B. BOLAND et Madame M. VANSCHOOR pour le temps qu'ils m'ont consacré, ainsi qu'à Madame M. GOBERT pour ses précieux conseils.

Je tiens également à remercier Mesdames L. FETU et G. GERMANES qui m'ont permis de suivre cette formation, ainsi que Madame A. CULPAN pour sa lecture critique.

Enfin, je ne saurais oublier mon épouse Séverine et mon fils Alexis pour leurs encouragements et le temps qu'ils m'ont laissé pour mener à bien ce certificat interuniversitaire.

Bruxelles, le 1<sup>er</sup> octobre 2004

#### **Remarques**

Les sites Internet et / ou les adresses URL, dont il est fait mention dans ce travail, ne sont cités que lorsqu'ils représentent une référence dans un domaine, ou afin de donner des exemples concrets aux propos exposés. Le lecteur ne devra y voir, bien sûr, aucune intention publicitaire ou mercantile. Les URL sont valides en date du 15/09/2004.

Les personnes dont le nom figure dans les remerciements, ou dans le chapitre intitulé « stratégies de recherche documentaire », ont marqué un accord explicite à ce propos. Le logo de « The Cochrane Collaboration » est présenté en annexe 6, avec l'accord explicite de Nick ROYLE, *Chief Executive Officer* / The Cochrane Collaboration.

Nous avons essayé, lorsque nous ne citons pas intégralement l'auteur, de respecter au maximum le sens de ses propos en tenant compte du contexte de la publication. Dans tous les cas, l'auteur sera clairement identifié et nous nous excusons d'avance pour les éventuelles citations – ou attributions – apocryphes.

La profession étant représentée majoritairement par la gent féminine, et à l'inverse de la règle grammaticale selon laquelle le masculin l'emporte sur le féminin, nous nous permettrons donc d'utiliser régulièrement le mot "infirmière".

---

## TABLE DES MATIERES

---

<b>1 – INTRODUCTION .....</b>	<b>1.</b>
1.1. Choix et intérêt du sujet .....	1.
1.2. Hypothèse, finalité, objectifs et but du travail .....	2.
1.3. Limites du travail .....	2.
<b>2 – APPROCHE THEORIQUE .....</b>	<b>3.</b>
2.1. Notre Institution, place du cadre infirmier et accessibilité aux données .....	3.
2.2. Recherche en soins infirmiers : étape fondamentale .....	4.
2.3. Cochrane Collaboration / CEBAM .....	6.
2.4. Définition de l'EBM / EBN et EBP .....	7.
2.5. Intégration opérationnelle de l'EBN .....	10.
2.6. Etapes de l'EBP, avantages et inconvénients .....	11.
2.6.1. Démarche EBP : 5 étapes .....	11.
2.6.2. Principaux avantages de l'EBP .....	11.
2.6.3. Principaux inconvénients de l'EBP .....	11.
2.6.4. Quelques objections et / ou limites à la pratique de l'EBP .....	12.
2.7. Conclusion de l'approche théorique .....	12.
<b>3 – APPROCHE APPLIQUEE .....</b>	<b>13.</b>
3.1. Présentation des 3 « questionnements » .....	13.
3.2. Développement de la démarche .....	14.
3.2.1. Le PICO .....	14.
3.2.2. La recherche d'articles pertinents .....	14.
3.2.2.1. Généralités sur les ressources .....	14.
3.2.2.2. Medline / Pre-Medline / PubMed .....	15.
3.2.2.3. Notre sélection de ressources .....	16.
3.2.2.4. Notre sélection de documents .....	17.
3.2.3. Evaluation / intégration / conséquences .....	18.
3.3. Conclusion de l'approche appliquée .....	19.
<b>4 – CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>20.</b>

### BIBLIOGRAPHIE

### ANNEXES

### 1.1. Choix et intérêt du sujet

Parmi les nombreux thèmes exposés et « outils qualitatifs » présentés dans le cadre du *Certificat Interuniversitaire en Management de la Qualité dans les Etablissements de Soins*, c'est le thème de l'*Evidence-Based Nursing* et, par association, de l'*Evidence-Based Medicine* que nous avons souhaité aborder dans ces pages.

Bien que cette démarche date des années '80, la publication d'articles à ce sujet dans les années '90, l'augmentation sans cesse croissante du flux d'information et des documents diffusés, l'essor de l'outil informatique et d'Internet en particulier, la complexité d'une prise en charge médicalement adéquate et financièrement acceptable, et enfin la dimension « patient », font que cette approche qualitative, relativement méconnue et peu développée, est plus que jamais contemporaine.

Comme le précise D.L. SACKETT, pratiquer l'*Evidence-Based Medicine* (EBM), c'est s'investir dans un processus d'apprentissage permanent, centré sur la résolution de problèmes rencontrés dans notre activité clinique. Lequel processus crée un besoin de repères fiables en matière de diagnostic, de pronostic, de traitement, ou d'autres domaines touchant à la santé de nos patients (Adapté de [SACKETT 1996] p.5).

Selon le Centre Belge d'*Evidence-Based Medicine* ou CEBAM<sup>1</sup>, l'EBM - ou médecine factuelle - se définit comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles (preuves) de la recherche clinique, dans la prise en charge personnalisée de chaque patient.

Le CEBAM précise que les autres spécialités médicales<sup>2</sup> comme la kinésithérapie ou les soins infirmiers, sont également concernées par l'EBM. Selon nous, le terme « médecine » doit donc être considéré dans son sens premier, à savoir « Ensemble des connaissances scientifiques et des moyens mis en oeuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités » ([LAROUSSE 2004] p. 676).

Les termes *Evidence-Based Practice* (EBP) ou *Evidence-Based Nursing* (EBN), sont donc utilisés par analogie avec le terme EBM ([GRYPDONCK 2002] p.1). Nous expliciterons ultérieurement, et c'est important, la terminologie utilisée.

En tant que cadre infirmier, la rédaction - et surtout la validation - de recommandations de soins pertinentes à l'attention du personnel infirmier et soignant est importante. L'EBN – EBM peut-il nous aider dans ces tâches ? Peut-il être un outil qualitatif opérationnel au sein de notre département infirmier ? Voici la réflexion que nous nous proposons d'aborder dans ces pages.

Enfin, nous souhaitons préciser que l'EBM-EBN n'est pas utilisé au sein de l'Institution dont il est question dans ce travail, et que nous n'avons suivi aucune formation spécifique dans ce domaine.

---

<sup>1</sup> Le CEBAM est un centre indépendant, financé par le Ministère belge des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, qui est incorporé dans une structure internationale plus vaste appelée Cochrane Collaboration.

<sup>2</sup> Récemment, c'est également le terme *Evidence-Based Dentistry* qui a fait son apparition ([SAVARD 2003]).

## 1.2. Hypothèse, finalité, objectifs et but du travail

L'hypothèse de départ est la suivante : Il y a dispensation de soins de qualité lorsque les preuves disponibles sont intégrées dans le processus décisionnel ([GRYPDONCK 2002] p.6). Ce lien est également mis en évidence par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada comme nous le verrons en page 8. Dans un article, C. BRUN-BUISSON précise aussi que l'EBM est devenu un outil irremplaçable pour améliorer la qualité des soins et leur évaluation (Adapté de [BRUN 1999] p.11).

La finalité de ce travail est d'analyser l'intérêt que peut présenter un outil qualitatif déterminé, d'en objectiver les contraintes et les limites dans un contexte professionnel donné et évaluer, au travers de situations concrètes, l'opportunité de l'intégrer comme outil qualitatif opérationnel utilisable par un cadre infirmier.

Nous définirons, dans le contexte de ce travail, le terme « outil qualitatif opérationnel » comme un outil qui peut être utilisé de façon régulière par le cadre infirmier, sur son lieu de travail, sans faire appel à du personnel spécialisé et dont le coût d'utilisation (direct et indirect) doit également être en rapport avec les moyens dont dispose le département infirmier. Enfin, les données qui en résultent doivent pouvoir être intégrées dans un processus décisionnel (cf. chapitre 2.5.).

Les objectifs de ce travail sont :

- ✓ Réfléchir sur le concept de l'EBN et ses différentes caractéristiques.
- ✓ Définir l'EBN et en préciser l'intégration opérationnelle au sein du département infirmier.
- ✓ Réaliser une sélection de ressources « EBN » on-line qui peuvent être utilisées dans le cadre de notre département infirmier.
- ✓ Aborder 3 situations pratiques, rencontrées par un cadre infirmier et en expliciter la démarche.
- ✓ Évaluer l'opportunité d'utiliser un tel outil et répondre à la question : « *Objectif réaliste ou utopique ?* ».

Le but est de faire évoluer positivement la qualité des soins par l'apport d'une réponse plus adaptée lors de la prise en charge de certains problèmes et la rédaction de recommandations de soins scientifiquement plus pertinentes.

En effet, un des volets de l'EBM est de procurer des recommandations de soins, appelées par les auteurs anglo-saxons « guidelines » ([CEBAM 2003]).

La rédaction de ces recommandations aboutit à un texte de synthèse des connaissances et des pratiques à partir des données de la littérature scientifique et de l'avis d'experts. Une lecture méthodique et objective de la littérature est donc indispensable. L'analyse de la littérature constitue l'étape initiale de cette revue : elle en garantit la qualité (Adapté de [ANAES 2000] p.3).

## 1.3. Limites du travail

L'EBM / EBN / EBP est largement documenté et la plupart des références sont accessibles, intégralement ou partiellement, via Internet<sup>3</sup>. Vous trouverez des précisions à ce propos dans le chapitre intitulé « stratégie de recherche documentaire », au début de la bibliographie.

---

<sup>3</sup> Attention, certains sites ne sont pas gratuits.

Il est impossible de consulter et d'analyser tout ce qui se dit à ce sujet sur le web. Nous nous limiterons donc à répondre de façon claire et précise aux objectifs pré-cités. Ce travail n'est donc pas un cours ou un manuel d'EBP, ni une liste exhaustive d'URL<sup>4</sup> sur le sujet. Il ne s'agit pas non plus de détailler la notion de « soins de qualité » reprise dans notre l'hypothèse. Celle-ci doit, en effet, être prise comme un postulat de départ.

Nous sommes également conscient que, dans un contexte de collaboration pluridisciplinaire, les différents partenaires pourraient être amenés à utiliser cet outil, mais nous nous limiterons, dans ces pages, au personnel infirmier et au cadre infirmier en particulier.

---

## 2 - APPROCHE THEORIQUE

---

**S**i la notion de gestion basée sur des faits prouvés est appelée à devenir une réalité et non simplement la dernière idée à la mode, l'engagement des gestionnaires dans une politique de santé basée sur des faits prouvés doit influencer leur propre mode de fonctionnement, ainsi que celui des utilisateurs et des dispensateurs de soins. Cette perspective nécessite la mise en place d'une stratégie visant à optimiser l'utilisation des ressources dont disposent les gestionnaires (notamment par l'accès aux informations valides et pertinentes), à développer la compétence de leur équipe, et à modifier leur propre organisation et leur culture. Cette stratégie devra passer par les trois étapes essentielles des soins basés sur des faits prouvés : identifier les preuves, les évaluer, les mettre en pratique (Adapté de [MILNE 1996] p.7).

### 2.1. Notre Institution, place du cadre infirmier et accessibilité aux données

L'institution concernée se situe à Waterloo, dans la forêt de Soignes. Elle se veut être un lieu de vie spécialisé en revalidation. La Clinique actuelle comporte près de 220 lits répartis au sein de 8 unités de soins : réadaptation, pathologies chroniques, psychiatrie et psychogériatrie. Ces trois secteurs de soins (SP, T - psychogériatrie et T - psychiatrie) vous sont détaillés en annexe 1.

Comme le prévoit la Loi sur les hôpitaux coordonnée le 07/08/1987 en son Art. 17 bis ([LHC 1987]), le département infirmier est dirigé par un « chef du département infirmier », secondé par un « infirmier-chef » (cadre intermédiaire) et, dans notre institution, par huit « infirmières en chef ». Le staff infirmier est composé d'environ 120 personnes (personnel infirmier et soignant<sup>5</sup>).

Dans l'Art. 17 quinquies, le Législateur précise que le chef du département infirmier prend, en collaboration avec le cadre intermédiaire, les initiatives nécessaires afin de maintenir ou d'améliorer la qualité de l'activité infirmière. Nous sommes donc partenaires actifs dans la chaîne de la qualité.

Au sein de l'institution concernée, le chef du département infirmier, ainsi que le cadre infirmier, disposent, via leur poste de travail, d'un accès Internet au travers du réseau clinique et d'une connexion ADSL<sup>6</sup>. En outre, le cadre infirmier est, de par sa formation et son expérience, spécialisé en informatique appliquée aux soins infirmiers. L'Institution ne dispose pas d'une bibliothèque de

---

<sup>4</sup> URL signifie Uniform Resource Locator, c'est l'adresse d'un site web.

