

h e d s

Haute école de santé
Genève

**QUELLES SONT LES EXPERIENCES DES PHYSIOTHERAPEUTES
AU SUJET DE L'EVIDENCE-BASED PRACTICE ?
UNE REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE**

CAROLINA CENALMOR

Étudiante HES – Filière Physiothérapie

MARINE SAVIOZ

Étudiante HES – Filière Physiothérapie

Directrice de Travail de Bachelor : ELISABETH BURGE

**TRAVAIL DE BACHELOR DEPOSE A GENEVE ET SOUTENU A SIERRE EN 2014 EN VUE DE L'OBTENTION
D'UN BACHELOR OF SCIENCE EN PHYSIOTHERAPIE**

RESUME

Introduction : l'Evidence-Based Practice est devenue omniprésente dans le domaine des soins et fait l'objet de nombreux débats au sein du monde médical. A notre connaissance, ces débats atteignent également le secteur de la physiothérapie qui peine encore à adopter cette démarche.

But : l'objectif de ce travail est d'identifier les expériences exprimées par les physiothérapeutes au sujet de l'Evidence-Based Practice.

Méthodologie : une revue critique de la littérature a été réalisée. Trois articles ont été sélectionnés à partir des bases de données Pubmed, CINAHL, Psychinfo, ERIC, PEDro, Cochrane Library et Francis. Ils ont été analysés selon des méthodes qualitatives.

Résultats : six thèmes analytiques résument l'ensemble des expériences des physiothérapeutes au sujet de l'Evidence-Based Practice. Deux axes distincts se dégagent de nos résultats : le changement et les résistances envers l'Evidence-Based Practice. Nos résultats montrent une tendance plus marquée vers la résistance.

Conclusion : les expériences au sujet de l'EBP en physiothérapie sont partagées. Même si d'avantage de recherches devraient être effectuées sur ce sujet, nous constatons que la tendance est à la résistance. Néanmoins, il semblerait que le groupe soit un bon moyen pour faciliter l'application en physiothérapie.

Mots-clés : *physiothérapie, Evidence-Based Practice, EBP, expériences, étude qualitative*

AVERTISSEMENT

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé de Genève, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

3 juin 2014, Carolina Cenalmor et Marine Savioz

Handwritten signature of Carolina Cenalmor in black ink, featuring a stylized 'C' and 'C'.Handwritten signature of Marine Savioz in black ink, featuring a stylized 'M' and 'S'.

REMERCIEMENTS

Nous tenons spécialement à remercier les personnes suivantes :

Madame Elisabeth Bürge, directrice de la filière physiothérapie de la HEdS et directrice de notre Travail de Bachelor, pour sa disponibilité, son écoute, ses conseils et ses commentaires qui nous ont guidés tout au long de notre travail. Elle a su nous encourager et nous orienter vers les personnes compétentes.

Madame Ludivine Soguel, professeur HEdS filière nutrition, pour son aide dans le développement de notre réflexion concernant notre thématique.

Madame Virginie Barras, documentaliste du site des Caroubiers, pour sa disponibilité, son aide dans nos recherches documentaires et ses commandes d'articles pour notre Travail de Bachelor.

Madame Cristina Calvo, documentaliste du site de Champel, pour ses conseils de recherches documentaires.

Madame Véronique Hasler, professeur à la HESAV, pour ses conseils au sujet des références en méthodologie qualitative.

Monsieur Grégoire Lager, du Service d'Enseignement Thérapeutique pour Maladies Chroniques des HUG, pour son aide dans l'analyse des données qualitatives et ses pistes de réflexion concernant l'EBP en physiothérapie.

Mais aussi ...

Carole et Cristèle, étudiantes en physiothérapie diplômées en 2013, pour nous avoir confortées dans le choix d'un Travail de Bachelor de type qualitatif. Nous les remercions également pour leur disponibilité ainsi que la mise à disposition de leur travail.

Carl et Loïc pour leur maîtrise informatique, leur aide pour la mise en page, l'enregistrement des articles sur CD. Ils nous ont soutenues lors de tous nos déboires informatiques.

Marie-Luce et Joël pour la relecture et les corrections de notre Travail de Bachelor.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	1
2. CADRE THEORIQUE	2
2.1 DESCRIPTION DE LA PROFESSION DE PHYSIOTHERAPEUTE.....	2
2.2 L'ÉVOLUTION DE LA PHYSIOTHERAPIE.....	3
2.3 IMPORTANCE DE LA RECHERCHE EN PHYSIOTHERAPIE.....	4
2.4 DE L'EVIDENCE-BASED MEDICINE VERS L'EVIDENCE-BASED PRACTICE.....	4
2.5 LES ETAPES D'UNE APPROCHE EBP	6
2.6 L'EVIDENCE-BASED PRACTICE : UN SUJET A CONTROVERSE	7
2.7 PROBLEMATIQUE	8
2.8 QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	8
3. METHODOLOGIE	9
3.1 PHILOSOPHIE DE RECHERCHE	9
3.2 STRATEGIE DE RECHERCHE	10
3.2.1 Critères inclusion/exclusion et sélection des articles :	11
3.2.2 Evaluation de la qualité des articles.....	13
3.3 METHODE D'ANALYSE DES DONNEES.....	16
3.3.1 Analyse thématique et synthèse thématique.....	16
3.3.2 Notre démarche.....	17
4. RESULTATS.....	19
4.1 RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DES ARTICLES.....	19
4.2 DESCRIPTION DES ETUDES	21
4.2.1 Résumé des caractéristiques de chaque étude	21
4.3 PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ANALYSE THEMATIQUE.....	22
5. DISCUSSION.....	31
5.1 SYNTHESE ET INTERPRETATION DE NOS RESULTATS.....	31
5.2 DISCUSSION DE NOS RESULTATS	33
5.3 IMPLICATIONS DE NOS RESULTATS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE	39
5.3.1 De la théorie à la pratique e l'Evidence-Based Practice	40

5.5	POSTURE ET LIMITES DE NOTRE TRAVAIL.....	41
5.6	PISTES POUR DE FUTURES RECHERCHES	43
6.	CONCLUSION.....	44
	LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
	LISTE BIBLIOGRAPHIQUE	
	ANNEXES	

1. INTRODUCTION

C'est dans les années 1990 qu'apparaît pour la première fois le terme Evidence-Based Medicine (EBM) dans le groupe de travail du Dr. Sackett (Herbert, Jamtvedt, Mead & Birger Hagen, 2005, p.7) qui avait pour but de proposer des traitements basés sur les preuves scientifiques (Herbert et al., 2005). Très vite adoptée par d'autres professions médicales et paramédicales sous le nom d'Evidence-Based Practice (EBP) (Regnaux, Guay & Marsal, 2009, p.56), cette notion contraste avec la pratique médicale empirique appliquée jusqu'à lors (Masquelet, 2010). Sans le savoir, les concepteurs de l'Evidence-Based Practice étaient à l'origine d'une véritable révolution de la médecine moderne (Thompson, 2009).

Dès son avènement, l'Evidence-Based Practice a nourri de nombreux débats dans le monde médical (Mullen & Streiner, 2004, p.111). A notre connaissance, ces débats ont gagné le domaine de la physiothérapie qui ne réserve pas toujours bon accueil à l'EBP. En témoignent les faibles taux d'application (Iles & Davidson, 2006, p.101) ainsi que les obstacles constatés dans la pratique (Salbach, Jaglal, Korner-Bitensky, Rappolt & Davis, 2007). De ce fait, nous aimerions connaître l'opinion des physiothérapeutes à son sujet.

Dans ce travail, nous allons notamment retracer les origines de l'EBP, les principales étapes qui composent cette démarche ainsi que les importants changements qu'elle a engendrés en physiothérapie. Face à l'importance considérable que prend l'EBP (Grimmer-Somers, 2007, p.55), nous allons explorer les expériences des physiothérapeutes à son égard.

2. CADRE THEORIQUE

2.1 DESCRIPTION DE LA PROFESSION DE PHYSIOTHERAPEUTE

La profession de physiothérapeute trouve ses origines dans l'Antiquité (Association Suisse de Physiothérapie, 2009, p.4 cité par Huber, Monnin, Paillex, Boldi-Goetschy & Oggier, 2011, p.9). Cette profession qui a traversé les époques s'est notamment fait une renommée dans le domaine de la réhabilitation de par les guerres et les vagues de poliomyélite qu'a traversé le 20^{ème} siècle (Palaima, 2010, p.7). Elle est aujourd'hui considérée comme « une branche indépendante de la médecine traditionnelle et de la médecine complémentaire ; elle est reconnue en tant que telle du point de vue scientifique » (Association Suisse de Physiothérapie, 2009, p.4 cité par Huber et al., 2011, p.9).

Les physiothérapeutes sont des professionnels du mouvement, des troubles fonctionnels somatiques et de la douleur. Ces thérapeutes soignent des patients de tous âges atteints de maladies aiguës ou chroniques et collaborent étroitement avec d'autres professionnels de santé (Association Suisse de Physiothérapie, 2009, p.4 cité par Huber et al., 2011, p.9).

Dans leurs traitements, les physiothérapeutes tiennent compte des facteurs biomédicaux, psychologiques et sociaux qui peuvent influencer sur l'état de santé des patients (Association Suisse de Physiothérapie, 2009, p.4 cité par Huber et al., 2011, p.9).

Les principaux objectifs de la physiothérapie sont le maintien et/ou l'amélioration des capacités fonctionnelles du patient dans son quotidien, selon la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Le physiothérapeute vise également le soulagement des douleurs, le soutien du patient dans l'élaboration de stratégies pour faire face à la maladie et/ou accident et à ses conséquences (Association Suisse de Physiothérapie, 2009, p.6 cité par Huber et al, 2011, pp. 9-10).

Enfin, les physiothérapeutes peuvent exercer dans les domaines cliniques, de la prévention à la promotion de la santé, de l'enseignement, du management et de la recherche (Association Suisse de Physiothérapie, 2009, pp. 9-10-11 cité par Huber et al, 2011, pp.11-12-13).

Un des principaux enjeux de la physiothérapie moderne est celui d'offrir aux patients des soins centrés sur leurs besoins et leurs attentes en s'appuyant sur des références scientifiques validées et l'expérience clinique du thérapeute. L'EBP est une démarche qui rassemble et concilie ces différentes exigences (Regnaux et al, 2009, p.55).

2.2 L'EVOLUTION DE LA PHYSIOTHERAPIE

Avec l'évolution de la physiothérapie, nous sommes passés d'une approche empirique, dictée par les autorités, à une approche scientifique du métier (Jette, Bacon, Batty, Carlson, Ferland, Hemingway, ... & Volk, 2003, p.787). En effet, avec les progrès fulgurants de la recherche et l'augmentation croissante des nouvelles connaissances (Regnaux et al., 2009, p.56) la physiothérapie ne cesse d'évoluer (Huber et al., 2011).

Pour ne citer que l'Europe et en particulier la Suisse : des changements ont été menés dans l'ensemble du système de santé helvétique avec la réforme de Bologne de 2006 (<http://www.sbf.admin.ch/themen/01369/01734/index.html?lang=fr>). Avec cette réforme, un nouveau modèle de formation est né, remettant en question tout le système de santé, les responsabilités politiques en matière de santé publique ainsi que les rôles et les tâches de chaque profession qui s'est vu attribuer des compétences nouvelles (Huber et al., 2011, p.13).

2.3 IMPORTANCE DE LA RECHERCHE EN PHYSIOTHERAPIE

Pour résister à de tels changements et garder leurs statuts au sein de la société, les professionnels de la santé ont dû conserver un « savoir spécifique » à leur profession. Pour ce faire, il a fallu réévaluer les connaissances relatives à leur travail, vérifier les fondements scientifiques et développer une recherche propre à chaque profession (Huber et al., 2011, p.14).

La recherche en physiothérapie structure donc le savoir existant, génère de nouvelles connaissances et vérifie l'efficacité des interventions thérapeutiques (Huber et al., 2011 p.13)

Les recherches cliniques et appliquées effectuées sur les sites de formation occupent donc une place essentielle dans le domaine de la physiothérapie (Huber et al. 2011, p.27). Ce sont les besoins de notre société ainsi que les nouvelles connaissances de la médecine qui influencent directement les avancées de la recherche. Par conséquent, la recherche « apporte des connaissances permettant d'améliorer la pratique fondée sur les preuves pour le bien-être des patients et sert à développer le niveau de connaissances des professionnels.» (Huber et al. 2011, p.27).

2.4 DE L'EVIDENCE-BASED MEDICINE VERS L'EVIDENCE-BASED PRACTICE

C'est vers la fin du siècle dernier que nous avons assisté à une véritable expansion des recherches médicales qui sont devenues de plus en plus rigoureuses et pertinentes. C'est aussi durant cette période que le patient commence à être de mieux en mieux informé des dernières avancées de la science (Palaima, 2010, p.3). Même si le concept d'EBP existait bien avant d'être nommé (Declève, 2009, p.33 ; Masquelet, 2010, p.27), c'est dans ce contexte de 1992 qu'apparaît le terme EBM pour la première fois (Herbert et al., 2005, p.7). C'est l'équipe du Dr. Sackett (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992) qui définit pour la première fois le terme EBM dans les universités de McMaster au Canada et d'Oxford aux Royaume-Uni (Palaima, 2010, p.4). Initialement, l'EBM a été créé afin

d'optimiser l'enseignement de la médecine et améliorer la qualité des soins (Herbert et al., 2005, p.7). Mais le phénomène s'est rapidement étendu à d'autres domaines de la branche médicale comme la médecine bucco-dentaire, les soins infirmiers et finalement aux professionnels de la rééducation sous le nom d'EBP (Regnaud et al., 2009, p. 56). Pour finir, le groupe Cochrane Collaboration qui a développé dès 1992 de nombreuses revues systématiques de haute qualité, a eu un impact puissant sur l'accessibilité des preuves de haute qualité (Herbert et al., 2005, p.8) et donc sur le développement de l'EBM (Hinojosa, 2013, p.19).

L'Evidence-Based Practice découle donc de l'Evidence-Based Medicine (Schreiber & Stern, 2005, p.3) et regroupe d'autres expressions plus spécifiques comme : *evidence-based health care*, *Evidence-based rehabilitation* (Palaima, 2010, p.4).

Inspirée de la définition de Sackett (Sackett, Straus, Richardson, Rosenburg & Haynes, 2000), l'EBP demande aux physiothérapeutes de concilier expérience clinique, évaluation et sélection des preuves scientifiques les plus adaptées aux circonstances cliniques du patient. Le tout en respectant les valeurs et les besoins du patient (Schreiber & Stern, 2005, p.3). Pour ce faire le thérapeute fait appel à son expertise clinique, qui est l'habileté du clinicien pour recueillir et analyser l'ensemble des informations, afin de proposer aux patients le meilleur traitement disponible (Vachon, Durand & LeBlanc, sans date). Selon Shaw et DeForge (2012), cette notion d'expertise clinique n'est pas figée et est influencée par des facteurs tels que l'éducation et le milieu social et culturel (p.422). Ces facteurs orientent les physiothérapeutes sur la prise de décision clinique. (Shaw & DeForge 2012, p.423).

