



## Extrait du journal des psychologues n°345

Extrait du dossier : Données scientifiques et pratique clinique

Date de parution : Mars 2017

Rubrique dans le JDP : Dossier

Nombre de mots : 3200

**Auteur(s) : Durieux Nancy, Étienne Anne-Marie, Willems Sylvie**

### Présentation

L'evidence-based practice en psychologie est encore loin de faire l'unanimité et demeure une approche recommandée par certains collègues, et décriée par d'autres... C'est ici l'occasion de l'introduire brièvement auprès des praticiens en faisant la démonstration que, malgré les obstacles et les développements essentiels pour que cette approche puisse être intégrée dans le quotidien des psychologues, elle constitue une opportunité de faire évoluer les pratiques professionnelles et de permettre une meilleure valorisation de la psychologie.

### Mots Clés

Evidence Based Practice <sup>[1]</sup> Pratique fondée sur les faits <sup>[2]</sup> Données probantes <sup>[3]</sup> Données scientifiques <sup>[4]</sup>

### Détail de l'article

L'*evidence-based practice* (EBP) – ou pratique fondée sur les données probantes – repose sur des principes initialement développés en médecine (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992 ; Sackett *et al.*, 1996), puis adaptés à un nombre croissant de disciplines (Hoffmann, Bennet, Del Mar, 2013a). Cette démarche désigne un processus de prise de décision qui conjugue trois « piliers » (Howick, 2011 ; Straus *et al.*, 2011) : les données probantes issues de la recherche scientifique (les résultats valides, actuels, cliniquement pertinents), l'expertise clinique du praticien (sa capacité d'utiliser ses connaissances scientifiques accumulées et son expérience clinique – qu'il est capable de remettre en cause – pour poser un diagnostic, évaluer les risques d'une intervention...) et les caractéristiques du patient (ses valeurs, sa situation, ses préférences et ses objectifs). Ainsi, l'*American Psychological Association* (APA) considère l'EBP en psychologie comme étant l'intégration des meilleures données disponibles issues de la recherche scientifique à l'expertise clinique, dans le contexte des caractéristiques, de la culture et des préférences du patient (Apa Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). D'emblée, cette définition souligne non pas l'existence de trois piliers séparés, mais bien l'étroite

imbrication de trois fondements de même importance. Selon l'Apa (Apa Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), l'ebp en psychologie a, entre autres, pour objectif la promotion d'une pratique de qualité. Elle apporte, en effet, une réponse aux praticiens désirant appuyer leur pratique sur les progrès théoriques, méthodologiques et techniques récents. C'est pourquoi notre objectif sera de présenter la méthodologie inhérente à l'ebp en détaillant brièvement chacune des étapes à sa mise en œuvre. Certains préjugés et obstacles seront également mentionnés, ainsi que les défis et les développements essentiels pour l'implémentation d'une telle pratique. Des exemples ont été extraits de la psychologie clinique pour illustrer le propos.

## **EBP : UNE DÉMARCHE EN PLUSIEURS ÉTAPES**

Un clinicien adoptant une posture EBP est un clinicien capable de remettre en cause sa pratique et de reconnaître un besoin d'information en situation d'incertitude concernant un diagnostic, une action de prévention ou encore un choix de traitement pour un patient. Dans ce cas précis, il peut alors initier la démarche de l'ebp qui comprend cinq étapes (Dawes *et al.*, 2005 ; Straus *et al.*, 2011).

### **Poser une question clinique structurée et précise**

Cette première étape consiste à clarifier ce besoin spécifique d'information, afin de le traduire ensuite en une question claire et précise à laquelle il est possible de répondre. Pour cela, la plupart des questions peuvent respecter la structure la plus courante, reprise sous l'acronyme Pico (Falzon, Davidson, Bruns, 2010 ; Kloda, Bartlett, 2013 ; Straus *et al.*, 2011) qui intègre quatre composants possibles :