<sup>5</sup> Ce terme inclut les aides-soignantes, les ASH (assistant en soins hospitaliers) et le personnel « 54 bis ».

<sup>6</sup> ADSL signifie Asymmetric Digital Subscriber Line.

C'est une technologie standardisée de l'Institut Européen des Normes de Télécommunication.

recherche et les éventuelles consultations « papier » doivent donc se faire en extra-muros. Comme mentionné dans l'introduction, le cadre infirmier n'a pas suivi de formation EBM-EBN.

## 2.2. Recherche en soins infirmiers : étape fondamentale

Nous attendons des infirmières qu'elles dispensent leurs soins avec tout leur cœur et toute leur tête, qu'elles sachent identifier les problèmes sanitaires actuels et potentiels de leurs patients, et qu'elles puissent développer des stratégies basées sur les données de la recherche, pour prévenir, améliorer et soulager. Nous leur demandons de plus en plus de savoir communiquer efficacement, d'avoir un niveau de formation élevé, de nourrir une réflexion critique sur tout l'éventail des grands apports de la recherche clinique. Savoir utiliser les données de la recherche, c'est l'enjeu d'aujourd'hui ([CULLUM 1999] p.5).

Fr. DUCHARME, met en évidence certains aspects de la recherche infirmière dont F. NIGHTINGALE<sup>7</sup> fut la pionnière dans les années 1850. Ce n'est que cent ans plus tard, parallèlement au nombre d'infirmières acquérant une formation supérieure, que l'on peut vraiment parler d'essor de la recherche dans la discipline infirmière (Adapté de [DUCHARME 2000]).

Il faut aussi souligner que la recherche infirmière a été « teintée », au cours de l'histoire, par différents courants de pensée. Les paramètres choisis et les méthodes utilisées sont le reflet d'une philosophie, des valeurs et des conceptions diverses de la discipline infirmière. En effet, en tentant de répondre à la grande question existentielle : Qu'est-ce qu'être infirmière ?, question encore de mise aujourd'hui, les grands courants de pensée ont modifié le cours des recherches que les infirmières ont entreprises.

Pourquoi la recherche ne réussit-elle pas à influencer de façon importante nos soins, notre pratique quotidienne ? Plusieurs modèles explicatifs ont été proposés au cours des dernières années, ils soulignent, en général, quatre grands ensembles de facteurs :

- Les caractéristiques ou les qualités de la recherche que les infirmières entreprennent.
- Les caractéristiques des infirmières, des cliniciennes qui pourraient utiliser les résultats.
- Certains facteurs organisationnels liés au milieu pratique.
- Le type de diffusion des résultats retenu par les « infirmières chercheurs ».

En effet, comment et sous quelle forme, les résultats des recherches ont-ils été jusqu'à présent communiqués aux différents auditoires ? Le rôle du chercheur ne se limite pas à la rédaction d'articles scientifiques, souvent difficiles à comprendre. La capacité des chercheurs à se faire comprendre, à inter-agir avec les cliniciens et à transformer leurs résultats en produit compréhensible pour les praticiens sont des facteurs importants dans le processus de transfert de connaissances. Il faut une communication claire avec les auditoires de néophytes, sans tomber dans un trop grand simplisme ou un trop grand pragmatisme. Il y a lieu de réfléchir sur nos façons de communiquer nos résultats de recherche.

Fr. DUCHARME définit « l'Evidence-Based Nursing Practice » (pratique infirmière basée sur des données probantes) ou EBNP comme un mouvement contemporain novateur qui, certes, a fait l'objet de critiques acerbes et de controverses, surtout pour la vision paradigmatique qu'il sous-tend : une

---

<sup>7</sup> F. NIGHTINGALE est une infirmière anglaise réputée / 1820 – 1910.

approche liée à l'efficacité, au contrôle, à la standardisation et à la recherche d'effets à l'aide d'études cliniques randomisées. L'EBNP reste néanmoins intéressant car il offre un modèle de prise de décision, où la pratique est basée sur une information empirique et sur une priorisation des activités en fonction des connaissances acquises de diverses sources.

C'est un modèle de prise de décision basée sur des données empiriques issues de la recherche, mais aussi sur l'expertise clinique, sur les préférences et volontés du patient et sur les ressources disponibles dans les milieux de soins. Le jugement personnel reste, malgré tout, important.

De nouvelles formes de prestation et de gestion des soins infirmiers font aussi actuellement l'objet d'évaluation systématique par le biais de la recherche. Non seulement sur le plan financier, mais aussi sur celui de la satisfaction des patients, on parle de plus en plus de gestion du corps, de soins intégrés, de gestion du processus de soins et de cheminement clinique.

D'autres analyses sont également entreprises sur l'efficacité des infirmières qui ont une pratique avancée. La recherche est alors un outil précieux qui fournit des données probantes pour des prises de décision éclairées.

Même si ce mouvement prend beaucoup d'ampleur dans le monde entier, il faut néanmoins conserver un regard critique et nous préoccuper de répondre à certaines questions :

- Qu'est ce qui constitue la meilleure évidence pour notre pratique ?
- Qui juge de l'évidence ?
- Comment faisons-nous de l'évident ?
- L'évidence pour qui : les professionnel de la santé et / ou les patients ?

En fait, nous revenons aux questions de base : quoi évaluer et comment évaluer ?

L. JOVIC précise que l'exigence de qualité des prestations offertes au malade et la volonté d'un exercice professionnel en adéquation avec l'état des connaissances conduisent à se servir d'outils permettant de formaliser des pratiques fiables et sûres.

Cependant, leurs modalités d'élaboration et de validation ne sont pas toujours clairement énoncées. De plus, nous observons une multiplication d'outils développés dans les services dont la fiabilité et la référence à des savoirs établis ne sont pas toujours évidentes. Ainsi il existe de nombreux documents dont le contenu est fondé sur des habitudes de service et / ou sur l'expérience professionnelle, mais au niveau de preuve (cf. annexe 5) insuffisant et qui s'avère parfois délétère pour le malade. En outre, la forme de présentation ne permet pas toujours d'identifier la provenance, les auteurs, la date d'élaboration et / ou la validation (Adapté de [JOVIC 2002] p.30).

Comme le précise G. ISAMBART, le plus gros problème reste toujours la fiabilité des informations. En effet, n'importe qui peut diffuser et publier les informations qu'il souhaite sous la forme de son choix ([ISAMBART 2002] p.116).

Bien que la littérature en soins infirmiers, les écoles de soins infirmiers, les centres d'Evidence-Based

Practice et les « Magnet Hospitals »<sup>8</sup> promotionnent ce concept, le nouveau paradigme n'est pas encore devenu une réalité pour les infirmières dans tous les domaines de la pratique. Parmi les différentes raisons qui expliquent cela, le manque d'accès à l'information est certainement l'obstacle le plus difficile à surmonter (Adapté de [YOUNG 2003]). La promotion de l'EBP par les « Magnet Hospitals » est également soulignée par les hôpitaux eux-mêmes, comme nous pouvons le constater sur le site Internet du St-Cloud Hospital [URL STCH].

### 2.3. Cochrane Collaboration / CEBAM

La Cochrane<sup>9</sup> Collaboration [URL TCC], dont le logo vous est présenté en annexe 6, est une organisation mondiale sans but lucratif, dont l'une des missions est d'aider à la diffusion de l'EBM. Elle rassemble des cliniciens et des scientifiques de tous les pays qui, sur base d'un volontariat, rédigent et actualisent des revues systématiques (*systematic reviews* ou « *sr* ») sur des questions cliniques importantes. La Cochrane Collaboration fournit une aide gratuite à ces auteurs et diffuse leurs articles.

Les revues systématiques sont destinées aux médecins et autres professionnels de la santé, ainsi qu'aux responsables politiques et institutionnels. Elles représentent une manière rapide et fiable d'accéder aux meilleures données disponibles concernant l'efficacité d'un traitement. Lors de la préparation d'une revue systématique, toutes les études thérapeutiques randomisées, concernant une thématique particulière, sont regroupées dans une banque de données. Une synthèse de la littérature est ensuite rédigée autour de questions cliniques précises.

Le terme "systématique" désigne une recherche exhaustive, basée sur des méthodes d'investigation permettant, notamment, d'éviter les biais de publication. Ainsi, le lecteur dispose toujours d'une garantie de qualité. Grâce à cette méthodologie solide, les revues de la Cochrane Collaboration sont considérées comme « les meilleures évidences disponibles ». Les constatations et les recommandations qu'elles proposent, sont rapidement acceptées dans le monde entier.

Ces articles sont publiés dans la Cochrane Library<sup>10</sup>. Cette dernière est mise à jour quatre fois par an et distribuée sur CD-rom ou sur le Web. La base de données est payante mais les résumés des revues systématiques sont consultables gratuitement sur l'Internet [URL HDCC]. Comme le précise le Réseau-Centre canadien Cochrane [URL CCNC], le travail de la Collaboration Cochrane est fondé sur dix principes :

1. Favoriser la collaboration.
2. Miser sur l'enthousiasme des membres.
3. Eviter les répétitions inutiles.
4. Minimiser les préjugés.
5. Réactualiser sans cesse ses connaissances.
6. S'assurer du bien-fondé des informations.
7. Rendre l'information accessible.
8. Rechercher une amélioration constante de ses travaux de recherche.
9. Maintenir la continuité de ces travaux.
10. Permettre une large participation.

<sup>8</sup> Le thème « Magnet Hospital » a été créé dans les années '80 identifiant le golden standard des soins infirmiers aux Etats-Unis (STORDEUR S., *Les caractéristiques organisationnelles des Magnet Hospitals*, Info Nursing, n° 119, p.3., août 2004).

<sup>9</sup> La Cochrane Collaboration est intitulée ainsi en l'honneur du Professeur Archibald Leman Cochrane (1909 – 1988).

<sup>10</sup> The Cochrane Collaboration / Het Dutch Cochrane Center.

La mission du Centre Belge d'Evidence-Based Medicine [URL CEBAM] est de stimuler la rédaction de revues systématiques en se basant sur les preuves disponibles démontrant l'efficacité des interventions médicales, et de les rendre facilement accessibles au niveau de la Cochrane Library.

Le CEBAM favorise également la constitution de groupes de travail locaux, apporte son soutien logistique, notamment en matière de recherche documentaire et travaille en concertation avec le centre néerlandais de la Cochrane Collaboration.

#### **2.4. Définition de l'EBM / EBN et EBP**

Avant d'aborder toute recherche concrète, et pour bien comprendre l'intérêt d'utiliser cette méthode de travail, il est important de définir ici, avec précision, ce concept. Commençons par un bref historique.

Le concept d'Evidence-Based Practice (EBP) n'est pas nouveau. Il est, certes, très en vogue à l'heure actuelle, mais c'est bien plus que cela aussi. Depuis quelques années, il ne cesse de gagner en importance. Ces dernières années, le ministre néerlandais de la Santé publique a même prévu un financement afin de promouvoir l'EBP dans l'art infirmier. En Belgique, les choses progressent plus lentement, mais, ici aussi, personne ne peut ignorer l'EBP (Adapté de [GRYPDONCK 2002] p.1).

L'EBM a pris son essor dans les années '80 à la faculté des Sciences de la santé Mc Master à Hamilton, ville d'Ontario située à quelques miles de Toronto et des chutes du Niagara (Canada). Cette approche a alors connu une grande notoriété outre manche et s'est ensuite développée dans la plupart des facultés du Canada et des USA (Adapté de [LIEVRE 2001] p.1).

Comme nous le confirme G. SAVARD, la médecine factuelle tient ses concepts d'un modèle pédagogique initié au Canada. Dans l'article fondateur de 1992, il est bien question d'enseigner la médecine clinique selon un nouveau paradigme. Toutefois le glissement initial de sens a déjà lieu, puisque cette méthode de formation se réfère à une façon de faire de la médecine : la médecine factuelle (Adapté de [SAVARD 2003]).

Le terme anglais EBM a été traduit de multiples façons : médecine basée sur les faits, médecine factuelle, médecine basée sur les preuves, médecine basée sur le niveau de preuve ... ([TAÏEB 2001]).

Il est donc important de l'explicitier dans les prochains paragraphes ...

Dans l'introduction, nous avons cité la définition du CEBAM qui définit l'EBM comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles (preuves) de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. Précisons que c'est D.L. SACKETT qui est cité par le CEBAM et qui, dans son article intitulé « *Evidence based medicine: what it is and what it isn't* », définit l'EBM de cette manière ([SACKETT 1996/b]).

Comme nous pouvons le constater, l'EBM recouvre bien d'autres aspects que la seule lecture critique de la littérature médicale.

Le CEBAM explicite cette définition de la façon suivante : on peut définir l'EBM comme une approche qui s'efforce de fonder, autant que possible, les décisions cliniques sur les données actuelles les plus

probantes (preuves) issues de la recherche médicale. Par preuves, on entend les études cliniques systématiques et, en particulier, les essais contrôlés randomisés et les méta-analyses. Toutefois, ces « preuves » ne remplacent en aucun cas le jugement ou l'expérience du médecin.

