

L'evidence-based practice appliquée à la diététique

Au 10^e congrès de l'EFAD qui s'est tenu en septembre dernier à Rotterdam, plusieurs diététiciens engagés dans des activités de recherche en diététique sont venus présenter leurs réflexions autour de la pratique diététique «evidence-based».

Magali Jacobs, diététicienne agréée, master en Sciences Psychologiques, maître-assistant à l'Institut Paul Lambin

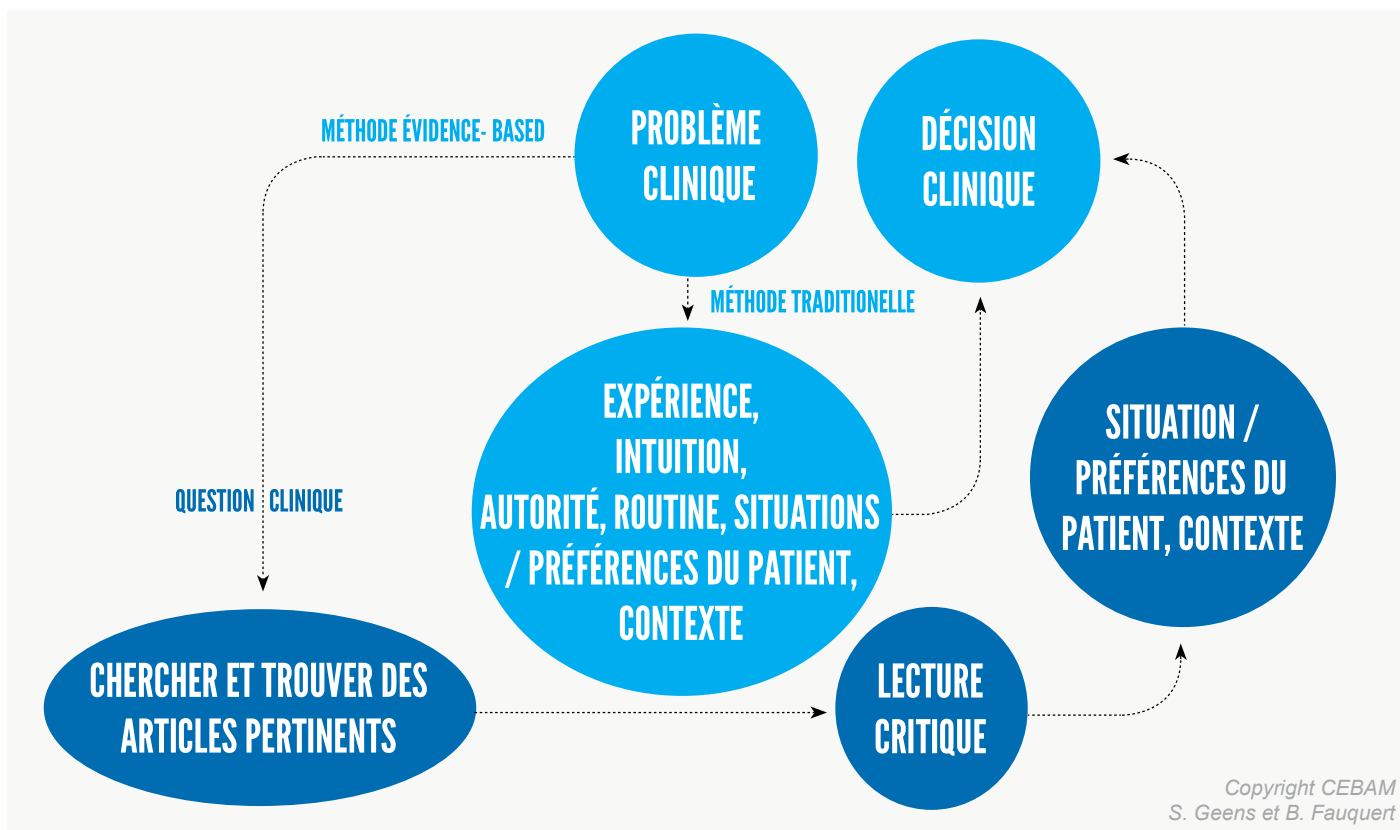


Comment gérer les cas particuliers?