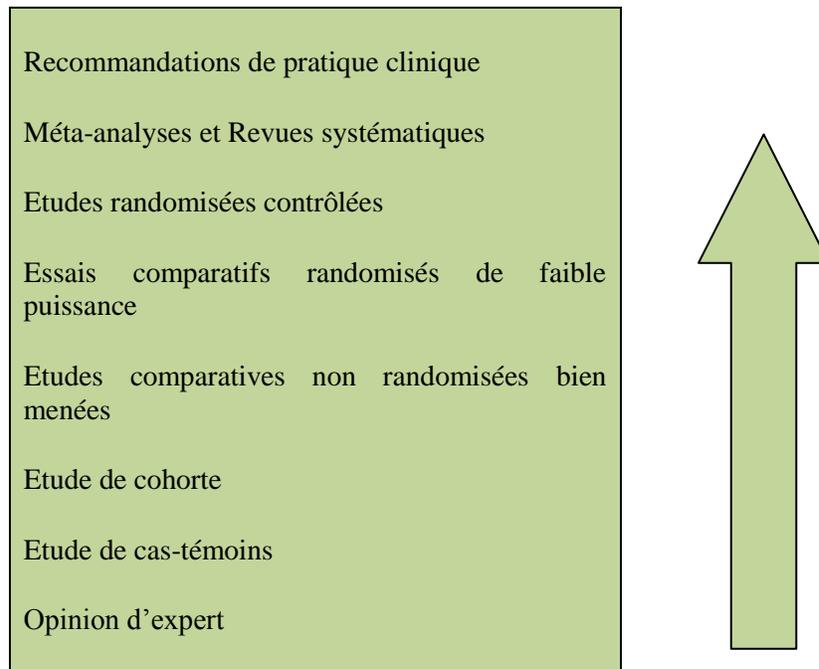
En résumé, l'EBP est un processus qui mène à une décision clinique spécifique pour un patient donné (Schreiber & Stern, 2005, p.4).

2.5 LES ETAPES D'UNE APPROCHE EBP

Nous rappelons que l'EBP n'est pas une démarche stricte et obligatoire mais est considérée par ses concepteurs comme un outil aidant à la prise de décision clinique (Regnaux et al., 2009, p.56). Ce processus s'intègre dans le raisonnement clinique du physiothérapeute (Holdar, Wallin & Heiwe, 2013) afin d'utiliser et d'identifier les traitements les plus efficaces (Regnaux et al., 2009, p. 57).

Ce paragraphe vise à présenter brièvement les différentes étapes qui jalonnent une approche clinique EBP. La première étape du processus consiste en la formulation d'une question de recherche, qui traduit l'interrogation du thérapeute et/ou de son patient (Regnaux et al., 2009, p.57). Cette question doit être précise pour répondre à la problématique soulevée (Regnaux et al., 2009, p.57). Différents modèles existent afin de faciliter et standardiser la construction des questions de recherche (Regnaux et al., 2009, p.57). Le modèle le plus connu est celui du PICO (Regnaux et al., 2009, p.57). La seconde étape est la recherche systématique des articles les plus appropriés que recense la littérature. A l'heure du numérique et pour qu'une recherche soit efficace, le thérapeute est amené à construire des stratégies de recherche qui correspondent à des bases de données appropriées (Regnaux et al., 2009, p.57). L'évaluation de la qualité des articles est la dernière étape avant l'application pratique des preuves. Lors de cette étape, le thérapeute évalue l'applicabilité, la qualité et l'intérêt des preuves (Regnaux et al., 2009, p.58). Pour aider les thérapeutes, il existe diverses hiérarchies des niveaux de preuves qui classent l'information scientifique en fonction des méthodologies utilisées (Regnaux et al., 2009, p.58). Un exemple de ces classement est présenté en figure 1. Ces classements « varient en fonction des auteurs, des organismes et des pays » (Reneaux et al., 2009, p.60). Toutefois, il existe une multitude d'évaluation pour un même type d'études et le problème est qu'il n'existe pas de consensus en faveur de l'une ou de l'autre de ces grilles (Regnaux et al., 2009, p.58).

Figure 1 : hiérarchie des essais thérapeutiques non médicamenteux



Sur cette figure, le classement est organisé du bas vers le haut. Les méthodologies les plus hautes « garantissent » un niveau de preuve élevé (Regnaud et al., 2009, p.58)

2.6 L'EVIDENCE-BASED PRACTICE : UN SUJET A CONTROVERSE

C'est un fait, l'EBP devient de plus en plus présent et populaire dans notre société (Palaima, 2010, p.1). Il est même prôné par certains comme étant une véritable révolution de la médecine au même titre que les vaccins et les antibiotiques (Thompson, 2009). Mais comme tout changement, l'EBP a généré de nombreux débats (Mullen & Streiner, 2004, p.111). Loin de remettre en cause le principe général de l'EBP selon lequel les pratiques médicales et paramédicales doivent être fondées sur les meilleures preuves (Masquelet, 2010, p.27), quelques auteurs (Hinojosa, 2013 ; Masquelet, 2010) pointent du doigt certaines limites des études quantitatives et en particulier des essais randomisés (Masquelet, 2010, p.27). En effet, ce type d'étude serait incompatible avec l'évaluation de la qualité de vie ou des activités de la vie quotidienne si importantes pour les professions paramédicales (Hinojosa, 2013). Cette approche, problématique pour certaines professions, a fait l'objet d'une étude évaluant les barrières rencontrées par les physiothérapeutes lors de l'application de l'EBP auprès de patients atteints d'AVC (Salbach et al., 2007).

2.7 PROBLEMATIQUE

Selon l'étude d'Iles et Davidson (2006), la fréquence d'application de l'EBP serait très faible chez les physiothérapeutes (p.101). De plus, et comme décrit plus haut, l'EBP fait l'objet d'une controverse dans la littérature (Masquelet, 2010). Tantôt jugée de façon très flatteuse (Thompson, 2009), tantôt critiquée et comparée à un chemin semé d'embûches (Salbach et al., 2007). A travers ce travail, nous aimerions connaître l'opinion des physiothérapeutes au sujet de l'EBP.

L'intérêt d'adopter une approche EBP en physiothérapie possède de nombreux avantages car elle permet une prise en charge complète du patient en alliant objectivité clinique, expérience du thérapeute et subjectivité du patient (Huber et al., 2011). Mais pour ce faire, encore faut-il que le thérapeute l'applique et y voit un intérêt à l'utiliser.

Suite à nos recherches électroniques, nous constatons que de nombreuses études quantitatives ont été effectuées sur le sujet de l'EBP en physiothérapie en comparaison aux études qualitatives encore peu investiguées. Nous souhaiterions donc explorer cette thématique sous un regard qualitatif afin d'analyser les expériences des physiothérapeutes envers l'EBP.

2.8 QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Notre question de recherche est la suivante : quelles sont les expériences exprimées par les physiothérapeutes au sujet de l'EBP?

Nos principaux objectifs de recherche découlant de cette question sont ceux de comprendre la définition qu'ont les physiothérapeutes de l'EBP et de déterminer ce qu'ils pensent du concept EBP en tant que tel. Enfin, nous aimerions connaître leur opinion concernant les possibilités et les capacités qu'ont les physiothérapeutes dans la mise en application de l'EBP. Nous espérons que cette question aidera à nourrir nos réflexions quant à la compréhension et à l'utilisation que font les physiothérapeutes de l'EBP.

3. METHODOLOGIE

3.1 PHILOSOPHIE DE RECHERCHE

Notre question de recherche ainsi que notre intérêt à connaître ce que les physiothérapeutes pensent de l'EBP et de son applicabilité nous a encouragées à utiliser une approche qualitative. En effet, la démarche qualitative « traite des données difficilement quantifiables (...) et (...) s'inspire de l'expérience de la vie quotidienne et du sens commun qu'elle essaie de systématiser » (Nguyên-Duy & Luckerhoff, 2007, p.8). De plus, elle favorise « des descriptions et des explications riches et solidement fondées de processus ancrés dans un contexte local. » (Miles & Huberman, 2010, p.11). Enfin la méthodologie qualitative permet aux chercheurs de dépasser leurs a priori (Miles & Huberman, 2010, p.11) et d'atteindre une compréhension holistique du phénomène étudié (Miles & Huberman, 2010, p.21).

Notre philosophie de recherche est celle du réalisme critique selon laquelle notre connaissance de la réalité serait modulée par nos perceptions et nos croyances (Spencer et al, 2003, cité par Barnett-Page & Thomas, 2009, Epistemology, para 4). En quelques mots, cette philosophie se situe à mi-chemin entre le positivisme et le relativisme (Clark, Lissel & Davis, 2008, p.E68). En effet, le réalisme critique représente une alternative entre le premier qui limite la réalité à des phénomènes scientifiquement observables et le second pour lequel la réalité dépend uniquement de la perspective d'un individu ou d'un groupe (Clark et al, 2008, pp.E67-E68). Ce courant philosophique prône donc une approche globale de la réalité en alliant objectivité et subjectivité (Clark et al, 2008, p.E68) ce qui, selon nous, reflète parfaitement la complexité du monde médical. Cette philosophie s'intègre pleinement dans notre recherche car, selon Clark et al (2008), le réalisme critique est utile pour la compréhension des phénomènes complexes, l'optimisation des interventions ainsi que l'étude des processus biopsychosociaux (p.E67). Des questions, qui selon ces mêmes auteurs, sont fondamentales dans la pratique basée sur les preuves (Clark et al, 2008, p.E67).

D'autre part, la synthèse thématique (méthode d'analyse de données dont nous nous servons dans ce travail et que nous décrivons ci-dessous) s'inscrit dans cette philosophie du réalisme critique (Barnett-Page & Thomas, 2009). Elle s'y réfère dans le sens où cette méthode d'analyse va au-delà du simple résumé de contenu mais produit une interprétation plus subjective des données (Thomas & Harden, 2008, Background, para. 7 et Methods, para. 13).

3.2 STRATEGIE DE RECHERCHE

Les recherches de nos articles ont été effectuées de mi-septembre à mi-octobre 2013. Pour ce faire, nous avons consulté les bases de données suivantes : Pubmed, CINAHL, Psychinfo, PEDro, Francis, Eric et Cochrane Library. L'ensemble de ces bases de données nous ont permis d'explorer le plus vastement possible notre thématique, au travers de domaines tels que le biomédical, les sciences humaines, les soins infirmiers, la physiothérapie ou encore la psychologie.

Mots-clés et équations de recherche

Nos équations s'articulent autour de deux principaux axes de recherche que sont la physiothérapie et l'EBP. Etant donné que la plupart des bases de données possèdent un thésaurus qui leur est propre, nous avons d'abord commencé à chercher, quand cela était possible, les descripteurs correspondant à nos deux axes de recherches. Parmi les bases de données que nous avons choisies, seuls Pubmed, CINAHL et Psychinfo possédaient des descripteurs. Pour les autres bases de données nous avons simplement formulé nos équations avec des termes libres.

Nos équations de recherche [Annexe I] ont été formulées avec les opérateurs booléens « OR » (associe les termes synonymes d'un axe donné) et « AND » (associe les axes entre eux). Nous avons choisi d'utiliser les descripteurs « Qualitative research » ou « Qualitative study » quand nous en avons la possibilité. Cependant, nous émettons une réserve et sommes conscientes que ces termes peuvent considérablement limiter nos

recherches. C'est pourquoi nous avons effectué des recherches supplémentaires sans ces formules.

Alertes

Nous avons activé des alertes sur les bases de données Pubmed et CINAHL pour nous informer des dernières publications.

3.2.1 Critères inclusion/exclusion et sélection des articles :

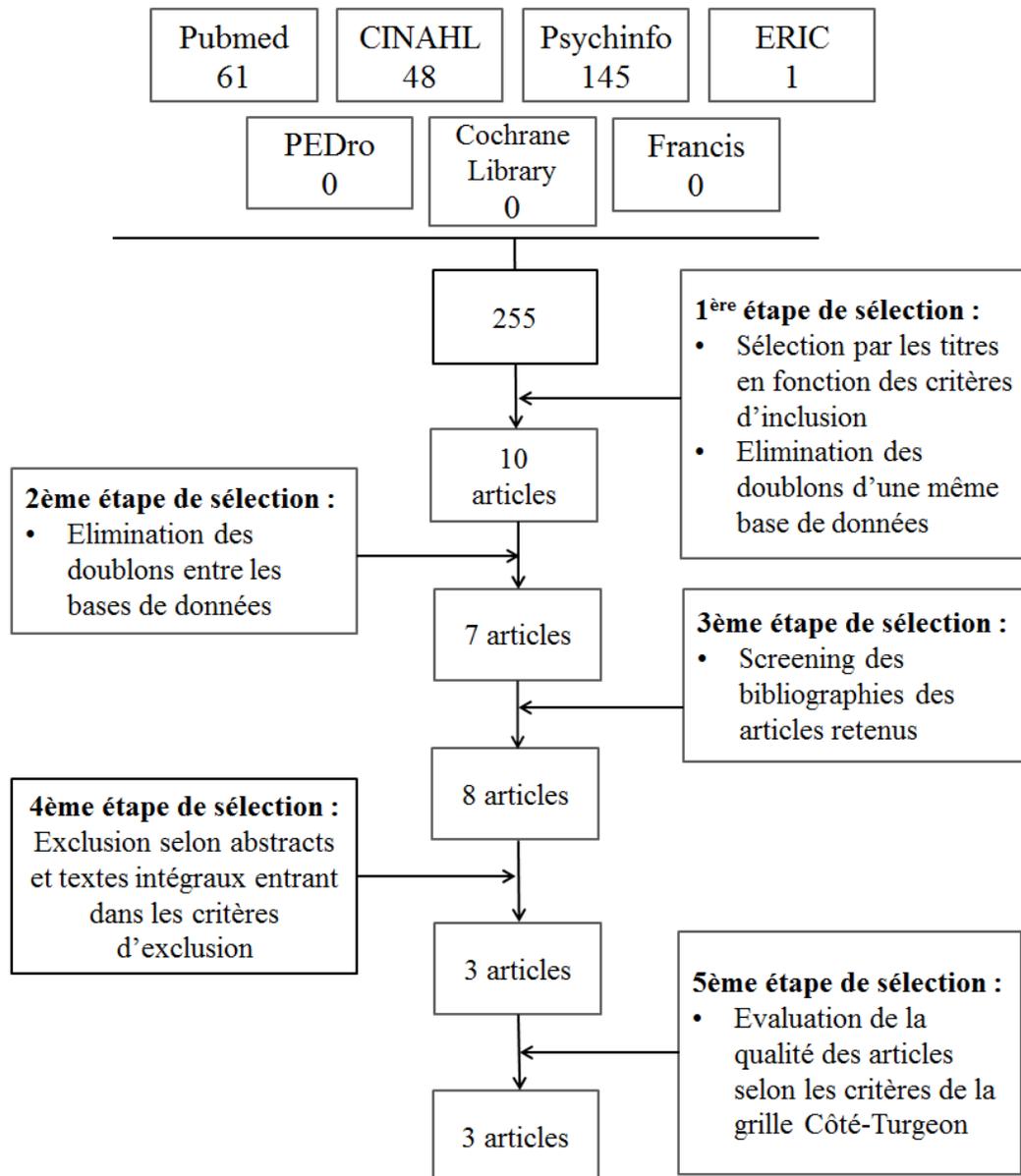
Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Etudes qualitatives : portant sur les représentations, les perceptions, l'expérience (ou autres synonymes)	Etudes quantitatives, articles non scientifiques ou de prise de position, livres, thèses
Population : les physiothérapeutes diplômés	Population constituée d'autres professionnels de santé (ergothérapeutes, médecins, infirmiers) ou d'étudiants en physiothérapie
Phénomène d'intérêt : Evidence-Based Practice ou Evidence-Based Medicine	Phénomène d'intérêt large et vague comme par exemple la recherche en général, les guidelines
Contexte : hospitalier et/ou cabinet privé	
Textes en anglais ou français	Textes dans d'autres langues

