

Evidence-based practice : fondements et réflexions sur l'apport en clinique

Christelle Maillart et Nancy Durieux

L'evidence-based practice (EBP) ou pratique basée sur les preuves est une approche de plus en plus encouragée en logopédie au niveau international. Cet article présente les principaux composants en détaillant la nature des preuves liées aux trois piliers de l'EBP (preuves externes, preuves internes ou préférences du patient). La démarche de l'EBP est brièvement discutée ainsi que les freins et les bénéfices attendus en clinique.

1. Introduction

L'article 25 du code de déontologie de l'Association Romande des Logopédistes Diplômés (ARLD)¹ stipule que « le logopédiste doit prodiguer le meilleur traitement possible, en évitant d'outrepasser ses compétences (...) » (p. 7). La formulation « le meilleur traitement possible » traduit l'incertitude clinique dans laquelle tout logopédiste est plongé : l'évolution rapide des connaissances et des techniques ainsi que les spécificités de chaque patient sont autant de difficultés qui complexifient la prise de décision clinique. Comment, dès lors, être sûr que les choix thérapeutiques posés correspondent au meilleur traitement possible actuellement disponible ?

Il est difficile de répondre à cette question sans aborder également l'évaluation de l'efficacité des traitements : la meilleure intervention devant être, au minimum, efficace. L'article 31 de ce même code déontologique prévoit que le logopédiste « doit évaluer régulièrement l'efficacité de son intervention, au besoin la réaménager, la mettre en suspens ou y mettre fin quand il est clair que le client ne profite plus de son intervention » (p. 7). Le code éthique de l'association américaine des logopédistes (American Speech-Language-Hearing Association, 2010r, Code of Ethics²) considère que l'évaluation de l'efficacité est une obligation éthique, une intervention ne pouvant être mise en place que si

1 http://www.arld.ch/fileadmin/documents/membres/Espace_ARLD/code_d%C3%A9ontologie.pdf

2 <http://www.asha.org/policy/ET2010-00309/>

« un bénéfice peut être raisonnablement attendu ». Ces enjeux sont au cœur de la démarche evidence-based practice (EBP), littéralement « pratique basée sur les preuves » ou encore « pratique basée sur les données probantes ».

2. Quelles « preuves » ?

Baser sa pratique clinique sur des données probantes, et non uniquement sur des intuitions, consiste à intégrer trois sources d'informations pour guider le choix thérapeutique (Sackett *et al.*, 1996, 2000) :

- 1) les preuves externes issues de la recherche scientifique ;
- 2) l'expertise du clinicien qui lui permet de dégager des preuves dans sa pratique clinique ;
- 3) les caractéristiques et préférences d'un patient précis.

Il semble essentiel de souligner ici que l'approche EBP ne se réduit pas à la seule consultation de la littérature internationale (en d'autres termes, aux seules preuves externes), même si c'est parfois la manière dont elle est présentée. Dans la définition initiale de Sackett *et al.* (1996), l'expertise clinique était déjà un composant clé de la démarche. En logopédie, Dollaghan (2007), défend l'idée d'une « E³BP », afin de garder en tête l'importance des trois sources de preuves.

2.1. Les preuves externes

La littérature internationale est une source importante de preuves scientifiques. On y trouvera des études basées sur des méthodologies différentes : par exemple, des synthèses de la littérature, des études expérimentales ou encore des études d'observation. Les données qui en découlent n'ont pas le même « poids ». La notion de niveau de preuve est dès lors importante en EBP. Le degré de confiance à accorder aux résultats d'une étude est conditionné par le schéma de l'étude (*study design*) ainsi que la qualité de la méthodologie et de l'analyse des résultats (Greenhalgh, 2010 ; OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011).

En logopédie, le recours à un type de preuve est aussi simplement dépendant de son existence. En 2005, une enquête professionnelle réalisée chez des logopédistes américains (Mullen, 2005) montrait qu'un des grands freins à l'utilisation de l'EBP en clinique était la faible quantité de preuves disponibles liées à la logopédie. Heureusement, ces dix dernières années ont vu émerger de nombreuses méta-analyses ou des synthèses méthodiques de la littérature ciblées sur des thématiques logopédiques, voire des numéros spéciaux consacrés aux données probantes sur une thématique ciblée. Citons, par exemple, le numéro spécial consacré en 2008 par *Language, Speech and Hearing Services in School* à la question de l'efficacité des traitements oro-moteurs qui a remis en cause la pertinence du recours à l'entraînement de praxies bucco-linguo-faciales pour l'amélioration des troubles phonologiques, pratique pourtant bien ancrée sur le terrain. Cette

nouvelle tendance va renforcer l'attrait de l'EBP pour les logopédistes.