- P=Patient / problème : Il convient de préciser les caractéristiques du patient, le problème (ou encore la population). Mentionner certaines caractéristiques telles que l'âge, le sexe, la culture, une comorbidité, peut être pertinent pour certaines problématiques.
- I=Intervention : L'intervention est à comprendre dans un sens large. Elle peut faire référence, par exemple, à un traitement, à un test de diagnostic ou à un facteur pronostic. Il peut s'agir également d'une exposition non intentionnelle à un événement, mais pouvant affecter le patient / problème.
- C=Comparaison : Cet élément est généralement utilisé avec des questions concernant les effets d'une intervention thérapeutique (comparaison d'un traitement, par exemple, avec un autre traitement ou avec l'absence de traitement).
- O=Objectif(s) : Il s'agit ici de préciser le ou les objectif(s) visé(s), ainsi que les paramètres qui seront pris en compte pour démontrer que l'objectif a été atteint. Prenons un exemple pour illustrer cette formulation de la question. Un clinicien a reçu un patient montrant une symptomatologie en lien avec un stress post-traumatique (PTSD). Il connaît la littérature sur l'efficacité d'une prise en charge cognitivo-comportementale de type exposition prolongée. Toutefois, son patient lui mentionne son intérêt pour l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). Afin de faire une recherche sur le sujet dans la littérature scientifique, il formule la question de la manière suivante : chez une personne atteinte de ptsd (P), est-ce que l'emdr (I) conduit plus efficacement à une amélioration des symptômes (notons que la symptomatologie peut également être spécifiée : cauchemars, sommeil, irritabilité, tristesse, impuissance, etc.) (O1) ou à une prévention de la rechute (O2) que l'exposition prolongée (C) ? Pour une question concernant un diagnostic, la même logique pourrait être suivie. Par exemple, la *Mattis Dementia Rating Scale* (drs) (I) présente-t-elle une meilleure sensibilité et spécificité (O) que la *Mini Mental State Examination* (MMSE) (C) pour identifier des personnes présentant un début de maladie d'Alzheimer (P) ? Ces questions, qualifiées de « premier plan » (*foreground questions*), permettent ainsi d'apporter des réponses au clinicien pour des situations cliniques spécifiques. En cela, elles sont différentes des questions dites « de base » (*background questions* ; par exemple, « quels sont les symptômes du PTSD ? » ou encore « qu'est-ce que l'EMDR ? ») qui ne s'appliquent pas à un patient ou à une situation particulière. Ces informations générales, génériques, sont, en revanche, bien évidemment essentielles au praticien dans le développement de son savoir, et donc de son expertise. Elles permettront, en outre, de poser

adéquatement une *foreground question* en utilisant une terminologie spécifique et adéquate (Hoffmann, Bennet, Del Mar, 2013b).

### **Rechercher les meilleures données issues de la recherche**

Une fois la question clinique ainsi formulée, la deuxième étape de l'EBP consiste à rechercher les données les plus robustes issues de la recherche scientifique. En psychologie, plusieurs types d'étude (*study designs*) peuvent contribuer à une pratique psychologique fondée sur les données probantes.

Certains types de *design* sont alors plus adaptés que d'autres suivant la question posée (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006) : par exemple, les essais contrôlés randomisés pour déterminer les effets de certaines interventions ou les études qualitatives pour décrire des expériences subjectives, vécues, y compris celles des personnes participant à une psychothérapie. En plus de ces études originales / primaires, qui sont les plus abondantes, les synthèses méthodiques de la littérature scientifique, telles que les *systematic reviews* ou encore les méta-analyses, fournissent également des sources d'information très intéressantes pour le praticien, puisqu'elles sont fondées sur une recherche systématique des études originales abordant une même problématique. Enfin, les recommandations de bonne pratique clinique (*clinical guidelines*) décrivent 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 (Institute of Medicine of the National Academies 1). Les *evidence-based clinical guidelines* sont encore peu nombreuses en psychologie clinique. La synthèse des résultats des études primaires et leur traduction en directives pour la pratique sont, en effet, des processus qui prennent du temps (Green, 2001). Toutefois, le clinicien pourra parfois récolter des informations pertinentes dans les *guidelines* d'autres disciplines. Afin de trouver ces références d'études originales, de synthèses de la littérature ou encore de recommandations de bonne pratique clinique, différents types d'outils de recherche sont disponibles pour le praticien. Leur choix dépendra de la question posée et de l'information recherchée. Peuvent être citées, de manière non exhaustive, les bases de données bibliographiques, telles que PsycINFO et Medline / PubMed ou encore des bases de données qui ciblent un type particulier de publication : la *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, qui contient des références d'essais contrôlés randomisés dans le domaine de la santé, la *Cochrane Database of Systematic Reviews* ou encore la base de données *Campbell Systematic Reviews* qui contiennent des (références de) synthèses méthodiques de la littérature développées respectivement par la *Cochrane Collaboration* et la *Campbell Collaboration*. Pour trouver des recommandations de bonne pratique clinique, il peut être utile de consulter les ressources développées à cet effet par la *British Psychological Society*, l'Apa, ou encore par la Haute autorité de santé (France), l'*Agency for Healthcare Research and Quality*, le *Guidelines International Network*. Des moteurs de recherche spécialisés, comme Trip (*Turning Research Into Practice*), sont d'autres exemples d'outils pouvant s'avérer pratiques pour trouver de la littérature scientifique.

