

Sensibilisation à l'*Evidence-Based Practice* en logopédie

Nancy DURIEUX, doctorante et assistante à la Bibliothèque des Sciences de la Vie de l'Université de Liège. Université de Liège, Bibliothèque des Sciences de la Vie, Avenue de l'Hôpital, 13, Bât. B35 (CHU), 4000, Liège, Belgique – Nancy.Durieux@ulg.ac.be

Françoise PASLEAU, docteur en sciences, directeur de la Bibliothèque des Sciences de la Vie de l'Université de Liège. Université de Liège, Bibliothèque des Sciences de la Vie, Avenue de l'Hôpital, 13, Bât. B35 (CHU), 4000, Liège, Belgique – F.Pasleau@ulg.ac.be

Christelle MAILLART, chargé de cours en logopédie à l'Université de Liège. Université de Liège, Logopédie clinique, rue de l'Aunaie 30, Bât. B38, 4000, Liège, Belgique - Christelle.Maillart@ulg.ac.be

Résumé

L'Evidence-Based Practice (EBP) est une méthodologie permettant de réduire l'incertitude lors d'une décision clinique. Elle fournit une aide au choix thérapeutique en se basant sur les meilleures 'preuves' issues de la recherche scientifique et l'expérience clinique, tout en tenant compte des préférences du patient. Cette démarche s'intègre dans la pratique clinique et est de plus en plus recommandée aux professionnels des soins de santé, y compris aux logopèdes. L'objectif de cet article est de sensibiliser les logopèdes à cette approche en définissant le concept d'EBP et en expliquant les étapes de cette démarche ainsi que son utilité clinique. Un répertoire reprenant quelques ressources en EBP est également proposé.

Mots-clés : Evidence-Based Practice ; logopédie

Introduction

Les professionnels des soins de santé ont le devoir de fournir les meilleurs soins possibles à leurs patients en ayant recours à des interventions dont l'efficacité a été prouvée par la recherche scientifique. A cette fin, l'*Evidence-Based Practice* (EBP) est une démarche de plus en plus conseillée, y compris pour les logopèdes. En 2005, l'*American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) - une association professionnelle américaine en logopédie - recommandait d'intégrer les principes de la pratique fondée sur des 'preuves' dans les décisions cliniques pour fournir des soins de qualité. Les cliniciens n'ont pas attendu le développement de cette démarche pour assurer les meilleurs soins à leurs patients, néanmoins l'EBP a le mérite d'apporter une aide aux professionnels de la santé quant à leurs prises de décisions et offre l'opportunité de faire évoluer les pratiques professionnelles.

Dans cet article, le concept d'EBP sera défini et les étapes ainsi que l'utilité de cette démarche en logopédie seront détaillées. Un répertoire de ressources utiles sera également proposé pour toute personne désireuse d'approfondir ses connaissances sur le sujet.

Définition du concept « Evidence-Based Practice »

L'EBP est une démarche issue de la pratique médicale, appelée *Evidence-Based Medicine* (EBM).

L'EBM est une approche née dans les années 1980 d'une réflexion d'un groupe d'épidémiologistes cliniques conduit par Dave Sackett, de la MacMaster University (Canada). Cette équipe a voulu mettre l'accent sur l'importance d'utiliser les données de la recherche scientifique dans la prise en charge des patients (Guyatt et coll., 2008). En 1996, Sackett et coll. définissait l'EBM comme l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures 'preuves' actuelles dans les prises de décisions concernant les soins des patients individuels (p. 71). Pour ces auteurs, l'expertise clinique individuelle (qui se reflétait à bien des égards, comme par exemple, dans la capacité à poser un diagnostic correct et à identifier les préférences d'un patient) s'intégrait aux meilleures 'preuves' externes disponibles venant de la recherche systématique. La définition de l'EBM a cependant évolué au fil des ans, faisant apparaître de manière plus explicite l'expertise clinique et le raisonnement déductif (Howick, 2010) : en 2000, Sackett et coll. définissait l'EBM comme l'intégration des meilleures 'preuves' venant de la recherche à l'expertise clinique et aux valeurs du patient ; en 2005, Straus et coll. (cités par Howick, 2010, p.23) ont ajouté la notion de « situation du patient » à cette définition. Howick (2010) précise qu'une « bonne preuve » permettant de prendre une décision clinique doit répondre à plusieurs critères : 1) elle doit être cliniquement efficace, ce qui signifie que les bénéfices d'un traitement doivent l'emporter sur les effets indésirables, 2) le traitement doit pouvoir être appliqué au patient et 3) l'intervention choisie doit être la meilleure option disponible.

