

Psychologue
Orthophoniste
Logopède



I'E⁴BP

au service du patient

L'Evidence-based practice EBP

Christelle Maillart, Nancy Durieux, Trecy
Martinez Perez & Sylvie Willems

Contexte

- Les professionnels de la santé...
 - ... sont confrontés à
 - l'évolution rapide des connaissances issues de la recherche
 - l'évolution rapide des technologies
 - l'évolution rapide des patients, de plus en plus informés
 - doivent être capables de chercher des informations pertinentes et récentes, de les évaluer et de décider s'il convient de les intégrer dans leur pratique professionnelle
- *Approche evidence-based practice (EBP)*

Un pré-requis : une posture éthique

- CPLOL (2009) : cadre éthique commun pour la pratique de l'orthophonie-logopédie
- Quatre principes :
 1. respecter l'autonomie et la dignité des individus,
 2. agir d'une façon à apporter un bénéfice aux individus et à améliorer leur qualité de vie,
 3. éviter de faire la moindre chose qui pourrait porter préjudice aux individus,
 4. agir de façon équitable et juste envers les individus et la société.

Cinq principes éthiques communs aux psychologues (APA, 2017)

1. Etre bienveillant **et ne pas nuire**
2. Etre responsable
3. Etre intègre
4. Etre juste
5. Respecter l'autonomie et la dignité

Mais aussi des **devoirs éthiques** envers les patients :

Ex.

- le fait d'agir au sein des limites de ses propres connaissances,
- de donner des conseils ou des avis professionnels honnêtes et **bien fondés**,
- **de baser ses actions sur des preuves scientifiques** et des consensus professionnels,...

CPLOL (2009) : cadre éthique européen commun pour la pratique de l'orthophonie-logopédie

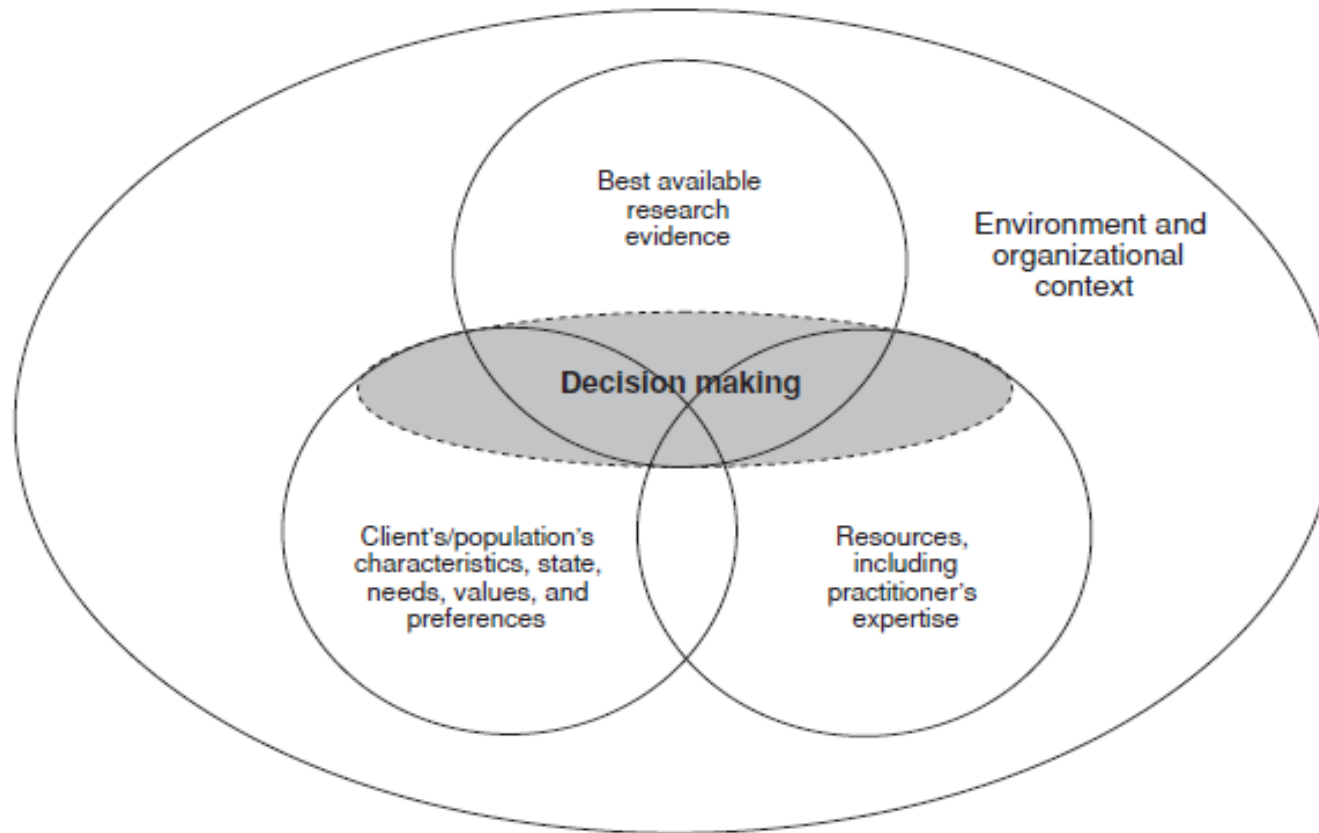
Les logopèdes doivent prodiguer le meilleur traitement possible à leurs patients [...]

Code Ethique et Déontologique

Obligation professionnelle : justifier la pertinence de ses décisions thérapeutiques et de ses actes professionnels.