2.2. Les preuves internes

La pratique clinique est également une source précieuse de preuves quant à l'efficacité des prises en charge pour autant que quelques conditions préalables soient réunies. La première d'entre elles consiste à détailler précisément les modalités d'intervention. En effet, lorsque des études démontrent l'efficacité d'une démarche diagnostique ou d'une prise en charge, les résultats ont été obtenus dans des conditions précises. Si on modifie le protocole d'intervention, en changeant certains composants tels que la fréquence, la durée ou la population ciblée, il est possible que les effets attendus ne soient plus identiques. Or, le clinicien doit prendre une décision thérapeutique par rapport à un patient réel, dans un contexte qui ne correspond pas toujours aux conditions rapportées par la littérature. Il est essentiel que le clinicien puisse estimer si les changements apportés au protocole décrit par la littérature risquent, ou non, d'en compromettre l'efficacité. A cette fin, toute intervention doit préciser les « ingrédients actifs » qui la caractérisent. Il s'agit de détails concernant le « comment » et le « pourquoi » de l'intervention. On y retrouve typiquement les cibles spécifiques du traitement (exemple : certaines mesures phonologiques, des formes grammaticales précises), les techniques thérapeutiques (exemple : introduire une forme par modelage lors d'une session de jeu, entraîner une production par drill) et les informations concernant le dosage c'est-à-dire la durée et la fréquence de l'intervention (ex. 20 minutes, 3 fois par semaine), le nombre d'exercices proposés et la durée totale de l'intervention (ex. 4 mois). Plus les informations sont précises, plus il sera facile de comparer ou de reproduire des conditions d'application pour un autre patient présentant un profil similaire.

Extraire des preuves de sa pratique clinique requiert également de mettre en place des dispositifs permettant de mesurer l'efficacité de ses interventions thérapeutiques. Il ne suffit pas de montrer que le patient progresse, il faut encore pouvoir démontrer que c'est spécifiquement l'intervention proposée qui est à l'origine de ces changements. Dans le cas le plus probable où le logopédiste intervient en individuel, le recours à des méthodologies empruntées aux études de cas est le plus pertinent. Parmi celles-ci, la technique des lignes de base est facile à transposer en clinique. Son principe est simple : il s'agit de mesurer de manière répétée les performances d'un patient avant, pendant et après l'intervention. La mise en œuvre est légèrement plus complexe. Elle nécessite de déterminer les cibles spécifiques de l'intervention puis de proposer des mesures qui y sont liées. En cela, cette procédure se distingue d'une application « test-retest » des outils diagnostiques traditionnels. Lors d'une évaluation logopédique, les mesures prises sont globales. Elles visent à situer le patient par rapport à une norme dans un domaine particulier (ex. : intelligibilité, niveau de compréhension lexicale). Pour être efficaces, les objectifs thérapeutiques doivent, par contre, être précis et davantage ciblés (ex. : améliorer la production des clusters consonantiques,

affiner les représentations sémantiques, etc.). Les lignes de base sont construites à partir de la cible du traitement. Selon la nature de l'apprentissage visé (item spécifique ou procédure), elles comportent deux (pour un travail « items spécifiques ») ou trois séries d'items (dans le cas d'une procédure) dont certains sont spécifiquement travaillés tandis que d'autres servent de listes contrôles (lire à ce sujet, Schelstraete, 2011, chapitre 2).

2.3. Les préférences du patient

Le troisième pilier de l'EBP concerne les préférences d'un patient totalement informé quant aux différentes options d'intervention qui s'offrent à lui. Ce pilier n'est pas celui qui a été le plus souvent discuté dans la littérature (Glasziou, 2005), néanmoins il a toute son importance dans la démarche EBP. En effet, il est essentiel de prendre en considération les besoins des patients et de créer les conditions qui leur facilitent la compréhension des différentes options thérapeutiques possibles, en incluant la possibilité de participer aux décisions thérapeutiques les concernant (Dollaghan, 2007). Certains auteurs considèrent que cette pratique découle de la recommandation éthique « d'agir pour le bien du patient », arguant qu'il est impossible d'agir pour le bien d'une personne sans prendre le soin d'essayer de comprendre ce que cette personne croit être bon pour elle (Kaldijan, Weir & Duffy, 2005). La relation clinicien-patient et la qualité de la communication sont autant de thématiques importantes à prendre en compte et qui devraient être davantage appréhendées par des études qualitatives.

