

# Formats de la recherche en orthophonie

Thierry Rousseau, Peggy Gatignol, Sylvia Topouzkhian

### Résumé

L'existence d'une recherche officielle spécifique à l'orthophonie est indispensable pour alimenter la clinique, notamment pour faire progresser les approches thérapeutiques et les différents outils d'évaluation et de remédiation. Il est surtout essentiel, pour de nombreuses raisons, que la recherche puisse évaluer l'efficacité des diverses approches thérapeutiques orthophoniques, ce qui est complexe d'un point de vue méthodologique.

**Mots clés** : recherche, clinique, évaluation, approches thérapeutiques.

### Research models in speech and language therapy

#### Abstract

The existence of a specific formal research approach in speech and language therapy is essential for clinical practice, particularly for improving therapeutic approaches and assessing tools and rehabilitation. For numerous reasons, it is essential that research be able to evaluate the effectiveness of different therapeutic approaches, a complex procedure from a methodological point of view.

**Key Words** : research, assessment, therapeutic approaches.

Thierry ROUSSEAU  
Orthophoniste  
Docteur en psychologie - HDR  
Président de l'Unadréo – Directeur du  
Lurco

Peggy GATIGNOL  
Orthophoniste  
Docteur en neurosciences - HDR  
Directeur de recherches Lurco.

Sylvia TOPOUZKHANIAN  
Orthophoniste  
Docteur en sciences du langage  
Vice-Présidente de l'Unadréo – Directrice  
adjointe du Lurco

Adresse de correspondance :  
Unadréo-Lurco – BP 70145  
72303 Sablé sur Sarthe cedex  
Courriel : unadreo@wanadoo.fr

## ◆ La recherche et la clinique

### Un enjeu et un défi : relier clinique et recherche

L'orthophonie a vu le jour en France grâce à Suzanne Borel-Maisonny qui était, on peut le dire, une clinicienne chercheuse. L'orthophonie a grandi, s'est développée, enrichie grâce aux travaux de chercheurs de sciences connexes, notamment la médecine, la psychologie, les sciences du langage, les sciences de l'éducation, les neurosciences mais aussi de quelques orthophonistes cliniciens-chercheurs et d'orthophonistes devenus chercheurs dans d'autres disciplines qui ont pu faire un lien entre cette discipline et l'orthophonie. Cette recherche est, hélas, rarement spécifique à l'orthophonie même si elle en récolte quelques fruits. L'orthophonie souffre donc d'un manque de travaux scientifiques qui pourraient la faire progresser davantage encore.

Même si certains se réfugient derrière le « sens clinique », « l'expérience du terrain » l'orthophonie souffre de l'insuffisance de travaux explorant de nouvelles approches thérapeutiques, développant de nouveaux modèles théoriques, expliquant certaines pathologies, adaptant de nouvelles approches thérapeutiques à l'évolution des connaissances, construisant de nouveaux outils d'évaluation et étudiant la validité de tout ceci.

Une conséquence de cette insuffisance de travaux de recherches est qu'un certain nombre de «techniques de rééducation» sont parfois enseignées en formation initiale, et plus souvent encore en formation continue, sans véritable support théorique, sans modèle explicatif, sans auparavant avoir été soumises au feu de la critique scientifique. En effet, avant de proposer aux étudiants ou aux collègues une nouvelle approche thérapeutique ou un nouvel outil d'évaluation, il faut en étudier sa validité, son intérêt. Ceci passe par une soumission à une expertise qui se fait en proposant un article à une revue scientifique dont le comité de lecture composé d'experts du domaine donnera un avis. On crierait au scandale si un médicament ou une nouvelle technique chirurgicale étaient proposés sans avoir franchi toutes les étapes de l'expertise scientifique, et on l'accepte sans sourciller pour une approche rééducative !

### **Un tremplin vers l'avenir : la recherche en formation initiale**

Les orthophonistes n'ont pas tous cette culture de la publication, et c'est ainsi, elle s'acquiert lorsqu'on touche à la recherche. Ainsi, par exemple, le mémoire de recherche de fin d'études devrait être davantage mis en valeur par une publication. En effet, certains sont excellents mais leurs résultats ne sont pas valorisés par un article et c'est grand dommage car un mémoire n'a pas la reconnaissance d'une publication dans une revue à comité de lecture surtout si celle-ci est répertoriée dans les bases de données internationales. Le mémoire appartient à ce que l'on appelle la littérature grise mais n'a pas été soumis, anonymement, à l'expertise de spécialistes, mis à part les membres du jury, qui peuvent toujours être soupçonnés de complaisance. Toutefois, certains centres de formation ont fait expertiser les mémoires en orthophonie de leurs étudiants et ils sont désormais accessibles sur la base DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance), base d'archives ouvertes de travaux d'étudiants de niveaux bac+4 et bac+5, validés par un jury, dans toutes les disciplines. La base DUMAS est hébergée par HAL. Le dépôt des mémoires se fait après leur soutenance devant un jury et sous la responsabilité des professionnels de la documentation (UFR, SCD, laboratoires de recherche, etc.) ou d'enseignants désireux de valoriser les travaux de leurs étudiants.

La recherche construit des faits scientifiques, entre autres à partir de problèmes qui se posent sur le terrain et passe par diverses étapes : analyse bibliographique, construction de la problématique et de la méthodologie permettant de tester les hypothèses, recueil des données, analyse des données, interprétation des résultats. La recherche-action est un mode de recherche particulier où l'on cherche à améliorer des pratiques, à avoir de meilleures modalités d'intervention. Le chercheur s'engage en faveur de valeurs et d'objectifs définis, aux

implications pédagogiques, psychologiques, sociales et idéologiques plus ou moins marquées. Il existe parfois une certaine opposition entre la recherche de terrain (complexe car elle est multifactorielle et dont les résultats peuvent être ambigus) et la recherche de laboratoire aux résultats robustes mais celle-ci, pointue, peut donner l'impression aux cliniciens qu'elle « ne sert à rien » car l'application clinique n'est pas forcément perçue d'emblée. Néanmoins, il faut reconnaître que la recherche de laboratoire n'est pas facilement accessible pour les cliniciens, et les applications nécessitent des aménagements coûteux en moyens temporels et financiers.

## **La recherche en France**

Actuellement en France, la recherche peut se faire soit dans un cadre universitaire, soit dans un organisme de recherche (public, comme l'INSERM ou le CNRS, ou privé).

A l'université, on peut devenir enseignant-chercheur après l'obtention d'un doctorat qui permet de demander la qualification aux fonctions de Maître de conférences. L'habilitation à Diriger des Recherches (HDR) permet de postuler au grade de professeur.

L'enseignant-chercheur acquiert une double fonction : enseignant à l'université et chercheur avec affiliation à un laboratoire (médical, CNRS ou universitaire).

L'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) est un établissement public et technologique qui a pour mission principale la connaissance de la santé de l'homme et les éléments qui la conditionnent.

Le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) est également un organisme public de recherche fondamentale, placé sous la tutelle du Ministère chargé de la Recherche. Il produit un savoir et met ce savoir au service de la société. Le CNRS exerce son activité dans tous les champs de la connaissance. Le CNRS développe de façon privilégiée des collaborations entre spécialistes de différentes disciplines, et tout particulièrement avec l'université, ouvrant ainsi de nouveaux champs d'investigations qui permettent de répondre aux besoins de l'économie et de la société.