Le choix de nos articles finaux se base sur plusieurs étapes de sélection, elles-mêmes fondées sur des critères d'inclusion et d'exclusion (Tableau 1) préalablement établis. Un flow-chart (Figure 2) présente ces différentes phases ainsi que le nombre d'études retenues à chacune des étapes de sélection. La première étape de sélection par les titres a été faite en fonction des critères d'inclusion (Tableau 1). Etant donné que nous avons plusieurs équations pour une même base de données [Annexe I], nous avons procédé à une suppression des doublons au sein de chaque base de données. La seconde étape de sélection consistait en une suppression des doublons entre les bases de données. La troisième étape de sélection comprend le screening des bibliographies des articles retenus.

La quatrième étape de sélection consiste à écarter les abstracts et textes intégraux qui entrent dans les critères d'exclusion. Un tableau relate les raisons d'exclusion pour chaque article non retenu [Annexe II]. Enfin, l'évaluation de la qualité des articles sélectionnés figure dans la cinquième étape de sélection.

Figure 2 : Flow chart



3.2.2 Evaluation de la qualité des articles

L'évaluation de la qualité est au cœur de nombreux débats en recherche qualitative, et jusqu'à présent les consensus la concernant restent encore rares (Dixon-Woods, Fitzpatrick & Roberts, 2001 ; Thomas & Harden, 2008, Methods, para 3). Toujours selon les mêmes auteurs, l'évaluation de la qualité des études qualitatives est primordiale pour éviter les conclusions douteuses (Thomas & Harden, 2008, Methods, para 3). De plus, les auteurs s'interrogent quant à l'exclusion des articles sur la base de leur qualité qui restreindrait la richesse des analyses qualitatives (Thomas & Harden, 2008, Methods, para 3). En tenant compte de cette déclaration et du fait du nombre restreint d'articles, nous avons décidé de suivre l'avis de ces auteurs en gardant l'ensemble de nos articles.

L'évaluation de la qualité fait donc partie du processus de sélection des articles à titre indicatif et non éliminatoire. Dans cette étape, nous avons le choix entre plusieurs grilles d'évaluation de la qualité des articles qualitatifs, à savoir, les grilles Côté-Turgeon (2002) et Critical Appraisal Skills Programme (Public Health Resource Unit, 2010). Dans un premier temps, nous avons appliqué individuellement l'utilisation de ces deux grilles sur un article qualitatif trouvé au hasard de nos recherches. Il ressort de ce test que nous sommes toutes deux plus favorables à l'utilisation de la grille Côté-Turgeon (2002) (Tableau 2) car celle-ci est en français, ce qui limite les biais d'interprétation, contient un nombre restreint d'items et est accessible aux étudiants car « rédigée dans un langage qualitatif le plus compréhensible possible pour des non experts en recherche qualitative » (Côté & Turgeon, 2002, p.82). De plus, un guide de remplissage est établi avec la grille (Côté & Turgeon, 2002), ce qui facilite l'établissement d'un consensus. Comme cette grille a été créée pour les médecins (Côté & Turgeon, 2002, p.82), nous jugeons que celle-ci convient également aux autres professionnels de santé comme les physiothérapeutes. D'ailleurs, les auteurs indiquent en ce sens que cet instrument est destiné à « guider ceux et celles qui participent à un protocole de recherche qualitative et rédigent un article de recherche s'y rapportant.» (Côté & Turgeon, 2002, p.82).

La grille d'évaluation Critical Appraisal Skills Programme (Public Health Resource Unit, 2010) nous a paru longue et compliquée à remplir et nous n'avons pas trouvé de guide pour nous aider à la compléter. Etant donné le petit nombre d'articles retenus à la suite des quatre premières étapes, nous n'avons pas établi de score chiffré.

Une fois notre grille de qualité trouvée, nous avons sélectionné un de nos articles qualitatifs auquel nous avons appliqué la grille Côté-Turgeon (2002) de façon individuelle. Suite à cette première lecture et afin de s'accorder sur la manière de remplir les items et de les comprendre, nous avons réalisé un consensus lors d'une mise en commun. Pour ce faire, nous nous sommes principalement inspirées du guide de remplissage fourni avec la grille Côté-Turgeon (Côté & Turgeon, 2002). Ce consensus nous a permis de continuer l'évaluation de la qualité de manière individuelle puis commune pour chacun de nos articles restants.

Par souci d'objectivité, et pour garder un regard critique sur nos articles, nous avons rédigé individuellement des Critical Appraisal Tools (Public Health Resource Unit, 2010) dont les contenus corroborent avec l'évaluation de la qualité précédemment réalisée. Ces CAT ont également fait l'objet de discussion lors d'une mise en commun pour se mettre d'accord.

Tableau 2 : grille d'évaluation de la qualité des articles tirée de Côté et Turgeon (2002, p.83)

Introduction	Oui	+/-	Non
1. La problématique est bien décrite et en lien avec l'état actuel des connaissances.			
2. La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).			
Méthodes			
3. Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).			
4. La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).			
5. La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).			
6. Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).			
7. L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).			
Résultats			
8. Les principaux résultats sont présentés de façon claire.			
9. Les citations favorisent la compréhension des résultats.			
Discussion			
10. Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices.			
11. Les limites de l'étude sont présentes (ex : transférabilité).			
Conclusion			
12. La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.			

3.3 METHODE D'ANALYSE DES DONNEES

3.3.1 Analyse thématique et synthèse thématique

Nous avons choisi l'analyse thématique ainsi que la synthèse thématique comme méthodes d'analyse des données. Ces deux méthodes nous semblent complémentaires et adaptées à notre question de recherche.

Très schématiquement, l'analyse thématique est décrite comme étant « une méthode servant au relevé et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus. » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.249). De plus, « la thématisation constitue l'opération centrale de la méthode, à savoir la transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche (la problématique) » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.232).

L'analyse thématique a deux fonctions principales : une fonction de repérage et une fonction de documentation. La première fonction concerne le travail de saisie de l'ensemble des thèmes d'un corpus. La tâche est de relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau à l'étude. La deuxième fonction va plus loin et concerne la capacité de tracer des parallèles ou de documenter des oppositions ou divergences entre les thèmes, etc. Il ne s'agit plus seulement de repérer les thèmes mais également de vérifier s'ils se répètent d'un matériau à l'autre et comment ils se recoupent, rejoignent, contredisent, complémentent... (Paillé & Mucchielli, 2012, p.232)

En somme, « l'analyse thématique consiste, dans ce sens, à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé & Mucchielli, 2012, p.232).

L'analyse thématique « est donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations, et non pas de l'action » (Blanchet & Gotman, 1998, p.98).

Comme l'analyse thématique telle que décrite par Paillé & Mucchielli (2012) est une méthode d'analyse d'intention descriptive plutôt qu'interprétative ou explicative (p.231), nous avons décidé d'y ajouter une seconde méthode pour obtenir une analyse, selon nous, plus complète. Cette seconde méthode est celle de Thomas et Harden (2008).

Thomas et Harden (2008) ont développé la synthèse thématique qui s'inspire des étapes de l'analyse thématique. Ces auteurs ont appliqué et développé cette méthode dans de nombreuses revues systématiques traitant notamment du point de vue, de l'expérience des patients (Thomas & Harden, 2008, Background, para 2), ce qui rend cette approche pertinente dans le cadre de notre travail.

Leur méthode se décline en trois étapes : la première étape consiste en un codage « ligne par ligne », la seconde de la formation de thèmes « descriptifs » et la dernière de thèmes « analytiques ». Même si les deux premières étapes sont assez ressemblantes dans la façon de procéder, la dernière étape se distingue par son aspect exploratoire qui permet d'aller plus loin dans l'interprétation et la génération d'hypothèses (Thomas & Harden, 2008, Methods para. 9).

3.3.2 Notre démarche

Dans notre méthode d'analyse nous nous sommes donc inspirées de l'analyse thématique, qui comprend les fonctions de repérage et de documentation (Paillé & Mucchielli, 2012), et de la synthèse thématique (Thomas & Harden, 2008, Methods, para, 8-15) dont les principales étapes sont décrites ci-dessus.

Notre analyse des données s'articule autour de 3 phases distinctes :

Dans la première phase de notre analyse, nous avons réalisé un codage ligne par ligne de nos articles. Nous n'avons pas fait le choix d'établir une liste prédéfinie de codes (en fonction de notre cadre théorique, question de recherche et problématique) avant l'extraction des données (Miles & Huberman, 2010, p.114). Ceci pour la simple raison que nous voulions ouvrir au maximum les champs de notre recherche. Par souci de

triangulation (Denzin, 1989), nous avons chacune de notre côté noté les codes en marge des articles et procédé à un codage en continu comme le décrivent Paillé et Mucchielli (Paillé & Mucchielli, 2012, p.237). D'autre part, nous avons fait le choix de transcrire nos codes en français pour éviter tout biais de compréhension mutuels. Comme le décrivent Thomas et Harden (2008), nous avons codé les résultats des études ainsi que les citations des participants (Methods, para 7). Une fois les codes établis, nous avons retravaillé ensemble les codes dans un document à part comme le préconisent Paillé et Mucchielli (Paillé & Mucchielli, 2012, p.241). Ce document nous a permis de rectifier nos codes et de construire l'arbre thématique au fil des lectures [Annexe IV].

Dans la seconde phase, nous avons élaboré les thèmes descriptifs. Cette étape consiste en un classement et un regroupement des différents codes (en fonction de leur proximité, leur spécificité) sous un même thème purement explicatif (Paillé & Mucchielli, 2012, p.232). Dans la phase finale, qui comprend la formation des thèmes analytiques, nous donnons un sens interprétatif à notre analyse (Thomas & Harden, 2008, Methods, para 13-15).

Durant toute l'analyse, nous avons gardé en tête notre objectif principal de recherche tout en nous autorisant une certaine ouverture à d'éventuelles pistes de recherche auxquelles nous n'aurions pas pensé au préalable.

Les remarques en marge

En plus des codes annotés en bordure de texte, nous avons ajouté des remarques de part et d'autre des marges des études analysées. Ces remarques sont importantes, dans le sens où elles reflètent nos idées et nos premières interprétations des résultats (Miles & Huberman, 2010, p. 130). Ces commentaires nous ont permis d'exprimer librement nos jugements sans que ceux-ci n'interfèrent sur nos codes qui se doivent d'être dénués de toute interprétation.

4. RESULTATS

4.1 RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA QUALITE DES ARTICLES

Tableau 3 : grille d'évaluation de la qualité des articles tirée de Côté et Turgeon (2002, p.83)

	Wiles & Barnard (2001)	Bernard & Wiles (2001)	Hannes et al. (2009)
1. La problématique est bien décrite et en lien avec l'état actuel des connaissances	+	+	+
2. La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins)	+	+	+
3. Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).	+/-	+	-
4. La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique)	-	-	+
5. La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants)	-	-	+/-
6. Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).	+/-	+/-	+/-
7. L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants)	+/-	+/-	+/-
8. Les principaux résultats sont présentés de façon claire	+/-	+	+/-
9. Les citations favorisent la compréhension des résultats	+	+/-	+
10. Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices	+/-	+	+/-
11. Les limites de l'étude sont présentes (ex : transférabilité)	+/-	-	+/-
12. La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées	+	-	+

12 items de l'échelle Côté et Turgeon ; (+) correspond aux items répondant favorablement, (+/-) correspond aux items y répondant partiellement ; (-) correspond aux items y répondant défavorablement.

Comme l'illustre le tableau 3, la qualité des articles sélectionnés est globalement moyenne. En effet, la majorité des items ne répond que partiellement aux affirmations correspondantes. Ces articles présentent cependant l'avantage de bien situer les problématiques dans leurs contextes respectifs. La question de la transférabilité est évoquée dans deux d'entre eux (Wiles & Barnard, 2001 ; Hannes, Staes, Goedhuys & Aertgeerts, 2009) mais se limite aux contextes des études en question. Concernant le type de méthodologie utilisé et comme déjà cité plus haut, celui-ci n'est nommé que dans une seule étude (Hannes et al., 2009). Enfin, nous jugeons que le recueil d'information ainsi que l'analyse des données manquent de précision dans chacun des articles.