Toward a transdisciplinary model of EBP

(tiré de Satterfield et al., 2009)



Dans cette perspective, la **prise de décision** constitue un **processus complexe** qui nécessite de combiner **différentes variables (piliers)**

Définition de l'EBP

- Concept issu de la médecine : EBM

« Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. » (Sackett et al., 1996)

- Application dans d'autres disciplines : EBP

Evolution du concept

- Plusieurs définitions – plusieurs applications
 - En **médecine** (Sackett et al., 1996 ; Straus et al., 2011)
 - En **logopédie** (American Speech-Language-Hearing Association, 2005)
 - En **psychologie** (American Psychological Association [APA], 2005)
 - En **neuropsychologie** (Cicerone et al., 2000 ; Chelune, 2010)

Mais la philosophie de base reste inchangée

Evidence Based Practice (EBP)

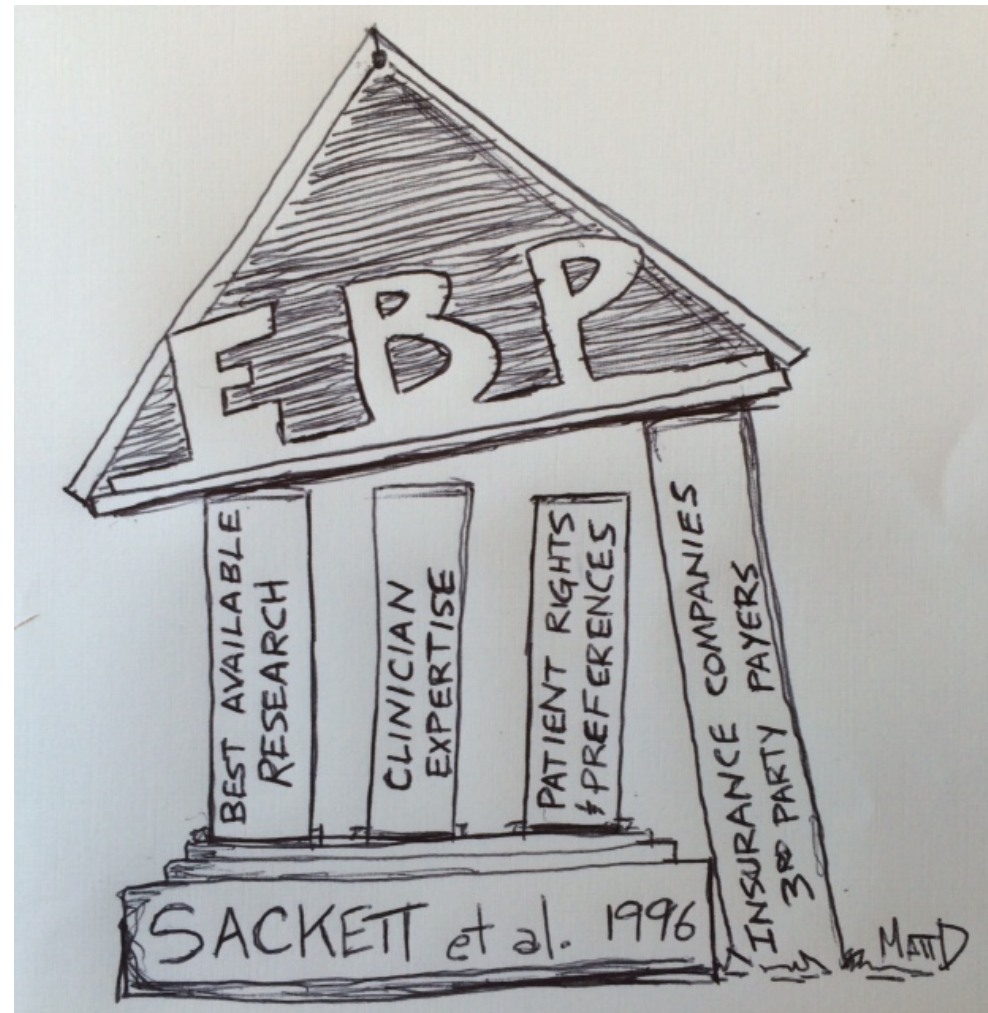
(à partir de Dollaghan, 2007 ; cf. Maillart & Durieux, 2012)