## **La recherche paramédicale**

La recherche en soins en tant que domaine d'intérêt, a été introduite en France dans les années 1970, comme une possibilité pour l'amélioration de la qualité des soins. A l'heure actuelle, elle s'impose comme une pratique indispensable. En effet, les professionnels ont pris la mesure de l'intérêt de la recherche pour l'amélioration continue des pratiques de soins ; celle-ci permet aux patients de bénéficier d'une prise en charge technique et relationnelle optimisée en termes de réduction des risques et d'augmentation de la qualité de vie.

C'est ainsi que la recherche se professionnalise par la création de méthodologies et de processus de plus en plus rigoureux et maîtrisés, une réglementation plus prégnante, la conscience plus aiguë des acteurs de la recherche de leur rôle dans le processus, dans les enjeux éthiques, et enfin dans les possibilités de financement des projets.

Les paramédicaux hospitaliers ont la possibilité de s'inscrire dans cette dimension universitaire. En effet, la recherche à l'hôpital ne relève pas exclusivement des médecins mais concerne l'ensemble des acteurs du soin. C'est dans cette mouvance que le Ministère de la santé a souhaité soutenir le développement de la recherche en soins et l'amélioration des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux dans les établissements de santé. C'est ainsi qu'en 2011, le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière mis en place en 2010 a été étendu aux autres personnels paramédicaux par le lancement d'un nouveau Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale. Le P.H.R.I.P. est venu compléter les autres programmes hospitaliers de recherche existants promus par la Direction Générale de l'Offre de Soins, et notamment le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (P.H.R.C.) et le Programme de REcherche sur la Performance du Système des Soins (P.R.E.P.S.). Le P.H.R.I.P. vise à financer des projets de recherche comportant une investigation systématique conçue pour améliorer les connaissances liées aux soins et à leur organisation, ou l'amélioration des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux. Le but de ce programme est de fournir aux équipes hospitalières et aux décideurs des connaissances contribuant à l'amélioration des soins et des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux dans les établissements de santé et permettant également d'appréhender l'impact des changements.

## ◆ La recherche en orthophonie

Pour que l'orthophonie devienne une science à part entière, il faut qu'elle soit en mesure de construire sa propre connaissance, de bâtir des modèles, d'élaborer des théories, pas seulement des techniques de rééducation. Le renouvellement, l'amélioration, la progression des approches thérapeutiques en particulier sont insuffisants. Il est surprenant, par exemple, de constater qu'aujourd'hui certains rééduquent encore comme le faisait Mme Borel-Maisonny dans les années 1950. La raison de cet anachronisme peut être due au fait que certains restent figés sur des modèles anciens, plus sécurisants, mais aussi au fait que l'insuffisance d'actions de recherches ne permet pas un renouvellement des approches thérapeutiques adaptées à l'évolution des connaissances théoriques. La recherche est là pour alimenter la clinique. Elle offre l'opportunité d'accéder à

une discipline, de construire et de développer sa propre connaissance. Inversement, la clinique peut guider la recherche afin qu'elle apporte des réponses à des problématiques de terrain. Ceci n'est vraiment réalisable que si une même discipline unit chercheurs et cliniciens.

Pour que l'orthophonie devienne une science à part entière, il faut aussi qu'une filière universitaire complète (licence-master-doctorat) en orthophonie voie le jour. Alors des laboratoires en orthophonie pourront lancer des programmes de recherche qui feront avancer, progresser nos connaissances, nos techniques, nos outils. Il est essentiel de parler de filière complète car pour devenir chercheur statutaire en France, il faut être titulaire d'un doctorat. Le grade master n'est qu'une étape : il faudra qu'un jour certains (un faible pourcentage suffira) puissent aller jusqu'au doctorat en orthophonie. Nous n'en sommes, loin s'en faut, pas là. C'est la raison pour laquelle l'UNADREO existe et qu'elle essaie, avec ses moyens limités, de faire vivre une véritable recherche spécifique en orthophonie au sein du LURCO.

Aujourd'hui, l'orthophonie ne dispose pas encore de structures officielles de recherche. De même, les titulaires du certificat de capacité d'orthophonie qui n'ont pas le grade de master, n'ont pas la possibilité d'accéder à un doctorat qui leur ouvrirait les portes des laboratoires de recherche de disciplines connexes. Il existe cependant plusieurs possibilités de faire de la recherche pour un orthophoniste :

- être praticien chercheur : cela se fait quotidiennement dans des cabinets d'orthophonie ou dans des structures de soin, en particulier dans le cadre d'encadrement de mémoires de fin d'études. Il conviendrait dans ce cas cependant de publier davantage des études scientifiques et rigoureuses. Une formation à ce niveau est indispensable ; chercheur est un métier !
- intégrer, si le parcours universitaire le permet, une école doctorale avec le risque de perdre l'identité d'orthophoniste car les laboratoires d'orthophonie n'existent pas (et dans ce cas là on est docteur en psychologie ou en sciences du langage).
- se regrouper et mutualiser des connaissances et des moyens, permettant une émulation, comme le propose l'UNADREO avec la création des Equipe de Recherche UNADREO (ERU) au sein du Laboratoire Unadréo de Recherche Clinique en Orthophonie (LURCO) qui est agréé depuis 2011 par le MESR au titre du crédit impôt recherche (CIR). Les entreprises ont, en effet, la possibilité de déléguer la réalisation de leurs opérations de recherche (Recherche & Développement) à des organismes de recherche privés ou à des experts scientifiques ou techniques, sous réserve qu'ils soient agréés par le ministère chargé de la Recherche. Le LURCO est constitué de membres

titulaires (directeurs de recherche, chargés de recherche, chercheurs-cliniciens), de membres associés (cliniciens et chercheurs appartenant par ailleurs à d'autres laboratoires, universitaires, CNRS), de membres étudiants (actuellement essentiellement des étudiants réalisant leur mémoire de fin d'études dans le cadre d'une ERU). Le LURCO est structuré en 3 axes au sein desquels fonctionnent les équipes de recherches : (1) évaluations ; (2) thérapeutiques ; (3) efficience. Le LURCO se présente comme une force de propositions pour impulser une recherche orthophonique contribuant à la qualité de la prise en charge des patients au service de la politique de santé, par exemple pour l'évaluation de l'efficacité des prises en charge orthophoniques, point que nous développons ci-dessous.

## **L'évaluation de l'efficacité de la prise en charge orthophonique**

L'évaluation est l'estimation d'une modalité ou d'un critère considérés dans un comportement ou un produit. C'est le processus systématique visant à déterminer dans quelle mesure des objectifs sont atteints (HAS, 2013).

Les objectifs en évaluation correspondent aux hypothèses dans la recherche scientifique. S'il n'y a pas d'objectif, il n'y a pas d'évaluation possible ; ils doivent donc précéder la démarche.

Il existe différents types d'évaluation :

- l'évaluation des personnes reposant sur des modèles théoriques qui décrivent les différences individuelles.
- l'évaluation des outils (psychométrie) : trouver des sujets, construire le matériel, préciser les moyens de passation, analyse des résultats pour tester trois qualités du test : sensibilité, fidélité, validité.
- l'évaluation des méthodes d'intervention : interprétation des résultats d'un sujet pour s'assurer que les différences de performances sont bien dues à la méthode utilisée.