Le CEBAM précise également que dans le cadre de cette démarche, les décisions cliniques peuvent être définies comme un modèle à 3 composantes : l'expérience clinique du praticien, les meilleures données actuelles (preuves) de la recherche clinique et les préférences du malade en matière de soins. Cette approche n'a pas d'autre finalité que celle d'améliorer les soins donnés aux patients.

Quoique le terme EBM soit de plus en plus utilisé, la démarche n'est pas encore systématique en pratique courante. Actuellement, la plupart des décisions sont essentiellement prises sur base de l'expérience clinique (Experience-Based Medicine).

Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) [URL AIIIC], la prise de décision factuelle (ou fondée sur des données probantes) constitue un élément important des soins de qualité dans tous les domaines de la pratique infirmière. L'AIIIC précise qu'il s'agit de la pratique, de l'enseignement, du leadership et de la recherche. La prise de décision factuelle joue un rôle essentiel lorsqu'il s'agit d'optimiser les résultats des soins donnés aux patients, d'améliorer la pratique clinique, de rentabiliser les soins infirmiers et de garantir une prise de décision transparente et responsable. La prise de décision factuelle constitue un processus interactif continu qui oblige à tenir compte de façon explicite, consciencieuse et judicieuse des meilleures données probantes disponibles pour dispenser des soins ([AIIIC 2002]).

Le terme factuel, tel que défini dans le dictionnaire, signifie « Qui s'en tient aux faits, qui présente les faits sans les interpréter » ([LAROUSSE 2004] p.450).

Comme le précise le S. TAÏEB, le terme *evidence* en anglais, signifie *preuves* en français et non *évidence*. C'est même son contraire ! Les traductions françaises mettent en avant « la certitude », alors que l'EBM se réfère au principe de « l'incertitude scientifique ». L'intérêt majeur de l'EBM est la tentative de mesurer la valeur de l'incertitude (se traduisant pratiquement par des décisions différentes selon les praticiens) au lieu de l'évacuer ([TAÏEB 2001]).

Le concept EBP n'a pas pour but d'écartier l'expertise et le savoir-faire des infirmiers. Mais il est clair que l'intuition, et même l'expérience, peuvent induire en erreur. Ce concept recherche de manière active les évidences confirmant ou infirmant notre expérience et notre intuition, et agit conformément à ces évidences dans les cas où il n'y a aucune raison de ne pas le faire. L'Evidence-Based Nursing peut donc nous amener à prendre des décisions contraires à celles que nous prendrions (Adapté de [GRYPDONCK 2002]).

Comme le souligne A. CASTAIGNE, les preuves sont des guides, que le médecin doit connaître, mais tout son Art réside dans le discernement avec lequel il les utilise ([CASTAIGNE 1996]).

L'exemple de modélisation de l'EBM repris ci-dessous (Figure 1.), concrétise bien la symbiose entre l'expérience du médecin, les données de la recherche, et les préférences du patient ([TAÏEB 2001]). Un modèle à quatre composantes (adapté de R.B. HAYNES) est même documenté par DiCENSO : Clinical Expertise, Resources, Research Evidence et Patients'preferences ([DiCENSO 1998]).

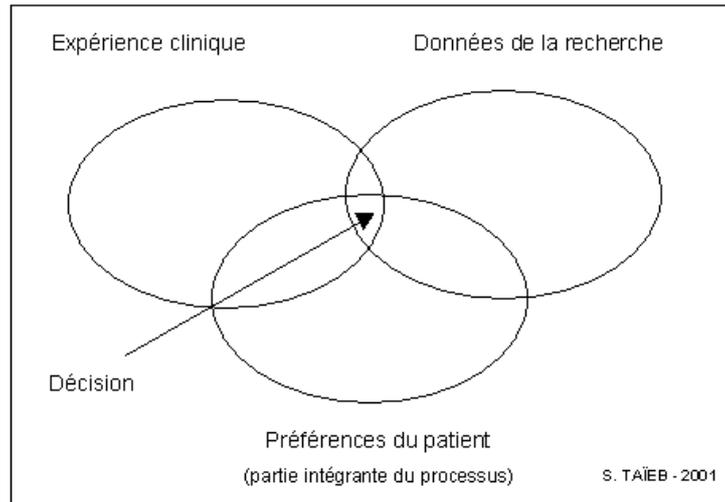


Figure 1. Modèle de décision clinique basée sur les faits prouvés

La médecine fondée sur les niveaux de preuves et les soins centrés sur le patient vont naturellement de paire. T. HOPE cite à ce propos M. GRAY et son Evidence-Based Patient Choice, ainsi que V.A. ENTWISTLE qui parle de « choix du patient informé par les niveaux de preuves » ([HOPE 2000]).

Ces trois composantes suscitent toutefois une réflexion, que nous livre ici G. SAVARD : la médecine factuelle est un trépied fragile. Elle s'appuie sur un examen critique des preuves pour fournir la meilleure information possible, ceci à travers une méthode explicite et une hiérarchie précise d'évaluation des données de la recherche. Elle prend aussi appui, pour passer dans la réalité, sur l'expertise du praticien et les valeurs du patient.

Alors que le premier pilier est, quoique contenant des défauts dans la matrice et l'orientation, un appui solide, les deux autres fondations sont des monticules anarchiques d'idées préconçues et de tentatives isolées de formalisation. Expertise et valeur, praticien et patient, souffrent, dans la médecine factuelle, de l'investissement et de l'insistance massive qui ont été faits sur la méthode. Ces deux points ont été peu mis en lumière alors qu'ils constituent, selon les promoteurs même de la médecine factuelle, des dimensions essentielles qui peuvent changer l'application d'une preuve du tout au tout ([SAVARD 2003] p.69).

Nous ne pouvons terminer cette approche sans consulter le MeSH<sup>11</sup> Browser. La recherche du terme « Evidence-Based Nursing » n'y donne malheureusement aucun résultat ; par contre, le terme « Evidence-Based Medicine » affiche les informations repris en annexe 3. Cette définition insiste bien, comme le précise G. SAVARD, sur la dimension « méthodologique » de la démarche EBM ([SAVARD 2003] p.9).

Comme le souligne S. TAÏEB, une des applications de l'EBM est constituée par les recommandations de pratique clinique (RPC). Toutefois, d'un point de vue pragmatique, la diffusion de règles, de standards, de guides de bonne pratique, si elle est une aide à la prise en charge du patient ne saurait suffire ([TAÏEB 2001]).

<sup>11</sup> Le MeSH - ou Medical Subject Headings - est le Thesaurus de la base Medline (cf. annexe 2.).

Enfin, pour conclure, il est important d'avoir à l'esprit que la médecine factuelle fait valoir la prédominance de la preuve, du fait scientifique. Mais l'histoire nous illustre combien les faits d'un jour sont dépossédés de toute crédibilité le lendemain. Qui croit encore que la Terre est plate ? On pourrait répondre que c'était là des théories, que la science est maintenant dans un état plus parachevé, qu'aujourd'hui la preuve a pris le pas sur la spéculation théorique. On pourrait dire aussi que la planéité de la Terre était, à l'époque, un fait ([SAVARD 2003] p.38).

## 2.5. Intégration opérationnelle de l'EBN

Le cadre infirmier est constamment amené à prendre des décisions qu'il doit valider. Il est généralement confronté à une problématique collective (comment réaliser correctement une transfusion, comment effectuer un transfert de patient vers un autre centre hospitalier, comment faire face à l'errance d'un patient, quelle attitude adopter face à un ARCA<sup>12</sup>, ...). Il doit apporter à ses équipes une réponse scientifiquement<sup>13</sup> correcte, la valider et généralement la diffuser sous forme d'une procédure, d'une recommandation, d'un protocole ou d'un guideline.

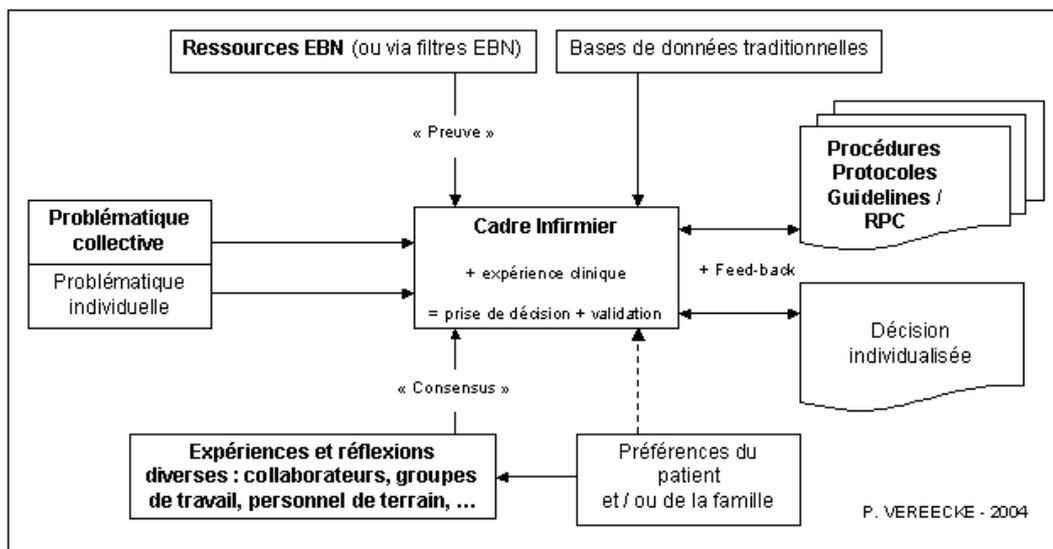


Figure 2. Intégration opérationnelle de l'EBN

Dans cette démarche, il est bien évidemment « aidé » par son expérience clinique, mais il se doit de questionner des bases de données traditionnelles ... et des ressources EBN (« Preuves »). Il sera également conseillé par ses collaborateurs, par un éventuel groupe de travail, par les autres professionnels de la santé (médecins, paramédicaux, ...) et par le personnel de terrain (« Consensus »). Ce dernier sera généralement l'intermédiaire entre le patient et / ou sa famille et le cadre infirmier.

<sup>12</sup> « ARCA » est la terminologie généralement utilisée pour notifier un Arrêt Cardiaque.

<sup>13</sup> Une réponse scientifiquement correcte, mais également juridiquement valide et financièrement acceptable.

La gestion d'une problématique individuelle est plus rarement traitée par le cadre infirmier. Elle aboutira, dans ce cas, à une décision individualisée en tenant compte plus directement des préférences du patient et ou de sa famille. Nous retrouvons l'ensemble de ces considérations dans la représentation schématique intitulée « Intégration opérationnelle de l'EBN » (Figure 2.).

## 2.6. Etapes de l'EBP, avantages et inconvénients

### 2.6.1. Démarche EBP : 5 étapes

1. La formulation claire et précise d'une question clinique à partir d'un problème clinique donné.

- **P** = Patient
- **I** = Intervention
- **C** = Comparaison
- **O** = Résultat (Outcome)

2. La recherche d'articles pertinents dans la littérature. Quel article lire ?

3. L'évaluation systématique de la validité et de l'intérêt des résultats, ainsi que l'extraction des preuves qui sont à la base des décisions cliniques. Quel article croire ?

4. L'intégration de ces preuves dans la pratique médicale courante afin de répondre à la question posée au départ.

5. Evaluer les conséquences afin d'améliorer son expérience clinique. Quel est le résultat de l'intervention ?

### 2.6.2. Principaux avantages de l'EBP

- Mise à jour des connaissances.
- Amélioration des habitudes de lecture.
- Confiance accrue lors de la prise de décision clinique.
- Stimulation de l'uniformité des soins via la mise sur pied de protocoles et de standards communs.
- Optimisation possible des moyens disponibles grâce à l'évaluation réalisée sur l'efficacité de différents traitements.
- Meilleure compréhension et évaluation plus critique des méthodes utilisées en recherche clinique.
- Accessibilité à des praticiens de niveaux différents (cliniciens expérimentés, assistants, étudiants) et également à des non-cliniciens.
- Amélioration de la communication entre les cliniciens et les autres scientifiques.

### 2.6.3. Principaux inconvénients de l'EBP

- Nécessité d'un minimum de matériel, de connaissances informatiques et statistiques.
- Besoin de temps pour l'apprentissage et la pratique de la méthode.

Selon L. SACKETT, une des critiques qui revient le plus souvent à propos de l'EBM est que personne ne dispose du temps suffisant pour le mettre en pratique ([SACKETT 1998]).