### **Évaluer ces données de manière critique**

Après avoir recherché et sélectionné les publications scientifiques susceptibles de fournir les données les plus robustes, le clinicien doit encore évaluer celles-ci de manière critique. Avant toute application dans la pratique, il est, en effet, essentiel d'évaluer la validité interne (la « qualité ») des études sélectionnées, l'importance des résultats et leur applicabilité (dans le contexte de sa propre pratique) (Straus *et al.*, 2011). Tous les types d'étude ne s'évaluent cependant pas de la même manière : par exemple, les critères d'évaluation d'un essai contrôlé randomisé sont différents de ceux d'une synthèse méthodique de la littérature. Des grilles de lecture spécifiques aux différents types d'étude constituent dès lors un support essentiel pour cette étape de l'ebp. Peuvent être citées, à titre illustratif, la grille Consort<sup>2</sup> qui comprend vingt-cinq critères à prendre en compte pour évaluer des essais contrôlés randomisés (par exemple, explications fournies dans l'article quant à la randomisation) et la grille Prisma<sup>3</sup> qui contient

vingt-sept critères pour l'évaluation des synthèses méthodiques de la littérature (par exemple, explications fournies dans l'article quant à la stratégie de recherche documentaire). Une liste des grilles adaptées à différents types de publications est notamment disponible sur le site Web de l'Equator Network (*Enhancing the Quality and Transparency Of health Research*).

### **Appliquer les résultats dans la pratique**

Les données ainsi recueillies, jugées valides et pertinentes pour le patient, doivent ensuite servir à alimenter la prise de décision et non l'imposer. Ce processus sera mené en concertation avec le patient. Pour cela, celui-ci devrait posséder une compréhension partagée de ses besoins ou difficultés, du coût-bénéfice probable des différentes options qui s'offrent à lui, ainsi que des ressources disponibles et nécessaires pour telle ou telle intervention (Apa Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). La collaboration active du patient est généralement un facteur primordial en psychologie tant dans le processus évaluatif que dans le traitement. Une fois l'intervention choisie (à comprendre à nouveau dans un sens large), l'étape suivante consiste alors à trouver un équilibre entre l'implémenter fidèlement et l'adapter aux besoins, spécificités de la personne, ou à certaines conditions de travail du praticien (Van den Broucke, 2012). Adapter une intervention sur mesure pour le patient dans le but d'en améliorer son efficacité est un véritable défi pour le clinicien, mais également le cœur de son métier. Par exemple, relier simplement un traitement spécifique à un trouble spécifique est une méthode qui n'est pas toujours optimale (Huppert *et al.*, 2001). « *Il est parfois plus important de savoir quel patient présente le trouble que de savoir quel trouble est présenté par le patient.* » (Sir William Osler, cité par Norcross and Karpiak, 2012.) L'expertise clinique implique, dès lors, la maîtrise des méthodes d'intervention elle-mêmes, mais également la capacité d'adapter l'intervention au cas particulier et aux réactions du patient. Pour un traitement, cette adaptation nécessite, par exemple, de se questionner sur les « ingrédients » responsables de son efficacité. Cette démarche inférentielle, pour s'intégrer dans le processus ebp, devrait s'inscrire alors dans une évaluation et un ajustement constant de la méthode aux besoins. Plusieurs études montrent à cet égard les effets positifs d'une évaluation continue de la progression du patient au cours du traitement (par exemple, Lambert and Shimokawa, 2011 ; Shimokawa, Lambert, Smart, 2010). L'évaluation pourrait porter tant sur les facteurs spécifiques du traitement que sur les facteurs transversaux (par exemple, la qualité de la relation ; Lambert, Ogles, 2014).

### **Évaluation de la performance**

La dernière étape recommande au clinicien d'autoévaluer ses capacités d'exécuter les différentes étapes de l'ebp (la question posée était-elle pertinente et bien formulée ? les sources consultées étaient-elles les meilleures au vu de la question posée ?, etc.). L'objectif de cette démarche réflexive est d'améliorer ses stratégies pour la mise en œuvre d'une pratique fondée sur les données probantes. Cette dernière étape est tout aussi essentielle que les autres, afin que le clinicien puisse appliquer efficacement la démarche dans sa pratique quotidienne, en un minimum de temps.