Parmi les domaines peu explorés de l'orthophonie se trouve l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge orthophonique.

Comme nous l'avons déjà évoqué (Rousseau & Gatignol, 2010), la question de l'évaluation des actes professionnels engendre un certain nombre de discussions.

Les arguments avancés pour justifier cette évaluation sont les suivants :

- la multiplicité et la diversité des approches thérapeutiques en orthophonie qui ne reposent pas toutes sur des modèles théoriques, ou sur des acquis cliniques validés, mais sont souvent issues exclusivement d'une pratique clinique empirique voire intuitive.
- la transmission de la connaissance orthophonique basée en priorité sur l'expérience personnelle qui se fait parfois en l'absence de tout contrôle, la preuve

de la validité des approches enseignées en formation initiale ou continue n'étant pas toujours apportée.

- la nécessité de rendre des comptes à la société qui prend en charge les actes dispensés par les orthophonistes et qui est en droit d'exiger des preuves de leur efficacité. En 2004 déjà, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) organisait des Journées Régionales sur l'évaluation des pratiques professionnelles en santé, mettant en exergue l'importance de la qualité des soins. S'il s'agit d'un enjeu majeur pour les premiers concernés (les patients), les professionnels doivent y trouver la valorisation de leur pratique et une source nouvelle de reconnaissance. La Haute Autorité de Santé (HAS) qui a succédé à l'ANAES est en charge de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la réalisation de recommandations qui reposent, dans la plupart des cas, sur des preuves scientifiquement recevables que les orthophonistes ont souvent du mal à fournir. La littérature scientifique reste pauvre en ce domaine.
- plus informés, moins naïfs qu'auparavant, les citoyens revendiquent de plus en plus de services de qualité. Divers mouvements associatifs, regroupant les familles et les patients vont aussi dans ce sens et réclament des preuves de l'intérêt de consulter tel type de professionnel plutôt que tel autre.
- l'existence de compétences partagées avec d'autres professionnels qui, pour certains, ont apporté davantage de preuves de l'efficacité de leurs approches et qui pourraient ainsi revendiquer l'exclusivité de leur intervention.
- la crédibilité d'une intervention thérapeutique passe aussi par la nécessité d'en fixer les limites, voire de poser la question des effets négatifs d'une prise en charge ; de telles limites et de telles questions sont rarement évoquées en orthophonie.
- dans des conditions de restrictions budgétaires et de contrôles de plus en plus stricts des dépenses publiques, le risque existe que des actes qui n'ont pas apporté la preuve de leur efficacité/intérêt/rentabilité soient retirés de la nomenclature. Par répercussion, la compétence des orthophonistes en serait réduite et/ou transférée vers d'autres professionnels.

## **Moyens pour évaluer les thérapies orthophoniques**

L'évaluation des thérapies orthophoniques est à rapprocher de l'évaluation des psychothérapies, sujet sur lequel l'INSERM (2004) a proposé un rapport. Ce rapport souligne les questions méthodologiques que pose l'évaluation d'une thérapie non médicamenteuse : quelle est la définition de la population de patients à traiter ? Comment mesurer l'efficacité de la thérapeutique ? Comment prouver cette efficacité ?



Selon l'INSERM, le choix de la mesure d'efficacité est sûrement le point méthodologique le plus crucial. Il soulève en effet plusieurs questions, la première d'entre elles étant de savoir s'il est licite de recourir à des mesures chiffrées pour décrire l'amélioration d'un patient lors d'une prise en charge psychothérapique. Ces mesures ne sont en effet que la représentation numérique d'une caractéristique que ses concepteurs ont explicitement ou implicitement utilisée.

La question de la preuve de l'efficacité est liée au caractère partiellement aléatoire de la réponse de tout patient à une thérapeutique. Si l'on observe une différence d'efficacité entre deux groupes de patients traités, la question est de savoir si cette différence est compatible ou non avec les variations d'efficacité spontanément observées d'un patient à l'autre pour un même traitement. Ce problème est souvent résolu en pratique à l'aide d'un tirage au sort dans l'attribution des traitements (randomisation) et de l'utilisation d'un test statistique pour établir la significativité de la différence d'efficacité.

Le groupe d'experts de l'INSERM a analysé trois approches en psychothérapie en fonction de l'existence de travaux dans la littérature pouvant fournir le fondement d'une évaluation scientifique de leur efficacité : l'approche psychodynamique (psychanalytique), l'approche cognitivo-comportementale, l'approche familiale et de couple. Cette démarche s'est inscrite dans un objectif d'aide à la décision en santé publique. Elle s'appuie sur les résultats des études contrôlées réalisées en population clinique et adaptées à cet objectif sans méconnaître les limites méthodologiques d'un tel exercice. L'amélioration des syndromes cliniques a été retenue comme critère principal pour évaluer l'efficacité des thérapies. D'autres critères comme l'amélioration du fonctionnement de la personne, de sa qualité de vie et de l'adaptation sociale ont également été pris en compte dans certaines des analyses. Le travail de synthèse réalisé par cette expertise permet d'apprécier l'efficacité de chacune des trois approches prises isolément en comparaison avec l'absence de traitement (placebo ou liste d'attente) et selon les troubles envisagés. En fonction des troubles, certaines approches semblent plus efficaces que d'autres.

La grande majorité des approches méthodologiques conseillées, remarques, critiques, difficultés qui figurent dans ce rapport INSERM concernant les psychothérapies pourraient s'appliquer aux thérapies orthophoniques.

## ◆ Méthodes d'évaluation des prises en charge orthophoniques

Selon la Haute Autorité de Santé, les études réalisées sont habituellement classées selon différents niveaux de preuves (HAS, 2013), caractérisant la capa-

citée de l'étude à répondre à la question posée. Les niveaux et gradations utilisés par la HAS sont les suivants :

**Niveau 1 (Gradation A : Preuve scientifique établie)**

- Essais comparatifs randomisés de forte puissance
- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés
- Analyse de décision basée sur des études bien menées
- Preuve scientifique établie

**Niveau 2 (Gradation B : Présomption scientifique)**

- Essais comparatifs randomisés de faible puissance
- Études comparatives non randomisées bien menées
- Études de cohorte

**Niveau 3 (Gradation C : Faible niveau de preuve)**

- Études de cas / témoins

**Niveau 4 (Gradation C : Faible niveau de preuve)**

- Études comparatives comportant des biais importants
- Études rétrospectives
- Séries de cas
- Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Nous proposons de lister ci après les méthodes d'évaluation, notamment appliquées aux psychothérapies, qui seraient applicables à l'orthophonie.

## **L'étude de cas**

Cette méthode a occupé et occupe une place centrale dans l'évaluation des psychothérapies. Sa force persuasive a été soulignée et elle est souvent plus convaincante, selon certains auteurs, qu'une foule de statistiques. Pour Jones (1993), les arguments en faveur d'études de cas sont les suivants :

- le fait que la méthode des essais contrôlés randomisés ne peut expliquer entièrement le changement déterminé par l'intervention thérapeutique, tout comme le fait que la compréhension des processus impliqués dans ce changement réclame une analyse minutieuse de la relation thérapeutique entre le patient et son thérapeute.
- le fait que le besoin de tester les modèles théoriques en clinique ne peut être satisfait que partiellement et indirectement par l'intermédiaire d'études effectuées sur des groupes, en comparant les résultats des thérapies étudiées.
- le fait qu'une bonne partie de la recherche effectuée sur des groupes a eu, en psychothérapie, peu d'influence autant sur la pratique clinique que sur l'élaboration de théories.