#### 2.6.4. Quelques objections et / ou limites à la pratique de l'EBP

- Manque d'études et de données scientifiques pour un certain nombre d'actes cliniques qui ne seront jamais évalués en utilisant l'approche EBM ou études non représentatives de malades auxquelles elles prétendent s'appliquer. Ainsi "ce qui est blanc ou noir dans une revue scientifique peut rapidement devenir gris dans la pratique clinique" (*Grey Zones*<sup>14</sup>).
- La connaissance de la méthodologie statistique est un préalable majeur à l'utilisation de l'EBM en pratique courante.
- Les informations valides et exactes d'aujourd'hui seront-elles utilisables demain ?
- Problèmes à résoudre en médecine de "premier contact" (notamment en médecine générale), où les problèmes sont le plus souvent liés à plusieurs pathologies et où se mêlent des dimensions sociales, culturelles, familiales, sanitaires. Le généraliste doit également interpréter un mode individualisé de présentation de la maladie plutôt que de reconnaître un tableau clinique classique.

Dans la même idée, A. LIEVRE met en évidence que l'EBM ne semble pas applicable à une médecine qui aborde des patients présentant des problèmes multiples et intriqués qui interagissent fortement souvent dans un cadre polyopathologique et où se mêlent les dimensions sanitaires, sociales et familiales. Ainsi, l'EBM n'apparaît pas adaptée au concept de prise en charge globale des personnes, puisqu'elle est fondée sur une approche souvent monopathologique et ne prend pas toujours en compte le contexte de vie, ni les dimensions complexes de la personne et des comportements humains (LIEVRE 2001).

De nombreuses critiques peuvent encore être adressées à la médecine factuelle ; et ses limites sont importantes, ne serait-ce que parce qu'elle ne répond que du savoir biomédical et donc elle ne représente pas la médecine dans sa complexité ([SAVARD 2003]).

#### **2.7. Conclusion de l'approche théorique**

A l'origine outil d'enseignement, l'EBM est avant tout une méthode d'analyse et de synthèse de la littérature scientifique. Bien que ses origines soient beaucoup plus anciennes, le concept et sa traduction pratique ont été popularisés par l'Université McMaster de Hamilton.

Comme nous pouvons le constater, même si l'EBN peut avoir ses propres spécificités, il est, par exemple, plus généralement amené à éclairer le cadre infirmier sur des problématiques collectives qu'individuelles, il poursuit le même objectif que l'EBM : la pertinence des informations.

Au terme de cette première partie, nous pouvons affirmer que l'EBN est un outil qualitatif qui pourrait être utilisé dans notre contexte professionnel. Le fait d'accéder aux ressources par Internet est certainement un élément facilitateur dans le cadre des recherches. Faisons toutefois attention à nos limites, qui se situent probablement au niveau de l'une des étapes de la démarche, à savoir l'évaluation systématique de la validité et de l'intérêt des résultats. Quel article faut-il croire ? Cette limite, inhérente au manque de formation du cadre infirmier dans ce domaine, devrait probablement être compensée par une formation plus poussée en statistiques et / ou en EBM. Développer l'esprit critique et la rigueur scientifique du personnel infirmier est également une nécessité.

---

<sup>14</sup> Différentes sources attribuent le terme *Grey Zone* à C.D. NAYLOR.

Après cette approche théorique qui nous a permis de répondre aux deux premiers objectifs, à savoir réfléchir sur le concept de l'EBN et ses différentes caractéristiques, mais également définir l'EBN et en préciser l'intégration opérationnelle au sein du département infirmier, nous allons aborder l'approche pratique.

Dans le cadre de celle-ci, nous allons réaliser l'analyse de 3 « questionnements » pratiques en suivant les étapes de la démarche EBP, sans pour autant, par manque d'une formation spécifique, pouvoir les détailler ou les valider strictement. Nous y incluons également une sélection de ressources EBN on-line qui peuvent être utilisées dans le cadre du département infirmier. Enfin, nous terminerons en évaluant l'opportunité d'utiliser un tel outil et ainsi répondre à la question « *Objectif réaliste ou utopique ?* ».

#### 3.1. Présentation des 3 « questionnements »

Afin de rencontrer l'objectif de ce travail, je me limiterai ici à l'analyse de 3 « questionnements » auxquels nous sommes potentiellement confrontés en tant que cadre infirmier et qui nous semblent intervenir directement dans un processus de qualité.

- **Q1** : L'utilisation d'un matelas à air dynamique est-il le moyen de prévention des escarres le plus adapté pour l'hospitalisation de longue durée (> 3 mois) d'un patient de plus de 65 ans, présentant un score de Norton inférieur à 12 dès l'admission.
- **Q2** : Dans le cadre de la construction de notre nouvelle Clinique, dont les plans sont actuellement en cours de réalisation, il me semble important d'aborder le thème de la prévention des chutes au sein des unités de réadaptation (âge > 65 ans<sup>15</sup>). Est-il nécessaire de modifier notre politique à ce sujet, d'adapter certains locaux et / ou matériaux, ou d'investir dans du matériel plus « sécurisant » ?
- **Q3** : Un patient âgé de 68 ans - porteur d'une prothèse de genou – présente une infection au Staphylocoque doré (sensible à l'Augmentin®). Quel est le risque d'une septicémie ? Faut-il donc prendre la décision de le transférer vers un centre hospitalier disposant d'une unité de soins intensifs ?

Au fil des prochaines pages, nous allons rechercher des « preuves » afin d'argumenter nos choix et d'atteindre notre but, rassembler des informations valides pour réaliser, par exemple, un « guideline ».

D'emblée, le troisième thème semble être un contre-exemple, unique et individuel, qui ne pourrait mener de façon réaliste à la rédaction d'un tel document, mais pour lequel la logique EBM pourrait s'appliquer.

---

<sup>15</sup> Rapport interne relatif aux chutes des patients hospitalisés (n = 737 - Période du 01/07/2001 au 30/06/2003).

### 3.2. Développement de la démarche

#### 3.2.1. Le PICO

Comme précisé au point 2.6.1, il est important de formuler clairement les questions, à partir de nos différents cas pratiques.

Étapes	Q1	Q2	Q3
Patient	+ de 65 ans Score de Norton < 12 Hosp. longue durée	+ de 65 ans Hosp. en réadaptation	+ de 65 ans Prothèse de genou Infect° Staph. doré
Intervention	Prévention escarres	Risque de chute	Risque de septicémie
Comparaison	Matelas air dynamique ⇔ Autre type de matelas	Situation actuelle ⇔ Adaptation prévisionnelle des aménagement <sup>16</sup>	Unité de soins « SP » <sup>17</sup> ⇔ Unité de soins « D » ou unité de soins intensifs
Outcome	Diminution des escarres	Diminution des chutes	Décision d'un transfert

Comme nous pouvons le constater, il sera utile d'utiliser, pour nos recherches MEDLINE, les descripteurs (check tag) pour certains critères. Dans notre cas, le check tag est donc « aged » puisque dans les trois cas, ce sont des patients âgés de 65 ans ou plus qui sont concernés.

De plus, il est préférable d'utiliser le MeSH bilingue Français → Anglais (version 2004) pour traduire de façon pertinente les mot-clés de nos 3 énoncés. Exemple : Escarres ⇔ decubitus ulcer.

Pour la traduction des autres termes, un dictionnaire Français / Anglais suffit.

#### 3.2.2. La recherche d'articles pertinents

Avant d'effectuer cette recherche proprement dite, il est impératif de réaliser une analyse des ressources et d'en sélectionner les plus pertinentes (adresses URL, sites Internet, bases de données, ...). En effet, toutes les ressources ne sont pas scientifiquement accessibles ou adaptées à du personnel (cadre) infirmier.

##### 3.2.2.1. Généralités sur les ressources

Pour rechercher une information pertinente sur Internet, il est impératif de savoir utiliser le navigateur (ce qui est un pré-requis), mais également d'avoir une vision claire des accès qui nous sont proposés.

A cet égard, certains sites peuvent éclairer les novices. Citons le site des Bibliothèques des Sciences de la Santé de l'Université de Montréal qui propose une information intitulée « La recherche d'information médicale dans Internet » [URL UMONT].

Outre les (méta)moteurs de recherche, certaines bibliothèques et / ou librairies (plus ou moins spécialisées) que nous n'aborderons pas ici, nous disposons d'accès spécialisés pour effectuer des recherches sur Internet. Dans ces accès spécialisés, il faut distinguer les sites spécialisés (ex. ARSI

<sup>16</sup> Plans des nouveaux locaux actuellement en cours de réalisation.

<sup>17</sup> Service de traitement et de réadaptation (SP) - Service de diagnostic et de traitement médical (index D).

[URL ARSI], Egora.fr [URL EGORA], INSERM [URL INS], ScienceDirect [SCDI], Nursing Center [URL NURSC], ...) ou les bases de données. Les sites spécialisés donnent souvent accès à des bases de données.

De nombreuses universités proposent également des pages EBM, des liens EBM ou des accès EBM : University of York [URL UOYO], University of Minnesota [URL UOMI], McGill University [URL MCGU], Université de Toronto [URL UNTO], Curtin University of Technology [URL CUTE], Montana State University [URL MOSU], Université de Nice Sophia Antipolis [URL UNSA], ...

Enfin, il est important de distinguer les bases de données « bibliographiques » et les « analytiques » :

#### A) Les bases de données bibliographiques

Le choix d'une base de données à interroger dépend du sujet et du niveau d'exhaustivité recherché. Pour obtenir des informations exhaustives sur un sujet donné, il est indispensable d'interroger plusieurs bases de données puisqu' aucune ne contient toutes les informations disponibles dans tous les domaines de la médecine. En pratique, ce n'est pas vraiment possible étant donné le coût très élevé de la majorité des bases de données. En priorité, il est donc nécessaire de se tourner vers des bases de données mondialement reconnues et peu onéreuses (citons l'accès gratuit à Medline), tout en gardant à l'esprit qu'on n'accède pas à l'ensemble des connaissances dans le domaine.

#### B) Les bases de données analytiques

Il existe également une série de bases de données qui sont accessibles via Internet et qui fournissent directement aux utilisateurs des données revues par des experts. Quelques exemples : The Cochrane Library [URL TCLI], EBM Online [URL EBMO], EBN Online [URL EBNO], EBM Journal (éd. française) [URL EBMJ], Minerva [URL MINE], ...

Ph. EVEILLARD distingue trois types d'outils, relatifs à la pratique de l'EBM, qui sont hébergés sur Internet ([EVEILLARD 2000]). Le cadre infirmier pourra donc y trouver des outils :

- D'apprentissage (définition, procédures, bibliographie, ...).
- De recherche (essentiellement des banques de données).
- De mise en pratique (les « boîtes à outil », les logiciels de calcul, ...).

Comme le précise A. BOOTH, Internet apporte les progrès les plus importants en termes d'accessibilité et de disponibilité des documents cliniquement pertinents. Toutefois, la qualité et la crédibilité de certains documents disponibles sur le Web suscitent d'importantes réserves ([BOOTH 2000]).

#### 3.2.2.2. Medline / Pre Medline / PubMed: une ressource particulière

Vu le coût élevé de la majorité des bases de données, il est naturel de se tourner d'abord vers des bases de données mondialement reconnues et gratuites sur l'Internet. Il s'agit de Medline et de Pre-Medline ([DELVENNE 2000] p.227).

Le Medline est une base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine (NLM) qui couvre tous les domaines biomédicaux<sup>18</sup> et les soins infirmiers. Elle est essentiellement anglo-saxonne et repose sur l'utilisation du Thésaurus MeSH. De tous les accès gratuits à Medline, PubMed<sup>19</sup> semble le plus intéressant. Précisons que l'annonce officielle de son lancement a été faite par le Vice Président GORE en 1997. C'est donc une volonté délibérée du gouvernement américain de mettre gratuitement Medline à disposition sur Internet.

PreMedline est une base de données incluse dans Medline et contenant les références venant d'être collectées par la NLM, mais pas encore indexées avec les mots clés MeSH du thésaurus. Elles sont néanmoins accessibles par les mots du titre, du résumé, ou par le nom de l'auteur. La mise à jour de PreMedline est quotidienne.

PubMed est développé depuis 1988 par le National Center for Biotechnology Information (NCBI) à la NLM. Il permet l'interrogation simultanée de nombreuses bases de données à travers un moteur unique intitulé « New Global NCBI Search Engine » [URL NCBI].

Une recherche effectuée avec le mot-clef « Evidence-Based Medicine » donne 15.014 références, 7.801 avec « Evidence-Based Practice », 280 avec « Evidence-Based Nursing » et 30 avec « Evidence-Based Dentistry »<sup>20</sup>. Nous avons réalisé, en annexe 4, un graphe qui montre l'évolution des références EBM / EBP / EBN de 1993 à 2003.

Pour retrouver des articles pertinents selon les critères de l'EBM, il est nécessaire d'utiliser, dans ce cas, des filtres spécifiques (filtres EBM) comme les "Clinical Queries" du site PubMed par exemple.

Comme nous l'avons vu, le MEDLINE est, de par son accès gratuit et ses caractéristiques, incontournable pour le cadre infirmier qui souhaite effectuer une recherche pertinente.

