La pratique fondée sur les preuves en orthophonie

Depuis quelques années, les cliniciens entendent de plus en plus parler de pratique basée sur les données probantes (*Evidence-Based Practice* ou EBP) Présentation des grands principes, à travers une étude de cas, et retour sur les obstacles rencontrés dans la pratique et sa mise en place.

Julie Cattini

L'exercice de la profession demande la maîtrise de compétences plurielles dans des domaines d'intervention diversifiés. Afin d'offrir des soins de qualité, il est nécessaire de développer une pratique éclairée, au croisement des connaissances théoriques fondamentales et d'un savoir-être coloré par de bonnes aptitudes interpersonnelles. Les orthophonistes doivent prendre des décisions cliniques éclairées quotidiennement concernant, par exemple, l'accès au soin, le choix des tests utilisés pour l'évaluation clinique ou la priorisation des objectifs thérapeutiques. Le cadre donné par la pratique basée sur les données probantes (*Evidence-Based Practice* ou EBP, en anglais) permet d'ajuster ses décisions en tenant compte des données de la littérature scientifique, de son expérience clinique et des préférences du patient tout en faisant preuve d'esprit critique sur l'ensemble du processus *(figure 1)*.

Si, au premier abord, cette démarche, semble simple, son adéquation relative aux réalités cliniques, engendre une réflexion importante de la part des chercheurs pour réduire l'écart entre la recherche et la clinique. Dans ce contexte, un changement de conceptualisation s'est opéré de la part de la communauté scientifique et clinique.

Les étapes de l'EBP

La pratique fondée sur des données probantes se définit comme une démarche de développement professionnel dans laquelle il s'agit de questionner ses propres pratiques et d'en améliorer l'efficience pour une meilleure qualité de soins offerts au patient[1]. Selon Marie-Anne Schelstraete[2], elle se décompose en six étapes principales: formuler une décision clinique; chercher des preuves dans la littérature scientifique; évaluer les preuves de manière critique; mettre en commun les preuves et les préférences du patient; évaluer les résultats de la décision.

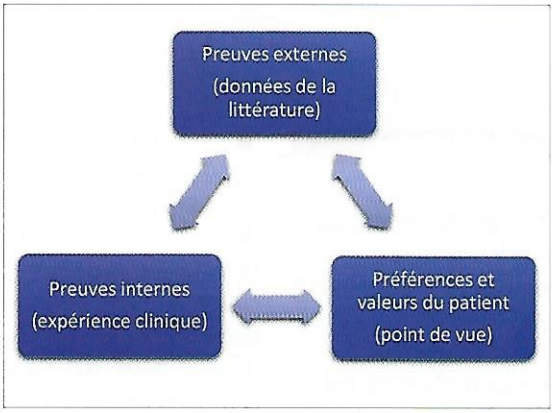


Figure 1. Les trois piliers de l'EBP.

Illustration clinique

Amandine est une enfant de 11 ans (CM2) présentant un trouble de l'acquisition de la coordination. Une plainte en mathématiques est présente et est confirmée par la passation d'un bilan normalisé. Amandine et sa famille souhaitent une intervention orthophonique. La demande se situe principalement au niveau des calculs simples. Les données de la littérature confortent le choix de cet objectif thérapeutique. Il fait consensus que la résolution d'additions et de soustractions simples est une compétence essentielle à acquérir en mathématique[3]. C'est, par ailleurs, une compétence sous-jacente au calcul procédural et à la résolution de problèmes[4]. Compte tenu de ces éléments, le choix de l'intervention suscite de nombreuses questions: quels sont les ingrédients actifs d'une intervention efficace? Quels résultats peut-on attendre? Quelle fréquence et durée de traitement proposer? Quels principes d'intervention doivent sous-tendre la rééducation? etc.

Une démarche EBP est mise en place en respectant, au mieux, les différentes étapes.

1. **Question clinique.** Quels moyens d'intervention ont-ils fait leurs preuves pour améliorer la résolution d'additions et de soustractions simples chez un

Références

[1] Maillart C, Durieux N. Une initiation à la méthodologie « Evidence-Based Practice » : Illustration à partir d'un cas clinique. In: Les dysphasies : de l'évaluation à la rééducation. Paris: Elsevier Masson; 2012. p. 129-52.

[2] Schelstraete M-A. Méthodologie de l'intervention clinique: principes de traitement. In: Traitements du langage oral chez l'enfant. Paris: Elsevier; 2011. p. 29-56.