Les principes de l'EBM ont été appliqués dans divers domaines, notamment en psychologie clinique et en logopédie. Pour ces disciplines, il est fait référence à l'*Evidence-Based Practice*.

Les étapes de l'EBP

Sackett et coll. (2000) recommandent de suivre cinq étapes :

1. Transformer le besoin d'information (sur la prévention, le diagnostic, le pronostic, le traitement, l'étiologie...) en une question clinique à laquelle il est possible de répondre ;
2. Localiser les meilleures données disponibles pour répondre à cette question ;
3. Evaluer ces données de manière critique pour leur validité (absence de biais), leur impact (importance de l'effet) et leur applicabilité (utilité dans un contexte particulier de pratique clinique) ;
4. Combiner cette évaluation critique avec la compétence clinique du praticien et les caractéristiques individuelles du patient, ses valeurs et sa situation ;
5. Evaluer l'efficacité de la décision clinique et l'efficacité personnelle à exécuter les étapes 1 à 4 et ce, afin d'améliorer le processus de prise de décision pour la question suivante.

Des éléments essentiels de ces étapes peuvent être mis en évidence :

- **Une question posée *a priori***

Les questions à la base de la démarche ne sont pas des questions concernant les connaissances générales sur un concept (*background questions*), mais plutôt des questions cliniques de première ligne (*foreground questions*) dont les éléments principaux sont repris sous l'acronyme PICO (Sackett et coll., 2000) :

P = Patient/problème : la situation du patient, la population ou le problème posé

I = Intervention : un programme, une méthode d'intervention, un test diagnostique, un facteur pronostique, un traitement

C = Contrôle/comparaison (si cela est pertinent) : un niveau de base ou un type de prise en charge servant de point de comparaison pour l'intervention choisie ; la comparaison de deux interventions ou expositions

O = Objectifs : les objectifs à atteindre, les événements cliniques d'intérêt, qui peuvent comporter une dimension temporelle

Par exemple, face à une femme âgée de 65 ans qui présente une jargonaphasie consécutive à un accident vasculaire cérébral, le clinicien peut être amené à se positionner sur un choix thérapeutique centré soit sur la mise en place de moyens de communication non verbaux (pictogrammes, cahier de communication...) soit des techniques de stimulation visant au réapprentissage de la forme phonologique des mots. Cette situation clinique conduit aux questions suivantes : la *foreground question* pourrait être « Chez les patients adultes présentant une jargonaphasie consécutive à un accident vasculaire cérébral (P), la mise en place d'un système de communication alternative (I) conduit-elle à une meilleure récupération des fonctions de communication en termes de taux d'initiation et de réponses (O) que les techniques de stimulation intensive visant la récupération de la communication orale (C) » tandis qu'une *background question* pourrait être « la jargonaphasie, en quoi consiste ce trouble ? ».

- **La recherche et la sélection des données issues de la littérature**

Une fois la question définie, la recherche des données les plus solides disponibles dans la littérature peut commencer. Cette étape n'est pas nécessairement la plus facile car elle requiert des savoir et savoir-faire en recherche documentaire et en analyse critique de l'information. Les outils de recherche spécialisés ne sont pas toujours connus ni maîtrisés par les professionnels (Guo, Bain, & Willer, 2008 ; Nail-Chiwetalu & Bernstein Ratner, 2007) qui préfèrent généralement consulter un collègue, participer à des formations continuées ou consulter des sites web lorsqu'ils ont besoin d'information (Nail-Chiwetalu & Bernstein Ratner, 2007).