E³BP = intégration consciente, explicite et appropriée des

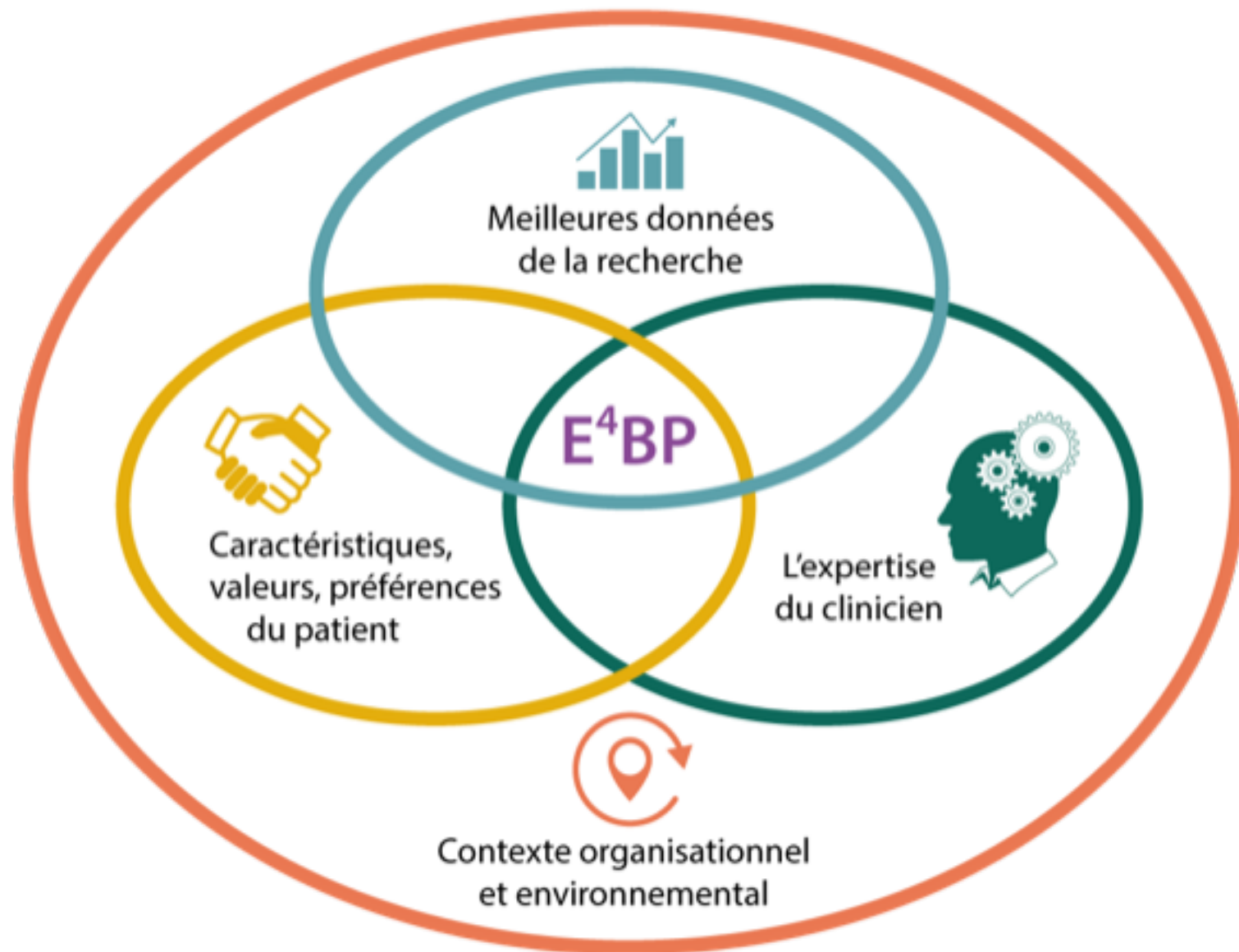
1. meilleures preuves externes venant de la **recherche**
2. meilleures preuves internes venant **de l'expérience clinique**
3. meilleures preuves concernant **les préférences d'un patient** correctement et complètement informé

Pour réduire l'incertitude au niveau d'une décision clinique et aider au choix thérapeutique

Vers E⁴BP



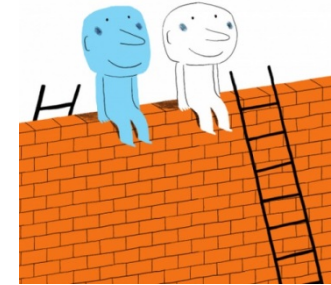
+ 4. données contextuelles



Le but de l'EBP ?

- « ... réaliser des services de haute qualité qui reflètent les préférences, les valeurs, les besoins, et les choix des individus que l'on sert » (Robey et al., 2004)