Bien sûr, les guidelines diététiques soutiennent le diététicien dans sa prise de décision clinique, mais il n'en existe pas pour toutes les situations. Certains patients peuvent présenter plusieurs pathologies, ou souffrir d'une affection rare à laquelle le diététicien est peut-être confronté pour la première fois. Il devra alors lui-même rechercher dans la littérature scientifique des données probantes et les adapter à la situation particulière de son patient, afin de lui apporter un accompagnement efficace. L'evidence-based practice, avec ses trois composantes majeures que sont les preuves scientifiques, l'expérience clinique et les attentes du patient, est ainsi présentée comme le gold standard en termes de démarche de prise en charge.

Le Centre Belge d'Evidence-Based Medicine (CEBAM), cite David Sackett, un pionnier de l'evidence-based medicine, qui définit la pratique clinique basée sur des données probantes comme «une utilisation consciencieuse et judicieuse des données actuelles les plus probantes issues des recherches dans la prise en charge personnalisée de chaque patient»¹. En pratique clinique courante, les professionnels de la santé prennent en charge les patients, en se basant sur ce que les autorités recommandent comme démarche de soin; mais également sur leur expérience, leurs habitudes, le contexte de travail ou de vie du patient, et les préférences de ce dernier. Il arrive aussi qu'ils suivent leur intuition. Ceci aboutit à une décision clinique, qui doit autant que possible faire l'objet d'une évaluation. En ce qui concerne plus particulièrement le diététicien, on peut dire qu'en général celui-ci pose ses objectifs de soins en fonction des différentes recommandations des sociétés savantes, et ce sur base de sa propre expérience pratique, quant à la manière d'accompagner le patient vers ces objectifs.

“ Les guidelines diététiques soutiennent le diététicien dans sa prise de décision clinique, mais il n'en existe pas pour toutes les situations. ”



Remettre en question les évidences

La démarche basée sur des données probantes peut également servir à questionner certaines pratiques bien ancrées, qui semblent aller de soi, mais qui existent parfois depuis longtemps, sans que leur application ait fait l'objet d'une analyse préalable de la littérature. C'est le cas, par exemple, des différentes modifications de textures des menus proposés en milieu hospitalier: non seulement leur dénomination n'a pas fait l'objet d'un consensus, une même texture physique pouvant porter des noms différents en fonction de l'hôpital, mais les indications de leur prescription ne sont pas uniformisées non plus² (ndlr: actuellement nous tendons vers une uniformisation des textures sur base de l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative - IDDSI).

“ La démarche basée sur des données probantes peut également servir à questionner certaines pratiques bien ancrées. ”

Dans son exposé sur l'evidence based practice lors du 10ème congrès de l'EFAD, Christophe Matthys, bioingénieur et Docteur en Epidémiologie nutritionnelle, professeur de nutrition humaine à la KU Leuven, a traité du régime «sans résidus» ou «à faible résidus», dénomination encore parfois utilisée aujourd'hui³. Depuis 2011, la European Society of Gastrointestinal Endoscopy recommande de parler plutôt de régime pauvre en fibres, c'est-à-dire apportant moins de 10 grammes de fibres par jour. Avec d'autres chercheurs, il a mené une revue de littérature afin de clarifier la définition de ce type de régime mais aussi de faire le point sur ses indications et sur la durée nécessaire pour obtenir les effets recherchés⁴. Ce régime est préconisé avant une colonoscopie, avant et/ou après une chirurgie abdominale ou une intervention gynécologique par laparoscopie, mais aussi lors de la prise en charge de différentes affections (comme la maladie de Crohn ou la diverticulite). Il ressort de l'étude que les indications du régime pauvre en fibres diffèrent, tout comme leur durée. Dans certains cas, avant une intervention gynécologique par laparoscopie, le régime pauvre en fibres est présenté comme une alternative aux laxatifs puissants prescrits avant l'intervention, alors que dans d'autres cas, le régime est présenté comme complément aux laxatifs. Et même lorsque des recommandations existent, par exemple le suivi d'un régime pauvre en fibres un jour avant une colonoscopie, elles ne sont pas d'office suivies en pratique, où les patients se voient souvent conseiller trois jours de régime pauvre en fibres avant un tel examen. Christophe Matthys a attiré l'attention de

l'audience sur ce dernier aspect de l'evidence based practice: les recommandations des sociétés savantes ne sont pas toujours appliquées, pour différentes raisons ayant trait tantôt à la résistance au changement, tantôt à l'appui sur une longue expérience clinique. «On a toujours fait comme cela, trois jours de régime pauvre en fibres, et cela marche très bien !».