Il est indispensable de savoir où chercher mais aussi où il est peu utile de chercher (Dollaghan, 2007). Les réponses aux *foreground questions* ne se trouvent pas dans des ouvrages, ni dans des notes de formation, mais plutôt dans des bases de données spécialisées - telles que PsycINFO (produit de l'*American Psychological Association*), Medline (produit de la *National Library of Medicine*) ou encore la Cochrane Library (de la *Cochrane Collaboration*) - ou sur des sites web d'associations professionnelles comme celui de l'ASHA qui met à disposition des logopèdes un compendium de *guidelines* et de revues systématiques utiles pour la pratique clinique. Une fois la recherche effectuée, il est indispensable de sélectionner et d'analyser de manière critique les études/travaux qui permettront de répondre au mieux à la question.

Une notion importante en EBM/EBP concerne les niveaux de preuve, à savoir le degré de confiance à accorder à une information, en fonction de la manière dont les données ont été récoltées (Greenhalgh, 2010). C'est ainsi que l'EBM hiérarchise les preuves en différents niveaux.

Traditionnellement, le classement des preuves est représenté sous la forme d'une pyramide : au sommet se trouvent les revues de synthèse méthodique suivies des études expérimentales, puis des études d'observation ; les revues non méthodiques de la littérature (revues d'auteurs et avis d'experts qui ne se basent pas explicitement sur des 'preuves' empiriques disponibles) se trouvant au bas de la pyramide.

Des classements plus sophistiqués existent : celui du Centre d'*Evidence-Based Medicine* d'Oxford permet, par exemple, de hiérarchiser les 'preuves' en fonction du type de question qu'un clinicien pourrait se poser à

propos de la prévalence d'une maladie, du diagnostic, du pronostic, des bénéfices d'un traitement, des effets indésirables ou du dépistage (OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011). Ces auteurs précisent que ce classement est destiné à faciliter la recherche des meilleures 'preuves' disponibles et que tout système de ce genre ne peut être utilisé sans une bonne dose de jugement et de réflexion.

Il convient de voir dans quelles mesures ces méthodologies peuvent être appliquées à la logopédie, qui est une discipline jeune par rapport à la médecine (Bernstein Ratner, 2006 ; Dodd, 2007). Par exemple, l'évaluation en double aveugle telle qu'utilisée dans le modèle médical est difficile en logopédie, néanmoins il est possible d'avoir recours à des alternatives impliquant la comparaison de différentes approches de traitements en limitant les biais (Dodd, 2007).

▪ **L'expertise clinique individuelle et les préférences/valeurs/situation du patient**

L'expertise du clinicien est indispensable : ses connaissances théoriques et son expérience clinique vont lui permettre de poser un diagnostic correct, définir les différentes options de traitement, poser les bonnes questions et finalement évaluer les 'preuves' disponibles dans la littérature et décider d'un traitement.

L'EBM met aussi les valeurs, les préférences et la situation du patient au cœur du processus de décision. Par exemple, deux méthodes de rééducation ayant toutes les deux démontré leur efficacité pourraient être envisagées pour un patient : la première nécessiterait une prise en charge intensive mais de courte durée tandis que la seconde impliquerait un traitement moins soutenu en intensité mais sur une durée plus importante. Les préférences du patient et de sa famille pourraient permettre de choisir entre les deux alternatives.

Utilité clinique

Il est recommandé aux logopèdes de suivre les différentes étapes de l'EBP lorsqu'ils ne sont pas certains d'une décision clinique, lorsqu'ils sont peu familiarisés avec le trouble présenté par un patient ou encore lorsqu'une rééducation ne fonctionne pas (Skeat et Roddam, 2010a). Il n'est donc pas nécessaire de suivre de manière rigoureuse les différentes étapes de l'EBP pour chaque patient. Néanmoins, elles pourraient devenir une routine pour les professionnels, le développement d'une pratique réflexive faisant partie intégrante de la formation continuée : les cliniciens pourraient ainsi examiner de manière proactive les pratiques professionnelles actuelles. Dodd (2007) relève une série d'avantages de l'EBP pour les logopèdes :

- L'EBP améliore la confiance des professionnels dans leur prise de décision clinique. Ceux-ci sont dès lors mieux armés pour justifier leurs choix auprès des patients ou des organisateurs de soins de santé, mais également pour communiquer de façon convaincante avec des professionnels d'autres disciplines ;
- Les résultats intéressants de la recherche sont appliqués plus rapidement à la pratique clinique ;
- L'EBP peut également fournir aux cliniciens une stratégie pour transformer les politiques en matière des soins de santé.