4.2 DESCRIPTION DES ETUDES

4.2.1 Résumé des caractéristiques de chaque étude

Tableau 4 : L'origine, but, population, méthodologie et méthode des articles sélectionnés

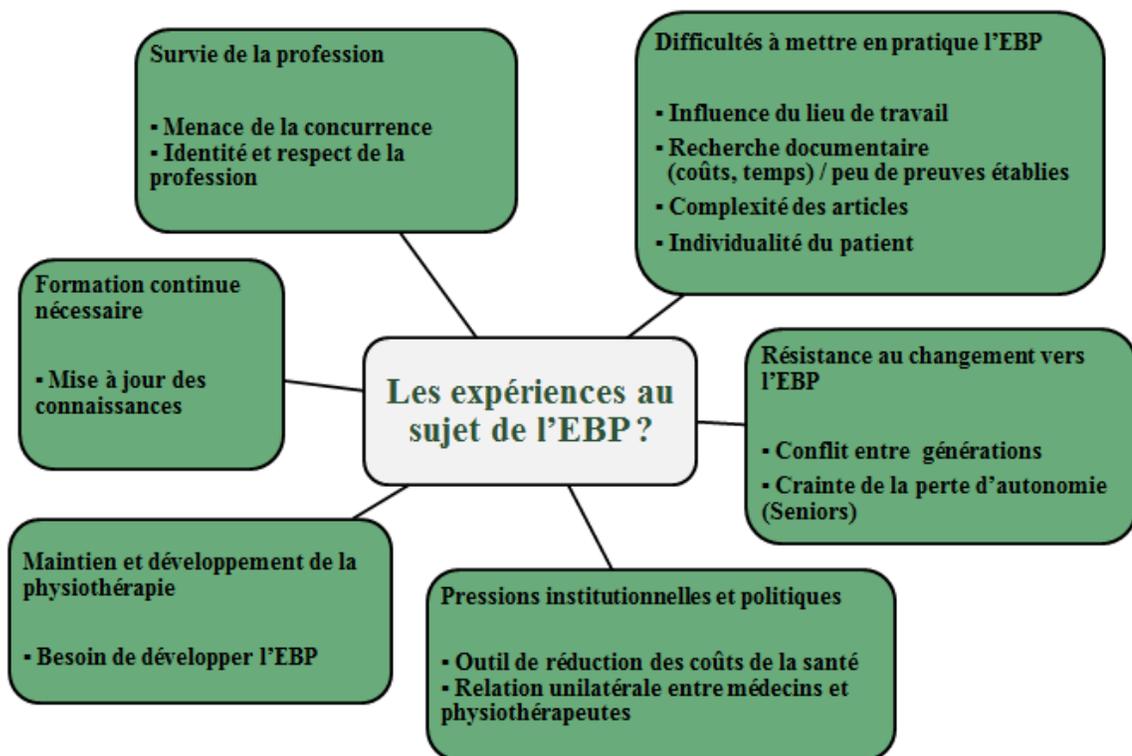
Auteurs	Barnard, S., & Wiles, R. (2001)	Wiles, R., & Barnard, S. (2001)	Hannes, K., Staes, F., Goedhuys, J., & Aertgeerts, B. (2009)
Titre	Evidence-based Physiotherapy: Physiotherapists' attitudes and experiences in the Wessex area.	Physiotherapists and Evidence-based Practice: An Opportunity or Threat to the Profession?	Obstacles to the implementation of evidence-based physiotherapy in practice: a focus group-based study in Belgium (Flanders).
Pays	Angleterre (Wessex)	Angleterre	Belgique (Flandres)
Objectif	Identifier la compréhension de l'EBP, leur opinion sur l'applicabilité clinique et les facteurs encourageant / décourageant son développement	Explorer le point de vue des physiothérapeutes sur l'EBP ainsi que l'impact que l'EBP peut avoir sur leurs limites professionnelles, le statut et la pratique professionnelle	Identifier les obstacles lors de l'intégration de l'EBP dans la pratique professionnelle
Population	56 physiothérapeutes travaillant dans différents secteurs des NHS (hôpitaux universitaires, hôpitaux de districts et milieux communautaires)	56 physiothérapeutes travaillant dans différents secteurs des NHS (hôpitaux universitaires, hôpitaux de districts et milieux communautaires)	43 physiothérapeutes de diverses régions géographiques de Flandres – travaillant dans différents secteurs (hospitalier / privé)
Design	Etude qualitative	Etude qualitative	Théorisation ancrée
Méthode	Groupes de discussion, interviews de groupes et individuels Guide d'entretien établi au préalable. Un chercheur interviewer Un observateur (→ groupes de discussion) Entretiens enregistrés sous forme audio et retranscrits Lieu : salles de conférences hospitalières de la région	Groupes de discussion, interviews de groupes et individuels Guide d'entretien établi au préalable. Un chercheur interviewer Un observateur (→ groupes de discussion) Entretiens enregistrés sous forme audio et retranscrits Lieu : salles de conférences hospitalières de la région	Interviews semi-dirigés 5 groupes de discussion de 5 à 13 personnes Guide d'entretien établi au préalable 1 interviewer indépendant de l'étude 2 observateurs Les entretiens ont été retranscrits Lieu : non précisé

Le tableau 4 présente les caractéristiques principales des trois articles retenus et analysés pour notre travail. Un complément d'information est disponible en annexe III, qui reprend nos remarques communes soulevées lors des Critical Appraisal Tools (Public Health Resources Unit, 2010).

4.3 PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ANALYSE THEMATIQUE

Suite à l'analyse thématique des trois articles sélectionnés, nous avons dégagé six thèmes analytiques qui décrivent les expériences des physiothérapeutes au sujet de l'EBP : les difficultés à mettre en pratique l'EBP, les résistances au changement, les pressions institutionnelles et politiques, le maintien et le développement de la physiothérapie, la formation continue nécessaire et la survie de la profession. Les six thèmes analytiques sont représentés dans la figure 3 qui suit et sont décrits dans ce chapitre.

Figure 3 : Synthèse des expériences des physiothérapeutes au sujet de l'EBP



La figure ci-dessus représente notre question de recherche avec ces thèmes analytiques et ses sous-thèmes descriptifs

Difficultés à mettre en pratique l'EBP

Dans les difficultés à mettre en pratique l'EBP (figure 3) nous avons identifié les thèmes descriptifs suivants :

Influence du lieu de travail

Même s'ils reconnaissent unanimement que l'accès à l'information est primordial dans l'application de l'EBP, les physiothérapeutes d'une des études relèvent la forte influence que peut avoir le lieu de travail sur l'utilisation et l'accès aux preuves (Barnard & Wiles, 2001, p.120). En effet, les physiothérapeutes de certains hôpitaux de district et des hôpitaux universitaires dont la philosophie est de promouvoir l'EBP décrivent une accessibilité à d'abondantes ressources contrairement aux physiothérapeutes travaillant dans le domaine communautaire (Barnard & Wiles, 2001, p.120).

Le lieu d'exercice de la profession détermine également l'importance de la charge de travail à fournir ainsi que les obligations de résultats attendus par l'employeur. C'est dans ce contexte d'exigence que certains participants dénoncent une diminution de la motivation à utiliser l'EBP dans leur activité quotidienne (Barnard & Wiles, 2001, p.120).

Toutefois, les managers ou chefs d'équipe de physiothérapie peuvent tenir un rôle déterminant qui facilite la mise en place d'une pratique professionnelle basée sur les preuves au sein des départements concernés (Barnard & Wiles, 2001, pp.120-121).

Recherche documentaire chronophage et coûteuse - peu de preuves établies

Devant le nombre écrasant d'études publiées en physiothérapie, la recherche documentaire demande logiquement beaucoup de temps (Hannes et al., 2009, p.482). Un temps pour la recherche documentaire dont certains physiothérapeutes disent ouvertement manquer (Barnard & Wiles, 2001, p.120). Ensuite, après avoir trouvé l'étude qui convient à la question de recherche, encore faut-il que celle-ci soit disponible. Les physiothérapeutes dénoncent d'une part, un nombre limité d'études accessibles gratuitement ou à un prix

abordable (Hannes et al, p.483) et d'autre part, évoquent un budget restreint à cet effet (Barnard & Wiles, 2001, p.120).

Aussi, le traitement le plus optimal pour le patient n'est pas aisé à choisir (Hannes et al, 2009, p.483) dans le sens où les preuves établies en physiothérapie sont rares (Barnard & Wiles, 2001, p.118 ; Hannes et al., 2009, p.483). Ceci s'explique entre autres, par le fait que le physiothérapeute possède, comme par exemple dans le domaine des soins intensifs un champ de compétence proche de celui des infirmiers et dans lequel les contributions des preuves en physiothérapie sont encore minimales (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.1).

Complexité des articles :

Les participants d'une étude relèvent les multiples difficultés rencontrées lors de la lecture d'un article scientifique (Hannes et al, 2009). Premièrement, le langage scientifique utilisé s'avère difficile à comprendre pour la majorité des physiothérapeutes interrogés, et est d'autant plus dur à appréhender quand celui-ci est rédigé dans une langue autre que leur langue maternelle respective (Hannes et al., 2009, p.483). Ensuite, les interventions entreprises dans les études sont, selon ces mêmes participants, peu définies et par conséquent difficilement reproductibles dans la pratique quotidienne (Hannes et al., 2009, p.483). Enfin, quelques physiothérapeutes se sont montrés très critiques au sujet des méthodes et résultats des études qui, selon eux, sont souvent trop élaborés et détaillés. Ces articles très détaillés rendent l'extraction des points essentiels à retenir difficile à prendre en compte dans les traitements (Hannes et al., 2009, p.483).

Les caractéristiques du patient ne sont pas suffisamment prises en compte

Un des arguments souvent mentionné par les physiothérapeutes pour contrer l'EBP est celui de l'individualité de chaque patient (Hannes et al., 2009, p.484 ; Wiles & Barnard, 2001, para. 3.12). Selon certains physiothérapeutes, les preuves les plus récentes ne peuvent pas être généralisées à tous les patients souffrant d'une pathologie commune, car une multitude de facteurs externes (comme l'environnement, l'état psychologique)

influence le choix du traitement le plus approprié ainsi que l'évolution de l'état de santé du patient (Hannes et al., 2009, p.484 ; Wiles & Barnard, 2001, para. 3.10).

Résistances au changement vers l'EBP

Dans les résistances au changement vers l'EBP (figure 3) nous avons identifié les thèmes descriptifs suivants :

Un conflit entre générations

Il ressort de notre analyse une nette opposition dans la compréhension et l'utilisation de l'EBP entre les générations de physiothérapeutes (Hannes et al., 2009 ; Barnard & Wiles, 2001 ; Wiles & Barnard, 2001). En effet, les jeunes sont formés à l'utilisation de l'EBP à l'université (Hannes et al., 2009, p.482 ; Wiles & Barnard, 2001, para. 3.7) et acquièrent de ce fait des capacités d'évaluation des résultats de recherche avant de les intégrer dans leur pratique professionnelle (Barnard & Wiles, 2001, p.118).

A l'inverse, certains séniors se plaignent d'un manque d'informations concernant les formations en EBP (Hannes et al., 2009, p.481) et reconnaissent ainsi des incapacités à évaluer la qualité des preuves scientifiques (Barnard & Wiles, 2001, p.118). Ces mêmes séniors dénoncent un manque de compétences suffisantes concernant l'application des méthodologies de recherche ainsi que l'évaluation critique des articles (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.7).

Cependant, tous les séniors n'évoquent pas la nécessité d'acquérir des compétences supplémentaires dans leur pratique et accordent peu de crédit aux résultats de recherches scientifiques (Barnard & Wiles, 2001, p.120 ; Wiles & Barnard, 2001, para. 3.9). Ces séniors-là se basent principalement sur leur expérience clinique (Hannes et al., 2009, p.482 ; Wiles & Barnard, 2001, para. 3.10) qu'ils considèrent comme étant une source de preuves supérieures à celles de la recherche (Barnard & Wiles, 2001, p.118 ; Wiles & Barnard, 2001, para. 3.9). En d'autres termes, ces séniors disent continuer à appliquer les traitements, dont les résultats ont été prouvés scientifiquement ou non, tant que ceux-ci

montrent des effets positifs chez leurs patients (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.8). L'inefficacité de leurs traitements habituels représente donc le seul motif pour lequel ces physiothérapeutes intégreront de nouveaux traitements validés scientifiquement à leur pratique professionnelle (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.8). Pour conclure, il ressort très clairement que ces physiothérapeutes fondent la majeure partie de leurs traitements en fonction des préférences des patients (Barnard & Wiles, 2001, p.118 ; Wiles & Barnard, 2001, para. 3.12).

La plupart des jeunes physiothérapeutes quant à eux adoptent une démarche très cartésienne dans laquelle le traitement doit être basé sur des preuves objectives et rigoureuses (Barnard & Wiles, 2001, p.118). De plus, ils considèrent que le patient a peu de choses à dire face au jeune thérapeute qui détient l'expertise clinique (Barnard & Wiles, 2001, p.118).

Les méthodes de travail opposées des différentes générations de diplômés génèrent un conflit entre les physiothérapeutes. Les anciens diplômés ont par conséquent plus de peine à reconnaître les nouvelles compétences des plus jeunes en matière d'EBP (Hannes et al., 2009, p.482 ; Barnard & Wiles, 2001, p.120).

Les séniors craignent une perte d'autonomie

Certains séniors ont affirmé avoir peur de l'EBP (Barnard & Wiles, 2001, p.120). Ces mêmes séniors craignent que l'EBP ne se restreigne qu'à l'application clinique de résultats prouvés, cela signifie la perte d'une partie de leur répertoire de traitements aux résultats moins probants (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.13). Par ailleurs, ils expriment une certaine appréhension quant au devenir des patients qui ne répondent pas aux traitements prouvés scientifiquement (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.13).

De plus, les physiothérapeutes séniors craignent la perte de leur liberté d'application des traitements (en fonction des préférences et de la singularité du patient) à laquelle ils tiennent tant (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.14).

Cette perte d'autonomie qui se traduirait par l'unique utilisation de preuves rationnelles corrélées à de stricts objectifs de traitements à atteindre, les réduirait à de simples techniciens exécutant une procédure (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.14). Une notion que certains d'entre eux qualifient d'un retour en arrière dans le passé (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.15). L'EBP représente donc, pour ce groupe de physiothérapeute, une menace envers la profession (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.7).

Pressions institutionnelles et politiques

Les pressions institutionnelles et politiques (figure 3) comprennent les thèmes descriptifs suivants :

Outil de réduction des coûts de la santé

Pour les physiothérapeutes qui réfutent le concept EBP, celui-ci ne représente qu'un simple outil de réduction des coûts sanitaires contraignant les thérapeutes à n'utiliser que des résultats scientifiquement prouvés (Hannes, 2009, p.484). Par ailleurs, cette restriction a également un impact sur le patient et le limite par conséquent dans ses préférences de traitement, au détriment de ses croyances et d'un éventuel effet placebo désigné par certains physiothérapeutes (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.11).

Relation unilatérale entre médecin et physiothérapeute contre-productive à l'EBP

Les physiothérapeutes de l'étude de Hannes et al. (2009) prétendent dépendre des ordonnances médicales et ne pas pouvoir officiellement les contourner (p.481). Même si la prescription comprend des recommandations médicales qui ne sont pas basées sur des preuves récemment établies, le physiothérapeute est tout de même tenu de les appliquer malgré l'existence de traitements aux résultats prouvés plus efficaces pour des cas semblables (Hannes et al., 2009, p.481). Le physiothérapeute est au même titre contraint de recevoir les patients que le médecin prescripteur lui adresse, ce qui est jugé parfois contre-productif à l'application d'une démarche EBP (Hannes et al., 2009, p.482). Ceci s'explique par le fait que certains patients ne nécessitent pas forcément une approche

physiothérapeutique : une négligence pas toujours reconnue par les médecins (Hannes et al., 2009, p.482).