L'étude de cas est particulièrement indiquée dans une perspective cognitivo-comportementale, et nécessite la mise en place de protocoles de cas individuels qui peuvent être définis comme une recherche intra-sujet, c'est-à-dire visant l'étude longitudinale, chez un seul sujet, de la variation d'une ou de plusieurs variables pertinentes. Les données individuelles sont traitées séparément et la généralisation des résultats est abordée en répliquant la recherche sur un seul cas à la fois.

Les études de cas sont assez mal cotées par les responsables des autorités chargées de l'évaluation, souvent de culture médicale.

### **Les essais contrôlés randomisés**

La randomisation (hasardisation) fait référence à un échantillonnage aléatoire destiné à réduire ou supprimer l'interférence de variables autres que celles qui sont étudiées.

Les essais randomisés ont comme objectif de tester l'efficacité d'une thérapie et constituent la méthode utilisée couramment en pharmacologie pour évaluer l'efficacité d'un médicament. Celui-ci est prescrit à un groupe homogène de patients et ensuite, les résultats sont comparés à ceux d'un autre groupe considéré comme équivalent, qui ne reçoit aucun traitement, qui reçoit un traitement courant ou « comme d'habitude » ou bénéficie d'un traitement alternatif.

Des études contrôlées randomisées ont été effectuées pour évaluer les pratiques psychothérapeutiques. Celle de Sloane (1975) portait sur 94 patients ambulatoires qui consultaient pour des troubles variés : un tiers présentait des troubles de la personnalité, les autres souffraient de difficultés interpersonnelles et d'anxiété généralisée, de difficultés relationnelles, d'une faible estime de soi, de soucis généralisés, de plaintes corporelles. L'appariement de groupes s'est fait en fonction du sexe et du niveau de névrosisme évalué avec l'inventaire de personnalités de Eysenck (1975). Par randomisation, les patients furent assignés de la manière suivante : 31 au groupe de sujets bénéficiant d'une thérapie comportementale, 30 au groupe thérapie d'orientation analytique et 33 furent placés sur liste d'attente (ces derniers avaient reçu l'assurance d'une aide en cas de crise). Les patients du groupe thérapie ont bénéficié de traitements pendant quatre mois. L'évolution des patients était évaluée en tenant compte notamment des changements survenus dans la qualité des trois symptômes cibles diagnostiqués au départ et des changements au niveau de l'adaptation sociale et de l'amélioration globale. Les résultats obtenus montrent qu'après quatre mois, les groupes thérapie analytique et thérapie comportementale présentaient une amélioration des symptômes cibles supérieure à celle des patients du groupe contrôle.

On imagine la difficulté de mise en place d'une telle étude en pratique clinique orthophonique.

## **Les méta-analyses**

La méta-analyse est une méthode empirique utilisée dans les sciences sociales, il s'agit d'un procédé permettant de combiner et de synthétiser les résultats d'un certain nombre d'études ayant trait à un problème spécifique. Il s'agit d'une méthode souvent utilisée par la HAS car elle permet de rassembler, à partir de l'ensemble des études concernant leurs effets, celles qui peuvent répondre aux questions que le chercheur et le praticien se posent et, en même temps, sont cotées en fonction de leurs attributs méthodologiques. La méta-analyse tient, donc, compte de la qualité de chaque recherche en quantifiant les attributs au plan méthodologique et en évitant, ainsi, les biais découlant d'une sélection subjective des « bonnes études ». Du fait que, lorsqu'il effectue la méta-analyse, le chercheur connaît les résultats obtenus par chaque recherche, ce biais ne peut être évité qu'en opérant cette quantification.

Du fait de la rareté d'études portant sur l'efficacité des prises en charge orthophoniques, la méta-analyse a un intérêt réduit en orthophonie, même si on l'étend aux publications internationales.

## **Les études d'efficience**

L'évaluation de l'efficience ou encore de l'utilité clinique, voire de la satisfaction, a comme point de départ les critiques à l'égard des essais contrôlés randomisés qui ne tiennent pas compte des aspects importants de la pratique réelle d'une approche non médicamenteuse comme la psychothérapie ou la thérapie orthophonique :

- l'absence d'une durée fixe d'une telle thérapie,
- le recours à l'auto-correction lorsque la technique utilisée s'avère inadéquate,
- les patients ou leurs familles choisissent souvent le thérapeute en fonction de critères particuliers difficilement contrôlables,
- les patients ont rarement un seul problème à résoudre mais souvent plusieurs,
- la thérapie non médicamenteuse vise aussi bien le problème présenté par le patient que son fonctionnement général, y compris dans son milieu (cf. thérapie écosystémique selon Delaby et al., 2011).

Il s'agit en fait d'une enquête réalisée auprès de ceux qui ont bénéficié de la thérapie pour en évaluer l'efficience. Sont souvent évaluées dans ces cas-là :

- la satisfaction globale (faisant référence au degré de satisfaction du répondant par rapport au traitement dont il bénéficie),

- l'amélioration spécifique (qui concerne la manière dont la thérapie a aidé le patient à résoudre le problème spécifique qui l'y avait conduit),
- l'amélioration globale (qui fait référence à la manière dont « le répondant » décrit son état émotionnel au moment où s'effectuait l'enquête en comparaison avec son état au début du traitement)

On imagine qu'en orthophonie le répondant peut être le patient lui-même ou un membre de sa famille.

### **Autres formats d'étude**

On peut encore imaginer l'utilisation d'indicateurs latéraux comme par exemple l'amélioration des résultats scolaires d'un enfant dyslexique, la diminution des troubles comportementaux d'un patient Alzheimer, la diminution de la prise d'antidépresseurs d'un patient bègue, etc. après la prise en charge orthophonique.

### **◆ Conclusion**

L'acquisition d'une culture scientifique concerne chaque professionnel. Elle repose sur la compréhension de l'intérêt de la recherche pour la pratique, l'intégration de méthodes de raisonnement, l'utilisation dans les soins de connaissances issues de la recherche dans différentes disciplines.

Les formats de la recherche en France ont montré leur efficacité et fait avancer notamment les sciences humaines et de la santé et donc les disciplines qui s'y rattachent. L'orthophonie fait partie de ces disciplines et elle doit trouver sa place dans cette recherche. Il est indispensable, en particulier pour les patients qui ont recours aux soins orthophoniques, qu'une recherche spécifique en orthophonie voit officiellement le jour. L'obtention du grade master est un premier pas mais il reste encore beaucoup de marches à gravir. Certes, tout le monde ne deviendra pas chercheur, mais cette activité est indispensable pour le développement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins ; aussi est-il important de soutenir les personnes qui s'engagent dans cette voie exigeante.

#### **REFERENCES**

DELABY, S., ROUSSEAU, T., GATIGNOL, P. (2011). Intérêt d'une thérapie écosystémique chez des patients âgés ayant une maladie d'Alzheimer sévère. *NPG Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 11, 63, 124-132.