3. La procédure

La démarche EBP comporte cinq étapes importantes (Straus *et al.*, 2011) qui seront rapidement détaillées ci-dessous¹.

3.1. Transformer le besoin d'information en une question clinique précise

Les composants principaux d'une question (Richardson *et al.*, 1995 ; Straus *et al.*, 2011) sont repris sous l'acronyme PICO :

- 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 de deux interventions ou expositions ;
- O = Objectifs : les objectifs visés ainsi que les paramètres qui seront pris en

¹ Le lecteur intéressé pourra trouver une description détaillée et appliquée à la logopédie de ces 5 étapes dans le chapitre de l'ouvrage suivant : Maillart, C., & Durieux, N. (2012). Une initiation à la méthodologie « Evidence-Based Practice » : Illustration à partir d'un cas clinique. In C. Maillart & M.-A. Schelstraete (Eds.), *Les dysphasies : De l'évaluation à la rééducation*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

compte pour démontrer que l'objectif a été atteint.

Une question générale comme « *la méthode Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) est-elle efficace pour réduire les troubles phonologiques ?* » ne contient en fait que deux éléments (I = méthode LSVT et O/P = les troubles phonologiques). Dans cet exemple, il est difficile de déterminer si les troubles phonologiques sont la cible du traitement, auquel cas, il serait préférable de cibler un objectif plus opérationnalisable (ex. : augmenter l'intelligibilité ou le pourcentage de consonnes correctes), ou s'il s'agit de la population de patients présentant des troubles phonologiques. Dans ce cas aussi, il faudrait préciser davantage la question en fonction des caractéristiques du patient ciblé (ex. : un enfant d'âge préscolaire présentant des troubles phonologiques, un adulte présentant des troubles phonologiques suite à un AVC). On préférera donc une question plus complète telle que « La méthode LSVT (I) permet-elle d'améliorer plus rapidement l'intelligibilité (O) de patients adultes présentant des troubles phonologiques (P) qu'une intervention métaphonologique (C) ? ». ».

3.2. Rechercher les meilleures preuves externes disponibles

A cette étape, il convient de trouver, dans la littérature internationale, des études scientifiques répondant à la question posée préalablement et susceptibles d'apporter des informations d'un haut niveau de preuve (par exemple, des méta-analyses ou des synthèses méthodiques de la littérature¹). Ces dernières peuvent être trouvées en utilisant des bases de données spécialisées, telles que Medline/PubMed² ou encore la Cochrane Library³.

3.3. Evaluer les preuves de façon critique

Le recours à la notion de niveau de preuve (cf. étape précédente) permet normalement de sélectionner des documents apportant les données les plus « solides ». Néanmoins, il peut être utile de réaliser une analyse critique supplémentaire basée sur différents critères de validité (voir Dollaghan, 2007).

3.4. Prendre une décision: combiner les preuves externes avec les preuves internes et les préférences du patient

Cette étape intégrative est importante : les différentes preuves, externes et internes, vont être rassemblées pour guider le choix thérapeutique. A ce stade, le jugement clinique du logopédiste est important. Il doit déterminer dans quelle mesure le patient à traiter partage des caractéristiques communes avec les participants des recherches issues de la littérature. Plus la proximité sera élevée, plus

1 Lire à ce sujet l'article suivant (disponible à l'adresse <http://hdl.handle.net/2268/159899>) : Durieux, N., Vandenput, S., & Pasleau, F. (2013). Médecine factuelle : La hiérarchisation des preuves par le Centre for Evidence-Based Medicine d'Oxford. *Revue Médicale de Liège*, 68(12), 644-649.

2 Lire à ce sujet l'article suivant (disponible à l'adresse <http://hdl.handle.net/2268/156998>) : Durieux, N., & Vandenput, S. (2013). EBP : Zoom sur MEDLINE. *Les Cahiers de l'ASELF*, 10(3), 23-31.