### **PRÉJUGÉS ET OBSTACLES**

La terminologie « *evidence-based* » inquiète beaucoup de collègues en psychologie. Certains intervenants ou auteurs alimentent une confusion autour de la démarche EBP, tantôt décrite comme une tentative de médicaliser la profession, tantôt réduite et confondue avec le concept de « traitements empiriquement fondés » (ests, *empirically supported treatments*) qui désigne les méthodes de traitement avec des bases scientifiques solides, élaborées pour des troubles spécifiques. De nombreuses enquêtes chez les étudiants ou professionnels indiquent, en effet, que l'ebp en psychologie est identifiée comme étant un synonyme des ests (par exemple, Luebbe *et al.*, 2007 ; Wachtel, 2010). Cela s'explique, notamment, par le fait que les premiers textes sur l'ebp en psychologie ont souvent décrit de façon très sommaire la démarche, se limitant parfois à une discussion sur les essais contrôlés randomisés et réduisant un processus

complexe à une liste d'interventions validées (Norcross and Karpiak, 2012). Ces premiers écrits ont donné une image parfois rigide et peu humaniste à la démarche ebp, dont certains pensent qu'elle consiste à sélectionner, tel un technicien, un traitement issu d'une liste, sans prendre en considération l'expertise du clinicien, la contribution et la spécificité du patient, ainsi que la collaboration entre les deux. Comme mentionné cependant par l'APA (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), une démarche est démarrée d'un traitement pour se demander ensuite pour quels troubles ou situations spécifiques il est efficace. Une démarche ebp, quant à elle, part du patient pour se demander ensuite comment les données issues de la recherche (incluant les résultats des études randomisées) pourront assister le clinicien dans l'obtention des meilleurs résultats possibles. Parallèlement, certains psychologues rejettent le principe même des données probantes. Par exemple, alors que les essais contrôlés randomisés constituent la voie d'or en médecine pour évaluer l'efficacité d'un traitement, certains psychologues exprimeront leur scepticisme, avec l'idée – sans doute en partie justifiée – que les patients, dans ces études, ont une histoire, des difficultés, des ressources ou des aspirations si différentes de leur patient que les résultats ne sont pas transférables. Tantôt sélectionnés sans comorbidité, tantôt assignés aléatoirement à un traitement (Weinberger, 2014), les conditions des patients semblent parfois très éloignées de ce qui se passe en clinique. Plus que la méthode, la notion même de donnée probante est parfois discutée. Contrairement à une intervention médicale, il est, en effet, parfois complexe de définir la « preuve » de l'efficacité d'une intervention psychologique. Parfois, l'effet n'est visible qu'à très long terme et peut concerner différents niveaux de mesure (Van den Broucke, 2014) :

la diminution de symptôme, le risque moindre de récurrence, le sentiment de réalisation personnelle, l'amélioration de la qualité de vie, etc. Toutefois, ces arguments ne sont pas contraires à la démarche ebp en psychologie, puisqu'elle consiste à développer une pratique « informée » par les données issues de la recherche et leur analyse critique (telle intervention permet tel résultat pour les clients ayant tels problèmes similaires), tout en tenant compte des spécificités (par exemple, est-ce que telle autre comorbidité ou tel élément contextuel peut altérer l'efficacité de l'intervention ?) et des objectifs du patient (par exemple, est-ce que le résultat décrit est celui escompté ?). Plus généralement, rejeter l'utilité de données probantes pourrait revenir à l'idée de recommencer *de novo* pour chaque patient, sans aucune idée de ce qui pourrait être utile pour cette personne. Enfin, plusieurs autres obstacles sont encore régulièrement discutés concernant le développement d'une démarche ebp. Le plus important concerne probablement les contraintes pratiques des cliniciens (Addis, 2002) rendant parfois difficile l'étape consistant à rechercher et consulter la littérature pertinente (Hannes, Goedhuys, Aertgeerts, 2012). Cela est particulièrement vrai dans les contextes hospitaliers où les rythmes imposés laissent parfois peu de place à la réflexion. Il arrive que certains cliniciens se retrouvent avec près de trente heures de contact patient par semaine. Or, l'ensemble des étapes décrites plus haut peut prendre quelques heures pour une seule question posée (Maillart, Durieux, 2012). Notons également le manque d'accès de certains cliniciens aux ressources documentaires ou encore le coût prohibitif des formations pour les cliniciens qui voudraient se tenir au courant des multiples méthodologies empiriquement fondées (Laska, Gurman, Wampold, 2014).