- HAS (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique- Etat des lieux*. Saint-Denis : HAS.
- INSERM (2004). *Psychothérapie, trois approches évaluées*. Paris : Éditions INSERM.
- EYSENCK, H.J., SYBIL B. G. EYSENCK, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.
- JONES, E.E. (1993). Introduction to special section : single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting ans Clinical Psychology*, 61 (3), 371-372.
- Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (2013). Le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC). Repéré à <http://www.sante.gouv.fr/le-programme-hospitalier-de-recherche-clinique-phrc.html> (consulté le 28 décembre 2013).
- Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (2013). Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP). Repéré à <http://www.sante.gouv.fr/programme-hospitalier-de-recherche-infirmiere-et-paramedicale-phrip,6777.html> (consulté le 28 décembre 2013).
- Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (2013). Programme de Recherche sur la Performance du Système des Soins (PREPS). Repéré à <http://www.sante.gouv.fr/programme-de-recherche-sur-la-performance-du-systeme-des-soins-preps,12632.html> (consulté le 28 décembre 2013).
- ROUSSEAU, T., GATIGNOL, P. (2010). L'évaluation des prises en charge orthophoniques. *L'orthophoniste*, 296, 11-13.
- SLOANE, R.B., STAPLES, F.R., CRISTOL, A.H., YORKSTON, N.J., WHIPPLE, K. (1975). Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 132 (4), 373-377.

# L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique

Christelle Maillart, Nancy Durieux

### Résumé

La démarche evidence-based practice (EBP) littéralement « pratique basée sur des preuves », a pour objectif d'aider le clinicien à optimiser ses choix thérapeutiques en s'appuyant sur des données objectives issues de la recherche tout en tenant compte de la situation clinique. Néanmoins, la méthodologie complète de récolte et d'analyse des données est complexe et chronophage, ce qui est un frein réel pour son application en clinique. Pour remédier à cela, des synthèses scientifiquement motivées, appelées des recommandations de pratique clinique (RPC) ou guidelines, se développent et jouent alors un rôle essentiel pour l'actualisation des connaissances des professionnels. Cet article s'intéresse particulièrement aux recommandations pour la pratique clinique et au rôle qu'elles peuvent jouer dans la sensibilisation des cliniciens au recours à une démarche EBP.

**Mots clés** : pratique fondée sur des données probantes, orthophonie, recommandation pour la pratique clinique (RPC), données probantes.

## The relevance of Evidence-Based Practice for speech and language therapists: the value of clinical practice guidelines

### Abstract

The aim of Evidence-Based Practice (EBP) is to help clinicians optimize treatment decisions through reliance on research-based data while also taking into account the clinical situation. However, the use of a comprehensive methodological approach of data collection and analysis is complex and time-consuming, creating an obstacle to its clinical application. To remedy this problem, clinical practice guidelines (CPP) are being developed and play a key role in the updating of professional knowledge. This article focuses on recommendations for clinical practice and on the role they can play in clinicians' awareness of the usefulness of an EBP approach.

**Key Words** : Evidence-Based Practice (EBP), speech and language therapy, recommendations for clinical practice (RCP), guidelines, research evidence.

Christelle MAILLART  
Professeur  
Université de Liège  
Unité de Logopédie Clinique  
B38, rue de l'auraie, 30  
4000 Liège  
Belgique  
Courriel : Christelle.maillart@ulg.ac.be

Nancy DURIEUX  
Responsable scientifique à la Bibliothèque  
des Sciences de la Vie et doctorante en  
sciences médicales  
Université de Liège  
Bibliothèque des Sciences de la Vie  
Avenue de l'Hôpital, Bât. B35  
4000 Liège  
Belgique  
Courriel : Nancy.Durieux@ulg.ac.be

**E**n 2009, le comité permanent de liaison des orthophonistes-logopèdes de l'union européenne (CPLOL) a adopté un cadre éthique commun pour la pratique de l'orthophonie qui comprend quatre principes éthiques de base : 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. Ces principes s'accompagnent d'un ensemble de devoirs éthiques envers les patients. Parmi lesquels, on retrouve le fait d'agir au sein des limites de ses propres connaissances, de donner des conseils ou des avis professionnels honnêtes et bien fondés ou de baser ses actions sur des preuves scientifiques et des consensus professionnels.

L'orthophoniste doit pouvoir justifier la pertinence de ses décisions thérapeutiques et de ses actes professionnels. Cette obligation s'accompagne inévitablement d'une question : comment, face à la multiplication des études publiées et avec peu de temps disponible, parvenir à vérifier le bien-fondé de chaque décision ou, plus simplement, parvenir à intégrer les nouvelles données scientifiques ? La démarche evidence-based practice, littéralement « pratique basée sur des preuves », tente d'aider le clinicien à répondre à cette question. En suivant une méthodologie décomposée en étapes clés (Straus et al., 2011), le praticien est amené successivement 1) à transformer son besoin d'information en question clinique claire, 2) à localiser les meilleures données disponibles pour répon-



dre à cette question, 3) à évaluer ces données de manière critique, 4) à combiner cette évaluation avec sa compétence clinique et les caractéristiques individuelles du patient, ses valeurs et sa situation et enfin 5) à évaluer l'efficacité de la décision clinique. Cette approche, aussi intéressante qu'elle soit, peut s'avérer lourde à mettre en place et chronophage. Ainsi, même s'il est important que le clinicien soit capable de réaliser seul l'intégralité de cette démarche et qu'il y soit formé (la formation initiale joue un rôle déterminant), il est intéressant aussi qu'il puisse avoir accès facilement à des synthèses scientifiques motivées lui permettant de traiter rapidement une question clinique. Les recommandations cliniques, ou guidelines, jouent alors un rôle essentiel pour l'actualisation des connaissances des professionnels.

Cet article s'intéressera particulièrement aux recommandations pour la pratique clinique et au rôle qu'elles peuvent jouer dans la sensibilisation des cliniciens à l'implémentation d'une démarche EBP.

## ◆ **L'evidence-based practice** **Les preuves de la recherche**

L'evidence-based medicine (EBM), littéralement « médecine basée sur des preuves », recommande aux cliniciens d'exploiter les données les plus fiables issues de la recherche scientifique (« preuves ») pour une prise en charge personnalisée des patients (Sackett et al., 1996). Au cœur de cette approche se retrouvent la recherche scientifique, le clinicien et le patient. Les principes de l'EBM ont été appliqués dans d'autres disciplines que la médecine, notamment en orthophonie (American-Speech-Hearing Association, 2005). Il est alors question d'evidence-based practice (EBP).