Il est vrai que, comme le soulignent Skeat et Roddam (2010b), l'EBP nécessite de changer ses habitudes, ses routines et parfois ses préférences et idéaux personnels et philosophiques, de sorte qu'un certain nombre de barrières s'élèvent parfois contre l'EBP. De plus, avoir recours à cette démarche requiert des compétences (notamment en lecture critique d'articles), du temps et l'accès à la littérature scientifique. Néanmoins, afin de reconsidérer et redévelopper les pratiques en logopédie, ces auteurs proposent de surmonter ces barrières, notamment en se formant à la démarche de l'EBP. Cette dernière pourrait être intégrée dans les programmes de cours des étudiants en logopédie (Dodd, 2007 ; Leslie and Coyle, 2010 ; Spek, 2010) et pourrait également être un élément essentiel de la formation professionnelle continuée (Dodd, 2007 ; Roddam et Skeat, 2010).

Conclusion pour la pratique en logopédie

L'EBP est une démarche qui peut aider les logopèdes dans leurs prises de décisions cliniques en réduisant l'incertitude quant au fait qu'une intervention soit optimale pour une personne. L'EBP s'intègre dès lors dans la pratique de chaque professionnel, le fait de recourir aux meilleures 'preuves' disponibles accentuant l'importance de faire des choix cliniques éclairés, dans une discipline en pleine croissance et dans un monde qui exige de plus en plus de justifications quant aux décisions prises. L'EBP encourage la remise en question des pratiques cliniques individuelles et peut être vue en ce sens comme un gage de qualité pour la pratique

professionnelle. Reposant sur l'interaction entre la clinique et la pratique, l'EBP peut entraîner une amélioration des connaissances et des pratiques en logopédie ainsi que dans l'enseignement et la formation continuée de la discipline. Les associations professionnelles ont un rôle important à jouer pour cette démarche. Elles sont en première ligne pour préparer - en appliquant une démarche EBP à des questions cliniques précises - et diffuser des recommandations cliniques (*guidelines*) sur des thématiques cliniques ciblées. Les associations anglophones (telles que l'ASHA, la *Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists* ou encore le *Royal College of Speech and Language Therapists*) l'ont bien compris. Que vont faire les associations francophones ?

Répertoire de ressources utiles

A titre indicatif, sont indiquées ci-dessous quelques ressources utiles concernant l'EBP :

▪ **Sites web de centres / associations reconnus**

La branche belge de la Cochrane Collaboration (CEBAM) :

<http://portal.iscientia.net/public/cebamfr/Pages/default.aspx>

Le Centre Cochrane français : <http://fr.cochrane.org/fr/introduction>

Le Centre d'*Evidence-Based Medicine* de l'Université d'Oxford (CEBM) : <http://www.cebm.net/>

Les pages web du site de l'ASHA consacrée à l'EBP : <http://www.asha.org/members/ebp/>

▪ **Ouvrages et chapitres concernant l'EBP en logopédie**

DOLLAGHAN, C.A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore: Brookes Publishing, 169 p.

MAILLART, C., DURIEUX, N. (in press). Une initiation à la méthodologie Evidence-Based Practice : Illustration à partir d'un cas clinique. In C. MAILLART, M.A. SCHELSTRAETE (Eds.), *Les dysphasies*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

SCHELSTRAETE, M.A. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant : Interventions et indications cliniques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 291 p.

RODDAM, H., SKEAT, J. (2010). *Embedding evidence-based practice in speech and language therapy: International examples*. Chichester: Wiley-Blackwell, 234 p.

▪ **Bases de données spécialisées pour la recherche d'information dans la littérature scientifique**

MEDLINE, base de données de la *National Library of Medicine*, couvre les domaines biomédicaux et des sciences de la vie.

