

# Journées d' Etude annuelles du CDI

Paris, 12 décembre 2016

JUSTIFIER LES PRATIQUES :  
APPORTS DE LA CLINIQUE FONDEE SUR LES VALEURS  
(*Values-Based Practice*)

Arnaud Plagnol  
(Université Paris 8 & FAM Toulouse-Lautrec, Aulnay s/Bois)

approche scientifique des soins ? modèle actuel de l'*Evidence-Based Medicine*  
(Sackett *et al.*, 2000)

difficultés si multitude d'acteurs (dont personnes soignées, proches...)

====> **conflits de valeurs**

l'EBM (définition de Sackett *et al.*) intègre en principe :

1. données probantes
2. expérience du clinicien
3. valeurs du patient

mais EBM en pratique : hiérarchie de preuves (*hierarchy of evidence*)  
au sommet : méta-analyses de RCT (études en double aveugle)

<----> singularité, interactions entre parties prenantes  
(e.g., santé mentale, psychothérapie)

situations persistantes de handicap ?

équipes multidisciplinaires,  
trajectoires au long cours de personnes singulières,  
interactions avec l'environnement familial et social

*comment prendre en compte les valeurs des personnes  
dans les soins de façon scientifiquement fondée ?*

---> Clinique Fondée sur les Valeurs [*Values-Based Practice*]

(K.W.B. Fulford)

Angleterre, Europe, Afrique du Sud, Australie, Brésil, Etats-Unis, Japon...

<http://valuesbasedpractice.org/>

*Essential Values-Based practice – Clinical stories linking science with people.*  
(Fulford et al., 2012)

conflits dans les soins ---> non prise en compte des valeurs  
des personnes soignées mais aussi  
des aidants ou des soignants

===> clinique fondée sur les valeurs

(philosophie analytique  
*philosophical value theory* - Oxford School)

- . valeurs : entité pondérée positivement ou négativement  
orientant l' action (besoin, souhait, préférence...)
- . omniprésentes dans les soins, guidant toute décision
- . explicites ou implicites (e.g., consensuelles)  
révélées par situations singulières
- . intervention de valeurs ≠ immaturité scientifique

complexité de disciplines mettant en jeu  
la totalité de l' expérience humaine  
(domaines de pointe, soins psychiques  
accompagnement de situations de handicap... )

. « boîte à outils » pour travailler avec les valeurs :

- éthique, déontologies professionnelles
- droit de la santé, économie de la santé, analyse décisionnelle
- médecine narrative
- sciences psychologiques et sociales
- histoire, littérature, art...

. valeurs complexes ==> significations variables selon les acteurs

(e.g., « intérêt supérieur »)

---> conflits (e.g., intérêt supérieur / liberté de choix  
cf. soins sans consentement)

---> quand les choses « tournent mal »  
manque de prise en compte des valeurs  
(et non des données probantes)

Objectif de la CFV : prise de décision pondérée / équilibre entre les valeurs  
de *tous* ceux qui sont concernés par une situation donnée de soins

Prémisse : respect mutuel (<---> relativisme moral)

EBM ---> diagnostic le plus probable, meilleures possibilités de traitement

/ population de référence

CFV ---> science / valeurs uniques des personnes singulières

exercice du jugement clinique à partir de l'expérience

circonstances particulières pour des personnes singulières  
dans une situation singulière

---> récits de cas

(exemples trajet domicile-institution)

modulation toujours singulière des valeurs en jeu

échappant à toute recommandation fondée sur les données probantes

## Processus de la *Values-Based Practice* (VBP)

ce qui importe est la qualité du processus  
et son appropriation par les personnes concernées  
(non l'obtention de la solution correcte)

### **compétences cliniques**

#### 1. **prise de conscience** (*awareness*) des valeurs :

méthodes efficaces pour accroître la *conscience* des valeurs  
(personnes soignées, aidants, cliniciens..),

de leur riche diversité, et de leur engagement dans toute situation de soins

<---> « illusion du même » (*delusion of sameness*)

appréhension des valeurs positives (forces, **aspirations**, ressources...)  
autant que négatives

2. **raisonnement** sur les valeurs : vise à explorer *l'espace des valeurs*  
(élargir *l'horizon*) plutôt qu' à déterminer ce qui est bien ou mal

---> les différences de valeur sont des ressources

(<---> « éthique au nom de la loi »)

synergie raisonnement *top down* à partir de principes éthiques  
/ raisonnement *bottom up* fondé sur des cas (« casuistique »)  
(--> valeurs implicites des situations concrètes uniques)

3. **connaissance** des valeurs

- explicites (recherche scientifique)
- implicites (expérience clinique)

science actuelle (EBM) : types de valeurs dans des populations de référence

<----> valeurs réellement en jeu chez des individus singuliers  
dans une situation singulière

==> poésie, littérature, anthropologie, imagination narrative...