[3] Methe SA, Kilgus SP, Neiman C, Chris Riley-Tillman T. Meta-Analysis of Interventions for Basic Mathematics Computation in Single-case Research. J Behav Educ. 2012;21(3):230-53.

[4] Fuchs LS, Fuchs D, Compton DL, Powell SR, Seethaler PM, Capizzi AM, et al. The cognitive correlates of third-grade skill in arithmetic, algorithmic computation, and arithmetic word problems. J Educ Psychol. 2006;98(1):29-43.

[5] Fuchs LS, Powell SR, Seethaler PM, Fuchs D, Hamlett CL, Cirino PT, et al. A Framework for Remediating Number Combination Deficits. Except Child. 2010;76(2).

enfant d'âge scolaire présentant des difficultés d'apprentissage en mathématique?

2. **Recherche de preuves dans la littérature.** Les banques de données bibliographiques, Pubmed et Eric (Education Resources Information Center), ainsi que les bibliographies de deux articles sont consultées[5,6]. Vingt-six articles sont présélectionnés, car ils amènent des informations intéressantes concernant les connaissances théoriques, l'efficacité des interventions ou les données à récolter lors de l'évaluation.

3. **Évaluer les preuves de manière critique.** Au regard du profil de la patiente et de la qualité des différentes méthodologies, douze articles sont conservés et lus en cinq semaines.

4. **Évaluer les preuves internes disponibles dans la pratique clinique.** Ne disposant d'aucune expérience de prise en charge à ce niveau avec une patiente de cet âge et un profil similaire, les preuves internes disponibles sont extrêmement limitées. La connaissance de la famille permet toutefois de savoir qu'une pratique intensive à domicile sera envisageable.

5. **Mettre en commun les preuves et les préférences du patient.** Après la lecture des différents articles, il s'avère qu'une évaluation critériée est nécessaire afin d'individualiser l'intervention[5]. Selon Bernadette Piérart[7], l'évaluation critériée se définit comme « *une mesure des performances d'un consultant par rapport à des objectifs hiérarchisés et en référence à un modèle théorique* ». Dans ce contexte, celle-ci permet d'analyser les performances d'Amandine au regard du cadre conceptuel de Patrick Lemaire et Robert Siegler[8] et de la théorie de chevauchement des vagues de Robert Siegler[9]. Nous pouvons analyser la distribution, la sélection et l'exécution des différentes stratégies opératoires en nous basant sur des données développementales[10]. Nous pouvons ensuite finaliser le protocole de rééducation qui reprend les informations suivantes: la plainte du patient, les preuves externes (bases théoriques et empiriques), les objectifs (à court, moyen et long terme), les cibles et les ingrédients actifs (principes, progression, outils, dosage)[11].

Un rendez-vous est pris avec Amandine et ses parents afin de discuter du protocole élaboré et des données l'appuyant. Une concertation est réalisée pour déterminer de manière définitive les conditions de la prise en charge et les rôles de chacun.

6. **Évaluer les résultats des décisions.** Afin de vérifier l'efficacité de l'intervention, nous proposons des mesures d'efficacité et nous basant sur les types de mesures préconisées par Trecy Martinez-Perez et collaborateurs[12]: mesure évaluant l'élément travaillé en séance (résolution d'additions et de soustractions simples), mesure évaluant un élément pour lequel on attend un éventuel transfert (résolution de calculs procéduraux), mesure évaluant un élément pour lequel un transfert peut hypothétiquement être attendu (résolution de multiplications et de divisions simples) et mesure contrôle évaluant un élément indépendant (lecture et dictée de grands nombres) pour laquelle aucune amélioration n'est attendue. Celles-ci sont proposées lors d'un prétest (avant l'intervention), d'un posttest intermédiaire (en cours d'intervention), d'un posttest immédiat (à la fin de l'intervention) et d'un posttest différé (un mois après l'intervention).

Les difficultés rencontrées et les nouvelles modélisations

Au regard de l'illustration clinique précédente, il apparaît assez clairement que la mise en place d'une démarche EBP est loin d'être aisée en clinique. De nombreuses études ont mis en évidence des obstacles récurrents en orthophonie (pour la Belgique[13], pour les États-Unis[14], pour l'Irlande[15]):

– le manque de temps;
– le manque de connaissances des ressources disponibles;
– les difficultés d'accès à des outils de recherche spécialisés;
– le coût d'accès à l'information;
– le manque de compétences académiques (utilisation des banques de données, évaluation de la qualité scientifique de l'information, sélection des informations pertinentes, compréhension des analyses statistiques);
– le manque de données probantes d'un bon niveau de preuve;
– les données insuffisantes dans les études pour permettre une réplication fidèle de l'intervention.