Le clinicien devrait recourir aux meilleures données actuelles afin d'optimiser ses prises de décisions. Toutes les publications scientifiques n'étant pas de qualité équivalente, la hiérarchisation des « preuves » est dès lors une notion importante en EBP (Guyatt et al., 2008). Elle représente le degré de confiance à accorder à une information en fonction de la manière dont les données ont été récoltées et traitées (Greenhalgh, 2010 ; OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011). Pour les questions relatives aux effets d'une intervention, les deux schémas d'études (study designs) considérés en théorie comme susceptibles de fournir les meilleures « preuves » sont (i) les essais contrôlés randomisés (en anglais, randomized controlled trials par la suite : RCT) car ils comparent un groupe de personnes recevant un traitement à un groupe ne recevant pas ce traitement (van Driel et Chevalier, 2008) et ils sont conçus de manière à maîtriser un maximum de variables influençant la qualité et l'interprétation des

résultats et (ii) les synthèses méthodiques (en anglais, systematic reviews) de RCT puisqu'elles rassemblent les données de plusieurs RCT. Dans la démarche EBP, il est ainsi recommandé de sélectionner les publications scientifiques susceptibles de fournir les meilleures « preuves » et de les évaluer de manière critique avant toute application des résultats dans la pratique clinique (Straus et al., 2011 ; Durieux et al., 2013).

## ◆ Les preuves de la clinique

De façon complémentaire, le clinicien devrait également évaluer lui-même l'efficacité des actes thérapeutiques qu'il pratique. A cette fin, différentes informations liées au traitement, nommées les « ingrédients actifs », doivent être détaillées. Cela comprend la nature de l'intervention choisie, durée, la fréquence du traitement ou les difficultés observées lors de la mise en œuvre du plan d'intervention. Cette étape facilitera la comparaison avec d'autres patients. Parallèlement, des mesures pré et post-traitement sont récoltées puis analysées. Plusieurs alternatives concernant le choix de la mesure sont possibles (Olswang & Bain, 1994). Le clinicien peut travailler selon une méthodologie test-retest en proposant un bilan identique à différents moments de son intervention (bilan initial avant la prise en charge, puis bilan d'évolution en cours de prise en charge). Les mesures recueillies sont alors comparées à des normes, aux différents moments de l'évaluation. Une alternative consiste à utiliser des mesures critériées (un seuil à atteindre) ou à la méthodologie des lignes de base. Il s'agira dans ce cas de construire au cas par cas des mesures ciblées sur l'intervention. Les performances du patient sont évaluées en début d'intervention sur un aspect très ciblé du traitement puis réévaluées à l'aide du même matériel après un certain nombre de séances. Récolter de telles données permet de nourrir la réflexion du thérapeute sur sa pratique et d'objectiver (ou non !) l'efficacité des traitements mis en place.

Par analogie à l'evidence-based practice, l'ensemble de ces données issues de la clinique est parfois appelé practice-based evidence (preuve basée sur la pratique). Cette notion regroupe différents composants : i) l'expérience personnelle du clinicien et ses connaissances théoriques -lui permettant de faire les choix pratiques les plus appropriés-, ii) la pratique réflexive -les connaissances issues de la pratique-, iii) l'évaluation de sa pratique. Si certains opposent les deux approches, d'autres font remarquer à juste titre qu'il s'agit de deux niveaux d'analyse différents mais complémentaires. Les preuves issues de la recherche offrent une vue d'ensemble complète et cohérente d'une problématique mais parfois trop générale pour être adaptée à un patient particulier. Au contraire, l'expertise issue de la clinique permet de s'ajuster à un patient spéci-

fique. Sackett et al. (1996, p. 71) définissent ainsi l'expertise des cliniciens comme « l'habilité à utiliser les aptitudes cliniques et l'expérience passée pour identifier rapidement l'état de santé spécifique à chaque patient, son diagnostic, ses bénéfices ou risques potentiels liés à une intervention en fonction des attentes et de ses valeurs ».

## ◆ Les recommandations pour la pratique clinique

### Définition(s)

Les termes internationaux clinical practice guidelines ou clinical guidelines ont plusieurs équivalents en langue française : recommandations de bonnes pratiques (RBP), guide de pratique clinique (GPC) ou encore recommandations pour la pratique clinique (RPC). Ce dernier sera utilisé dans cet article. Les RPC ont été définies en 1990 par l'Institute of Medicine of the National Academies (IOM) comme « des propositions développées méthodiquement pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions cliniques appropriées dans des circonstances spécifiques » (IOM, 2011, p.8).

Etant donné la qualité variable des RPC développées au cours des 20 dernières années et leurs différentes formes, une nouvelle définition a été proposée en 2011 par l'IOM, mettant ainsi l'accent sur la nécessité de développer et de se fier à des RPC fiables, c'est-à-dire à des evidence-based guidelines : les RPC sont alors définies comme « des propositions qui incluent des recommandations particulières destinées à optimiser les soins d'un patient, elles doivent s'appuyer sur une synthèse méthodique des données issues de la recherche scientifique et mentionner les avantages et les inconvénients des options alternatives de soins » (p. 4). L'IOM (2011) relève que même s'il n'existe pas ou peu de données probantes issues de la recherche scientifique dans beaucoup de domaines cliniques, le développement de RPC doit se faire en respectant des critères de qualité concernant les points suivants (p. 5-9) :

- transparence du processus de développement et du financement
- gestion des conflits d'intérêt
- composition du groupe responsable de l'élaboration de la RPC
- lien entre le processus de développement de la synthèse méthodique de la littérature et celui de la RPC
- évaluation de la force de chacune des recommandations particulières
- articulation des recommandations précises afin d'élaborer la RPC
- relecture par des examinateurs externes
- mise à jour

Le développement d'une RPC comprend plusieurs étapes (Institute of Medicine of the National Academies, 2011) : les premières étapes sont la formulation d'un problème clinique puis la réalisation d'une synthèse méthodique de la littérature afin de trouver les données probantes ; suivra un processus qui permettra d'élaborer des recommandations cliniques en fonction de la qualité et de la quantité des données probantes, des patients et des utilisateurs cibles de la RPC devront être consultés à cette étape afin que leurs avis et préférences puissent être pris en compte ; le raisonnement qui sous-tend chacune des recommandations particulières devra être expliqué et une note représentant le niveau de confiance à accorder à la recommandation devra lui être attribuée ; ces recommandations particulières seront ensuite assemblées afin d'élaborer la RPC et celle-ci devra être relue par des personnes extérieures avant d'être publiée.

Les RPC ont donc pour objectif d'aider les professionnels des soins de santé et les patients à prendre les meilleures décisions cliniques. Mais elles ont également pour objectif de réduire les variations dans les pratiques professionnelles et à améliorer la situation des patients (Hoffman et Bucham, 2013).