## **DÉFIS ET DÉVELOPPEMENTS POUR LA PROFESSION**

Un premier défi est sans doute pour les universités qui doivent penser l'articulation entre les cours indispensables à l'approche scientifique (cours de recherche d'information scientifique, de statistiques, de méthodes de recherche, etc.), d'une part, et les cours de psychologie clinique, d'autre part. En effet, dans la plupart des cursus, les premiers arrivent tôt, alors que les cours de psychologie clinique ont tendance à être abordés en dernier. La formation devrait alors apprendre au futur psychologue à intégrer de façon flexible et critique les différentes données issues de la recherche, de la pratique clinique avec les préférences et les caractéristiques du patient. Un deuxième défi consiste, pour les cliniciens et les chercheurs, à joindre leurs efforts pour accroître les interactions entre la recherche et la pratique dans le but de développer une recherche valide et des données cliniquement pertinentes. Cette recherche devrait s'intéresser à tous les facteurs et leurs combinaisons susceptibles d'influencer l'efficacité de la pratique psychologique (par exemple, étude de l'effet de comorbidité, de modérateur, étude de la

possibilité de transposer, adapter ou généraliser à d'autres populations certaines d'ESTS, etc.). Une réflexion pourrait, par ailleurs, être menée concernant la littérature scientifique et la présentation des données originales (Chelune, 2002). Les données pourraient être présentées de telle sorte qu'elles puissent être plus facilement lisibles et directement exploitables par l'utilisateur final, à savoir le praticien. Certaines statistiques (par exemple, la *p value* ou taille d'effet pour des comparaisons de groupe) peuvent être, en effet, difficilement transposables en situation clinique individuelle, même par les plus avertis. Dans le même ordre d'idée, des résumés critiques (avec mise en évidence et évaluation des principaux messages clés) d'études scientifiques ou encore des synthèses cliniques combinant l'ensemble des données actuelles par rapport à une problématique et régulièrement mises à jour (Alper and Haynes, 2016) pourraient également être développés en psychologie, afin de soutenir une pratique fondée sur les données probantes.

## EN CONCLUSION

Il peut être rappelé que l'EBP est une démarche à initier, lorsque le clinicien se pose une question précise pour un patient particulier.

Elle peut, néanmoins, également être appliquée régulièrement par le praticien qui désire maintenir son niveau de compétence et « rester bien informé ». Malgré les obstacles et les développements essentiels pour que cette démarche puisse être intégrée dans le quotidien des psychologues, l'EBP constitue une véritable opportunité de faire évoluer les pratiques professionnelles et de permettre une meilleure valorisation de la psychologie. Aux associations professionnelles et aux politiques de soutenir cette démarche et d'en faire la promotion ! ▀

## Notes

1. Institute of Medicine of the National Academies, 2011, « Clinical Practice Guidelines We Can Trust », <https://www.nap.edu/read/13058/chapter/1> [5].
2. <http://www.consort-statement.org> [6]/
3. <http://www.prisma-statement.org> [7]/
4. Canadian Psychological Association, 2012, « Evidence-Based Practice of Psychological Treatments. A Canadian Perspective », [http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/Report\\_of\\_the\\_EBP\\_Task\\_Force\\_FINAL\\_Board](http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/Report_of_the_EBP_Task_Force_FINAL_Board_Approved_2012.pdf) [8] Approved\_2012.pdf.

## Pour citer cet article

Durieux Nancy, Étienne Anne-Marie, Willems Sylvie *“Introduction à l'evidence-based practice en psychologie”*

URL de cet article : <https://www.jdpsychologues.fr/article/introduction-a-l-evidence-based-practice-en-psychologie>

**Source URL:** <https://www.jdpsychologues.fr/article/introduction-a-l-evidence-based-practice-en-psychologie>

## Liens

- [1] <https://www.jdpsychologues.fr/tags/evidence-based-practice>
- [2] <https://www.jdpsychologues.fr/tags/pratique-fondee-sur-les-faits>
- [3] <https://www.jdpsychologues.fr/tags/donnees-probantes>
- [4] <https://www.jdpsychologues.fr/tags/donnees-scientifiques>
- [5] <http://www.nap.edu/read/13058/chapter/1>
- [6] <http://www.consort-statement.org>
- [7] <http://www.prisma-statement.org>
- [8] [http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/Report\\_of\\_the\\_EBP\\_Task\\_Force\\_FINAL\\_Board\\_](http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/Report_of_the_EBP_Task_Force_FINAL_Board_)