Maintien et développement de la physiothérapie

Le maintien et le développement de la physiothérapie (figure 3) comprennent les thèmes descriptifs suivants :

Besoin de développer l'EBP en physiothérapie

Tous les physiothérapeutes sont convaincus du besoin de développer l'EBP pour le propre développement de la profession (Barnard & Wiles, 2001, pp.119-120. ; Wiles & Barnard, 2001, para. 3.1). Malgré cette conscience collective de devoir développer l'EBP, certains physiothérapeutes soulignent qu'il en va d'une responsabilité individuelle de chaque physiothérapeute (Barnard & Wiles, 2001, p.121). Il semblerait également que la promotion des carrières de chercheur en physiothérapie participe au développement de l'EBP dans la profession (Barnard & Wiles, 2001, p.121). Par ailleurs, la publication de guidelines (recommandations pour la pratique clinique) semblerait contribuer au développement de l'EBP en physiothérapie (Barnard & Wiles, 2001, p.120). Enfin, que ce développement se déroule de façon individuelle ou collective, celui-ci est primordial dans le sens où l'EBP améliore la collaboration entre les professionnels de santé, les conditions de travail pour les physiothérapeutes ainsi que la qualité des soins des patients (Barnard & Wiles, 2001, p.119).

Formation continue nécessaire

Le thème analytique de la *formation continue* (figure 3) comprend les thèmes descriptifs suivants :

Mise à jour des connaissances qui passe par la formation continue

La plupart des physiothérapeutes interviewés dans l'étude de Barnard et Wiles (2001) qualifient l'EBP de mise à jour des connaissances et des compétences individuelles d'évaluation critique des articles (p.119). De plus, tous s'accordent à dire que l'EBP se définit comme une pratique professionnelle basée sur les preuves (Barnard & Wiles, 2001, p.118 ; Wiles & Barnard, 2001, para. 3.8). Les preuves sont à leur tour considérées comme une association des résultats de recherche et des expériences cliniques qui sont adaptées à la situation individuelle du patient (Barnard & Wiles, 2001, p.118 ; Wiles & Barnard, 2001, para. 3.8). Cette capacité d'expertise clinique qui consiste à intégrer les preuves scientifiques dans la pratique quotidienne est unanimement reconnue comme partie intégrante de l'EBP (Barnard & Wiles, 2001, p.118).

Toutes ces aptitudes techniques, qui complètent l'expérience clinique, permettent d'intégrer les meilleures preuves scientifiques à la pratique. Cependant, elles ne peuvent être acquises que dans le domaine de la formation qui contribue à son tour au développement de l'EBP (Barnard & Wiles, 2001, p.120). Toutefois, même s'ils associent l'EBP à la formation continue, quelques participants émettent certaines réserves quant aux cours de formation qui ne sont pas tous fondamentalement EBP selon eux (Barnard & Wiles, 2001, p.119).

Survie de la profession

Le thème analytique *survie de la profession* (figure 3) comprend les thèmes descriptifs suivants :

Menace de la concurrence

Face à la menace que représentent, entre autre, les médecins du sport qui subtilisent aux physiothérapeutes des exercices physiques de hauts niveaux de preuves, ces-derniers ressentent le besoin de se protéger (Hannes et al., 2009, p.481). Cet exemple concret décrit bel et bien le climat de crise traversé par la profession et ressenti par quelques-uns des participants (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.1). En d'autres termes, ces physiothérapeutes pressentent que seules les preuves en faveur de l'efficacité des thérapies empêcheront la profession de sombrer et de disparaître (Wiles & Barnard, 2001, para 3.1). Ces craintes et le besoin de développer l'EBP se manifestent face à la pression qu'ils subissent de la part d'autres professionnels de santé aux domaines d'activités semblables comme c'est le cas des infirmiers aux soins intensifs (Barnard & Wiles, 2001, p.119).

En effet, une crainte commune surgit face à la potentielle menace que représentent les autres professionnels de santé ainsi que les thérapies alternatives (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.1).

Identité et respect de la profession

L'EBP garantirait un travail plus sûr pour la profession (Barnard & Wiles, 2001, p.119). Elle représenterait un moyen de délimiter les champs de compétences des physiothérapeutes (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.6), de pouvoir s'affirmer grâce à des connaissances prouvées (Wiles & Barnard, 2001, para.3.4) et de ce fait de renforcer l'identité des physiothérapeutes aux yeux des autres professionnels de la santé (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.4). L'EBP permettrait ainsi de gagner plus de respect, notamment des médecins (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.4).

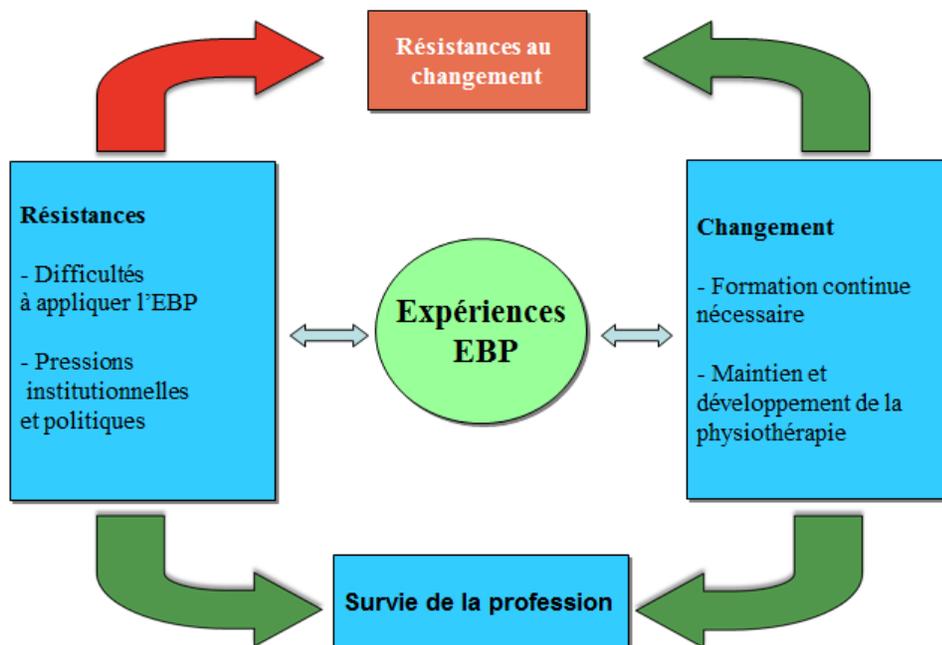
5. DISCUSSION

La discussion de nos résultats est construite sur quatre parties. La première partie se veut une synthèse de nos résultats les plus importants afin de répondre à notre questionnement initial, à savoir, connaître les expériences des physiothérapeutes au sujet de l'EBP. De plus, nous confrontons nos résultats à la littérature existante sur le sujet. La seconde partie traite des possibles implications de nos résultats dans la pratique professionnelle. La troisième partie fera le lien entre la théorie et la pratique en physiothérapie. Enfin, le dernier point aborde notre posture dans ce travail, les limites identifiées dans celui-ci ainsi que les éventuelles pistes de recherches futures.

5.1 SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DE NOS RESULTATS

A partir de notre question de recherche qui était de connaître les expériences des physiothérapeutes au sujet de l'EBP, nous avons dégagé six thèmes analytiques dont nous illustrons les interactions dans la figure 4 ci-dessous :

Figure 4 : Schéma de nos 6 thèmes analytiques et de leurs interactions



Comme le montre la figure 4, les expériences des physiothérapeutes se rassemblent autour de deux axes divergents : le changement et les résistances envers l'EBP. Nous trouvons que ces deux extrêmes reflètent bien la controverse décrite initialement.

Le changement passe par la formation continue jugée incontournable par une majorité des physiothérapeutes interrogés. Le développement de la physiothérapie est donc indissociable de celui de l'EBP qui prône une pratique de qualité. Les physiothérapeutes récemment diplômés semblent plus disposés à cette nouvelle approche qu'est l'EBP, contrairement aux physiothérapeutes plus anciens davantage réfractaires et réfugiés dans leurs habitudes de travail. C'est dans ce contexte qu'apparaissent les résistances au changement.

Parmi les résistances, les physiothérapeutes relèvent des difficultés majeures concernant l'ensemble du processus de recherche, de la compréhension des études jusqu'à l'application des preuves au patient individuel. Par ailleurs, certains facteurs extérieurs et inhérents aux contextes institutionnels et politiques font pression sur les physiothérapeutes les empêchant d'instaurer l'EBP dans un climat serein. Enfin, malgré le rôle que peut jouer le lieu de travail dans l'adhésion à l'EBP, il semblerait qu'une majorité des physiothérapeutes soient encore réticents à appliquer l'EBP au détriment du changement.

De part ces deux visions contraires, nos résultats démontrent que c'est l'équilibre fragile de la profession et son futur qui s'en trouvent influencés. D'une part, la concurrence entre professionnels favorisée par le chevauchement des champs de compétence menace la survie de la profession, et d'autre part, l'EBP représente tout de même un espoir d'identité et de délimitation professionnelle.

5.2 DISCUSSION DE NOS RESULTATS

Dans cette partie, nous nous positionnons et discutons des différents codes, thèmes descriptifs et analytiques de notre analyse que nous confrontons à la littérature existante.

« Lieu de travail influence l'application ou non de l'EBP »

Comme nous l'avons déjà énoncé dans nos résultats, le lieu de travail influence fortement l'accès aux données probantes (Barnard & Wiles, 2001, p.120). Effectivement, Jette et al (2003) confirment que les hôpitaux de soins aigus possèdent un meilleur accès aux ressources contrairement aux centres de réhabilitation ou aux cabinets privés (p.793). Nous lions cet aspect aux philosophies plus ou moins prononcées en faveur de l'EBP selon les lieux de travail (Barnard & Wiles, 2001, p.120). Ces résultats se justifient, selon nous, de par le fait que les hôpitaux universitaires sont des sites à la pointe de la technologie et de la recherche et de part d'étroites relations entretenues avec les formations universitaires. Ces sites représentent une importante source de savoir et d'échanges. Enfin, comme c'est souvent le cas, ces structures bénéficient de budgets entièrement dédiés à la recherche en collaboration avec des pays étrangers.

« Recherche des articles prend du temps »

De la recherche à l'application des preuves en passant par l'évaluation critique des articles, un des principaux obstacles à l'implémentation clinique de l'EBP est le temps (Iles & Davidson, 2006, p.100 ; Jette et al., 2003, p.786, Valdes & von der Heyde, 2012, p.292). Cette affirmation tranche avec nos résultats qui ne décrivent que la recherche documentaire comme étant chronophage (Hannes et al., 2009, p.482). Cependant, nous partageons le point de vue selon lequel c'est effectivement tout le processus d'EBP qui demande du temps aux thérapeutes. Aussi, nous adhérons aux propos de Mullen et Streiner (2004) qui soutiennent qu'il vaut mieux consacrer un peu de temps à la recherche d'études probantes plutôt que de s'évertuer à appliquer des traitements dont l'efficacité n'a jamais été reconnue scientifiquement (p.116).

Nous pensons comme Valdes & Von der Heyde (2012), que la consultation d'ouvrages et de livres peut être une source utile et rapide d'informations sur une pathologie (p.293). Toutefois, ces recherches comportent des risques tels que l'utilisation de données obsolètes (Valdes & von der Heyde, 2012, p.293). D'autre part, ces informations n'ont qu'une faible influence dans la prise de décision clinique. (Valdes & von der Heyde, 2012, p.293).

« Peu de preuves solides en physiothérapie »

L'étude d'Iles et Davidson (2006) soutient que parmi les obstacles à l'application de l'EBP figure le manque de recherches pertinentes en physiothérapie (p.100). D'autres auteurs rejoignent ce propos dans le sens où peu de preuves sont disponibles pour guider la pratique (Schreiber & Stern, 2005, p.7) et dénoncent en particulier un manque d'un haut niveau de preuves concernant les diagnostics spécifiques (Valdes & von der Heyde, 2012, pp. 291-292). Toutefois, les études ne sont pas unanimes à ce sujet, comme par exemple celle de Jette et al (2003) dont les participants offrent des réponses mitigées à l'égard de preuves pertinentes en physiothérapie (p.791).

Une des explications à cette remarque réside dans le fait que la plupart des thérapeutes aimeraient obtenir des preuves formelles en physiothérapie (Schreiber & Stern, 2005, p.4). Malheureusement, la plupart des preuves médicales ne sont pas aussi distinctes et évidentes (Schreiber & Stern, 2005, p.4). Notre opinion à ce sujet est que la physiothérapie couvre des champs d'applications très vastes et que de ce fait, il est difficile d'obtenir un grand nombre d'études aux niveaux de preuves élevés. D'autre part, il est vrai que certains domaines de la physiothérapie bénéficient de davantage d'intérêt en recherches en comparaison à d'autres spécialités. Enfin, nous partageons les propos de Mullen et Streiner (2004) qui rappellent qu'il n'y a pas forcément que les études de hauts niveaux de preuves qui sont de bonne qualité (p.115). Nous pouvons également faire confiance, tout en restant critiques, à des études aussi bien menées se situant à des niveaux inférieurs dans la hiérarchie des évidences (Mullen & Streiner, 2004, p.115).

Jeunes diplômés : compétences et connaissances concernant l'EBP

Plusieurs études confirment les connaissances ainsi que les compétences d'évaluation critique et d'application de l'EBP qu'ont les jeunes diplômés dans nos résultats (Jette et al., 2003 ; Iles & Davidson, 2006 ; Valdes & von der Heyde, 2012 ; Schreiber & Stern, 2005). Les physiothérapeutes récemment diplômés, dans une période de 8 ans et moins, sont plus performants dans la recherche sur les bases de données (Iles & Davidson, 2006, p.99 ; Jette et al., 2003, p.786) . De plus, ces derniers sont plus à même d'intégrer les preuves scientifiques dans la pratique au moyen de l'expertise clinique issue des formations récentes (Iles & Davidson, 2006, p.99 ; Schreiber & Stern, 2005, p.8). Somme toute, Jette et al (2003) maintiennent que cette tendance est d'autant plus avérée lorsque les physiothérapeutes effectuent des formations post-grades telles que les masters et doctorats (p.792).

Nous partageons l'avis que les jeunes diplômés sont davantage favorables à utiliser l'EBP, en raison des récents programmes d'éducation axés sur l'EBP (Jette et al., 2003, p.795). Toutefois, comme Jette et al (2003), nous reconnaissons que ces jeunes générations ont grandi avec la technologie informatique et que cette familiarité les avantage grandement dans cet apprentissage (p.796).