3 Lire l'article (disponible à l'adresse <http://hdl.handle.net/2268/157012>) : Martinez-Perez, T., & Durieux, N. (2013). EBP : Zoom sur la Cochrane et l'ASHA. *Les Cahiers de l'ASELF*, 10(2), 14-18.

les données de la recherche seront utiles pour guider le choix thérapeutique. Le logopédiste s'aide également de son expertise clinique, en comparant les caractéristiques du patient, et ses préférences, à celles des patients qu'il a déjà traités efficacement pour des plaintes similaires.

3.5 Evaluer l'efficacité de la décision clinique et l'efficacité personnelle à réaliser la démarche EBP

Enfin, une démarche clinique de qualité repose aussi sur une remise en question régulière des options thérapeutiques prises et des stratégies mises en place. Un clinicien inscrit dans une démarche réflexive devrait évaluer régulièrement la pertinence de ses choix et aussi examiner les données récoltées avec ouverture d'esprit. Il peut arriver qu'un patient n'évolue pas comme attendu ou que des articles lus remettent en cause certaines pratiques cliniques très répandues.

4. Freins et bénéfices pour l'utilisation clinique

Des enquêtes réalisées chez les cliniciens (Durieux *et al.*, 2012 ; O'Connor & Pettigrew, 2009 ; Vallino-Napoli & Reilly, 2004 ; Zipoli & Kennedy, 2005) ont permis d'identifier un certain nombre de freins à l'utilisation de l'EBP : certains sont liés à la démarche elle-même (ex. : démarche chronophage, difficulté pour évaluer les preuves), d'autres aux conditions d'exercice (ex. : faible accessibilité aux revues, manque de temps disponible, coût de l'accès à l'information), aux compétences du clinicien (ex. : faible maîtrise de la langue anglaise, manque de compétence en recherche documentaire) ou à ses valeurs (ex. : peur d'une uniformisation ou d'une standardisation de la prise de la charge). Dans les pays francophones, un frein important semble être la méconnaissance de l'EBP. Une enquête réalisée en Belgique en 2012 (Durieux *et al.*, soumis) montre que seuls 12% des logopédistes francophones belges ont entendu parlé de l'EBP contre 94% des logopédistes australiens en 2004 (Vallino-Napoli, & Reilly, 2004). L'expérience professionnelle n'est pas une variable qui permet de différencier les logopédistes ayant ou non entendu parlé de l'EBP. En revanche, la formation initiale a un impact significatif : les logopédistes connaissant l'EBP ont principalement un diplôme universitaire (65% Master versus 35% Bachelor) tandis que ceux qui ne le connaissent pas ont suivi une formation initiale plus courte (19% Master versus 81% Bachelor).

Pourtant, l'EBP devrait être vue comme une belle opportunité pour la logopédie. En outillant les cliniciens, elle leur permet de distinguer les interventions efficaces de celles qui ne le sont pas. La prise de décision clinique est un exercice complexe basé sur de nombreuses sources. Le recours aux collègues, à internet ou à des textes anciens sont autant de sources très utilisées par les cliniciens au détriment de preuves externes validées. Cela a parfois pour conséquence de continuer à utiliser des interventions peu efficaces et de retarder la

diffusion de nouvelles techniques pourtant efficaces (pour une analyse récente, voir : McCurtin & Roddam, 2012). L'approche EBP positionne la responsabilité du fondement scientifique des pratiques sur le clinicien et non uniquement chez les chercheurs. Il est intéressant de voir que, globalement, les associations professionnelles ont bien compris les enjeux et les bénéfices en termes de reconnaissance de la profession qui y étaient associés. L'engouement dans la diffusion de recommandations de bonnes pratiques (les *evidence-based guidelines*, voir Maillart & Durieux, sous presse) permettant de mettre les apports de l'EBP à la disposition des cliniciens en témoigne.

5. Conclusion

Selon Tonelli (2006), toute décision clinique doit être prise en tenant compte des facteurs suivants : 1) les données issues de la recherche ; 2) les données issues de l'expérience clinique ; 3) la compréhension du fonctionnement psychopathologique ; 4) les préférences du patient et de ses valeurs ; 5) les caractéristiques du système. On y retrouve les piliers de E³BP accompagnés d'un accent mis sur les connaissances théoriques et le système psycho-social au sens large. Aucun niveau n'a priorité sur les autres. Chaque décision clinique est un processus personnel qui peut conduire à des conclusions différentes face à des cas similaires, selon le poids relatif donné aux différentes sources. Loin d'une standardisation des prises en charge, cette conception met en évidence la créativité et réflexivité du logopédiste qui va déterminer le poids relatif à assigner à chaque composant en fonction de son analyse clinique. Cette prise de conscience et cette explicitation des motivations, les plus objectives possibles, qui basent la décision clinique nous semblent être des garanties de qualité pour la pratique logopédique.