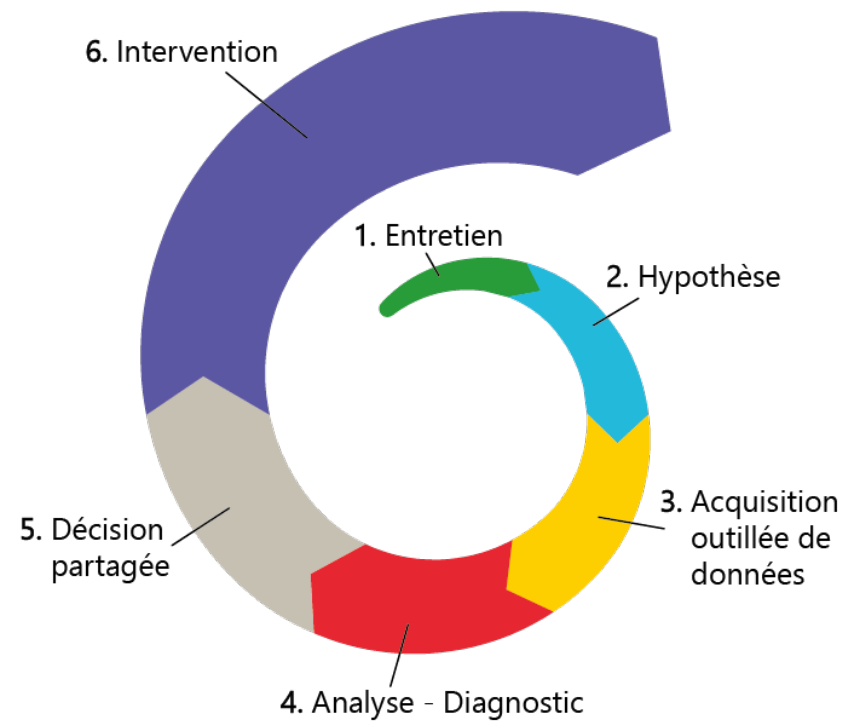
EBP comme pont clinicien - chercheur



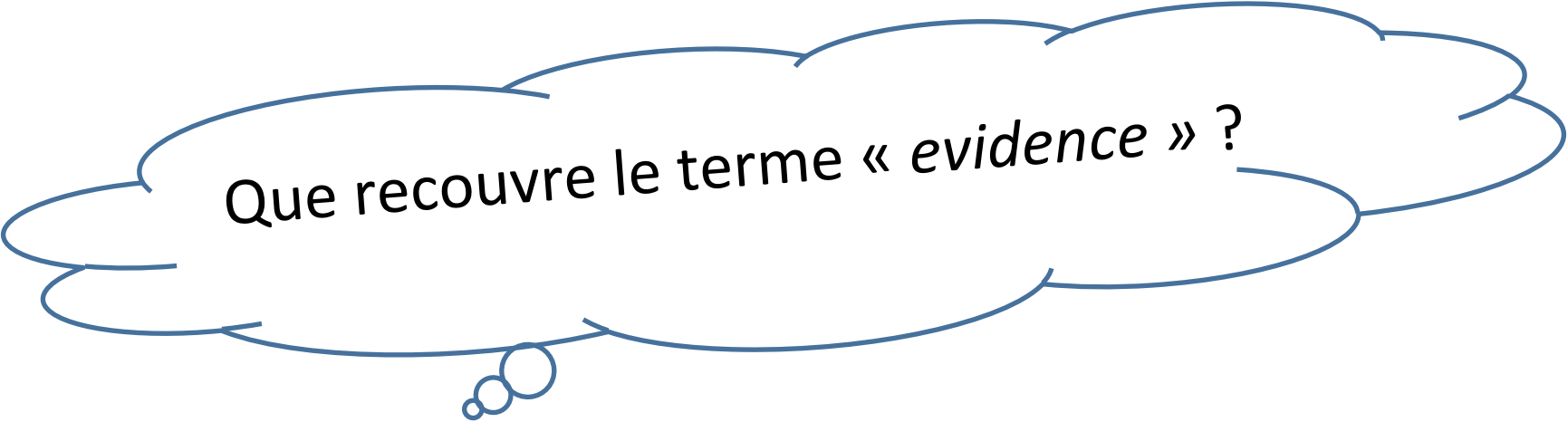
« If you are a clinician, you must believe that you know what will help your patient; otherwise, you cannot counsel, you cannot prescribe. If you are a scientist, however you must be uncertain – a scientist who no longer asks questions is a bad scientist. »

(Barret-Connor, 2002, p.30 cité par Dollaghan, 2007)

La démarche clinique







Que recouvre le terme « *evidence* » ?

Les résultats valides et cliniquement pertinents de la recherche scientifique (Sackett et al., 2000)

Traduction :

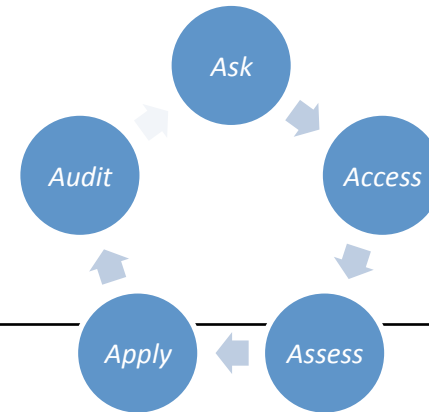
« Preuves » / faits (documentés) / données probantes

Et aussi ...

- *Evidence-based practice* ou *practice-based evidence* ?
- *PBE = preuves issues de la pratique, soit :*
 - l'expérience personnelle du clinicien et ses connaissances théoriques -lui permettant de faire les choix pratiques les plus appropriés-,
 - la pratique réflexive -les connaissances issues de la pratique-
 - l'évaluation de sa pratique.

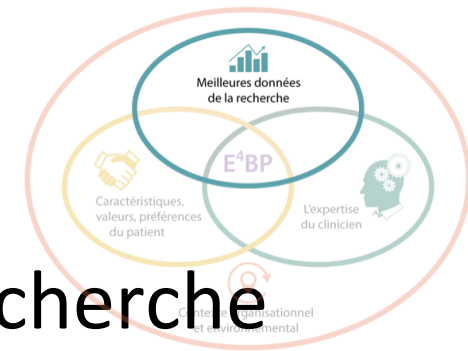
La démarche E⁴BP au service de la clinique

Approche classique des 5 A



Étape 1	poser une question clinique structurée et précise
Étape 2	rechercher les meilleures données issues de la littérature scientifique
Étape 3	évaluer les données de manière critique
Étape 4	appliquer les données probantes dans la pratique
Étape 5	évaluer la « performance »

E < recherche



- E¹= utilisation d'un télescope : on cherche dans un univers de données, ce qui nous intéresse pour notre question. On voit un champ large, avec une faible résolution sur une chose précise