### 3.2.2.3. Notre sélection de ressources

Lorsque l'on recherche des (res)sources EBM, outre le site Internet du CEBAM, c'est l'incontournable site EBM de la Faculté de Médecine de l'Université de Liège [URL ULGM] qu'il faut consulter. Celui-ci nous renseigne de façon structurée sur les ressources EBM.

- Bases de données et revues (BDR).
- Recommandations pour la pratique clinique (RPC).
- Filtres EBM (FIL).
- Textes de référence / glossaires et cours EBM / liens EBM.
- Descripteurs MeSH.
- Sites EBM spécialisés / journaux EBM spécialisés.

Parmi les nombreuses ressources consultées, notre choix s'est porté sur celles qui présentaient les caractéristiques suivantes : accessibilité, convivialité et ... gratuité. Pour diverses raisons, des bases

---

<sup>18</sup> Biochimie, biologie, médecine clinique, économie, éthique, odontologie, pharmacologie, psychiatrie, santé publique, toxicologie et médecine vétérinaire.

<sup>19</sup> PubMed est la version Medline proposée gratuitement par le National Center for Biotechnology Information (NCBI) sur Internet.

<sup>20</sup> Recherche effectuée en août 2004 sur le site de la National Library of Medicine avec comme clef « Evidence-Based Medicine », « Evidence-Based Practice », « Evidence-Based Nursing » et « Evidence-Based Dentistry » (all fields / dates de publication du 01/01/1993 au 31/09/2004).

de données, certes intéressantes, ont été écartées dans le cadre d'une utilisation par un cadre infirmier : documents trop spécifiques, accès gratuit trop restreint, ...

En finalité, nous avons retenu :

- BDR: Belgian Centre For Evidence Based Medicine  
<http://www.cebam.be/>
- BDR: Evidence Based Medicine Journal (édition française)<sup>21</sup>  
<http://www.ebm-journal.presse.fr/>
- RPC: National Guideline Clearinghouse - EBM practice guidelines – A public resource for evidence-based clinical practice guidelines. <http://www.guideline.gov/>
- RPC: HSTAT de la National Library of Medicine,  
<http://hstat.nlm.nih.gov/>
- RPC: ANAES - Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé  
[www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)
- FIL: PubMed - Clinical Queries - Evidence Based filters for Medline  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query/static/clinical.html>
- FIL: SumSearch, Université du Texas  
<http://sumsearch.uthscsa.edu/>

Précisons que *National Guideline Clearinghouse* et *SumSearch* sont cités par l'Academic Center for Evidence-Based Nursing [URL ACEBN]. *National Guideline Clearinghouse* et *PubMed - Clinical Queries* sont également présentés sur le site de la Johns Hopkins University School of Medicine [URL JHUSM], sous l'intitulé « First Choice Resources » et disposent tous deux d'un excellent classement.

Plusieurs sites ont développé des index de ressources médicales qui recensent les meilleurs sites dans les différentes disciplines de la médecine, citons le *CISMeF* (Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones) [URL CISMEF]. Ce projet est édité par le Centre Hospitalier Universitaire de Rouen et utilise les principaux critères du Net Scoring (cf. annexe 6.) pour indexer les sites et documents francophones.

#### 3.2.2.4. Notre sélection de documents

Après de nombreuses recherches dans l'ensemble des ressources EBM / EBN / EBP sélectionnées, nous avons retenus quelques résultats potentiellement significatifs (cf. annexe 8.). Cette limite est volontaire pour rester dans la philosophie EBN de confrontation des résultats. Pour chaque résultat retenu, la source sera brièvement documentée, ainsi que l'année et le mot-clé utilisé.

#### ↳ Résultats en rapport avec le Q1 et le Q2

Précisons que des mots-clés trop ciblés ne donnent pas toujours le résultat escompté (retour à des intitulés plus génériques), qu'une date de publication récente, une source en rapport direct avec l'activité infirmière et un document exhaustif (ou résumé explicite) sont trois critères qui ont influencés notre choix. C'est volontairement que nous utilisons le terme « source » plutôt que celui d'« auteur ». En effet, l'auteur est parfois peu - ou pas – connu,

---

<sup>21</sup> L'accès nécessite un mot de passe que l'on peut obtenir facilement via leur site Internet.

alors que « l'Institution » pour laquelle il travaille (Université, centre de recherche, association, ...) nous semble plus pertinent. En annexe, les références sont présentées de la façon suivante :

 Document 1 / Année 2002

- Ressource: National Guideline Clearinghouse
- Mots-clés: decubitus ulcer
- Titre du Guideline: "Risk assessment and prevention of pressure ulcers"
- Source : Registered Nurses Association of Ontario (RNAO).

↳ Résultats en rapport avec le Q3

Nous n'avons trouvé aucun résultat EBM pertinent et en rapport direct avec ce cas. Pour rappel, nous avons d'emblée caractérisé ce 3<sup>ème</sup> questionnement comme un « contre-exemple », unique et individuel, qui dépend plus d'une interprétation ou d'une décision médicale, qu'infirmière.

La littérature « traditionnelle » nous précise que le taux actuellement reconnu d'infections dans ce contexte varie, en moyenne, entre 1,5 et 2 %<sup>22</sup>. Il est généralement fait état d'une infection par staphylocoque doré et d'un traitement par antibiotique adapté, mais le risque de septicémie n'est pas abordé comme tel. De plus, à quel « niveau » ou « pourcentage » de risque le cadre infirmier pourrait-il suggérer un transfert vers un centre hospitalier disposant d'une unité de soins intensifs ? La question reste entière.

Par contre, un chercheur ou un médecin, formé à la pratique de l'EBM, trouvera certainement des informations pertinentes à ce propos pour alimenter sa réflexion. Les caractéristiques de ce questionnement nous montrent une des limites de l'utilisation de notre outil par un cadre infirmier.

### 3.2.3. Evaluation / intégration / conséquences

A ce stade de l'approche appliquée, et selon la démarche théorique qui, pour rappel, comporte cinq étapes, nous sommes amenés à réaliser l'évaluation de la validité et de l'intérêt des résultats ainsi que l'extraction des preuves qui sont à la base de nos éventuelles décisions (étape 3.), à intégrer ces preuves et enfin, à réaliser une évaluation des conséquences. Cette dernière étape est relativement classique, il s'agit d'un processus de « feed-back » indispensable lors de la mise en pratique des décisions.

Notre manque de formation spécifique dans ce domaine et notre relative méconnaissance en statistiques appliquées, ne nous permettent malheureusement pas de valider de façon scientifique l'étape 3 (cf. supra).

---

<sup>22</sup> Ayers DC, Dennis DA, Johanson NA, Pellegrini VD : Common complications of total knee arthroplasty. *J Bone Joint Surg*, 1997, 79, 278-311.

Toutefois, il nous semble que les ressources que nous avons sélectionnées, et dans lesquelles nous avons effectué nos recherches, peuvent nous apporter, en tant que cadre infirmier, des données et des informations pertinentes, validées « EBN », sans pour autant y apporter notre propre validation.

Notre sélection de ressources semble pertinente de part la qualité de l'émetteur et l'intérêt des nombreux documents et / ou références que nous avons trouvés en rapport avec les deux premiers « questionnements ». Puisque notre but est la rédaction de recommandations de soins ou « guidelines », il est, à posteriori, logique de trouver certaines de ces informations via, par exemple, le *National Guideline Clearinghouse* ou l'ANAES. Face à une problématique identique, la pertinence de ces « guidelines », en font des documents rapidement utilisables par le cadre infirmier.

Avons-nous pour autant trouvé une réponse « toute faite » en rapport direct avec notre PICO ?

Hélas, non. Cela aurait fait de l'EBN un outil miraculeux ! Il est également important de préciser que les 3 « questionnements », rapportés de situations réelles, ont été proposés bien avant d'avoir effectué ce travail ... et donc sans connaître les spécificités de l'EBN. La formulation d'un énoncé EBN est certainement un élément à ne pas sous estimer.

Si nous reprenons les éléments de notre PICO, les critères « P » (patient) et « I » (intervention) sont peu contraignants, pour la plupart, dans les recherches. Mentionnons toutefois une exception présente dans notre énoncé « Q1 » : l'utilisation de l'échelle de Norton. En effet, les études scientifiques utilisent préférentiellement l'échelle de Braden<sup>23</sup> recommandée par l'ANAES. Les critères « C » (comparaison) et « O » (outcome) sont plus spécifiques et dépendent directement de la problématique évoquée. Dans notre cas, ces deux critères devraient certainement être mieux ciblés pour augmenter les réponses en rapport direct avec la recherche.

### 3.3. Conclusion de l'approche appliquée

Comme précisé dans les objectifs, l'approche appliquée nous a permis de réaliser une sélection de ressources EBN, spécifiques et directement utilisables par le cadre infirmier de notre Institution. Cette étape s'avère indispensable pour être adaptée au contexte professionnel. Différentes limites, dont certaines confirment celles pressenties dans la partie théorique, ont également été mises en évidence. Citons, par exemple, la rédaction d'un PICO valide ou l'interprétation de tests statistiques.

L'analyse des 3 « questionnements » présentés, proposés bien avant la rédaction de ce travail et donc sans connaître les spécificités de l'EBN, nous montre qu'il est possible de trouver de nombreuses données, validées EBN qui, si elles ne répondent pas spécifiquement à notre interrogation, permettent rapidement de nous informer, de nous éclairer et de nous guider de façon pertinente dans notre raisonnement.

---

<sup>23</sup> Echelle développée par B. BRADEN et N. BERGSTROM.

---

#### 4 - CONCLUSION GENERALE

---

Comme nous l'avons mentionné dans notre introduction, la publication d'articles à ce sujet depuis les années '90, l'augmentation sans cesse croissante du flux d'information et des documents diffusés, l'essor de l'outil informatique et d'Internet en particulier, la complexité d'une prise en charge médicalement adéquate et financièrement acceptable, et enfin la dimension « patient », font que cette approche qualitative, relativement méconnue et peu développée, est plus que jamais contemporaine.

L'Evidence-Based Nursing - frère méthodologique de l'Evidence-Based Medicine dont il hérite les principales caractéristiques, mais qui évolue malheureusement dans son ombre - ouvre les portes de la pertinence et de la rigueur à la recherche infirmière, mais surtout celles d'un Art infirmier fondé sur les preuves probantes. Même si l'EBN peut avoir ses propres spécificités, il est, par exemple, plus généralement amené à éclairer le cadre infirmier sur des problématiques collectives qu'individuelles, il poursuit le même objectif que l'EBM : la pertinence et la validité des informations.

Comme nous l'avons montré, et représenté dans un schéma, l'utilisation de l'EBN s'intègre parfaitement dans le processus décisionnel « classique » et peut, selon les besoins, y prendre une place plus ou moins grande. Mais ne minimisons pas pour autant l'expérience clinique du cadre infirmier, l'avis de ses collaborateurs et des groupes de travail au sein desquels doit se refléter la problématique du terrain, ainsi que l'avis du patient ou de sa famille. A cet égard, il est important de préciser que l'EBN, tel que nous l'avons abordé dans ces pages, ne semble pas souffrir de l'aspect « monopathologique » et « peu adapté au concept de prise en charge globale des personnes » qui caractérise l'EBM.

Précisons que les quelques difficultés, rencontrées à certaines étapes du processus, ne sont pas liées aux caractéristiques de notre Institution, mais plus spécifiquement au manque de formation dans l'utilisation de cet outil. Des connaissances plus ciblées en EBP - ou en statistiques appliquées - devraient certainement permettre de pouvoir exploiter le plein potentiel de cet outil, par rapport à la consultation d'autres références bibliographiques en soins infirmiers. Ces dernières restent toutefois incontournables en première lecture ou pour alimenter la création des bases EBP. La formation est donc une étape indispensable pour cibler sa recherche, réaliser un PICO, consulter les bases de données adéquates et exploiter le plein potentiel des informations trouvées.

Appuyer son expertise par une recherche EBN ne peut que renforcer l'argumentation du cadre infirmier, non seulement au sein du département infirmier, mais également envers les médecins et même la direction administrative et financière. Les soins infirmiers sont un « Art », qui doit le rester, mais nous serions incontestablement dans l'erreur en négligeant la pertinence des données EBN, consultées au travers de notre jugement clinique.

Au terme de ces pages et de notre réflexion, nous pouvons donc, sans conteste, affirmer que l'utilisation de l'Evidence-Based Nursing comme outil qualitatif opérationnel au sein du département infirmier d'une clinique de révalidation de 220 lits est un objectif réaliste.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Stratégie de recherche documentaire .....	I.
2. Articles .....	II.
3. Autres documents .....	II.
4. Liste des URL cités .....	III.

### 1. Stratégie de recherche documentaire

Après quelques recherches « traditionnelles » en bibliothèque, nous sommes rapidement arrivé au constat qu'une recherche relative à l'EBP doit se faire impérativement via Internet. L'outil par excellence pour aborder cette démarche !