PsycINFO, produit de l'*American Psychological Association*, couvre les sciences sociales et comportementales.

COCHRANE LIBRARY, issue de la *Cochrane Collaboration* .

L'accès à ces outils de recherche d'informations scientifiques est payant pour la majorité d'entre eux. Cependant, les membres de certaines institutions, comme par exemple des universités, peuvent avoir accès gratuitement à ces ressources. De même, toute personne ne faisant pas partie de telles institutions peut, moyennant paiement, soit s'affilier au CEBAM, soit s'inscrire dans une bibliothèque universitaire afin d'accéder à des bases de données et à de la littérature scientifique. A noter également que certaines bases de données spécialisées sont disponibles gratuitement sur Internet, comme par exemple *PubMed*.

Liste de référence

- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. (2005). Evidence-based practice in communication disorders (Position statement). Retrieved from <http://www.asha.org/docs/html/PS2005-00221.html>
- BERNSTEIN RATNER, N. (2006). Evidence-based practice: An examination of its ramifications for the practice of speech-language pathology. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37, 257-267.
- DOLLAGHAN, C.A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore: Brookes Publishing, 169 p.
- DODD, B. (2007). Evidence-based practice and speech-language pathology: Strengths, weaknesses, opportunities and threats. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 59, 118-129.
- GREENHALGH, T. (2010). *How to read a paper: The basics of evidence-based medicine (4th ed.)*. Chichester: Wiley-Blackwell, 238 p.
- GUO, R., BAIN, B.A., WILLER, J. (2008). Results of an assessment of information needs among speech-language pathologists and audiologists in Idaho. *Journal of the Medical Library Association*, 96, 138-144.
- GUYATT, G., RENNIE, D., MEADE M., COOK, D.J. (2008). *Users' guide to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice (2nd ed.)*. New York: McGraw Hill, 836 p.
- HOWICK, J. (2010). *The philosophy of evidence-based medicine*. Chichester: Wiley-Blackwell, 229 p.
- LESLIE, P., COYLE, J.L. (2010). Promoting clinical effectiveness with post-graduate students. In H. Roddam, J. Skeat (Eds.), *Embedding evidence-based practice in speech and language therapy: International examples* (pp. 36-42). Chichester: Wiley-Blackwell, 234 p.
- NAIL-CHIWETALU, B., BERNSTEIN RATNER, N. (2007). An assessment of the information-seeking abilities and needs of practicing speech-language pathologists. *Journal of the Medical Library Association*, 95, 182-188.
- OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011). *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. Retrieved from <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
- RODDAM, H., SKEAT, J. (2010). Meeting skill gaps and training needs (commentary on section two). In H. RODDAM, J. SKEAT (Eds.), *Embedding evidence-based practice in speech and language therapy: International examples* (pp. 59-62). Chichester: Wiley-Blackwell, 234 p.
- SACKETT, D.L., ROSENBERG, W.C., MUIR GRAY, J.A., HAYNES, R.B., RICHARDSON, W.S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.
- SACKETT, D.L., STRAUS, S.E., RICHARDSON, W.S., ROSENBERG, W., HAYNES, R.B. (2000). *Evidence-based medicine : How to practice and teach EBM (2nd ed.)*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 261 p.
- SKEAT, J., RODDAM, H. (2010a). Many roads lead to EBP (commentary on section five). In H. RODDAM, J. Skeat (Eds.), *Embedding evidence-based practice in speech and language therapy: International examples* (pp. 206-210). Chichester: Wiley-Blackwell, 234 p.
- SKEAT, J., RODDAM, H. (2010b). What are the barriers to EBP in speech and language therapy. In H. RODDAM, J. SKEAT (Eds.), *Embedding evidence-based practice in speech and language therapy: International examples* (pp. 16-24). Chichester: Wiley-Blackwell, 234 p.
- SPEK, B. (2010). Teaching undergraduates to become critical and effective clinicians. In H. RODDAM, J. SKEAT (Eds.), *Embedding evidence-based practice in speech and language therapy: International examples* (pp. 27-35). Chichester: Wiley-Blackwell, 234 p.