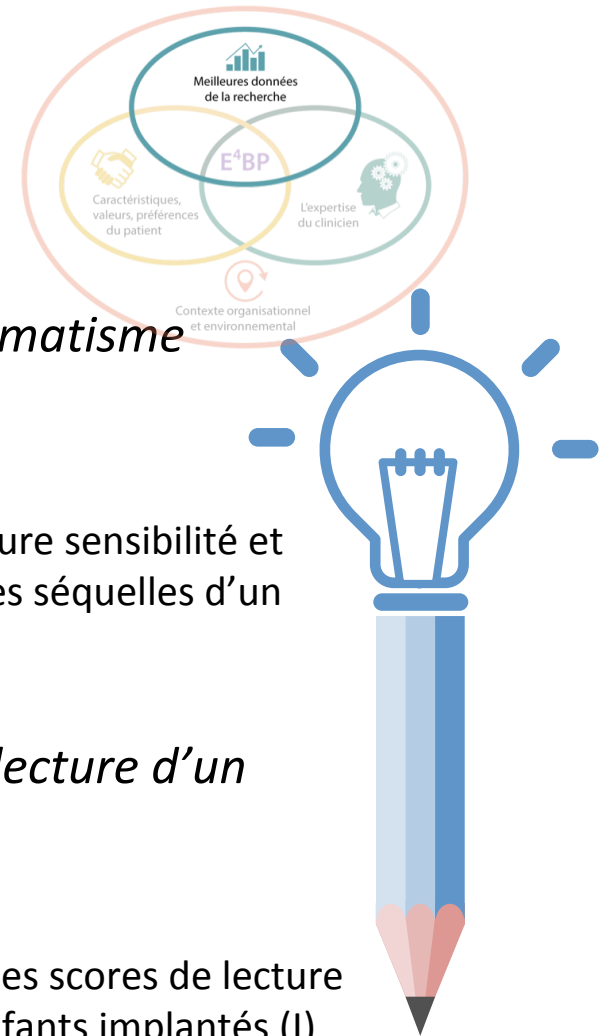
Poser une question structurée : canevas PICO

(Richardson et al., 1995)

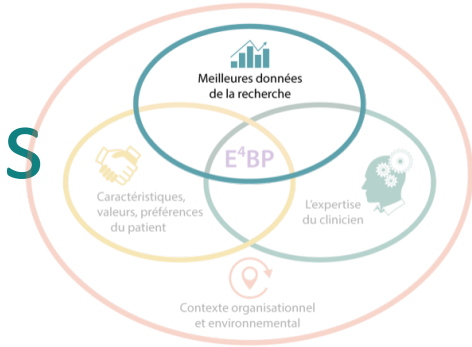
P	patient, population ou problème
I	intervention (au sens large)
C	intervention servant de comparaison, de contrôle (si pertinent)
O	<i>outcomes</i> (issue clinique, critères de jugement)

Poser une question structurée

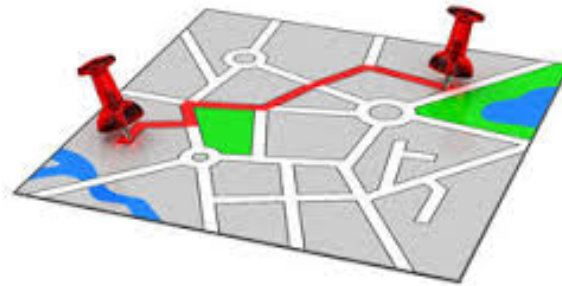
- *Ce patient a-t-il des séquelles à la suite de son traumatisme cérébrale léger*
 - Un test de mémoire épisodique (I) présente-t-il une meilleure sensibilité et spécificité (O) qu'un test attentionnel (C) pour identifier des séquelles d'un traumatisme cérébrale (P) ?
- *Est-ce que l'implant cochléaire aide à améliorer la lecture d'un enfant sourd?*
 - Chez les enfants qui souffrent d'une surdité profonde (P), les scores de lecture à 12 ans (O) sont-ils significativement meilleurs chez les enfants implantés (I) que chez ceux qui n'ont pas eu d'implants cochléaires (C) ?



Chercher les bonnes données aux bons endroits



- Indispensable de savoir où chercher mais aussi où il est peu utile de chercher (Dollaghan, 2007)



Hierarchie des données issues d'études primaires

Différentes hiérarchies de *designs* de recherche en fonction du type de question posée