Une simple requête dans un moteur de recherche<sup>24</sup> devrait convaincre les plus sceptiques ! En effet, lorsque l'on recherche l'expression « Evidence-Based Medicine », celui-ci nous retourne environ 400.000 pages web, 200.000 pour « Evidence-Based Practice » et 65.000 pour « Evidence-Based Nursing ».

Une recherche effectuée sur le site de la National Library of Medicine avec les mêmes mots clef, nous donne respectivement, pour la période de 1993 à 2004, 15.014 références, 7.801 références et 280 références. Afin de visualiser l'évolution d'apparition de ces références EBM / EBP / EBN, nous avons réalisé un graphique qui est repris en annexe 4.

La consultation de sites spécialisés dans le domaine de la santé et en soins infirmiers (ANAES, INSERM, AIIC, ARSI, ...) nous fournira de quoi alimenter le contexte général, le site EBM de la Faculté de Médecine de l'Université de Liège, déjà cité, nous fournira ensuite les nombreux liens pour évoluer dans nos recherches. La toile nous est tendue ...

Parallèlement à ces recherches, nous avons rencontré le Professeur B. BOLAND, *Médecine Interne Générale, Cliniques Universitaires Saint-Luc, UCL / Belgian Centre for Evidence-Based Medicine (CEBAM)*, Madame M. VANSCHOOR, *Cadre de projet pratique professionnelle et qualité des soins, Cliniques Universitaires Saint-Luc, UCL*, ainsi que de Madame M. GOBERT, *Docteur en Santé Publique, UCL et également membre du CEBAM*, pour solliciter leur avis sur le sujet.

Enfin, pour ceux qui consultent cette bibliographie en version électronique, un lien hypertexte est accolé à la plupart des références :

- [Lien vers le document] pour les documents, dont l'adresse web est souvent très longue.
- L'URL complet pour une page spécifique, généralement la page d'accueil du site<sup>25</sup>.

Les recherches documentaires ont été effectuées entre le 01/07/2004 et le 30/09/2004 ; les liens mentionnés sont valides en date du 15/09/2004.

---

<sup>24</sup> Recherche effectuée en août 2004 via le moteur de recherche [www.google.be](http://www.google.be) avec l'option « expression exacte » validée.  
Des informations relatives à la technologie Google peuvent être consultées via l'URL <http://www.google.be/intl/fr/profile.html>

<sup>25</sup> Page d'accueil ou « Home page ».

## 2. Articles<sup>26</sup>

[BOOTH 2000] BOOTH A., O'ROURKE A.J., *A la recherche du niveau de preuve: théorie et pratique*, EBM Journal (éd. fr.), n° 24:04, 2000. [\[Lien vers le document\]](#)

[CASTAIGNE 1996] CASTAIGNE A., *Connaître et comprendre les preuves de la recherche clinique pour les utiliser avec discernement*, EBM Journal (éd. fr.), Hors série « L'année cardiologique », 1996. [\[Lien vers le document\]](#)

[CULLUM 1999] CULLUM N., DiCENSO A., CILISKA D., *Soins infirmiers basés sur des « preuves »*, EBM Journal (éd. fr.), n° 15:5-6, 1999. [\[Lien vers le document\]](#)

[DELVENNE 2000] DELVENNE C., PASLEAU F., *Comment résoudre en pratique un problème diagnostique ou thérapeutique en suivant une démarche EBM ?*, Rev. Med. Liège 55 :4 :226-232, 2000. [\[Lien vers le document\]](#)

[DiCENSO 1998] DiCENSO A., CULLUM N., CILISKA D., *Implementing evidence-based nursing: some misconceptions*, Evidence-Based Nursing, 1:38-39, 1998 [\[Lien vers le document\]](#)

[HOPE 2000] HOPE T., *Choix du patient fondé sur les niveaux de preuve*, EBM Journal (éd. fr.), n° 21:7-8, 2000. [\[Lien vers le document\]](#)

[JOVIC 2002] JOVIC L., COMPAGNON A., FABRE F., *Les outils de bonnes pratiques et d'aide pour l'action de soins*, Recherche en soins infirmiers, n°69, juin 2002, pp. 30-40. [\[Lien vers le document\]](#)

[ISAMBART 2002] ISAMBART G., *Comment faire une recherche d'informations sur internet avec un moteur de recherche ?*, Recherche en soins infirmiers, n°68, mars 2002, pp. 110-118. [\[Lien vers le document\]](#)

[LIEVRE 2001] LIEVRE A., MOUTEL G., HERVE C., *Evidence-based medicine: source normative de la relation médecin-patient et de la décision médicale ?*, Faculté de Médecine Necker, Paris, 2001. [\[Lien vers le document\]](#)

[MILNE 1996] MILNE R., HICKS N., *Gestion du système de santé basée sur des faits prouvés*, EBM Journal (éd. fr.), n° 4:7-8, 1996. [\[Lien vers le document\]](#)

[SACKETT 1996] SACKETT D.L., HAYNES R.B., *De la nécessité d'une médecine basée sur des faits prouvés*, EBM Journal (éd. fr.), n° 1:5-6, 1996. [\[Lien vers le document\]](#)

[SACKETT 1996/b] SACKETT D.L., ROSENBERG W.M.C., GRAY J.A.M., HAYNES R.B., RICHARDSON W.C., *Evidence-Based Medicine : what it is and what it isn't*, BMJ, 312: 71-72, 1996. [\[Lien vers le document\]](#)

[SACKETT 1998] SACKETT D.L., *Si peu de temps, et ...*, EBM Journal (éd. fr.), n°9:8, 1998. [\[Lien vers le document\]](#)

[YOUNG 2003] YOUNG K.M., *Where's the evidence ? Evidence-based practice is not a reality for most nurses*, American Journal of Nursing, vol 103 n° 10, octobre 2003. [\[Lien vers le document\]](#)

## 3. Autres documents

[AIIC 2002] Enoncé de position de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada, *La prise de décision et la pratique infirmière factuelles*, AIIC, 2002, 3 p. [\[Lien vers le document\]](#)

[ANAES 2000] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*, Paris, 2000, 54 p. [\[Lien vers le document\]](#)

---

<sup>26</sup> Les « Articles » et les « Autres documents » sont classés par ordre alphabétique.

[BRO 2003] *Bienvenue à la Clinique Derscheid*, Brochure d'accueil rédigée à l'attention des patients et des familles, ANBCT, Waterloo, 2003.

[BRUN 1999] BRUN-BUISSON Ch., *Plaidoyer pour l'EBM ou comment nier les évidences*, Journée d'éthique, Hôpital Henri Mondor à Créteil, 1999, 11 p. [[Lien vers le document](#)]

[BURNAND 2004] BURNAND B., *Médecine et soins factuels*, Présentation faite dans le cadre du « Certificat de formation continue en méthodes de recherche clinique », module 3, avril 2004. [[Lien vers le document](#)]

[CEBAM 2003] Documents diffusés dans le cadre de la formation organisée par le Belgian Centre for Evidence-Based Medicine (CEBAM) et intitulée *A la recherche des preuves : les revues systématiques*, Leuven, octobre 2003.

[DUCHARME 2000] DUCHARME Fr., *La recherche, voie privilégiée du développement du savoir infirmier*, Compte rendu de l'exposé présenté dans le cadre du 1<sup>er</sup> congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie, Montréal, novembre 2000. [[Lien vers le document](#)]

[EVEILLARD 2000] EVEILLARD Ph., *L'Evidence-Based Medicine sur la toile*, Journées Française de colo-proctologie, novembre 2000. [[Lien vers le document](#)]

[GRYPDONCK 2002] GRYPDONCK M., SCHOONHOVEN L., *Evidence-Based Practice : étude, évaluation, directives, protocoles et pratique*, Symposium du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement / Administration des Soins de Santé, Recommandations Belges pour la Prévention des Escarres, janvier 2002. [[Lien vers le document](#)]

[LHC 1987] *Loi sur les hôpitaux coordonnée le 07/08/1987 et mise à jour le 31/12/2003*, Edition électronique réalisée par l'Association Belge des Hôpitaux, Edegem, juin 2004. [[Lien vers le document](#)]

[LAROUSSE 2004] Petit Larousse 2005 grand format, Larousse, Paris, 2004.

[SAVARD 2003] SAVARD G., *Enjeux et limites de la médecine factuelle (Evidence-Based Medicine)*, Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'études approfondies en éthique médicale et biologie, Université René Descartes (Paris 5), Faculté de Médecine de Necker, Laboratoire d'éthique médicale, Paris, 2003, 93 p. [[Lien vers le document](#)]

[TAÏEB 2001] TAÏEB S., *Evidence-based medicine: une évidence ?*, Texte du « Colloque du Sud au Nord », De l'improvisation dans le champ de la santé, Lille, octobre 2001. [[Lien vers le document](#)]

#### 4. Liste des URL cités<sup>27</sup>

[URL ACEBN] Academic Center for Evidence-Based Nursing  
[http://www.acestar.uthscsa.edu/Resources\\_www.htm](http://www.acestar.uthscsa.edu/Resources_www.htm)

[URL AIIC] AIIC / Association des infirmières et infirmiers du Canada  
<http://www.cna-aiic.ca/default.htm>

[URL ARSI] ARSI / Association de Recherche en Soins Infirmiers  
<http://www.arsi.asso.fr/>

Liste de sites « Internet et soins infirmiers »  
[www.arsi.asso.fr/Liste-des-sites-internet.htm](http://www.arsi.asso.fr/Liste-des-sites-internet.htm)

[URL CCNC] The Canadian Cochrane Network and Centre / Réseau-Centre canadien Cochrane  
<http://cochrane.mcmaster.ca>

---

<sup>27</sup> Les URL sont classées par ordre alphabétique de l'abréviation.

- [URL CEBAM] CEBAM / Belgian Centre for Evidence-Based Medicine  
[www.cebam.be](http://www.cebam.be)
- [URL CISMEF] CISMeF / Catalogue et Index des Sites Médicaux Francophones  
<http://www.chu-rouen.fr/cismef/>
- [URL CUTE] Curtin University of Technology  
<http://www.curtin.edu.au/curtin/dept/planstats/wacebnm/>
- [URL HDCC] Het Dutch Cochrane Center / The Cochrane Collaboration  
<http://www.cochrane.nl>
- [URL EBMJ] EBM Journal (ed. française)  
[www.ebm-journal.presse.fr](http://www.ebm-journal.presse.fr)
- Page spécifique « Les sites www de l'Evidence-Based Medicine »  
[www.ebm-journal.presse.fr/ebm/sites.htm](http://www.ebm-journal.presse.fr/ebm/sites.htm)
- [URL EBMO] EBM Online  
<http://ebm.bmjournals.com>
- [URL EBNO] EBN Online  
<http://ebn.bmjournals.com>
- [URL EGORA] Egora.fr, l'Internet des professionnels de santé<sup>28</sup>.  
Il s'agit d'un site d'information, de formation et de services, destiné à l'ensemble des professionnels de santé<sup>29</sup>.  
<http://www.egora.fr>
- [URL INS] INSERM / Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (en France)  
[www.inserm.fr](http://www.inserm.fr)
- BibliInserm de l'INSERM  
<http://biblioinserm.inist.fr/>
- [URL JHUSM] Johns Hopkins University School of Medicine  
<http://www.welch.jhu.edu/internet/ebr.html>
- [URL MINE] Minerva / Revue d'Evidence-Based Medicine  
[www.minerva-ebm.be](http://www.minerva-ebm.be)
- [URL MCGU] McGill University  
<http://www.muhc-ebn.mcgill.ca/>
- [URL MOSU] Montana State University  
<http://www.montana.edu/wwwwebm/Home.htm>
- [URL NCBI] PubMed / NCBI / New Global NCBI Search Engine  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
- [URL NURSC] Nursing Center  
<http://www.nursingcenter.com/home/index.asp>
- [URL SCDI] ScienceDirect  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

<sup>28</sup> L'accès nécessite un mot de passe que l'on peut obtenir facilement via leur site Internet.

<sup>29</sup> ATP-Egora est une filiale du groupe France Télécom s'inscrivant dans l'offre globale que ce groupe développe pour les acteurs de la santé.