#### ◆ Localisation : où les trouver ?

Plusieurs ressources peuvent être consultées. Ci-dessous une liste non exhaustive de ressources électroniques (en accès gratuit) :

##### **Ressources répertoriées par des orthophonistes**

- Compendium of EBP Guidelines and Systematic Reviews, American-Speech-Language-hearing Association (ASHA), <http://www.asha.org/members/ebp/compendium/>  
Sélection de RPC et de synthèses méthodiques de la littérature par l'équipe de *l'ASHA's National Center for Evidence-Based Practice in Communication Disorders*
- CLOL evidence-based practice resources, <http://www.cplol.eu/>  
Sélection de RPC par le Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne

##### **Ressources non spécifiques à l'orthophonie**

- Base de données de RPC développée par la Haute Autorité de Santé (France), [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc\\_1249693/fr/piliers](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249693/fr/piliers)
- National Guidelines Clearinghouse (USA), <http://www.guideline.gov/>  
Base de données contenant des RPC et maintenue par *l'Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services*
- Clinical Practice Guidelines Portal (Australia), <http://www.clinicalguidelines.gov.au/>

Portail d'accès à des RPC développé par le National Institute of Clinical Research, dépendant du National Health and Medical Research Council en Australie

- National Health Service (NHS) Evidence (UK),  
<http://www.evidence.nhs.uk>  
Base de donnée gérée par le UK's National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) et contenant un grand nombre de ressources, dont des RPC
- International Guideline Library,  
<http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library>  
Ressource développée par le Guidelines International Network (G-I-N)
- Medline/PubMed, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>  
Base de données bibliographiques produite par la U.S. National Library of Medicine (contenu : des références de divers types de publication scientifique, dont des RPC)
- TRIP - Turning Research Into Practice, [www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)  
Moteur de recherche spécialisé dans le domaine des soins de santé
- Recommandations cliniques en réadaptation,  
<http://www.health.uottawa.ca/rehabguidelines/fr/login.php>  
Répertoire de RPC dans le domaine de la réadaptation qui est subventionné par le Centre de pédagogie universitaire de l'Université d'Ottawa et par le Centre national de formation en santé

Même si pour certaines ressources, la majorité des RPC concernent la pratique médicale, un grand nombre d'entre elles sont pertinentes pour les orthophonistes (Dollaghan, 2007).

## ◆ Evaluation des RPC

Les bénéfices de l'utilisation des RPC sont directement dépendants de la qualité de leur élaboration : plus la méthodologie ayant permis leur développement est rigoureuse, plus les bénéfices escomptés seront importants. Partant de ce principe, force est d'admettre que toutes les RPC ne se valent pas et qu'un élément essentiel sera l'évaluation de leur qualité. Pour ce faire, le clinicien peut recourir à la grille d'évaluation AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation), qui a été élaborée pour s'attaquer au problème de la variabilité de la qualité des RPC et qui est reconnue au niveau international. Cette grille, initialement publiée en 2003, a été améliorée quelques années plus tard (Brouwers et al., 2010) : cette nouvelle version, AGREE II, peut être téléchargée gratuitement sur le site web de l'AGREE Research Trust ([www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)). À noter

qu'AGREE II a été traduite en français, qu'elle est accompagnée d'un manuel d'utilisation et que deux tutoriels et des exercices ont été développés pour aider les professionnels à utiliser AGREE II. Cette grille sert à évaluer la rigueur méthodologique et la transparence du processus d'élaboration des RPC. Mais l'AGREE ne se contente pas de ce seul objectif : l'outil permet également d'élaborer une stratégie méthodologique pour l'élaboration des RPC et de déterminer quelle information intégrer dans les RPC et comment s'y prendre pour le faire.

Concrètement, la grille AGREE II se compose de 23 items organisés en six domaines : (i) champ et objectif, (ii) participation des groupes concernés, (iii) rigueur d'élaboration, (iv) clarté et présentation, (v) applicabilité et (vi) indépendance éditoriale. Les items doivent être évalués sur une échelle en 7 points (allant de 1 = fortement en désaccord à 7 = fortement en accord). Un score de qualité peut ainsi être calculé pour chacun des domaines. La grille se termine par deux items permettant d'évaluer la qualité générale de la RPC (sur une échelle en 7 points) et de déterminer si l'utilisation de RPC est recommandée ou non.

### ◆ Utilisation et limites

Comme cela a déjà été mentionné, rester informé des progrès de la recherche scientifique peut s'avérer difficile étant donné la profusion de l'information scientifique. Les RPC peuvent dès lors s'avérer des sources précieuses d'information. Les RPC basées sur des données probantes ont la particularité de prendre en compte les trois éléments qui sont au cœur de la démarche EBP, à savoir les données de la recherche scientifique, l'expertise clinique ainsi que les valeurs et préférences des patients. À noter que les RPC ne répondent pas à toutes les incertitudes qui peuvent se poser dans la pratique professionnelle et qu'elles doivent être considérées comme des « guides » qui viennent compléter d'autres sources conçues pour aider le professionnel dans ses prises de décisions cliniques pour un patient en particulier (Hoffmann et Buchan, 2013). Il revient ainsi au clinicien de savoir si son patient répond aux mêmes critères que la population visée par la RPC, si le contexte de soins de santé permet l'application des recommandations faites et si la RPC rencontre les valeurs et préférences du patient pour lequel une décision clinique doit être prise (Hoffmann et Buchan, 2013).

Le développement de RPC prend du temps et il est dès lors possible que les preuves utilisées pour appuyer les recommandations ne soient plus les plus actuelles au moment où la RPC est publiée (Hoffmann et Buchan, 2013). Le cas échéant, la RPC doit être réexaminée et révisée si les nouvelles « preuves » sont

importantes et justifient la modification de la RPC (Institute of Medicine of the National Academies, 2011). Le recours à des experts est important pour optimiser la qualité de la RPC, néanmoins leurs conflits d'intérêt potentiels, qu'ils soient financiers ou intellectuels, ne doivent pas influencer les recommandations particulières qui sont faites dans la RPC (Guyatt et al, 2010). Beaucoup de RPC ne mentionnent pas les conflits d'intérêt potentiels ni la manière dont ils ont été gérés (Hoffmann et Buchan, 2013).

## ◆ Illustration

Pour mieux comprendre l'intérêt des RPC, partons d'une situation clinique concrète. Vous recevez une demande de prise en charge pour un jeune patient de 2 ans présentant un syndrome de Down. Ayant peu fréquemment ce type de demande et soucieux d'offrir à votre jeune patient la meilleure prise en charge possible, vous décidez de comparer votre plan d'intervention aux recommandations internationales. Grâce au site web de l'ASHA, vous trouvez rapidement une RPC, intitulée « Clinical Practice Guideline : Report of the Recommendations. Down Syndrome, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0–3 Years) », qui correspond à vos attentes, même si elle date de 2006 et qu'elle a été réalisée aux Etats-Unis.<sup>1</sup> Par ailleurs, l'équipe de l'ASHA's National Center for Evidence-Based Practice in Communication Disorders (N-CEP) précise qu'elle a évalué cette RPC selon la grille AGREE II et qu'elle est « hautement recommandée », ce qui vous incite à en entamer la lecture.

Cette RPC est très complète et destinée à différents professionnels (médecins, psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, etc.) et aux familles. Comme orthophoniste, vous serez particulièrement attentif aux recommandations liées à l'évaluation et à la gestion de la communication, de la cognition, des relations sociales, de l'alimentation et de l'audition. Cette RPC a été réalisée en appliquant la méthodologie recommandée par l'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) : un panel multidisciplinaire d'experts du domaine composé de cliniciens mais aussi de parents d'enfants porteurs d'un syndrome de Down ont participé à un groupe de travail qui a examiné les données de la recherche disponibles afin de développer des recommandations de pratique. La qualité des recommandations est clairement mentionnée : les recommandations sont classifiées comme A, B, C, D1 ou D2. Les recommanda-