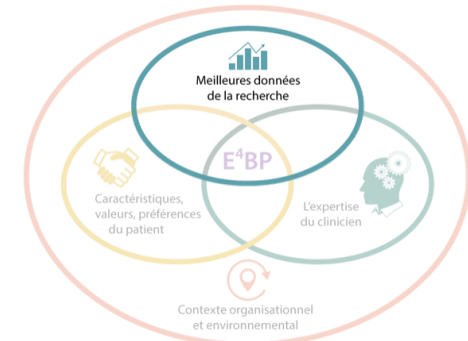
Traitement

1. Essais contrôlés randomisés
2. Études de cohorte
3. Cas cliniques (publiés)

Diagnostic

Pronostic

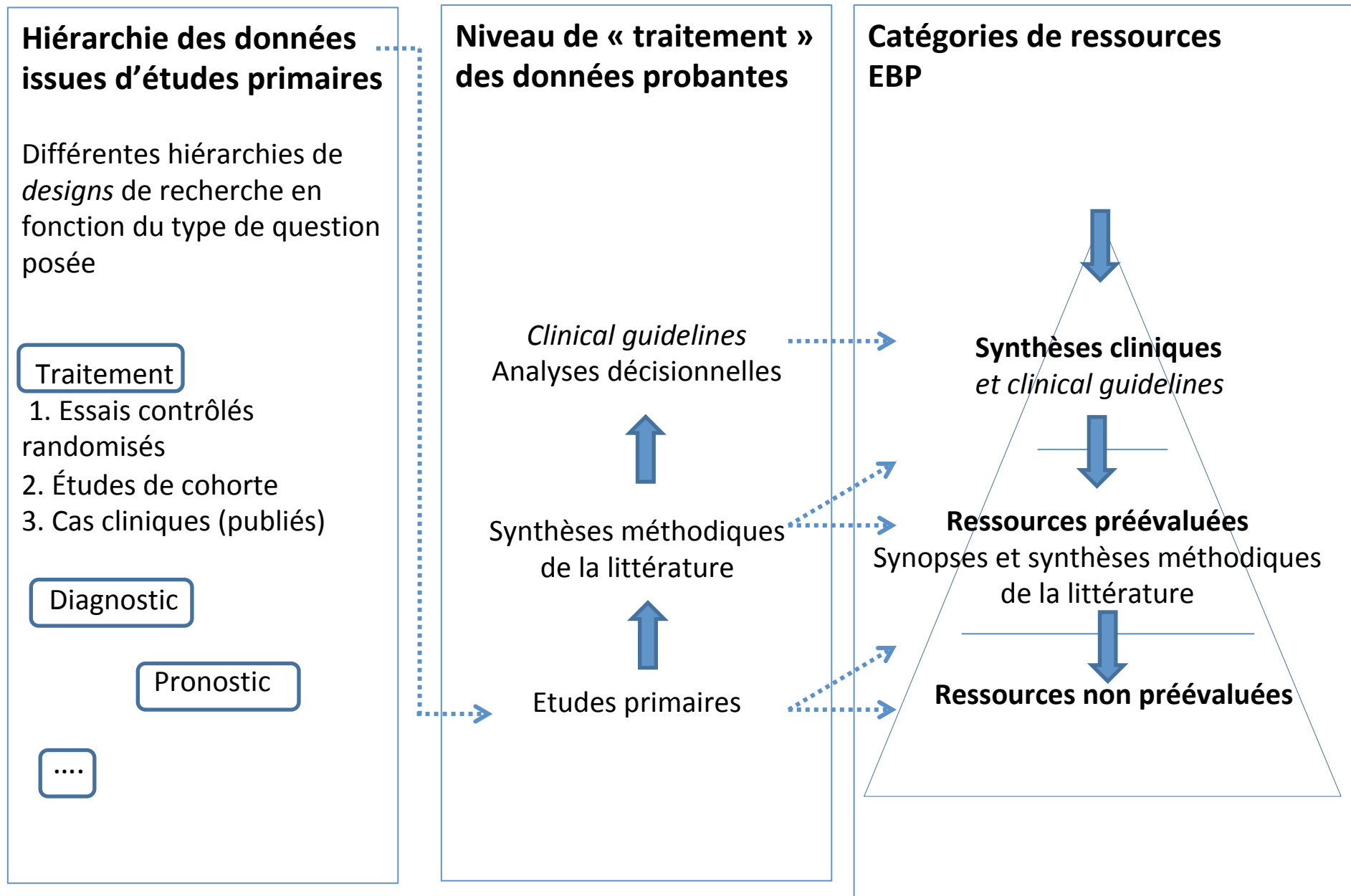
....



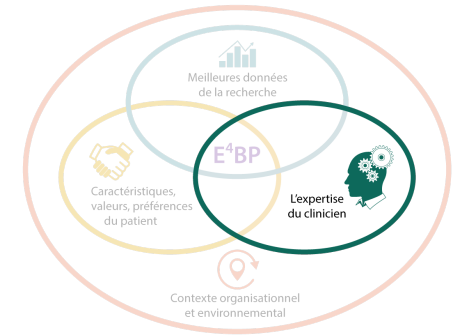
- Toutes les publications ne sont pas de qualité équivalente
- → « niveaux de preuve »
- le degré de confiance à accorder aux résultats/conclusions d'une étude en fonction
 - du schéma de l'étude (*study design*)
 - de la qualité de la méthodologie et de l'analyse des résultats

(Greenhalgh, 2010 ; OCEBM Levels of Evidence Working Group, 201



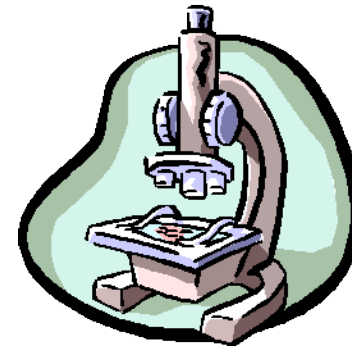


E < Expertise clinique

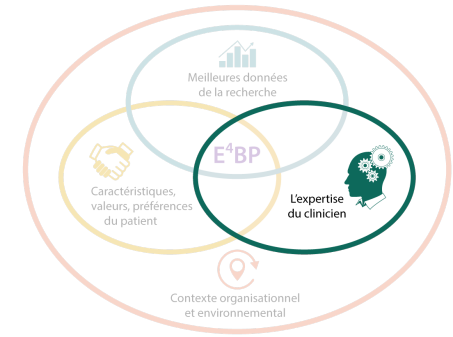


E²

Microscope : zoom ... très bonne résolution sur un point précis mais difficile de voir les liens avec « le reste du monde »

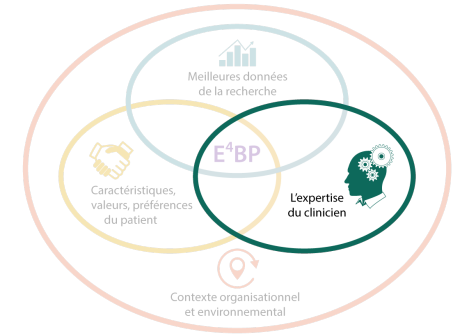


Prendre des données au sein de sa pratique & la nourrir de données



Il s'agit ici d'adapter les recommandations issues de **E¹** aux spécificités de patients individuels