- [URL STCH] St-Cloud Hospital (Magnet Hospital), USA  
<http://www.centracare.com/sch/magnet.html#forces>
- [URL TCC] The Cochrane Collaboration  
[www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
- Informations relatives au logo de la Cochrane Collaboration  
<http://www.cochrane.org/logo/>
- [URL TCLI] The Cochrane Library  
<http://www.update-software.com/cochrane/>
- [URL ULGM] Site EBM de la Faculté de Médecine de l'Université de Liège  
[www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/index.htm](http://www.ebm.lib.ulg.ac.be/prostate/index.htm)
- [URL UMONT] Site des Bibliothèques de l'Université de Montréal  
<http://www.bib.umontreal.ca/>
- Page spécifique « La recherche d'information médicale dans Internet »  
[http://www.bib.umontreal.ca/SA/internet\\_medical.htm](http://www.bib.umontreal.ca/SA/internet_medical.htm)
- [URL UNSA] Université de Nice Sophia Antipolis  
<http://www.unice.fr/BU/medecine/ebm.php>
- [URL UNTO] Université de Toronto  
<http://www.cebm.utoronto.ca/>
- [URL UOYO] University of York  
<http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>
- [URL UOMI] University of Minnesota  
<http://evidence.ahc.umn.edu/ebn.htm>

---

---

## ANNEXES

---

---

**Annexe 1** ..... Annexes 2.

Présentation des différents secteurs de soins

**Annexe 2** ..... Annexes 3.

- a) Le Medical Subject Headings (MeSH)
- b) Les descripteurs obligatoires (check tags)
- c) Utilisation du MeSH bilingue

**Annexe 3** ..... Annexes 4.

Approche de la terminologie EBN / EBM via le MeSH

**Annexe 4** ..... Annexes 5.

Evolution des références on-line de 1993 à nos jours

**Annexe 5** ..... Annexes 6.

La sélection des articles et la notion de niveau de preuve

**Annexe 6** ..... Annexes 8.

- a) Le NetScoring
- b) Présentation du logo de la Cochrane Collaboration

**Annexe 7** ..... Annexes 9.

Ressources EBP complémentaires

**Annexe 8** ..... Annexes 10.

Présentation des résultats en rapport avec le Q1 et le Q2

## Annexe 1

### **Présentation des différents secteurs de soins** (Extrait de [BRO 2003])

L'institution concernée se situe à Waterloo, dans la forêt de Soignes. Elle se veut être un lieu de vie spécialisé en réadaptation. La Clinique actuelle comporte près de 220 lits répartis au sein de 8 unités de soins (réadaptation, pathologies chroniques, psychiatrie et psychogériatrie) dans 3 secteurs distincts :

- Les unités SP accueillent des patients dont l'état de santé nécessite, généralement après un séjour en hôpital aigu, un traitement de réadaptation qui a pour objectif la récupération optimale de l'autonomie du patient. Pour ce faire, l'intervention de différents professionnels est requise : médecins, infirmières, kinés, logopèdes, psychologues, ... Le traitement de réadaptation nécessite la réalisation d'un effort physique et psychique de la part du patient.
- Les unités T de psychogériatrie s'adressent aux personnes âgées confrontées à différents problèmes de santé mentale, pour lesquels un diagnostic et / ou un traitement sont nécessaires. Il s'agit, par exemple de troubles de la mémoire, du langage, de problèmes d'orientation, de souffrances psychologiques ... Les équipes de psychogériatrie mettent tout en œuvre pour favoriser l'autonomie du patient et souhaitent donner à chacun un maximum d'occasions pour valoriser ses capacités.
- Au sein de l'unité T de psychiatrie, l'accompagnement et les soins proposés résultent d'un travail coordonné par l'équipe pluridisciplinaire. Un suivi médico-psychiatrique et infirmier, ainsi que la prise en compte des aspects psychologiques et sociaux, ont pour but d'aider le patient à retrouver un maximum d'autonomie et de mieux-être au quotidien. Des réunions d'équipe ont lieu régulièrement afin d'évaluer et d'adapter le projet thérapeutique en fonction du cheminement et des potentialités du patient. Le but est d'aider le patient à définir son projet de vie.

En octobre 2003, le Conseil d'administration a procédé à l'achat d'une autre institution, située à Wavre, et l'objectif est une fusion « physique » des deux sites à l'horizon 2007 – 2008, dans un nouveau bâtiment qui sera érigé à proximité de Louvain-La-Neuve.

## Annexe 2

### **a) Le Medical Subject Headings (MeSH)**

Le MeSH est le thesaurus de la base Medline, thésaurus de référence dans le domaine biomédical. C'est un outil d'indexation, de recherche et de classement produit par la NLM (National Library of Medicine, USA) avec la participation de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) pour la version française<sup>30</sup>.

Le MeSH bilingue est accessible à l'adresse <http://disc.vjf.inserm.fr:2010/basismesh/mesh.html>

Le MeSH Browser NLM est accessible à l'adresse <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

---

### **b) Les descripteurs obligatoires (check tags)**

Les descripteurs obligatoires (check tags) représentent - pour la base Medline - des notions que l'indexeur doit prendre systématiquement en compte chaque fois que ces notions figurent dans le document à analyser. L'indexeur devra faire apparaître ces descripteurs obligatoires dans la liste des mots-clés. La présence systématique de ces descripteurs obligatoires parmi les descripteurs caractérisant le contenu d'un document augmente l'exhaustivité des recherches effectuées sur les concepts qu'ils représentent.

---

### **c) Utilisation du MeSH bilingue**

Il est préférable d'utiliser le MeSH bilingue Français → Anglais (version 2004) pour traduire de façon pertinente les mot-clés des 3 énoncés. Exemples :

- ✓ Escarres ⇔ decubitus ulcer
- ✓ Staphylocoque doré ⇔ staphylococcus aureus
- ✓ Septicémie ⇔ septicemia
- ✓ Genou ⇔ knee
- ✓ Articulation genou ⇔ knee joint
- ✓ Prothèse de genou ⇔ knee prothesi
- ✓ Hospitalisation ⇔ hospitalization
- ✓ Rééducation et réadaptation ⇔ rehabilitation

---

<sup>30</sup> Cette version française est mise à jour par le département de l'information scientifique et de la communication (DISC) de l'INSERM.

### Annexe 3

#### Approche de la terminologie EBN / EBM via le MeSH

La recherche du terme « Evidence-Based Nursing » dans le MeSH Browser ne donne aucun résultat. Par contre, le terme « Evidence-Based Medicine » affiche le tableau ci-dessous :

<b>MeSH Heading</b>	Evidence-Based Medicine
<b>Tree Number</b>	G02.403.200.400
<b>Annotation</b>	a type of clinical med; DF: EVIDENCE BASED MED
<b>Scope Note</b>	The process of systematically finding, appraising, and using contemporaneous research findings as the basis for clinical decisions. Evidence-based medicine asks questions, finds and appraises the relevant data, and harnesses that information for everyday clinical practice. Evidence-based medicine follows four steps: formulate a clear clinical question from a patient's problem; search the literature for relevant clinical articles; evaluate (critically appraise) the evidence for its validity and usefulness; implement useful findings in clinical practice. The term "evidence based medicine" (no hyphen) was coined at McMaster Medical School in Canada in the 1980's to label this clinical learning strategy, which people at the school had been developing for over a decade. (From BMJ 1995;310:1122)
<b>Entry Term</b>	Medicine, Evidence-Based

La définition peut donc se traduire de la façon suivante: *processus systématique de recherche, d'évaluation, et d'utilisation des résultats contemporains de la recherche pour prendre des décisions cliniques. L'Evidence-Based Medicine (EBM) pose des questions, trouve et évalue les données appropriées, et utilise ces informations pour la pratique clinique quotidienne. L'EBM suit quatre étapes : formuler une question clinique claire du problème posé par un patient ; rechercher dans la littérature les articles cliniques appropriés ; évaluer de façon critique l'évidence en ce qui concerne sa validité et son utilité ; mettre en application les résultats utiles dans la pratique clinique. Le terme "Evidence-Based Medicine" a été inventé à la Faculté de médecine McMaster au Canada dans les années 80 pour nommer cette stratégie d'étude clinique que les gens de cette école avaient développée depuis plus d'une dizaine d'années.*

L'arborescence (Tree Number) est la suivante :

Profession santé (health Occupations) [G02]

→ médecine (medicine) [G02.403]

→ médecine clinique (clinical medicine) [G02.403.200]

→ evidence based medicine (evidence-based medicine) [G02.403.200.400]

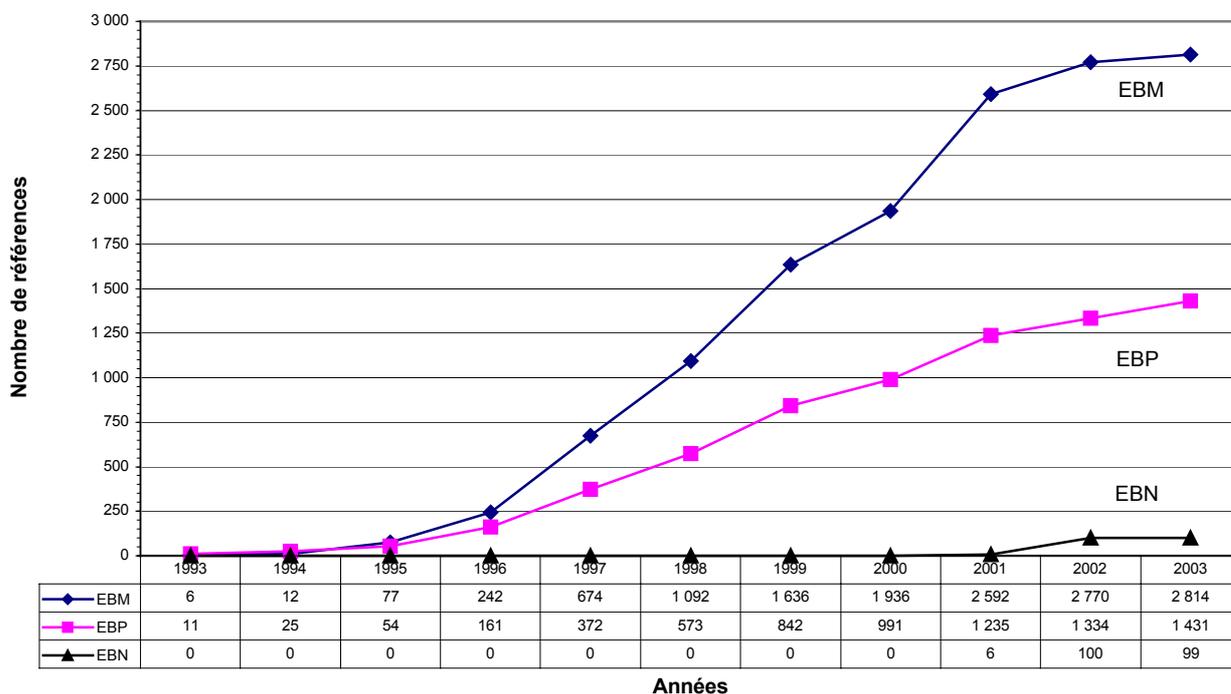
## Annexe 4

### Evolution des références EBM / EBP / EBN on-line

Recherche effectuée sur le site de la National Library of Medicine avec les mots :  
"Evidence-Based Medicine" / "Evidence-Based Practice" / "Evidence-Based Nursing"

Période du 01/01/1993 au 31/12/2003

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>



Graphe 1. Evolution des références EBM / EBP / EBN on-line

## Annexe 5

### **La sélection des articles et la notion de niveau de preuve**

La synthèse reprises ci-dessous est extraite du *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations* de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) publié en 2000. [\[Lien vers le document\]](#)

#### **La sélection des articles**

La recherche documentaire identifie de nombreuses références d'articles dont la qualité n'est pas connue. L'abondance des références nécessite donc une sélection avec un esprit critique privilégiant la qualité de l'information.

Cette étape doit tenir compte de plusieurs facteurs :

- la présence ou non d'un résumé : sur les listings, environ 75 % des articles ont un résumé.
- l'accessibilité et/ou le coût des documents : les délais d'obtention, les coûts peuvent influencer la recherche.
- le temps alloué à cette recherche : il est variable selon les disciplines, la connaissance initiale du thème.
- la qualité de la revue où a été publié l'article ; la valeur scientifique de la revue peut être appréciée par son rang de classement dans la discipline de cette revue.

Une première sélection doit être effectuée rapidement sur le titre et la revue. Une revue difficile à se procurer ou confidentielle peut être écartée si le titre n'est pas suffisamment évocateur de l'intérêt de l'article. Lorsqu'un résumé est disponible, certains critères peuvent être définis : l'étude porte sur l'homme *in vivo*, l'article doit exposer des données originales, le nombre de patients inclus sera supérieur à une valeur déterminée, le protocole est comparatif ou adéquat pour répondre à la question posée, etc. Ces critères seront définis *a priori* et explicités dans la partie méthode du document final. La préoccupation constante est d'identifier les études pouvant répondre aux questions posées du fait de la validité et de l'utilité des résultats.

Au terme de cette étape sont donc définis les critères de sélection des publications retenues pour analyse, c'est-à-dire :

- le type de document : par exemple, revues avec comité de lecture, rapport institutionnel.
- le type de publication : articles originaux, méta-analyse, abstract. En général ne sont pas pris en compte les lettres, les éditoriaux, les revues générales non systématisées.
- le type d'étude : études comparatives on non, réalisées chez l'être humain - *in vivo*. Les études expérimentales chez l'animal ou sur pièces anatomiques ne sont habituellement pas prises en compte, sauf cas particulier où des travaux comparatifs chez l'homme ne sont pas ou plus réalisables.
- la méthodologie de l'étude : protocole d'étude permettant de répondre à la question posée.
- la population étudiée : caractéristiques, nombre de patients.