Afin de répondre aux problèmes soulevés par la mise en pratique de l'EBP, des auteurs ont proposé de nouveaux modèles qui permettent de prendre en considération le contexte clinique et de valoriser l'expérience clinique. Selon Sue Roulstone[16], il est important de tenir compte du contexte local (ressources disponibles, valeurs culturelles, etc.).

Par ailleurs, Gregory Lof[17] propose de capitaliser le bénéfice apporté par l'expérience clinique en la remplaçant par le concept de Practice-Based Evidence ou « *preuve basée sur la pratique* » (méthodologie de recherche clinique qui vise à mesurer l'efficacité des traitements déjà mis en place chez le ▶

Références

[6] Chodura S, Kuhn JT, Holling H. Interventions for children with mathematical difficulties: A meta-analysis. Zeitschrift fur Psychol. 2015;223(2):129-44.

[7] Piérart B. Nature et fonctions des bilans. In: Les bilans de langage et de voix. Fondements théoriques et pratiques. Paris: Masson; 2006. p. 7-13.

[8] Lemaire P, Siegler RS. Four aspects of strategic change: contributions to children's learning of multiplication. J Exp Psychol Gen. 1995 Mar;124(1):83-97.

[9] Siegler RS. How Does Change Occur: A Microgenetic Study of Number Conservation. Cogn Psychol. 1995 Jun;28(3):225-73.

[10] Ménissier A. Les variations stratégiques chez l'enfant dans le calcul d'additions et de soustractions élémentaires. Glossa, Unadreo. 2003;83:20-33.

[11] Cattini J, Clair-Bonaimé M. Les apports de l'Evidence-Based Practice et de la Practice-Based Evidence : du bilan initial à l'auto-évaluation du clinicien. Rééducation orthophonique. 2017;272:109-46.

[12] Martinez T, Maillart C. Préciser, argumenter et évaluer, les objetifs thérapeutiques pour améliorer la prise en charge orthophonique. Rééducation orthophonique. 2015;261:63-89.

[13] Durieux N, Pasleau F, Piazza A, Donneau A-F, Vandenput S, Maillart C. Information behaviour of French-speaking speech-language therapists in Belgium: results of a questionnaire survey. Heal Inf Libr J. 2016 Mar;33(1):61-76.

Références

[14] Zipoli RP, Kennedy M. Evidence-Based Practice Among Speech-Language Pathologists. Am J Speech-Language Pathol. 2005 Aug 1;14(3):208.

[15] O'Connor S, Pettigrew CM. The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence⊠ based practice by speech and language therapists. Int J Lang Commun Disord. 2009 Jan;44(6):1018-35.

[16] Roulstone S. Exploring the relationship between client perspectives, clinical expertise and research evidence. Int J Speech Lang Pathol. 2015 May 4;17(3):211-21.

[17] Lof GL. Science-based practice and the speech-language pathologist. Int J Speech Lang Pathol. Taylor & Francis; 2011;13(3):189-96.

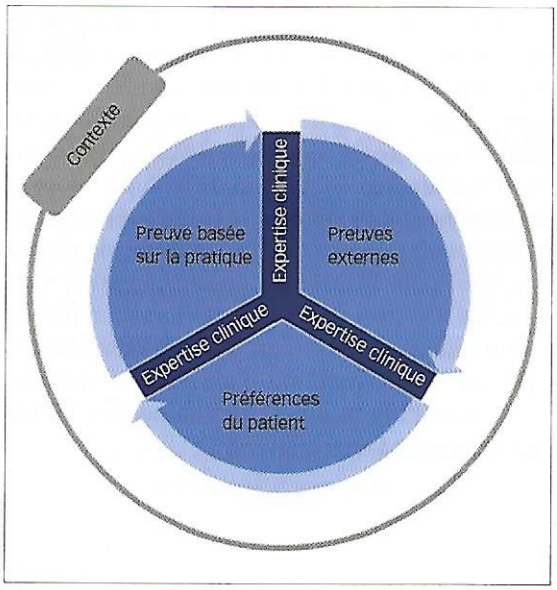
[18] Tonelli MR. Integrating evidence into clinical practice: An alternative to evidence-based approaches. J Eval Clin Pract. 2006;12(3):248-56.

[19] Johnson CJ. Getting Started in Evidence-Based Practice for Childhood Speech-Language Disorders. Am J Speech-Language Pathol. 2006 Feb 1;15(1):20.

