



Intégrer l'EBM par un apprentissage en spirale ?

Tom Poelman, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, UGent

Minerva a déjà souvent discuté de la mise en œuvre de l'EBM dans la prise en charge des patients (1,2). Cette mise en œuvre dépend largement de l'expertise du prestataire de soins en matière de recherche des meilleurs faits probants disponibles à évaluer et à intégrer dans la pratique clinique (2). Elle comporte cinq étapes essentielles.

1. Traduire le problème clinique en une question PICO (Patient - Intervention - Comparaison - Outcome/ Patient - Intervention - Comparaison - Résultat) à laquelle il soit possible de répondre.
2. Tracer de manière systématique le fait probant disponible qui apporte une réponse à cette question PICO.
3. Évaluer de manière critique la validité interne et externe du meilleur fait probant disponible (en pesant les risques et les bénéfices) et son impact (Critical Appraisal of the Topic, CAT).

Dans nos « analyses longues », ces trois premières étapes ont une place de premier plan. La question clinique étant présentée autant que possible sous forme de question PICO, les lecteurs ont tout de suite une connexion avec leur pratique. Dans la partie discussion, ils sont alors soutenus par des collègues expérimentés pour évaluer de manière critique la méthodologie et la pertinence clinique des résultats des études, sans devoir lire eux-mêmes l'article original dans son intégralité.

Notre mission consiste à continuellement élargir le pool des analystes critiques avec des collègues enthousiastes qui voudraient collaborer à l'élaboration du réseau « critique » en réaction à une interprétation parfois superficielle de la recherche scientifique.

4. Intégrer l'évaluation critique à sa propre expertise clinique et à ses connaissances concernant les propriétés biologiques, les valeurs et le contexte du patient.
5. Réfléchir à l'efficacité et à l'utilisation rationnelle de l'application des étapes 1 à 4 et rechercher des possibilités d'amélioration. Cette dernière étape se situe donc plutôt au niveau métacognitif.

En règle générale, il est actuellement généralement admis que, pour le prestataire de soins, ce modèle d'apprentissage est un moyen important de développer ses connaissances et ses compétences. On est de plus en plus convaincu que le plan par étapes ne peut être effectif qu'une fois intégré dans une méthode d'apprentissage en spirale (3). Cet apprentissage en spirale signifie que l'on accumule des connaissances de manière progressive en étant à chaque fois de nouveau confronté au sujet (4,5). Dans un article récent du BMJ, les principaux aspects de cette méthode d'apprentissage ont été appliqués à la mise en œuvre de l'EBM.

1. Chaque nouvelle étape de la spirale commence avec une nouvelle question clinique qui dépend de l'expertise et des compétences de la personne qui pose la question. Par exemple, face à un même problème, les médecins ayant beaucoup d'expérience poseront d'autres questions que les étudiants en médecine.
2. Ainsi, on crée pour soi-même un continuum pédagogique, où « apprendre quelque chose » provoque chaque fois « apprendre plus » dans une spirale vertueuse de questions de plus en plus complexes. Après leur formation de base, on attend des médecins qu'ils tiennent compte, par exemple, du contexte spécifique des patients, de la nature multidisciplinaire de nos soins de santé dans leur pratique, et cetera (5).

Cette forme d'apprentissage qui s'appuie sur les connaissances antérieures est très proche du caractère dynamique de l'EBM et se reflète dans la logique qui sous-tend les « analyses courtes » de Minerva. Au fil du temps, la rédaction a sélectionné beaucoup d'articles scientifiques récents qui apportent un nouvel éclairage sur certains sujets.

Nos analystes tentent chaque fois d'inscrire ces nouveaux faits probants dans le cadre des preuves existantes. Avec les années, ils accumulent ainsi une vaste expertise dans l'évaluation critique d'études concernant différents sujets.

3. La prise de décision intègre de plus en plus les connaissances, les compétences en communication (avec les patients et les prestataires de soins), le professionnalisme et les compétences éthiques et pratiques. Grâce à cette intégration, les connaissances et les compétences se développeront également à mesure que l'expertise avancera.
4. Durant le déroulement ultérieur, pour une même question, les méthodes de recherche, les données trouvées et donc aussi les conclusions pourront être différentes.
5. Une réflexion approfondie sur les quatre principaux éléments de la décision clinique (force de la preuve, valeurs du patient, rapport risques-bénéfices et rapport coût-bénéfices) reste essentielle dans le processus d'apprentissage. En effet, il ne suffit pas d'intégrer dans la pratique les meilleurs faits probants disponibles : il faut ensuite rester vigilant et ne pas avoir peur de procéder à certaines remises en question pour faire évoluer la spirale.

Conclusion

Le plan en cinq étapes est un modèle d'apprentissage très utile pour intégrer de nouvelles preuves dans ses propres connaissances et compétences. Cette méthode n'est vraiment efficace que si elle fait partie d'un processus d'apprentissage en spirale. Le fonctionnement de Minerva y correspond bien, et nous espérons que de plus en plus de collègues partageront notre mission et rejoindront notre réseau « critique ».

Références

1. Vermeire E. Sciences de base et EBM: menace d'un nouveau paradigme ? [Editorial] MinervaF2004;3(1):2-3.
2. De Cort P, Poelman T. Le travail clinique débute quand les preuves manquent... [Editorial] MinervaF 2018;17(2):22-3.
3. Baynouna Al Ketbi LM. Learning framework for implementing best evidence. BMJ Evid Based Med 2018;23:81-3. DOI: 10.1136/bmjebm-2017-110834
4. Harden RM, Stamper N. What is a spiral curriculum? Medical Teacher 1999;21:141-3. DOI: 10.1080/01421599979752
5. Lemiengre M. Werkplekleren in de medische opleiding. In: Vorming door onderwijs. Acco, 2017:141-54.