La logopédie est une discipline jeune. Comme toute nouvelle profession, elle a d'abord procédé par essais et erreurs en se nourrissant de l'intuition clinique. Les logopédistes ont fait preuve de créativité et ont mis leur sens de l'observation au service de leurs patients en développant des prises en charge novatrices répondant à leurs difficultés. Actuellement, la logopédie éprouve le besoin de faire reconnaître l'efficacité de ses pratiques. La démarche EBP est une des réponses possibles. Pour certains auteurs (Plante, 2004), la tendance à fonder les pratiques cliniques sur des preuves, plutôt que sur l'intuition, est le signal d'une maturation disciplinaire.

Christelle Maillart

Logopédiste et professeure à l'Université de Liège (Belgique), elle coordonne l'unité de logopédie clinique. Comme chercheuse et clinicienne, elle consulte à la CPLU (Consultation Psychologique et Logopédique Universitaire) de l'Université de Liège.

Contact : christelle.maillart@ulg.ac.be ou www.logoclinique.ulg.ac.be

Nancy Durieux

Psychologue clinicienne de formation, elle travaille pour le Réseau des Bibliothèques de l'Université de Liège (Belgique), et plus précisément, à la Bibliothèque des Sciences de la Vie.

Contact : nancy.durieux@ulg.ac.be

- DOLLAGHAN, C. A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- DURIEUX, N., PASLEAU, F., VANDENPUT, S., DETROZ, P. & MAILLART, C. (2012). L'Evidence-based practice et les logopèdes en Communauté française de Belgique: Résultats préliminaires d'une enquête. *Cahiers de l'ASELF*, 9(4), 30-35.
- GLASZIOU, P. (2005). Evidence based medicine: Does it make a difference? Make it evidence informed practice with a little wisdom. *BMJ*, 330, 92.
- GREENHALGH, T. (2010). *How to read a paper: The basics of evidence-based medicine (4th ed.)*. Chichester, England: Wiley-Blackwell.
- KALDIJAN, L.C., WEIR, R.E. & DUFFY, T.P. (2005). A clinician's approach to clinical ethical reasoning. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 306-311.
- MAILLART, C. & DURIEUX, N. (sous presse). L'evidence-based practice à portée des orthophonistes: Intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation Orthophonique*.
- MCCURTIN, A. & RODDAM, H. (2012). Evidence-based practice : SLT's under siege or opportunity for growth ? The use and nature of research evidence in the profession. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47(3), 348-350.
- MULLEN, R. (2005). Survey tests member's understanding of EBP. ASHA Leader, 8 November.
- O'CONNOR, S. & PETTIGREW, C. M. (2009). The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence-based practice by speech and language therapists. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44, 1018-1035.
- OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011). *The 2011 Oxford Levels of Evidence*. Disponible à l'adresse <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5513>
- PLANTE, E. (2004). Evidence based practice in communication sciences and disorders. *Journal of Communication Disorders*, 37(5), 389-390.
- RICHARDSON, W. S., WILSON, M. C., NISHIKAWA, J. & HAYWARD, R. S. A. (1995). The well-built clinical question: A key to evidence-based decisions. *ACP Journal Club*, 123, A12.
- SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M., 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, Scotland: Churchill Livingstone.
- STRAUS, S. E., GLASZIOU, P., RICHARDSON, W. S. & HAYNES, R. B. (2011). *Evidence-based medicine: How to practice and teach it (4th ed.)*. Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.
- TONELLI, M. R. (2006). Integrating evidence into clinical practice: An alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 248-256.
- VALLINO-NAPOLI, L. D. & REILLY, S. (2004). Evidence-based health care: A survey of speech pathology practice. *Advances in Speech Language Pathology*, 6, 107-112.
- ZIPOLI, R. P., JR. & KENNEDY, M. (2005). Evidence-based practice among speech-language pathologists: Attitudes, utilization, and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14, 208-220.