« Un conflit entre générations »

Les thérapeutes avec plus de 20 ans d'expérience ont une vision plus pessimiste de l'EBP que les jeunes diplômés (Valdes & von der Heyde, 2012, p.293). Nous trouvons que cette phrase illustre bien le conflit entre générations soulevé lors de notre analyse.

Dans sa thèse, Palaima (2010) revient sur les tensions et le manque de soutien dans la pratique EBP qui peuvent apparaître entre les générations (p.52). Selon elle, ce choc des connaissances entre jeunes diplômés et physiothérapeutes aguerris était surtout présent lorsque les premières générations bénéficiant d'une formation incluant l'EBP arrivèrent sur le marché du travail (Palaima, 2010, p.51). En effet, nous pensons qu'avec le temps, la

physiothérapie a subi une transformation vers une homogénéité des compétences EBP des thérapeutes. Ce qui a diminué passablement les tensions (Palaima, 2010, p.52).

« Expérience des séniors prime par rapport à l'EBP »

Nos résultats soutiennent que seuls les physiothérapeutes aux nombreuses années de pratique ajustent celle-ci selon leur expérience. Cependant, plusieurs auteurs affirment que malgré une bienveillance générale à l'égard de l'EBP, la plupart des physiothérapeutes continuent à se baser sur leur expérience et leur formation plutôt que sur les preuves de la recherche. (Schreiber & Stern, 2005, p.6 ; Valdes & von der Heyde, 2012, p.291). D'autres soutiennent que plus un thérapeute possède de l'expérience, moins il est disposé à changer ses méthodes de travail (Gloor-Juzi, 2014, p.31).

Nous reconnaissons qu'à des degrés divers, l'expérience clinique est toujours présente lors d'actes thérapeutiques. Par ailleurs, les origines exactes des expériences cliniques sont difficilement identifiables (Holder, Wallin & Heiwe, 2013 p.225). Nous soutenons en ce sens que l'expérience clinique n'est pas forcément contraire à l'EBP.

« Caractéristiques individuelles du patient pas suffisamment prises en compte »

Plusieurs études confirment nos résultats en ce qui concerne les difficultés à prendre en compte les caractéristiques individuelles du patient dans une démarche EBP (Schreiber & Stern, 2005 ; Jette et al., 2003). Dans ce sens, Schreiber et Stern (2005) évoquent, au travers d'une atteinte telle que la paralysie cérébrale, toute la complexité et la diversité des caractéristiques propres au handicap ainsi qu'à son environnement social, familial et scolaire (p.4). C'est précisément dans ce type de contextes compliqués que les thérapeutes ont souvent des difficultés à appliquer les résultats de travaux de recherche aux caractéristiques du patient (Jette et al., 2003, p.793). Quand bien même, le thérapeute souhaite appliquer les résultats de recherche au patient, celui-ci se trouve en définitive contraint d'« interpréter » les résultats pour les inclure dans le contexte spécifique du patient (Schreiber & Stern, 2005, p.4). Dans un cas complexe, présentant par exemple des comorbidités, le thérapeute ne peut faire autrement que d'adapter au mieux les preuves à

son patient qui ne correspond que partiellement à l'échantillon étudié (Schreiber & Stern, 2005, p.7).

Une des possibles explications à cet écart entre la recherche et la clinique réside dans le fait que les chercheurs ne tiennent pas suffisamment compte de la complexité clinique réelle dans leurs travaux (Jette et al., 2003, p.795 ; Schreiber & Stern, 2005, p.5), et ne fournissent pas suffisamment de pistes concrètes pour guider le clinicien dans sa pratique. De plus, nous remarquons que les résultats de recherche ne sont pas toujours généralisables à une population (Grimmer-Somers, 2007, p.56).

Compte tenu de l'unicité de chaque patient, il est vrai qu'il n'est pas simple de comparer en tout et pour tout un patient à un échantillon de recherche. Cependant, pour nous, cet argument ne représente pas une raison suffisante pour ne pas appliquer l'EBP à la pratique. Selon nous, et malgré la singularité de chaque patient, l'application de preuves reste avant tout une question de bons sens des thérapeutes.

« Outil de réduction des coûts de la santé »

Il est vrai que l'EBP représente un certain danger dans le sens où nul n'est à l'abri que des compagnies d'assurances s'en servent à des fins douteuses (Mullen & Streiner, 2004, p.117). Toutefois, l'expertise du clinicien ainsi que les préférences du patient font encore office de garde-fou à ces dérives (Mullen & Streiner, 2004, p.117). Un exemple concret témoigne du fait que l'EBP bascule en faveur des preuves les plus efficaces : dans le cadre de dépression, les médicaments antidépresseurs ont longtemps été prescrits jusqu'au jour où la recherche a démontré que les thérapies psycho-cognitivo-comportementales diminuaient de façon significative les risques de rechute et de ré-hospitalisation (Mullen & Streiner, 2004, p.118).

« Besoin de développer l'EBP pour améliorer les prestations et les conditions de travail »

Les physiothérapeutes interrogés n'affirment pas clairement le besoin de développer l'EBP comme c'est le cas dans nos résultats. Cependant, ceux-ci déclarent être globalement

intéressés à perfectionner et apprendre de nouvelles compétences pour implémenter l'EBP à la pratique (Jette et al., 2003, p.786). Néanmoins, la qualité des soins est meilleure lorsque les preuves sont implémentées à la pratique (Jette et al., 2003, p.786 ; Valdes & Von der Heyde, 2012, p.291).

En parallèle, nous jugeons que les associations professionnelles qui œuvrent déjà pour améliorer les conditions de travail ont un rôle important à jouer dans le développement de l'EBP. Elles pourraient par exemple uniformiser sa mise en pratique, rendre accessible les informations et les ressources scientifiques pertinentes avec un accès informatisé aux bases de données (Schreiber & Stern, 2005, p.7). Les associations professionnelles de physiothérapie devraient également promouvoir le développement et l'implémentation des guidelines. (Schreiber & Stern, 2005, p.7).

« Séniors : manque de compétences à évaluer la qualité des articles »

Suite à notre analyse, nos résultats divergent entre les générations quant à la capacité d'évaluation des articles. Même si les jeunes diplômés sont à l'aise dans l'application de l'EBP, la plupart des physiothérapeutes éprouvent certaines contraintes de temps en ce qui concerne l'évaluation des articles. (Iles & Davidson, 2006, p.100 ; Schreiber & Stern, 2005, p.5). Le fait que les bases de données comme PEDro cotent la qualité des articles représente un gain de temps important pour les thérapeutes (Iles & Davidson, 2006, p.101), mais en contrepartie, ceci ne les encourage pas à évaluer les articles par eux-mêmes. Même si les physiothérapeutes comprennent le principe d'évaluation critique des articles, ce processus reste une tâche difficile et prenant beaucoup de temps (Igo, 2000, cité par Iles & Davidson, 2006, p.101).

Notre propre expérience nous pousse en ce sens. En effet, notre formation nous incite à intégrer l'EBP tout au long de notre parcours de formation. L'utilisation explicite de l'EBP dans le cadre d'un travail pour valider un module nous a montré à quel point cela peut s'avérer complexe et chronophage même pour des personnes formées.

« Pressions institutionnelles et politiques »

Certains physiothérapeutes dans l'étude d'Iles et Davidson (2006) mentionnent une incapacité à effectuer des changements favorables à l'EBP sur le lieu de travail (p.100). Cette remarque reflète clairement l'insuffisance d'autorité dont font preuve les physiothérapeutes pour changer les pratiques cliniques vers l'EBP (Jette et al., 2003, p.900). En plus d'une autorité défaillante, Jette et al (2003) soulèvent l'absence de coopération des médecins et de soutien des collègues physiothérapeutes (p.900). Ce soutien des collègues, qui nous semble primordial, renforce le statut des thérapeutes au sein des institutions. Enfin, comme décrit dans notre analyse, les pressions liées à l'univers des soins telles que la charge administrative et les exigences de productivité découragent l'implémentation des preuves dans la pratique clinique (Schreiber & Stern, 2005, p.5).

5.3 IMPLICATIONS DE NOS RESULTATS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

L'EBP amène des avantages incontestables dans la mise à jour des connaissances du physiothérapeute (Barnard & Wiles, 2001, p.119). En plus de la structure et des méthodes de travail qu'offre le processus d'EBP, celui-ci permet aux thérapeutes de sélectionner les informations les plus pertinentes pour la pratique (Barnard & Wiles, 2001, p.118 ; Wiles & Barnard, 2001, para.3.8). L'EBP améliore en ce sens la qualité des soins. (Barnard & Wiles, 2001, p.119).

D'autre part, nous pensons comme Valdes & von der Heyde (2012) que l'initiation à l'EBP par les formations accroît la confiance des thérapeutes en leurs compétences EBP (p.293) ainsi que dans leurs prises de décisions cliniques.

Ainsi, une plus grande confiance et maîtrise de l'EBP renforcent l'identité professionnelle des physiothérapeutes en légitimant leur pratique par rapport aux autres professionnels de la santé (Wiles & Barnard, 2001, para. 3.4).

Nous retenons comme principales limites à l'application de l'EBP le manque de ressources de certains lieux de travail ainsi que leur manque d'implication (Wiles & Barnard, 2001,

para.3.4). De plus, l'organisation des institutions ne laisse pas forcément place à une démarche EBP par les thérapeutes (Wiles & Barnard, 2001, para.3.4).

Selon nous, des consensus au sujet de l'application de l'EBP sont nécessaires entre les institutions et les politiques. Nous sommes pleinement conscientes que ces consensus politiques ne résolvent pas tous les obstacles concernant l'utilisation de l'EBP en physiothérapie. Cependant, ces consensus permettraient dans un premier temps l'élaboration de modèles qui guideraient les physiothérapeutes dans une démarche EBP (mise à disposition des sources pour formuler une question de recherche, des grilles d'évaluation de la qualité, des critical appraisal tools, etc.). Ainsi, on obtiendrait davantage d'homogénéité entre les institutions.

Concernant l'accessibilité aux articles, nous pensons que les associations professionnelles ont un rôle important à jouer. En effet, ces associations pourraient offrir à leurs membres des accès vers les bases de données manquants dans certaines institutions.

5.3.1 De la théorie à la pratique e l'Evidence-Based Practice

L'application de l'EBP reste un challenge en physiothérapie (Maher, Sherrington, Elkins, Herbert & Moseley, 2004). Les formations continues dispensant une approche EBP améliorent les connaissances et les comportements EBP, mais uniquement dans une moindre mesure (Bridges, Bierema & Valentine, 2007, Results, para.2). L'éducation seule ne suffit pas à changer les comportements professionnels (Scott, Albrecht, O'Leary, Ball, Hartling, Hofmeyer, ... Dryden, 2012 p. 13). De plus, le changement de comportement dépend de plusieurs facteurs complexes liés à l'individu, à son environnement (Scott et al., 2012, p.14) et au contexte médical (Palaima, 2010).

Nos résultats tendant vers la résistance à l'EBP et en tant que futures professionnelles, nous soulevons ici des pistes pratiques d'application de l'EBP.

La création de groupes de discussion pour apprendre et collaborer autour de l'EBP est une notion récurrente (Palaima, 2010 ; Bridges et al., 2007). Ces groupes composés de

physiothérapeutes donnent l'opportunité à leurs membres de réfléchir sur un cas clinique, d'évaluer les preuves les plus pertinentes et de discuter ensemble de stratégies pour la mise en application des preuves (Palaima, 2010, p.45 ; Bridges et al., 2007, Discussion, para. 10). Composés de thérapeutes aux compétences EBP variées (Palaima, 2010, p.45), ces groupes favoriseraient l'autonomie du clinicien dans l'application des preuves à la pratique (Palaima, 2010, p.46).

Nous pensons que le groupe développe les compétences individuelles décrites par Bridges et al (2007), à savoir les capacités de planification, d'évaluation critique des activités, de l'apprentissage et de prises de responsabilités (Background, para. 8). Selon nous, le groupe est l'une des façons d'influencer favorablement les expériences des physiothérapeutes au sujet de l'EBP. Entre autre, il favorise et renforce les compétences EBP des thérapeutes, facilite la communication entre les thérapeutes et les groupes professionnels. Enfin, le dialogue avec les collègues figure parmi les moyens d'échange d'informations les plus appréciés par les physiothérapeutes (Menon, Korner-Bitensky, Kastner, McKibbon & Straus, 2009, p.1030 ; Valdes & von der Heyde, 2012, p.293).

5.5 POSTURE ET LIMITES DE NOTRE TRAVAIL

Tout le long de notre travail, nous avons porté attention à notre posture. En effet, nous avons travaillé en triangulation (Denzin, 1989), pris des moments de recul lors de l'extraction des données et limité les biais d'interprétation en insérant des commentaires en marge des textes (Miles & Huberman, 2010, p.130). Mais comme l'énonce Côté et Turgeon (2002), « aucune situation de recherche n'est totalement "neutre" et elle est toujours interprétée par le chercheur à partir de sa perception des résultats » (p.84). En effet, la posture joue un rôle non négligeable dans la constitution de l'analyse (Paillé & Mucchielli, 2012, p.136).

Nous pensons que plusieurs étapes ont façonné notre posture tout au long de ce travail. Tout d'abord, nous n'étions pas novices en matière d'EBP car initiées à cette notion lors de notre formation. De plus, notre connaissance de base sur le sujet a été perfectionnée au fil

des lectures. Nos stages, nous ont offert une vision concrète des différents points de vue régnant autour de l'EBP en physiothérapie. Nous pensons que dans ces situations, notre statut d'étudiant nous positionne en faveur de l'EBP tout en restant conscientes de certaines limites.

Durant l'analyse, nous nous sommes immergées dans les différents témoignages des physiothérapeutes en nous efforçant de restituer ceux-ci dans leur contexte.

Concernant nos résultats et de par nos expériences de stage, nous nous attendions à retrouver des résultats en faveur et défaveur de l'EBP. Par contre, nous ne pensions pas avoir autant de différences entre les générations de physiothérapeutes.

Enfin, avec le recul et de par notre statut de future professionnelle, nous réalisons avoir davantage axé notre attention sur l'applicabilité de l'EBP.

Limites des articles sélectionnés

En raison du nombre d'articles restreints, nous avons fait le choix de ne pas nous servir de l'évaluation de la qualité pour les exclure de notre analyse.

Du fait que deux articles (Barnard & Wiles, 2001 ; Wiles & Barnard, 2001) ont été écrits par les mêmes auteurs, nous ne pouvons associer ces derniers qu'à une seule vision de l'EBP. Par ailleurs, la principale limite de ces articles était liée à une qualité méthodologique médiocre (Tableau 3), Il n'était donc pas toujours possible de classer les informations en fonction du type de participants (juniors, séniors, managers) dans notre analyse.