---

1. New York State Department of Health, Early Intervention Program; U.S. Department of Education **Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Down Syndrome, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0–3 Years)**. New York State Department of Health, Early Intervention Program. (2006). Albany (NY): NYS Department of Health, Publication No. 4959, 292 pages

tions de niveau A peuvent être considérées comme basées sur des « preuves solides », de haut niveau de preuve, venant d'au moins deux études d'efficacité. Le niveau B est attribué à des recommandations considérées comme issues de « preuves modérées », venant d'une seule étude de haute qualité. Les recommandations de niveau C sont étayées par des « preuves limitées » issues d'études de qualité modérée ou moins directement applicable à la thématique. Les niveaux D1 et D2 sont des recommandations fondées sur un consensus entre les personnes participant au développement de la RPC et non fondées sur des « preuves », soit parce qu'une synthèse méthodique de la littérature n'a trouvé aucune « preuve » (niveau D1) soit parce qu'aucune synthèse méthodique n'a encore été réalisée (niveau D2). Les recommandations de cette catégorie pourront donc être reclassifiées dans des révisions ultérieures de la RPC lorsque des « preuves » seront disponibles. Cette dernière remarque met en évidence l'importance d'une révision régulière des recommandations afin d'être le plus au fait des dernières recherches dans le domaine. En complément aux études d'efficacité, les auteurs de la RPC ont relevé la littérature descriptive donnant des informations plus précises sur la pathologie. Ces études sont reprises sous le label « Cdc ».

A la lecture du document, force est de constater que très peu de recommandations bénéficient du niveau A. La grande majorité des recommandations sont étiquetées comme étant de niveau D2, ce qui montre l'importance de continuer à développer la recherche dans des domaines plus cliniques. A titre d'exemple, voici quelques recommandations choisies (le lecteur est renvoyé à la RPC complète pour plus de détails, notamment concernant les références des « preuves » étayant chacune des recommandations) :

- *Chapitre 4 – Intervention – Recommandations ciblées sur le développement moteur* : n°27, p. 136. Pour les enfants de 4 à 12 mois, l'utilisation d'échelles normées du développement moteur, comme le Peabody Developmental Motor Scales, peut être utile pour évaluer les aptitudes fonctionnelles motrices des jeunes enfants porteurs d'un syndrome de Down. [A]
- *Chapitre 4 – Intervention – Recommandations ciblées sur le développement communicatif* : n°1, p. 125. Il est important de rappeler qu'aucune intervention orthophonique n'est la meilleure pour tous les enfants porteurs d'un syndrome de Down. Comme pour toutes les prises en charge, il est recommandé que la nature et la fréquence/intensité de l'intervention orthophonique proposée pour un jeune enfant porteur du syndrome de Down soient basées sur une évaluation du développement global de l'enfant (incluant tous les domaines) et sur les ressources et besoins spécifiques de l'enfant et de sa famille. [D2]



- *Chapitre 4 – Intervention – Recommandations ciblées sur le développement communicatif* : n°2, p. 125. Il est recommandé qu'une intervention sur la communication (ex. stimulation oro-motrice, guidance parentale) soit mise en place rapidement après la naissance car la plupart des enfants porteurs d'un syndrome de Down présente un retard communicatif précoce incluant la vocalisation (babillage), la parole et le langage. [C]
- *Chapitre 4 – Intervention – Recommandations ciblées sur le développement communicatif* : n°13, p. 128. Il est recommandé que les composants de l'intervention précoce incluent 1) des interactions directes entre les parents et leur enfant, 2) une observation du parent et de son enfant suivie d'un feedback, 3) suffisamment de supports verbaux ou écrits pour permettre de promouvoir les fonctions oro-motrices, les vocalisations et le langage dans les activités quotidiennes. [B]

La lecture de différentes recommandations donne des informations concrètes sur les outils d'évaluation conseillés, des modalités d'intervention (début, intensité, contenu) et permet de confronter le plan d'action aux bonnes pratiques validées scientifiquement.

## ◆ Conclusion

En orthophonie, l'articulation recherche-clinique doit être davantage renforcée, particulièrement dans les pays francophones. L'EBP en général et les RPC en particulier ont certainement un rôle à jouer dans cette intégration en tissant des liens entre les données issues de la recherche (evidence-based practice), de la clinique (practice-based evidence) et les réalités du terrain. Les RPC construites à partir d'une question clinique émergeant du terrain puis étayées selon une méthodologie rigoureuse doivent ensuite être diffusées et exploitées par les praticiens.

Actuellement, les RPC semblent peu connues mais elles feront sans doute partie des réflexes professionnels de demain. Pour que cela soit possible, il faut d'une part démontrer aux cliniciens le potentiel de ces RPC mais aussi poursuivre le développement de RPC de qualité dans le domaine de l'orthophonie mais aussi pour des thématiques multidisciplinaires pour lesquelles un orthophoniste est appelé à intervenir. Enfin, il faudra veiller à évaluer l'impact de ces RPC pour vérifier si elles remplissent effectivement leurs objectifs, si elles conduisent à des changements de pratique et à une amélioration des soins.

## REFERENCES

- 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>
- BROUWERS, M. C., KHO, M. E., BROWMAN, G. P., BURGERS, J. S., CLUZEAU, F., FEDER, G., ZITZELSBERGER, L. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation. *Canadian Medical Association Journal*, 182, E839-842.
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne (2009). *A framework for ethical practice in speech and language therapy*. Retrieved from [http://www.cplol.eu/images/Documents/ethical\\_practice\\_en\\_2009.pdf](http://www.cplol.eu/images/Documents/ethical_practice_en_2009.pdf)
- DOLLAGHAN, C. A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore, MD: Brookes Publishing.
- 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, 644-649.
- GREENHALGH, T. (2010). *How to read a paper: The basics of evidence-based medicine* (4th ed.). Chichester, England: Wiley-Blackwell.
- GUYATT, G., HAYNES, B., JAESCHKE, R., MEADE, M. O., WILSON, M., MONTORI, V., & RICHARDSON, S. (2008). The philosophy of evidence-based medicine. In G. Guyatt, R. Drummond, M. O. Meade, & D. J. Cook (Eds.), *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice* (2nd ed., pp. 9-16). New York, NY: McGraw Hill Medical.
- GUYATT, G., AKL, E. A., HIRSH, J., KEARON, C., CROWTHER, M., GUTTERMAN, D., SCHÜNE-MANN, H. (2010). The vexing problem of guidelines and conflict of interest: A potential solution. *Annals of Internal Medicine*, 152, 738-741.
- HOFFMANN, T., & BUCHAN, H. (2013). Clinical practice guidelines. In T. Hoffmann, S. Bennett, & C. Del Mar (Eds.), *Evidence-based practice across the health professions* (2nd ed., pp. 313-327). Sydney, Australia: Churchill Livingstone.
- Institute of Medicine of the National Academies, & Field, M. J., Lohr, K. N. (Eds.) (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, WA: National Academy Press.
- Institute of Medicine of the National Academies, & Graham, R., Mancher, M., Wolman, D. M., Greenfield, S., Steinberg, E. (Eds.) (2011). *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington, WA: The National Academies Press.
- OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011). *The 2011 Oxford Levels of Evidence*. Retrieved from <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5513>
- OLSWANG, L. B., & BAIN, B. (1994). Data collection: Monitoring children's treatment progress. *American Journal of Speech Language Pathology*, 3, 55-66.
- 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.
- 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.
- VAN DRIEL, M., & CHEVALIER, P. (2008). *Glossaire : Evidence-based medicine* (2nd ed.). Gand, Belgique: Minerva