[20] Apel K. Science Is an Attitude: A Response to Kamhi. Lang Speech Hear Serv Sch. 2011 Jan 1;42(1):65.

[21] Gedda M. Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche. Kinésithérapie, la Rev. 2015 Jan;15(157):25-7.

[22] Brackenbury T, Burroughs E, Hewitt LE. A Qualitative Examination of Current Guidelines for Evidence-Based Practice in Child Language Intervention. Lang Speech Hear Serv Sch. 2008 Jan 1;39(1):78.



© Julie Cattini

Figure 2. Modèle de l'EBP adapté de Roulstone et Lof.

▶ patient[1]). Cela permet d'obtenir un modèle plus actuel pour l'EBP *(figure 2)*.

En 2006, Mark Tonelli[18] propose de parler d'une approche « *casuistique* », qui consiste à résoudre les problèmes pratiques par une discussion entre, d'une part, des principes généraux et, d'autre part, la considération des particularités du cas étudié. Selon lui, l'EBP sous-tend la mise en place de la meilleure pratique disponible. Il insiste toutefois sur l'importance variable des données selon la situation clinique. Il prend également en considération le fait que deux cliniciens n'obtiendront pas forcément la même réponse à une question clinique. Dans cette approche, la prise de décision se base sur cinq informations :

– preuves empiriques ;
– expériences cliniques ;
– compréhension du trouble (connaissances théoriques) ;
– valeurs et préférences du patient ;
– caractéristiques du système (contexte, valeurs professionnelles, disponibilité des ressources, etc.).

Quelques éléments pour remanier sa pratique en respectant les principes de l'EBP

L'EBP est considérée, avec raison, comme un réel défi par les cliniciens[19], et cette difficulté est de plus en plus reconnue par les chercheurs. Il est toutefois possible de réaliser un premier pas vers une méthodologie clinique rigoureuse. Comme le précise Kenn Apel[20] : « *La science est une attitude.* »

Étape 2. Ressources disponibles pour la recherche de données probantes

Pour consulter des preuves externes d'un bon niveau de preuve, il est fortement recommandé de consulter des banques de données bibliographiques. Claire Johnson[19] recommande trois bases de données :

– Medline, www.ncbi.nlm.nih.gov ;
– PsycInfo, www.apa.org/psycinfo ;
– Eric, www.eric.ed.gov.

Nous ajoutons SpeechBite (speechbite.com), qui permet de trouver efficacement des études d'intervention concernant particulièrement l'orthophonie et le Practice Portal de l'Asha (www.asha.org/Practice-Portal), qui permet de trouver de nombreuses ressources par thématique.

Étape 3. Outils pour l'analyse critique des articles scientifiques

Pour évaluer la qualité des articles scientifiques, il existe de nombreuses grilles d'analyse. Nous privilégierons ici la présentation du travail de Michel Gedda[21] qui propose en libre accès des lignes directrices traduites en français : Consort *(Consolitated Standards of Reporting Trials)*, pour les essais contrôlés randomisés ; Strobe *(Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)*, pour les études observationnelles ; Prisma *(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)*, pour les revues systématiques et les méta-analyses ou encore Care *(Case Report)*, pour les études de cas.

Étape 4. Autoévaluation et développement de l'esprit critique

Selon Tim Brackenbury et ses collaborateurs[22], des autoévaluations périodiques devaient être réalisées pour se demander pourquoi et comment l'intervention est menée :

– quelles sont les raisons pour lesquelles ce traitement devrait fonctionner ?
– quelles sont les preuves dans la recherche pour ce traitement ?
– quelles preuves cliniques existent pour l'efficacité de ce traitement ?

L'orthophoniste devrait construire des manières d'évaluer sa pratique tout étant conscient des biais possibles.

Pour éviter ces biais, il est indispensable de développer son esprit critique[23]. Denise Rousseau et Brian Gunia[24] rapportent qu'une pensée critique insuffisante est associée à une préférence pour les décisions intuitives et pour l'intuition plutôt que la preuve scientifique. Toutefois, l'esprit critique ne s'acquiert pas naturellement en recevant une bonne éducation mais nécessite un enseignement direct[23].

© momius/stock.adobe.com

Trois composantes sont généralement reconnues comme composant les connaissances de base et les compétences pour la pensée critique[25] : la capacité de raisonnement critique basée sur l'analyse des arguments, des dispositions de pensée et la connaissance des biais cognitifs.

De nombreuses ressources existent afin d'avoir une première approche de la pensée scientifique. Nous pouvons citer, pour une première approche, la revue *Science et pseudo-sciences* de l'Association française pour l'information scientifique et l'Observatoire zététique du Collectif de recherche transdisciplinaire esprit critique et sciences (Cortecs).