De plus, l'un de nos articles (Hannes et al., 2009) était focalisé sur les obstacles rencontrés par les physiothérapeutes au sujet de l'EBP, ce qui influence certainement nos résultats vers une vision plutôt négative de l'EBP. Enfin, nous n'excluons pas le possible biais selon lequel les participants qui se sont inscrits de manière volontaire dans les études soient déjà sceptiques envers l'EBP.

Nous n'excluons pas que l'anglais, qui n'est pas notre langue maternelle, puisse représenter un biais dans la compréhension des résultats.

Notre analyse reste globale et ne permet pas de retracer les distinctions entre pays.

Du fait que deux des articles sélectionnés émettent des réserves quant à leur possible transférabilité (Wiles & Barnard, 2001 ; Hannes et al., 2009) et compte tenu du contexte singulier de chaque étude, nous trouvons difficile de les généraliser.

5.6 PISTES POUR DE FUTURES RECHERCHES

Nous trouverions intéressant de renouveler l'étude des expériences des physiothérapeutes au sujet de l'EBP en 2014. Depuis 2001, il y aurait sans doute moins de conflits entre les générations de physiothérapeutes et ceux-ci éprouveraient peut-être moins de difficultés à mettre en pratique l'EBP. Enfin, nous pensons que de façon générale, les physiothérapeutes exprimeraient moins de résistances et une plus grande ouverture au changement. Par ailleurs, une étude suisse serait pertinente à mener.

Une piste de recherche consisterait à comparer les expériences de thérapeutes soumis ou non à l'accès direct des patients en physiothérapie sans passer par le médecin.

Une autre piste serait d'induire davantage de mixité au sein des groupes de physiothérapeutes. En effet, dans les articles sélectionnés, la tendance générale montrent des témoignages uniformes dans les groupes de discussion. Cette étude pourrait interroger des physiothérapeutes sans distinction de grades, ce qui permettrait une diversité des expériences. Il serait même pertinent de mélanger les professions pour une plus grande richesse dans les débats. Enfin, une identification par les participants eux-mêmes des ressources disponibles mènerait les discussions vers une ouverture.

6. CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'explorer les expériences des physiothérapeutes au sujet de l'EBP. Il en ressort six thèmes analytiques : les difficultés à mettre en pratique l'EBP ; les résistances au changement vers l'EBP ; les pressions institutionnelles et politiques ; le maintien et le développement de la physiothérapie ; la formation continue ; la survie de la profession. Il apparaît que les physiothérapeutes sont tiraillés entre un changement envers l'EBP et la résistance dans sa mise en pratique avec une tendance plus importante pour cette dernière. Sans prétendre être exhaustives, nous pensons avoir un bon aperçu des expériences des physiothérapeutes au sujet de l'EBP. Cependant, nous sommes conscientes des limites de notre travail ainsi que de la singularité de nos résultats qui tendent vers la résistance.

Ce travail nous a permis d'enrichir nos réflexions concernant l'application de l'EBP dans notre pratique. Nos réflexions nous mènent à penser que des consensus politiques sont nécessaires et que le groupe représente le moyen le plus apprécié des thérapeutes (Menon et al., 2009, p.1030 ; Valdes & von der Heyde, 2012, p.293) et qu'il développe les compétences professionnelles de chacun (Bridges et al., 2007).

La vision de notre future application de l'EBP dans la pratique a changé au cours de ce travail. Nous nous représentions l'EBP comme une démarche solitaire du physiothérapeute et finalement nous observons que dans la pratique l'EBP est le fruit d'une collaboration entre soignants.

L'exploration des expériences des physiothérapeutes au sujet de l'EBP a encore été peu investiguée dans la littérature. A notre sens, la richesse des expériences permettraient de mieux cerner les besoins des physiothérapeutes pour une meilleure application de l'EBP dans la pratique.

LISTE DE REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Barnard, S. & Wiles, R. (2001). Evidence-based Physiotherapy: Physiotherapists' attitudes and experiences in the Wessex area. *Physiotherapy*, 87(3), 115–124. doi:10.1016/S0031-9406(05)61078-4
- Barnett-Page, E. & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research : a critical review. *BMC Medical Research Methodology*, 9, p. 59. doi:10.1186/1471-2288-9-59
- Blanchet, A. & Gotman, A. (1998). L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan.
- Bridges, P. H., Bierema, L. L. & Valentine, T. (2007). The propensity to adopt evidence-based practice among physical therapists. *BMC health services research*, 7, 103. doi:[10.1186/1472-6963-7-103](https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-103)
- Clark, A. M., Lissel, S. L. & Davis, C. (2008). Complex critical realism. Tenets and application in nursing research. *Advances in Nursing Science*, 31(4), E67-E79.
- Côté, L. & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*, 3(2), 81-90. doi:10.1051/pmed:2002018
- Declève, G. (2009). Evidence-Based Library and Information Practice. Un paradigme à explorer. Cahiers de la documentation, 33-47. Accès : http://www.abd-bvd.be/cah/papers/2009-4_Declève.pdf
- Denzin, N. K. (1989). *The Research act : a theoretical introduction to sociological methods* (3e éd.). Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall, 237-241.

- Dixon-Woods, M., Fitzpatrick, R. & Roberts, K. (2001). Including qualitative research in systematic reviews: opportunities and problems. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7(2), 125-133. doi:10.1046/j.1365-2753.2001.00257.x
- Gloor-Juzi, T. (2014). Application de procédures de traitement: l'exemple de la maladie de Parkinson. *Physioactive*, 2, 29-34.
- Grimmer-Somers, K. (2007). Incorporating research evidence into clinical practice decisions. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 12(2), 55–58.
- Hannes, K., Staes, F., Goedhuys, J. & Aertgeerts, B. (2009). Obstacles to the implementation of evidence-based physiotherapy in practice: a focus group-based study in Belgium (Flanders). *Physiotherapy theory and practice*, 25(7), 476–488. doi:10.3109/09593980802661949
- Hinojosa, J. (2013). The evidence-based paradox. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 67(2), e18–23. doi:[10.5014/ajot.2013.005587](https://doi.org/10.5014/ajot.2013.005587)
- Herbert, R., Jamtvedt, G., Mead, J., Birger Hagen, K. (2005). *Practical evidence-based physiotherapy*. Edinburgh : Elsevier/Butterworth-Heinemann.
- Holdar, U., Wallin, L. & Heiwe, S. (2013). Why do we do as we do? Factors influencing clinical reasoning and decision-making among physiotherapists in an acute setting. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 18(4), 220–229. doi:[10.1002/pri.1551](https://doi.org/10.1002/pri.1551)
- Huber, O.E., Monnin, D., Paillex, R., Boldi-Goetschy, C. & Oggier, W. (2011). *La physiothérapie en mutation*. Berne : SSPS.

- Iles, R. & Davidson, M. (2006). Evidence based practice: a survey of physiotherapists' current practice. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 11(2), 93–103.
- Jette, D. U., Bacon, K., Batty, C., Carlson, M., Ferland, A., Hemingway, R. D., ... Volk, D. (2003). Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical therapy*, 83(9), 786–805.
- Masquelet, A. C. (2010). Evidence based medicine (EBM) : quelle preuve a-t-on que la médecine basée sur la preuve apporte un réel bénéfice ? *Académie Nationale de Chirurgie*, 9(3), 27-31. Accès : http://www.academie-chirurgie.fr/ememoires/005_2010_9_3_027x031.pdf
- Menon, A., Korner-Bitensky, N., Kastner, M., McKibbin, K. A., & Straus, S. (2009). Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: a systematic review. *Journal of rehabilitation medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 41(13), 1024–1032. doi:[10.2340/16501977-0451](https://doi.org/10.2340/16501977-0451)
- Miles, M. B. & Huberman, M. A. (2010). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Bruxelles: De Boeck.
- Mullen, E. J. & Streiner, D. L. (2004). The Evidence For and Against Evidence-Based Practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(2), 111-121. Accès <http://btci.stanford.clockss.org/cgi/reprint/4/2/111.pdf>
- Nguyen-Duy, V. & Luckerhoff, J. (2007). Constructivisme / positivisme : où en sommes-nous avec cette opposition ? *Recherches qualitatives, hors série*, 5, 4-17.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Paris: A. Colin.

Palaima, M. M. (2010). Evidence based practice: Clinical experiences of recent doctor of physical therapy graduates. Boston University.

Public Health Resource Unit (2010). *Critical Appraisal Skills Programme*. Accès <http://www.casp-uk.net>

Réforme de Bologne Accès :

<http://www.sbf.admin.ch/themen/01369/01734/index.html?lang=fr>

Regnaud, J.-P., Guay, V. & Marsal, C. (2009). Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinésithérapie, la Revue*, 9(94), 55–61. doi:[10.1016/S1779-0123\(09\)70037-3](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(09)70037-3)

Sackett, D. L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenburg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM* (2e éd.). Edinburgh : Churchill Livingstone.

Salbach, N. M., Jaglal, S. B., Korner-Bitensky, N., Rappolt, S. & Davis, D. (2007). Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice of physical therapists for people with stroke. *Physical therapy*, 87(10), 1284–1303. doi:[10.2522/ptj.20070040](https://doi.org/10.2522/ptj.20070040)

Schreiber, J. & Stern, P. (2005). A Review of the Literature on Evidence-Based Practice in Physical Therapy. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 3(4),1-10.

Scott, S. D., Albrecht, L., O’Leary, K., Ball, G. D., Hartling, L., Hofmeyer, A., ... Dryden, D. M. (2012). Systematic review of knowledge translation strategies in the allied health professions. *Implementation Science*, 7(1), 70. doi:[10.1186/1748-5908-7-70](https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-70)

Shaw, J. A., & DeForge, R. T. (2012). Physiotherapy as bricolage: theorizing expert practice. *Physiotherapy theory and practice*, 28(6), 420–427. doi:[10.3109/09593985.2012.676941](https://doi.org/10.3109/09593985.2012.676941)

Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45. doi:10.1186/1471-2288-8-45

Thompson, L. (2009). McMaster researcher to receive 2009 Gairdner Wightman Award. *The Daily News*. Accès : <http://dailynews.mcmaster.ca/story.cfm?id=6054>

Vachon, B., Durand, M.J. & LeBlanc, J. [sans date]. *La pratique basée sur les données probantes : améliorer la pratique pour être plus efficace*. [Présentation PowerPoint]. Accès : http://www.aerdpq.org/fichiers/evenement/a1_britte_vachon.pdf

Valdes, K. & von der Heyde, R. (2012). Attitudes and opinions of evidence-based practice among hand therapists: a survey study. *Journal of hand therapy: official journal of the American Society of Hand Therapists*, 25(3), 288–295. doi:[10.1016/j.jht.2012.02.001](https://doi.org/10.1016/j.jht.2012.02.001)

Wiles, R. & Barnard, S. (2001). Physiotherapists and Evidence Based Practice: An Opportunity or Threat to the Profession? Accès <http://www.socresonline.org.uk/6/1/wiles.html>

LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

Coomarasamy, A. & Khan, K. S. (2004). What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *British Medical Journal*, 329(7473), 1017. doi:10.1136/bmj.329.7473.1017

Oostendorp, R. A., Nijhuis-van der Sanden, M.W., Heerkens, Y.F., Hendriks, E.J., Huijbregts, P.A. (2010) . La médecine de réadaptation et la physiothérapie fondées sur des données probantes. Accès <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/130/>

Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International journal of evidence-based healthcare*, 3(8), 207–215. doi:[10.1111/j.1479-6988.2005.00026.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2005.00026.x)

Straus, S. E. (2007). *Médecine fondée sur les faits: evidence-based medicine* (3e éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

ANNEXES

- Annexe I : Tableau des équations de recherche et résultats par bases de données
- Annexe II : Raisons d'exclusion des articles lors de la 4ème étape de sélection
- Annexe III : Résumés et critiques des 3 articles
- Annexe IV : Arbre thématique

Annexe I : Tableau des équations de recherche et résultats par bases de données

Pubmed	
((("Physical Therapy Specialty"[Mesh] OR "Physical Therapy Modalities"[Mesh])) AND ("Evidence-Based Medicine"[Mesh] OR "Evidence-Based Practice"[Mesh])) AND "Qualitative Research"[Mesh]	16
((("Physical Therapy Modalities"[Mesh] OR "Physical Therapy Specialty"[Mesh] OR physiotherapy)) AND ("Evidence-Based Practice"[Mesh] OR "Evidence-Based Medicine"[Mesh] OR EBP OR EBM OR "evidence-based physiotherapy")) AND "Qualitative Research"[Mesh]	19
((("Physical Therapy" OR physiotherapy)) AND ("Evidence-Based Practice" OR "Evidence-Based Medicine" OR EBP OR EBM OR "evidence-based physiotherapy")) AND "Qualitative Research" (termes libres)	26
CINAHL	
(MH "Professional Practice, Evidence-Based" OR MH "Physical Therapy Practice, Evidence-Based" OR MH "Medical Practice, Evidence-Based") AND (MH "Physical Therapy" OR MH "Physical Therapy Practice" OR MH "Hand Therapy" OR MH "Physical Therapy Practice, Research-Based") AND MH "Qualitative Studies"	18
("physical therapy" OR physiotherapy) AND ("Evidence-Based Practice" OR "Evidence-Based Medicine" OR EBP OR EBM OR "evidence-based physiotherapy") AND "Qualitative studies" (termes libres)	30
Psychinfo	
physical therapy/ AND evidence based practice/	18
((physical therapy or physiotherapy) and (evidence based practice or "evidence-based medicine" or EBP or EBM or "evidence-based physiotherapy") and qualitative research).af.	127
Eric	
((physical therapy or physiotherapy) and ("Evidence-Based Practice" or "Evidence-Based Medicine" or EBP or EBM or "evidence-based physiotherapy") and qualitative research).af.	1
PEDro	
"physical therapy" physiotherapy "Evidence-Based Practice" Evidence-Based Medicine" EBP EBM "evidence-based physiotherapy" "Qualitative study" Qualitative Research"	0
Cochrane Library	
“physical therapy” “evidence-based Practice” “Qualitative study” “Qualitative research”	0
Francis	
(("physical therapy" or physiotherapy) and ("Evidence-Based Medicine" or "Evidence-Based Practice" or EBP or EBM or "evidence-based physiotherapy") and qualitative research).af.	0

Annexe II : Raisons d'exclusion des articles lors de la 4^{ème} étape de sélection