## Notion de niveau de preuve

Les articles analysés et retenus sont classés selon leur niveau de preuve. Les résultats peuvent être consignés dans des tableaux de synthèse faisant apparaître :

- la référence de la publication (auteur principal, année, revue).
- le protocole utilisé.
- le facteur étudié.
- les caractéristiques de la population de l'étude.
- les critères de jugement.
- les résultats.
- éventuellement les conclusions de l'auteur.

La notion de niveau de preuve scientifique doit être formalisée. Des propositions ont été faites par différents auteurs pour graduer la force des recommandations en fonction de la preuve scientifique.

### Exemple : niveau de preuve scientifique apporté par une étude selon la force de protocole

*(adapté du score utilisé par l'American College of Chest Physicians)*

- Niveau 1 Essais contrôlés randomisés avec résultats indiscutables (méthodologiquement).
- Niveau 2 Essais contrôlés non randomisés bien conduits.
- Niveau 3 Essais prospectifs non contrôlés bien menés (suivi de cohorte par exemple).
- Niveau 4 Études cas-témoins : essais contrôlés présentant des biais.
- Niveau 5 Études rétrospectives et cas cliniques (série de malades). Etude fortement biaisée.

*Cet exemple est également documenté par B. BURNAND ([BURNAND 2004])*

Une classification générale du niveau de preuve d'une étude peut être proposée à partir des classifications de la littérature et des composantes vues ci-dessus :

a) un **fort niveau** de preuve correspond à une étude dont :

- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée.
- la réalisation est effectuée sans biais majeur.
- l'analyse statistique est adaptée aux objectifs.
- la puissance est suffisante.

b) un **niveau intermédiaire** est donné à une étude de protocole similaire, mais présentant une puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance a posteriori insuffisante) et/ou des anomalies mineures.

c) un **faible niveau** de preuve peut être attribué aux autres types d'études.

## **Annexe 6**

### **a) Le NetScoring : critères de qualité de l'information de santé sur l'Internet**

<http://www.chu-rouen.fr/netscoring/>

L'objectif de ce travail est de fournir un ensemble de critères qui peuvent être utilisés pour évaluer la qualité de l'information de santé sur l'Internet. Pour assurer une objectivité maximale dans le choix de ces critères, nous avons mis en place au sein de Centrale Santé un groupe pluriel comportant des médecins, des ingénieurs, des bibliothécaires, et des juristes ; certains représentaient des organisations professionnelles. Ces critères peuvent être utilisés de deux façons : (a) par les cybercitoyens pour améliorer leur esprit critique ; (b) par les webmasters des sites de santé francophones pour en augmenter la qualité.

Nous avons défini 49 critères, que nous avons réparti en huit catégories : crédibilité, contenu, hyperliens, design, interactivité, aspects quantitatifs, déontologie, et accessibilité. Chaque critère est pondéré en critère essentiel (noté de 0 à 9), critère important (noté de 0 à 6) ou critère mineur (noté de 0 à 3). Le total de ces critères donne le score global du site (avec un maximum de 312 points).

---

### **b) Présentation du logo de la Cochrane Collaboration**

<http://www.cochrane.org/logo/>



---

<sup>31</sup> Ce logo est présenté avec l'accord explicite de Nick ROYLE, *Chief Executive Officer* / The Cochrane Collaboration. The Cochrane Collaboration logo is a registered trademark of the Cochrane Collaboration [URL TCC].

## Annexe 7

### **Ressources EBP complémentaires**

*Ressources ou précisions complémentaires à la sélection présentée au chapitre 3.3.*

- ACE / Academic Center for Evidence-Based Nursing  
The University of Texas Health Science Center at San Antonio  
<http://www.acestar.uthscsa.edu/>

ACE is part of The University of Texas Health Science Center at San Antonio School of Nursing and a companion entity to VERDICT<sup>32</sup>. As a center of excellence, its purpose is to advance cutting edge, state-of-the-art evidence-based nursing practice, research, and education within an interdisciplinary context. The goal is to turn research into action, improving health care and patient outcomes in the community, through evidence-based practice (EBP), research, and education.

- AHRQ / Agency for Healthcare Research and Quality  
<http://www.ahrq.gov/>

The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) is the United States' premier evidence-based practice agency. AHRQ was established by US Congress and is the "lead agency charged with supporting research designed to improve the quality of healthcare, reduce its cost, improve patient safety, decrease medical errors, and broaden access to essential services. AHRQ sponsors and conducts research that provides evidence-based information on healthcare outcomes; quality; and cost, use, and access. The information helps healthcare decision makers-patients and clinicians, health system leaders, and policymakers-make more informed decisions and improve the quality of healthcare services" On the AHRQ site can be found full text documents on evidence reports, clinical practice guidelines, quick-reference guides, and consumer brochures. Since 1996, AHCPR produces evidence reports only.

- VERDICT / Veterans Evidence-Based Research Dissemination Implementation Center  
<http://verdict.uthscsa.edu/verdict/default.htm>

VERDICT's mission is to foster a knowledge-based health care system in which clinical, managerial, and policy decisions are based upon sound information from research findings. The multidisciplinary team addresses systematic implementation of evidence in clinical practice within the Veterans Health Administration, leading to integrated models of care and improved service, quality and efficiency. Learning resources include VERDICT Briefs.

- SumSearch  
<http://sumsearch.uthscsa.edu/>

SumSearch is a unique method of searching for medical evidence by using the Internet. SumSearch combines meta-searching and contingency searching in order to automate searching for medical evidence.

- NGC / National Guideline Clearinghouse  
<http://www.guideline.gov/>

The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), in partnership with the American Association of Health Plans (AAHP) and the American Medical Association (AMA), is sponsoring the National Guideline Clearinghouse (NGC). The NGC is a publicly available electronic repository for clinical practice guidelines and related materials that provides online access to guidelines.

- HIRU / Health Information Research Unit  
<http://hiru.mcmaster.ca/>

The Health Information Research Unit (HIRU) at McMaster University is an informatics research unit. HIRU's main goal is to study the problems of research transfer and to develop and test innovations based on information technology (informatics) that will improve the transfer of evidence into practice. Because of this, HIRU is promoting what could be described as "Evidence-based health informatics".

---

<sup>32</sup> VERDICT signifie Veterans Evidence-Based Research Dissemination Implementation Center.

## Annexe 8

### **Présentation des résultats en rapport avec le Q1 et le Q2**

#### a) Résultats en rapport avec le Q1

##### Document 1 / Année 2002

- Ressource: National Guideline Clearinghouse
- Mots-clés: *decubitus ulcer*
- Titre du Guideline: "Risk assessment and prevention of pressure ulcers"
- Source : Registered Nurses Association of Ontario (RNAO).
- [\[Lien vers le document\]](#)

##### Document 2 / Année 2002

- Ressource: National Guideline Clearinghouse
- Mots-clés: *decubitus ulcer*
- Titre du Guideline: "Prevention of pressure ulcers"
- Source: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center
- [\[Lien vers le document\]](#)

##### Document 3 / Année 2003

- Ressource: National Guideline Clearinghouse
- Mots-clés: *decubitus ulcer*
- Titre du Guideline: "Preventing pressure ulcers and skin tears"
- Source: Geriatric nursing protocols for best practice
- [\[Lien vers le document\]](#)

##### Document 4 / Année 2003

- Ressource: National Guideline Clearinghouse
- Mots-clés: *decubitus ulcer*
- Titre du Guideline: "Guideline for prevention and management of pressure ulcers"
- Source: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN).
- [\[Lien vers le document\]](#)

##### Document 5 / Année 1987

- Ressource: PubMed / NCBI / New Global NCBI Search Engine
- Mots-clés: *decubitus ulcer and long hospitalization*
- Limits: *Aged 65+ years / Randomized controlled trial*
- Titre : Air-fluidized beds or conventional therapy for pressure sores. A rnd trial.
- Source: Dept of Medicine, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Maryland.
- [\[Lien vers le document\]](#)

##### Document 6 / Année 2003

- Ressource: CEBAM – Clinical Evidence Books@Ovid (Ovid Full Text)
- Mots-clés: *decubitus ulcer and long hospitalization*
- Titre : Pressure sores
- Source: Centre for Evidence Based Nursing, Department of Health Sciences, University of York, York, UK

## b) Résultats en rapport avec le Q2

### Document 1 / Année 2004

- Ressource: National Guideline Clearinghouse
- Mots-clés: *fall risk rehabilitation*
- Titre du Guideline: "Fall prevention for older adults"
- Source: University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center
- [\[Lien vers le document\]](#)

### Document 2 / Année 2002

- Ressource: National Guideline Clearinghouse
- Mots-clés: *fall risk rehabilitation*
- Titre du Guideline: "Prevention of fall injuries in the older adult"
- Source: Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)
- [\[Lien vers le document\]](#)

### Document 3 / Année 2000

- Ressource: PubMed / NCBI / New Global NCBI Search Engine
- Mots-clés: *hospital and risk fall*
- Limits: *Aged 65+ years / Randomized controlled trial*
- Titre : Preventing falls on an elderly care rehabilitation ward.
- Source: Elderly Care Unit, Gloucestershire Royal Hospital, Gloucester, UK
- [\[Lien vers le document\]](#)

### Document 4 / Année 2000

- Ressource: PubMed / NCBI / New Global NCBI Search Engine
- Mots-clés: *preventing fall and risk fall*
- Limits: *Aged 65+ years / Randomized controlled trial*
- Titre : A fall prevention program for elderly individuals. Exercise in long-term care settings.
- Source: University of Iowa College of Nursing, USA
- [\[Lien vers le document\]](#)

### Document 5 / Année 2001 (Cochrane Database)

- Ressource: SumSearch
- Mots-clés: *preventing and risk fall*
- Titre : Interventions for preventing falls in elderly people.
- Source: Dept of Health Sciences, University of York, Heslington, York, UK
- [\[Lien vers le document\]](#)

---

## RESUME / SUMMARY

---

***L'Evidence-Based Nursing (EBN)  
comme outil qualitatif opérationnel  
au sein du département infirmier  
d'une clinique de revalidation de 220 lits.***

***Objectif réaliste ou utopique ?***

***Evidence-Based Nursing (EBN)  
as operational qualitative tool  
within the Nursing department  
in a private rehabilitation clinic of 220 beds.***

***Utopistic or realistic objective ?***

---

**Mots-clés:** cadre infirmier, clinique de revalidation, Evidence-Based Medicine, Evidence-Based Nursing, Evidence-Based Practice, guidelines, qualité, recherche en soins infirmiers, recommandations de soins.

**Key words:** manager in nursing (nursing manager), Evidence-Based Medicine, Evidence-Based Nursing, Evidence-Based Practice, private rehabilitation clinic, guidelines, quality, research in nursing, care recommendations.

Bien que l'Evidence-Based Practice (EBP) date des années '80, la publication d'articles à ce sujet dans les années '90, l'augmentation sans cesse croissante du flux d'information et des documents diffusés, l'essor de l'outil informatique et d'Internet en particulier, la complexité d'une prise en charge médicalement adéquate et financièrement acceptable, et enfin la dimension "patient", font que cette approche qualitative, relativement méconnue et peu développée, est plus que jamais contemporaine.

Although the Evidence-Based Practice (EBP) dates from the eighties, the papers publication about this subject in the nineties, the continuously increase of information flow and the spread documents, the expansion of data-processing and Internet in particular, the complexity of the adequate medical treatment which is financially acceptable, and finally the "patient" dimension, make that this qualitative, relatively underestimated and few developed approach, is more than ever contemporarily.

Pour répondre aux objectifs du travail et à l'interrogation formulée dans le titre, nous avons tout d'abord procédé à une approche théorique, puis à une approche appliquée qui inclut l'analyse de trois cas potentiellement rencontrés par un cadre infirmier qui exerce sa fonction au sein d'une clinique de revalidation de 220 lits.

To answer this work objectives and the title interrogation, we have first performed a theoretical approach, then a practical approach which includes the analyse of three cases potentially encountered by a manager in nursing (nursing manager) who performs its function in a private rehabilitation clinic of 220 beds.

Les conclusions de ces deux parties nous amènent à valider positivement notre questionnement. En effet, selon notre évaluation, et en tenant compte des limites précisées, l'utilisation de l'Evidence-Based Nursing (EBN) peut être considérée comme un outil qualitatif opérationnel dans le contexte professionnel décrit.

The conclusions of these two parts leads us to validate positively our questionnement. Indeed, according to our evaluation, and by taking account of the specified limits, use of Evidence-Based Nursing (EBN) can be considered as an operational qualitative tool in the described professional context.