Étape 5. Inclusion du patient dans le soin

Un des trois piliers est la prise en compte des préférences et des valeurs du patient. Celui-ci est toutefois confondu avec la prise en compte du profil du patient. La démarche de l'EBP encourage à fournir des soins centrés sur le patient, voire un partenariat (pour plus d'informations, voir le Montreal Model[26]).

En médecine, les patients informés sont plus enclins à participer activement à leurs soins, à prendre des décisions plus avisées et à adhérer au traitement[27]. Les patients doivent savoir qu'ils sont capables de comprendre l'information qui leur est fournie, et que l'expertise personnelle et l'expertise médicale sont tout aussi importantes[28].

Ronald Epstein et ses collaborateurs[27] proposent un processus en cinq étapes tenant compte des besoins et des perspectives du patient ainsi que de l'expertise du médecin :

– comprendre l'expérience et les attentes du patient ;
– construire le partenariat ;
– fournir des preuves (discussion équilibrée entre certitudes et incertitudes) ;
– présenter les recommandations ;
– vérifier la compréhension et l'accord mutuel.

Étape 6. Mesures d'efficacité

Si les lignes de base (mesures d'efficacité) attirent fortement l'intérêt du clinicien comme première approche pour vérifier leur pratique, il s'avère toutefois que peu d'écrits adaptés aux conditions cliniques existent à ce sujet. Pour en apprendre plus sur cette méthodologie clinique, nous vous invitons à consulter trois références.

En français, Trecy Martinez-Perez et ses collaborateurs[12] fournissent des éléments théoriques ainsi que des illustrations cliniques pour avoir une première approche. En anglais, dans un article récent, Susan Ebbels[29] fournit de manière didactique les modèles utilisés dans les études d'intervention. Cette ressource peut aider le clinicien à concevoir des mesures d'efficacité en contrôlant au mieux les différentes variables en jeu.

En dernier lieu, l'article de Lesley Olswang et Alan Bain[30] insiste sur la collecte de données pour mesurer l'efficacité de la prise en charge mais également comme information pour aider à la prise de décision clinique. Ils proposent une série de questions à se poser afin d'opter pour les mesures les plus appropriées.

Conclusion

L'EBP est une démarche idéale d'un point de vue théorique, car elle inclut les données de la littérature et l'expérience du clinicien, tout en prenant en compte les besoins du patient, mais elle se confronte toutefois à des contraintes pratiques.

Selon Denise Rousseau et Brian Gunia[24], il est primordial de considérer trois facteurs pour comprendre les raisons de l'adoption ou non de la pratique fondée sur des données probantes dans l'exercice clinique : la capacité, la motivation et l'opportunité. L'apprentissage des compétences fondamentales et fonctionnelles nécessaires pour mettre en place l'EBP est indispensable mais insuffisant. Les cliniciens doivent avoir l'occasion de pratiquer afin de développer leurs compétences et de diminuer les obstacles perçus. Le chemin à parcourir est long, mais il est possible de promouvoir des groupes de travail respectant les principes de l'EBP. Les cliniciens seraient d'ores et déjà gagnants en pouvant s'appuyer sur un cadre de travail basé sur des principes scientifiques. ■

Références

[23] Finn P, Brudage S, DiLollo A. Preparing our future helping professionals to become critical thinkers: A tutorial. Perspect Issues High Educ. 2016;1(2016):43-68.

[24] Rousseau DM, Gunia BC. Evidence-Based Practice: The Psychology of EBP Implementation. Annu Rev Psychol. 2016;67(1):667-92.

[25] Finn P. Critical thinking: Knowledge and skills for evidence-based practice. Lang Speech Hear Serv Sch. 2011;42(January):69-73.

[26] Pomey M-P, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé publique. 2015;S1(HS):41.

[27] Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. J Am Med Assoc. 2004;291(19):2359-66.

[28] Joseph-Williams N, Edwards A, Elwyn G. Power imbalance prevents shared decision making. BMJ. 2014 May 14;348:g3178-g3178.

[29] Ebbels SH. Intervention research: Appraising study designs, interpreting findings and creating research in clinical practice. Int J Speech Lang Pathol. 2017 Jan 13;1-14.

[30] Olswang LB, Bain B. Data Collection : Monitoring Children's Treatment Progress. Am J Speech-Language Pathol. 1994 Sep 1;3(3):55.

L'auteure

Julie Cattini
orthophoniste, Luxembourg