N	Titre de l'article	Raisons de l'exclusion
1.	<p>Qualitative research ethics: enhancing evidence-based practice in physical therapy.</p> <p>Townsend A, Cox SM, LiLC</p> <p>2010</p>	<p>Sélectionné parmi les 8 articles de la 3^{ème} étape – éliminé dans la 4^{ème} étape – l'étude s'intéresse à la valeur des études qualitatives en physiothérapie ainsi qu'à la prise en considération des aspects éthiques.</p>
2.	<p>Challenges in applying best evidence in physiotherapy practice.</p> <p>Jones M, Grimmer k, Edwards I, Higgs J, Trede F</p> <p>2006</p>	<p>Sélectionné parmi les 8 articles de la 3^{ème} étape – éliminé dans la 4^{ème} étape – il ne s'agit pas d'une étude qualitative mais d'une revue.</p>
3.	<p>Qualitative research and evidence-based physiotherapy practice.</p> <p>Gibson BE, Marin DK</p> <p>2003</p>	<p>Sélectionné parmi les 8 articles de la 3^{ème} étape – éliminé dans la 4^{ème} étape – l'étude explore l'importance des recherches qualitatives en physiothérapie.</p>
4.	<p>From continuing education to personal digital assistants: what do physical therapists need to support evidence-based practice in stroke management?</p> <p>Salbach, Nancy M; Veinot, Paula; Jaglal, Susan B; Bayley, Mark; Rolfe, Danielle</p> <p>2011</p>	<p>Sélectionné parmi les 8 articles de la 3^{ème} étape – éliminé dans la 4^{ème} étape – l'étude qualitative s'intéresse aux moyens qu'utilisent les physiothérapeutes pour structurer leur intervention auprès de patients atteints d'AVC.</p>
5.	<p>Evidence Based Practice : Clinical experiences of recent doctor of physical therapy graduates.</p> <p>Palaima, M. 2011</p>	<p>Sélectionné parmi les 8 articles de la 3^{ème} étape de sélection – éliminé dans la 4^{ème} étape – il s'agit d'un document de type dissertation / thèse.</p>

Annexe III : Résumés et critiques des 3 articles

	Hannes, K., Staes, F., Goedhuys, J., & Aertgeerts, B. (2009)	Barnard, S., & Wiles, R. (2001)	Wiles, R., & Barnard, S. (2001)
	<i>Obstacles to the implementation of evidence-based physiotherapy in practice : a focus group-based study in Belgium (Flanders).</i>	<i>Evidence-based Physiotherapy: Physiotherapists' attitudes and experiences in the Wessex area.</i>	<i>Physiotherapists and Evidence-based Practice : An Opportunity or Threat to the Profession ?</i>
Objectifs	Identifier les barrières que rencontrent les physiothérapeutes belges (Flandres) lors de l'intégration de l'EBP dans leur pratique professionnelle.	Identifier la compréhension qu'ont les physiothérapeutes de l'EBP ainsi que leurs points de vue quant à son applicabilité clinique en physiothérapie et les facteurs encourageant / décourageant son développement selon leurs expériences.	Explorer le point de vue des physiothérapeutes sur l'EBP ainsi que l'impact qu'ils espèrent que l'EBP va avoir sur leurs limites professionnelles, le statut et la pratique des physiothérapeutes.
Population	43 physiothérapeutes (29 hommes / 14 femmes) âgés de 23 à 59 ans – de diverses régions géographiques de Flandres – travaillant dans différents secteurs de la physiothérapie (hospitalier / cabinet privé) – ayant un intérêt et une expérience en EBP - <i>Très peu d'indications sur la stratégie de recrutement des participants (on sait seulement que les inscriptions volontaires à l'étude étaient possibles) – description démographique de la population bien détaillée - abandons non mentionnés.</i>	56 physiothérapeutes sélectionnés au hasard parmi les départements participants (49 femmes / 7 hommes) → parmi les hommes : 4 managers / 2 seniors / 1 junior. → parmi les femmes 15 managers / 21 seniors / 13 juniors. Les répartitions des groupes de discussion et interviews ont été faites en fonction des lieux de travail des NHS (hôpitaux universitaires, hôpitaux de district, milieux communautaires) et des grades (junior, senior I et II, manager) afin d'encourager la liberté d'expression et d'opinion. <i>On ne connaît pas l'âge des participants, la répartition hommes / femmes dans les groupes, leur domaine d'activité (NMS, MSQ, SYS int), leur nombre d'années d'expérience respectif, leur niveau de formation – la stratégie de recrutement n'est pas clairement décrite – les abandons et leurs motifs ne sont pas précisés. Enfin, il n'y a aucune indication sur les critères qui définissent les juniors, seniors et managers.</i>	Population étudiée : 56 physiothérapeutes d'un NHS – région du sud de l'Angleterre - (49 femmes / 7 hommes). Le recrutement des participants passe par les chefs de service dont les départements ont été sélectionnés pour l'étude. Les répartitions des groupes de discussion et interviews ont été faites en fonction des lieux de travail des NHS (hôpitaux universitaires, hôpitaux de district, milieux communautaires) et des grades (juniors, seniors, managers) afin d'encourager la liberté d'expression et d'opinion. <i>On ne connaît pas l'âge des participants, la répartition hommes / femmes dans les groupes, leur domaine d'activité (NMS, MSQ, SYS interne), leur nombre d'années d'expérience respectif, leur niveau de formation – la stratégie de recrutement n'est pas clairement décrite – les abandons et leurs motifs ne sont pas précisés. Enfin, il n'y a aucune indication sur les critères qui définissent les juniors, seniors et managers</i>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Design / méthode</p>	<p>L'approche méthodologique est une théorie enracinée.</p> <p>Méthodes de récolte des données : interviews semi-dirigés d'une durée de 1h30 à 2h00 – 5 groupes de discussion de 5 à 13 personnes – Groupe I : 5 physiothérapeutes académiciens / Groupe II : 13 physiothérapeutes d'un groupe pairs / Groupe III : 9 physiothérapeutes d'un groupe pairs / Groupe IV : 5 physiothérapeutes responsables d'organisations professionnelles / Groupe V : 10 physiothérapeutes travaillant en milieu hospitalier</p> <p>Examineur indépendant de l'étude – guide d'entretien établi au préalable – 2 observateurs ont pris des notes sur les aspects non verbaux des participants afin d'évaluer la cohésion/influence du groupe</p> <p>Pas de précisions quant au lieu des interviews</p> <p><i>Remarques sur la méthode : ne dévoile pas si un temps de parole a été attribué à chaque participant – si l'interviewer a pris des notes – si les interviews ont été filmés ou enregistré sous forme audio – la somme des physiothérapeutes de chaque groupe ne correspond pas au nombre de participants (N = 43)</i></p>	<p>La méthodologie de l'étude n'est pas précisée.</p> <p>La méthode de récolte des données est basée sur 5 focus group de 6 à 12 participants (durée de 1h00), 5 interviews approfondis pour les groupes de moins de 6 personnes (durée de 40 min) et 4 interviews individuels (durée de 40 min)</p> <p>Guide d'entretien établi au préalable (compréhension de l'EBP / activités qui ont été menées à bien par les départements / facteurs qui encouragent / découragent l'application de l'EBP / future de l'EBP en physiothérapie)</p> <p>Focus group animés par un chercheur (scientifique en science sociales expérimenté dans les focus group) + observateur (physiothérapeute expérimenté en recherche). Contenus des groupes de discussion + entretiens enregistrés sous forme audio et retranscrits.</p> <p>Lieu : salles de conférences hospitalières de la région.</p> <p><i>Remarques : Le lieu de l'étude n'est pas argumenté et justifié. On ne connaît pas vraiment le rôle des chercheurs dans l'étude, les rapports qu'ils entretiennent avec les participants, comment est introduit l'observateur. Le déroulement des groupes de discussions est bien décrit contrairement aux interviews de groupe et individuelles. Interviews / focus group pas homogène chez les seniors, juniors et managers</i></p>	<p>La méthodologie de l'étude n'est pas précisée.</p> <p>La méthode de récolte des données est basée sur 5 focus group (minimum 4 participants) d'une durée de 1h00 – 5 interviews approfondis pour les petits groupes de 2-3 personnes et d'une durée de 40 min – 4 interviews individuels d'une durée d'également 40 min. Les focus group sont axés sur des discussions tandis que les interviews sont dirigées avec des questions</p> <p>Pour les focus group un guide d'entretien a été établi au préalable pour explorer : compréhension de l'EBP, activités menées par les départements, facteurs qui encouragent / découragent l'application de l'EBP, future de l'EBP en physiothérapie. Les focus group ont été animés par un chercheur + un chercheur observateur du groupe.</p> <p>Le contenu des focus group + interviews de groupe et individuels ont été enregistrés sous forme audio et retranscrits.</p> <p>Les interviews + focus group ont eu lieu dans des salles hospitalières de la région.</p> <p><i>Remarques : La méthode de récolte des données est bien décrite pour les focus group mais pas du tout pour les interviews. On ne sait pas comment la présence du chercheur observateur est introduite auprès des participants ni quels liens les deux chercheurs entretiennent avec les participants. Enfin, on ne connaît pas leur implication respective dans l'étude.</i></p>
---	--	--	--

Annexe IV : Arbre thématique

Notre arbre thématique retrace les grandes étapes de notre analyse des données. Il reprend l'ensemble de nos codes que nous avons regroupés en thèmes descriptifs qui, à leur tour, ont été regroupés en thèmes analytiques.

Codes	*	Thèmes descriptifs	Thèmes analytiques
Jeunes : connaissances de l'EBP à l'université	2/2	Conflit entre générations	Résistance au changement
Jeunes : compétences à évaluer les articles et à appliquer l'EBP	5/3		
Seniors : manquent de renseignement concernant les formations en EBP	1/1		
Seniors : accordent moins de valeur aux recherches	4/2		
Seniors : n'acceptent pas l'autorité EBP des jeunes	4/2		
Seniors : orientation du TTT principalement en fonction des préférences du patient	5/2		
Seniors : ne changent pas un TTT non EBP qui marche	1/1		
Seniors : utilisation des preuves uniquement si leurs propres TTT ne marchent pas	1/1		
Jeunes : le patient n'a pas l'expertise du physiothérapeute	1/1		
Senior : l'expérience prime par rapport à l'EBP	3/2		
Jeunes : preuves = recherches rigoureuses	4/1		
Seniors : l'expérience clinique = preuve supérieure aux preuves issues de la recherche	5/2		
Seniors : manquent de compétences à évaluer la qualité des articles	1/1		
Seniors : très peu d'entraînement en méthodologie de recherche et en évaluation critique des articles	1/1		

Seniors : avec EBP → peur/crainte	1/1	Seniors ont peur de leur perte d'autonomie	
Seniors : avec EBP → peur de ne devoir utiliser que des TTT dont les résultats sont prouvés	1/1		
Seniors : avec EBP → peur de perdre l'usage de certains TTT non prouvés	1/1		
Seniors : l'EBP est une menace pour profession	1/1		
Seniors : crainte que l'EBP les empêche de continuer à traiter le patient principalement en fonction ses préférences	1/1		
Séniors : peur du devenir des patients qui ne répondent pas au TTT EBP	1/1		
Seniors : Peur de devenir un simple technicien	5/2		
Résultats recherches difficiles à comprendre (langage)	1/1	Complexité des articles	Difficultés à mettre en pratique
Etudes : manque de clarté	2/1		
Méthodes des articles trop élaborées	1/1		
Les résultats des articles ne rapportent pas les points essentiels du TTT	1/1		
Etudes : interventions peu détaillées/définies	1/1	Recherches documentaires chronophages et coûteuses	
Recherche des articles prend du temps	2/2		
Manque de temps	1/1		
Manque d'argent	1/1		
Accès à l'information/articles limités (gratuits /peu chers)	1/1		
Enormément d'études	2/1	Peu de preuves solides en physiothérapie	
Preuve claire difficile à trouver	1/1		
Peu de preuves solides en physiothérapie	4/3		
Difficulté à choisir le TTT le plus optimal	1/1	Individualité du patient pas suffisamment prises en compte	
Caractéristiques individuelles du patient pas suffisamment prises en compte	4/2		

Charge de travail et attentes des managers diminue la motivation/pratique de l'EBP	1/1	Lieu de travail influence l'application ou non de l'EBP	
Philosophie du lieu de travail influence la pratique de l'EBP	1/1		
Influence du lieu de travail (ressources disponibles et accès)	2/1		
Accès à la documentation important pour promouvoir l'EBP	1/1		
Soutien : engagement pour l'EBP par le département	1/1		
Manager : facilitateur de l'EBP	1/1		
L'EBP impose le respect des autres professions	4/1	EBP garantit l'identité et le respect de la profession	Survie de la profession
EBP : garanti l'identité de la profession	2/1		
EBP : sécurise le travail des physiothérapeutes	1/1	Concurrence des autres professions de la santé et professions alternatives qui menacent la physiothérapie de disparaître sans l'EBP	
Crainte/menace de se faire dépasser/devancer sans l'EBP (ostéopathie, chiropraticien)	6/2		
Peur de disparaître sans l'EBP	1/1		
Besoin de développer EBP, pression des autres professions de santé	1/1		
Subtilisation par les médecins des exercices physiques EBP	1/1		
Besoin de développer EBP en physio	6/2	Besoin de développer l'EBP pour améliorer les prestations et les conditions de travail	Maintien et développement de la physiothérapie
Responsabilité individuelle dans le développement de l'EBP	1/1		
EBP : améliore la collaboration avec les autres professionnels de santé	1/1		
EBP : améliore les conditions de travail des physiothérapeutes	1/1		
EBP : améliore la qualité des soins	2/2		
EBP : choix éclairé pour patient et diminution de litiges	1/1		
Carrières de recherche en physiothérapie = développement EBP	1/1		
Guidelines participent au développement de l'EBP	1/1	Outil de réduction des coûts de la santé au détriment du patient	Pressions institutionnelles et politiques
Outil de réduction des coûts de la santé	2/1		
EBP : restreint le choix du TTT pour le patient à des résultats prouvés	2/1		
EBP ne prend pas en compte si le patient a des croyances d'efficacité de TTT qui ne sont pas prouvées	1/1		
Autorité du médecin plus forte que connaissances EBP du physio	2/1		
Relation unilatérale entre le médecin et physiothérapeute → contre-productive à l'EBP	1/1	Relation unilatérale entre le médecin et physiothérapeute, contre-productive à l'EBP	

EBP = mise à jour des connaissances + compétences d'évaluation critique des articles	1/1	Mise à jour des connaissances	Formation continue nécessaire
Participation à des cours = une forme d'EBP	1/1		
EBP = pratique basée sur les preuves	2/2		
Preuves = mixe de recherche + pratique	2/2		
Participation à des cours = forme d'EBP	1/1		
Expertise clinique nécessaire à l'EBP	1/1	Formation nécessaire à la pratique de l'EBP	
Formation importante dans le développement de l'EBP	2/1		

**Le premier chiffre correspond au nombre d'apparition du code dans l'ensemble des articles
Le deuxième chiffre correspond au nombre d'articles dans lequel apparaît le code.*