---> combinaison flexible de méthodes



#### 4. Compétences en communication

- faire émerger les valeurs implicites

  - > appréhension des différentes perspectives

  - > entendre les voix de tous ceux qui sont concernés

- résolution de conflits : pondération des différentes perspectives

  - développement // pratique de la clinique fondée sur les valeurs

outils pour structurer les compétences déployées intuitivement  
par les équipes

## Environnement des soins

### 1. Pratique centrée sur la personne

===> pratique **centrée sur les valeurs** de la personne (aspirations, besoins, préférences..)

- s' informer directement de la perspective de la personne soignée (pas de substitution possible par « expert », « autorité », « prestataire de soins »... quelle que soit la sévérité des troubles)
- prendre en compte les perspectives de **toutes** les personnes concernées (membres de la famille, aidants, cliniciens, gestionnaires...)

### 2. Equipe multidisciplinaire élargie (au-delà des professions « soignantes »)

===> apport des compétences diverses **et des valeurs multiples**

multidisciplinarité essentielle pour :

- identifier les valeurs en jeu dans une situation
- se rapprocher de la perspective de la personne soignée
- parvenir à une décision pondérée

situations « délicates » (e.g., évaluation abus),  
mais aussi situations quotidiennes : « petits changements dans le soin »

## Liens avec la clinique fondée sur les données probantes (EBP)

VBP-EBP : partenaires « siamois »

les données peuvent occulter les valeurs et *vice versa*

### Principe de la Double Assise

toutes les décisions reposent sur les valeurs et sur les faits.

risque d' être « rendu aveugle aux valeurs par les données »

### Principe de la Roue qui Grince

on tend à remarquer les valeurs seulement lorsqu'elles sont conflictuelles.

### Principe de la Science qui Conduit

le progrès scientifique, en ouvrant des choix, met en jeu de façon croissante la diversité des valeurs humaines dans tous les domaines de la santé/soins

---> domaines *high tech* (e.g., soins palliatifs, greffes.. )

==> recherche données implicites et valeurs implicites

---> accompagnement des situations de handicap :

« *high tech* par nature » ? discipline pionnière

## Dissensus et partenariat dans la prise de décision

partenariat ==> pratique du *dissensus*

les valeurs des personnes impliquées restent en jeu et sont pondérées selon les circonstances particulières à une situation donnée

<-----> consensus (effacement des différences de valeurs)

---> EBM : consensus d'experts  
prescription de ce qu'il faut faire  
recommandations, protocoles  
(==> valeurs partagées)

règle universelle déterminant le meilleur pour tous ?

exploration par dissensus : confrontation des multiples perspectives dans une visée d'équilibre/pondération

étayé par un **cadre partagé de valeurs**  
variant de contexte en contexte, toujours à co-construire

investissement rentable

culture de responsabilité mutuelle (confiance) <-----> recommandation  
autoritaire

accompagnement des personnes en situation de handicap

====> approche naturellement ancrée sur les valeurs

complexité de soins au long cours

co-construction de projets personnalisés

contexte global :

- appui sur les ressources et potentiels de la personne
- restauration du pouvoir d'agir
- culture du *care* au delà du *cure*
- priorité de l'inclusion sociale
- personne soignée : acteur décisionnel en fonction de ses valeurs

CFV : outils pour implémenter concrètement ces repères

mettre en œuvre de façon rigoureuse les intuitions  
qui fondent la pratique quotidienne des équipes

----> « rapprocher la science des personnes » = véritable justification des pratiques

-----

« Bianchon reparut soudain.

— Dis donc, Eugène, je viens de voir notre médecin en chef, et je suis revenu toujours courant. S'il se manifeste des symptômes de raison [chez Le Père Goriot], s'il parle, couche-le sur un long sinapisme, de manière à l'envelopper de moutarde depuis la nuque jusqu'à la chute des reins, et fais-nous appeler.

— Cher Bianchon, dit Eugène.

— Oh ! il s'agit d'un fait scientifique, reprit l'élève en médecine avec toute l'ardeur d'un néophyte.

— Allons, dit Eugène, je serai donc le seul à soigner ce pauvre vieillard par affection.

— Si tu m'avais vu ce matin, tu ne dirais pas cela, reprit Bianchon sans s'offenser du propos. Les médecins qui ont exercé ne voient que la maladie ; moi, je vois encore le malade, mon cher garçon.

Il s'en alla, laissant Eugène seul avec le vieillard, et dans l'appréhension d'une crise qui ne tarda pas à se déclarer. » (H. de Balzac, *Le Père Goriot*)

-----