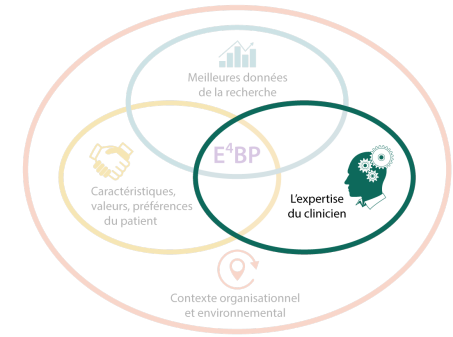
Méthodologie de l'entretien / évaluation



Les ingrédients actifs des interventions

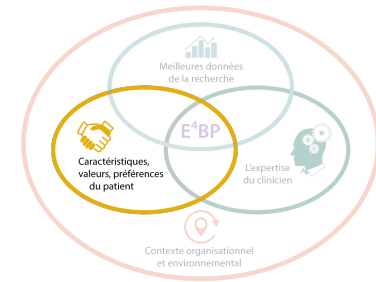
- Décrire les caractéristiques de la prise en charge :
 - **Objectif ? cibles** spécifiques du traitement (ex. : améliorer certaines mesures phonologiques, réduire l'anxiété, etc.)
 - **Quoi ?** les **techniques** thérapeutiques (ex. : introduire une forme par modelage lors d'une session de jeu ; entraîner une production par drill)
 - **Comment ?** informations concernant le **dosage** (durée et fréquence de l'intervention (ex. 20min / 3 fois par semaine), nombre d'exercices/cibles proposés, durée totale de l'intervention (ex. 4 mois))

Prendre en compte nos caractéristiques personnelles



- En termes de
 - formation
 - Biais cognitifs
 - ...

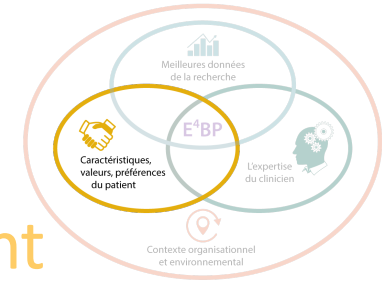
E < Patient



- E³= métaphore de la boîte blanche



On ne peut directement observer ce qui se passe dans la tête du patient, connaître ses préférences et ses valeurs