“*La démarche evidence-based vise à proposer au patient une prise en charge ayant déjà démontré son efficacité auparavant.*”

Evaluer ses pratiques

Comme vous avez certainement pu le remarquer vous-mêmes, le type d'intervention diététique proposée et les moyens utilisés pour atteindre des objectifs nutritionnels peuvent varier d'un diététicien à l'autre, ou d'un patient à l'autre. Tout l'art repose dans la capacité du diététicien à déceler les besoins et attentes du patient, ainsi qu'à personnaliser sa prise en charge, pour arriver à des résultats tangibles. Malheureusement, les résultats obtenus ne sont que très rarement enregistrés et il est peu aisé de constituer des bases de données permettant de mettre en évidence l'efficacité de la prise en charge diététique, et ce particulièrement dans le cadre de la pratique privée. A ce titre, Elke Naumann, diététicienne et maître en sciences de la santé, professeur de nutrition à la HAN University of Applied Sciences (Pays-Bas), a présenté ses travaux portant sur la création d'un outil d'évaluation destiné aux diététiciens⁵. Plusieurs diététiciens ont ainsi testé un outil permettant de déterminer l'efficacité de leur intervention. Leur retour fut très précieux, afin de peaufiner cet outil, et qu'il soit mieux adapté aux besoins de la pratique diététique en consultation. Elke Naumann a souligné les points forts qu'un tel outil doit présenter: poser un petit nombre (3 par exemple) d'objectifs facilement mesurables, afin que le nombre de données à récolter ne soit pas trop grand. L'outil doit être convivial, rapide à utiliser et pourquoi pas permettre un retour de données vers le patient, pour illustrer sa progression notamment. Enfin, il ne faut pas se focaliser uniquement sur le poids ni le tour de taille pour des objectifs de santé cardio-vasculaire, il est également important d'intégrer des données sur la qualité de vie des patients.

Les préférences du patient

La démarche evidence-based est le reflet d'une valeur indiscutable, puisqu'elle vise à proposer au patient une prise en charge ayant déjà démontré son efficacité auparavant. En diététique, elle doit cependant se doter d'une grande flexibilité. En effet, la composante relative aux préférences du patient prend dans ce cas une place importante⁶. Si, aussi efficace qu'elle soit, une prise en charge n'est pas en adéquation avec les goûts et l'appartenance culturelle du patient, et ne tient pas compte de particularités notables, qu'en est-il? Duane Mellor, diététicien et endocrinologue, professeur à la Coventry University (Royaume-Uni), insiste sur le fait que dans certains contextes, on n'est plus très sûr que des démarches, ayant fait leurs preuves dans une population générale, seront encore applicables à des cas très particuliers; il prend l'exemple d'un body builder pratiquant la compétition et qui adopte à certains moments un mode alimentaire extrêmement singulier. Ses besoins et ses apports énergétiques sont très éloignés de ceux d'un individu moyen, et son régime alimentaire très spécifique. Les conseils d'usage pour des aspects faisant régulièrement l'objet de conseils diététiques, comme une hypercholestérolémie par exemple, ne seront pas applicables, aussi le diététicien devra-t-il surtout s'appuyer sur son expérience, voire parfois sur son intuition. La pratique diététique est ainsi faite, remplie de cas particuliers passionnants mais pour lesquels on marche encore en terre inconnue. Et dans ces cas-là, l'evidence-based practice n'est pas toujours d'une grande aide. Ce qui pourrait l'être, en revanche, c'est que des diététiciens publient des études de cas particuliers, ce qui suppose un enregistrement préalable des données en vue d'une évaluation ultérieure. L'importance de l'évaluation de nos pratiques et de la communication des résultats obtenus est à nouveau abordée. Voilà un objectif clé à se fixer pour l'avenir!

Références:

- 1 Sackett, D.L. *et al.* BMJ 1996; 312:71-72
- 2 Garcia, C. (2016). Révision de la texture semi-liquide au sein des Cliniques Universitaires St Luc. Travail de fin d'études, Institut Paul Lambin, Bruxelles.
- 3 Matthys, C. (2017). Pieces of evidence based practice. Oral Communication, 10th EFAD conference, Rotterdam.
- 4 Vanhauwaert, E. *et al.* Advances in Nutrition, 2015 ; 13;6(6):820-7.
- 5 Naumann, E. (2017). How to collect data in daily practice to show results of dietetic treatment in cardiovascular risk patients. Oral Communication, 10th EFAD conference, Rotterdam.
- 6 Mellor, D. (2017). Place of the patient's voice in practicing evidence based care. Oral Communication, 10th EFAD conference, Rotterdam.