Décider et appliquer : en partenariat avec le patient

PRESCRIPTIF

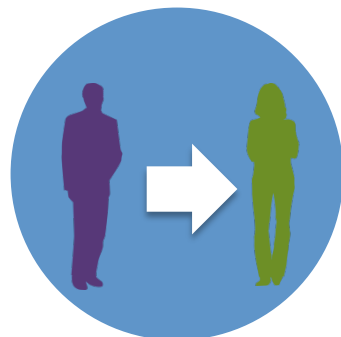


Consentement éclairé
partiel et passif

Valeurs et préférences
inférées

1980

Le clinicien décide



CENTRE SUR LE PATIENT



Consentement éclairé
partiel

Valeurs questionnées

2000

Le clinicien décide



PATIENT PARTENAIRE

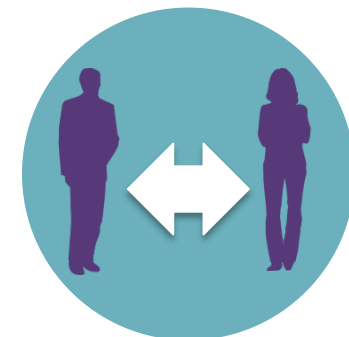


Le clinicien informe des
résultats attendus

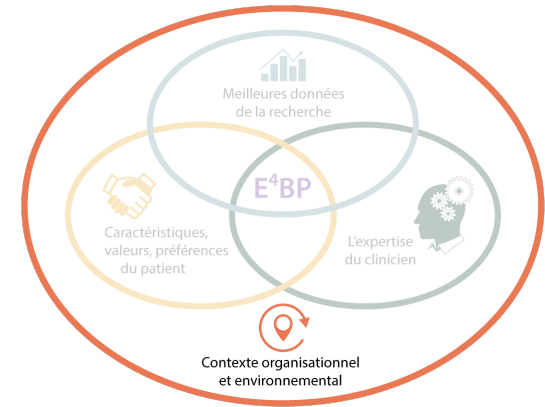
Préférences
questionnées

2020

Décision partagée



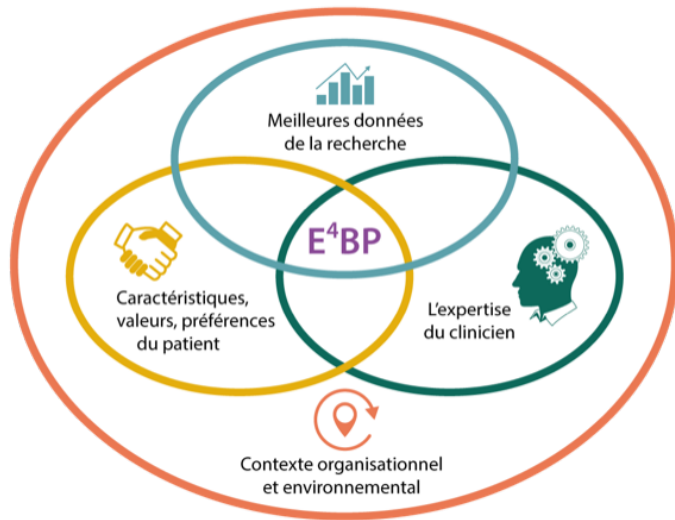
E < Contexte



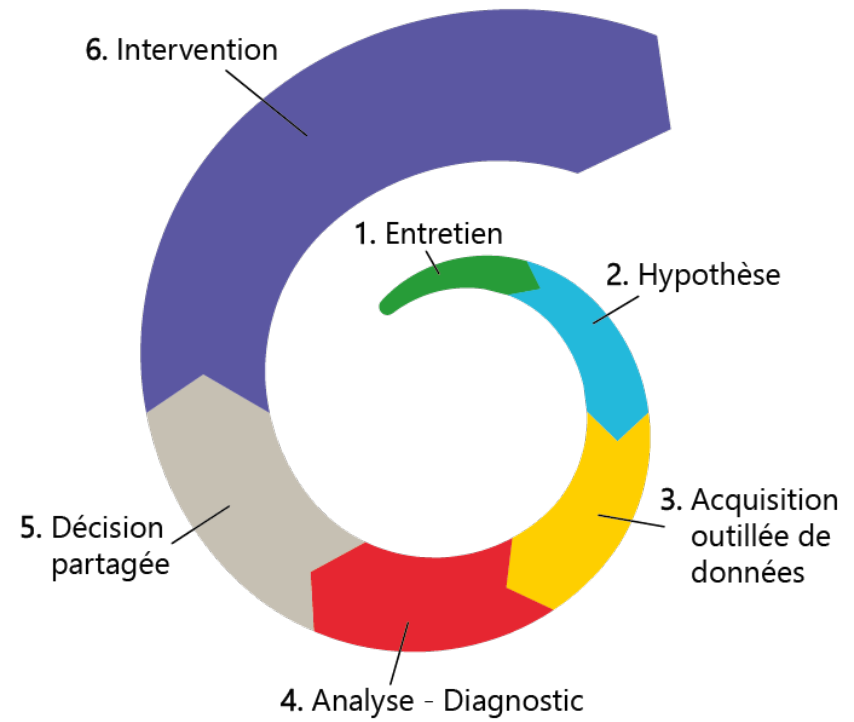
L'environnement est multifacette et complexe

des facteurs facilitateurs ou des barrières ?

→ politiques de soin de santé, climat social, infrastructures disponibles, les ressources financières du patient, financement des soins...



EN CONCLUSION



Cela reste une décision clinique !

(Tonelli, 2006)

- Qui doit être prise en tenant compte
 1. Des données issues de la recherche (E1)
 2. Des données issues de l'expérience clinique (E2)
 3. De la compréhension du fonctionnement psychopathologique (connaissances théoriques!)
 4. Des préférences du patient et de ses valeurs (E3)
 5. Des caractéristiques du système (E4 - prise en compte du contexte)

- Pas un niveau qui a priorité sur les autres
- La décision clinique est un processus personnel et réflexif qui peut conduire à des conclusions différentes face à des cas similaires, selon le poids relatif donné aux différentes sources.
- Prise de conscience et analyse de ce poids relatif !

Références

- Agoritsas, T., Vandvik, P. O., Neumann, I., Rochweg, B., Jaeschke, R., Hayward, R., . . . McKibbin, K. A. (2015). Finding current best evidence. In G. Guyatt, D. Rennie, M. O. Meade, & D. J. Cook (Eds.), *Users'guide to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice* (3rd ed., pp. 29-49). New York, NY: McGraw-Hill Education.
- American Psychological Association. (2005). *Policy statement on evidence-based practice in psychology*. Retrieved from <http://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement.aspx?item=1>
- American Psychological Association. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Retrieved from <https://www.apa.org/ethics/code/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2005). *Evidence-based practice in communication disorders* [Position statement]. Retrieved from www.asha.org/policy
- Bilder, R. M. (2011). Neuropsychology 3.0: Evidence-based science and practice. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *17*, 7-13. doi:10.1017/S1355617710001396
- Chelune, G. J. (2010). Evidence-based research and practice in clinical neuropsychology. *The Clinical Neuropsychologist*, *24*, 454-467. doi:10.1080/13854040802360574
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., & Herzog, J. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*, 1596-1615. doi:10.1053/apmr.2000.19240
- CPLOL (2009). *Principes éthiques et déontologiques*. Retrieved from <https://cplol.eu/documents/official-documents/ethical-practice/145-principes-ethiques-et-deontologiques/file.html>
- Dollaghan, C. A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore, Maryland: Brookes Publishing.
- Glasziou, P., Burls, A., & Gilbert, R. (2008). Evidence based medicine and the medical curriculum. *BMJ*, *337*, a1253. doi:10.1136/bmj.a1253

- Greenhalgh, T. (2010). *How to read a paper: The basics of evidence-based medicine* (4th ed.). Chichester, England: Wiley-Blackwell.
- 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, France: Elsevier-Masson.
<http://hdl.handle.net/2268/118673>
- OCEBM Levels of Evidence Working Group. (2011). The 2011 Oxford Levels of Evidence. Retrieved from <https://www.cebm.net/2016/05/ocebm-levels-of-evidence/>
- 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, A-12.
- Robey, R., Apel, K., Dollaghan, C. A., Ellmo, W., Hall, N., Helfer, T., . . . Lonsbury-Martin, B. (2004). Report of the Joint Coordinating Committee on Evidence-Based Practice. Retrieved from <http://www.asha.org/uploadedFiles/members/ebp/JCCEBPReport04.pdf>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 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.
- Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Quarterly*, 87, 368-390. doi: 10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x
- 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 Elsevier
- Tonelli, M. R. (2006). Integrating evidence into clinical practice: An alternative to evidence-based approaches. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 248-256.

Pour en savoir plus...

Psychologue
Orthophoniste
Logopède



I'E⁴BP

au service du patient