

La médecine de réadaptation et la physiothérapie fondées sur des données probantes

Rob A.B. Oostendorp, PhD, PT, MT

**Research Director, Dutch Institute of Allied Health Care, Amersfoort, the Netherlands
Emeritus Professor Allied Health Sciences, Radboud University Nijmegen Medical
Centre, Nijmegen Centre for Evidence Based Practice, Scientific Institute for Quality of
Healthcare, Nijmegen, the Netherlands**

Maria W.G. Nijhuis-van der Sanden, PhD, PT

**Professor Allied Health Sciences, Radboud University Nijmegen Medical Centre,
Nijmegen Centre for Evidence Based Practice, Scientific Institute for Quality of
Healthcare, Nijmegen, the Netherlands
Head of Department of Paediatric Physiotherapy, Radboud University Nijmegen
Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands**

Yvonne F. Heerkens, PhD

**Program Leader Classification & Coding, Dutch Institute of Allied Health Care,
Amersfoort, the Netherlands
Associate professor Occupation and Health, HAN-University, Nijmegen, the
Netherlands**

Erik J.M. Hendriks, PhD, PT

**Program Leader Clinical Guidelines, Dutch Institute of Allied Health Care, Amersfoort,
the Netherlands
Program Leader Clinical Guidelines, Centre for Evidence Based Physiotherapy and
Department of Epidemiology, Maastricht University Medical Centre+, Maastricht, the
Netherlands**

Peter A. Huijbregts, PT, DPT

**Assistant Professor, Online Education, University of St. Augustine for Health Sciences,
St. Augustine, FL, USA**

Résumé

La pratique fondée sur l'expérience clinique (PEC) est actuellement le paradigme dominant et incontesté en médecine de réadaptation et en physiothérapie. Les recommandations de présentation normalisée des résultats de recherche ont facilité l'évaluation critique de la documentation de recherche pertinente. De plus, des études méthodiques de la documentation disponibles dans des bases de données informatisées permettent un accès rapide aux meilleures preuves scientifiques actuelles, même pour les cliniciens et les chercheurs les plus occupés. En dépit des avantages potentiels de la PEC pour la pratique clinique, différentes critiques ont été formulées au cours des années au sujet de la PEC. Cet article présente une évaluation critique du paradigme de la PEC en discutant d'aspects tels que : les perceptions de cette pratique en tant qu'approche fondée sur les règles, l'incohérence et les contradictions des résultats de recherche, une proposition de pyramide de recherche qui ne met pas nécessairement l'importance sur l'essai clinique comparatif et randomisé, un cadre conceptuel mieux adapté aux besoins cliniques et de recherche en médecine de réadaptation et en physiothérapie, le rôle des patients dans le cadre du paradigme de la PEC et les impacts sur

ceux-ci, la mise en œuvre de la PEC, mais également l'actuel manque de données probantes concernant l'amélioration de l'efficacité du traitement des patients selon la PEC.

Mots clés

Pratique fondée sur l'expérience clinique, médecine de réadaptation, physiothérapie, évaluation critique

Introduction

Depuis l'introduction de la pratique fondée sur l'expérience clinique (PEC) en médecine de réadaptation et en physiothérapie, les cliniciens des deux domaines ont, certains plus facilement que d'autres peut-être, utilisé de plus en plus de données provenant de la recherche actuelle pour la prise de décision clinique dans le soin individualisé des patients (Law 2002). Cependant, le concept de base de la PEC voulant que les procédures cliniques soient fondées sur des données scientifiques est tout, sauf un événement récent. Depuis maintenant une vingtaine d'années, ce concept a gagné en popularité et en crédibilité, car la PEC est devenue le paradigme international prédominant et incontesté en médecine de réadaptation et en physiothérapie.

Par rapport au rôle grandissant de la PEC, on parle souvent d'un changement de paradigme. En d'autres mots, on peut dire que la PEC a entraîné l'introduction et l'adoption d'un ensemble complet de valeurs, de techniques et de convictions en médecine de réadaptation et en physiothérapie, sensiblement différentes de celles qui prévalaient avant l'avènement de la PEC. Il existe une plus grande quantité de données scientifiques et cette information est également considérablement plus accessible. Auparavant, les idées concernant les mécanismes physiopathologiques constituaient la source d'information la plus importante pour la prise de décision clinique. De nos jours, une multitude de recherches dans les domaines épidémiologique, diagnostique, pronostique, thérapeutique et autres sont disponibles et accessibles sous la forme d'études méthodiques de la documentation scientifique. Alors qu'antérieurement beaucoup de publications étaient écrites en se fondant entièrement ou principalement sur la réputation de l'auteur, les auteurs sont tenus aujourd'hui de décrire clairement le parcours qu'ils ont suivi pour obtenir les résultats présentés. La recherche doit être relatée de manière transparente, de façon à ce que les lecteurs puissent parcourir les étapes de planification, de mise en œuvre, de résultat et de conclusion. La crédibilité de la recherche dépend d'une évaluation critique des forces et des faiblesses de la conception de l'étude, de sa réalisation, de son analyse et de sa conclusion. Un compte rendu transparent est nécessaire pour permettre une évaluation critique, mais aussi pour déterminer si les résultats peuvent être répertoriés dans des études méthodiques de documentation et comment ils doivent l'être.

Pour atteindre cet objectif de compte rendu transparent, on a développé différentes listes de contrôle renfermant des recommandations sur la présentation des rapports de recherche visant l'amélioration de leur qualité.

L'énoncé CONSORT (acronyme de *CONsolidated Standards Of Reporting Trials* ou normes consolidées de la présentation des rapports d'essais) endosse une liste de contrôle en 22 points pour assurer que d'importants composants méthodologiques d'essais cliniques sont décrits. Cet énoncé a été conçu en 1996 et révisé cinq ans plus tard (Altman 2005). Beaucoup de périodiques médicaux et de physiothérapie ont soutenu cette entreprise, qui a contribué à améliorer la qualité de présentation des rapports d'essais cliniques comparatifs et randomisés.

Des projets semblables ont suivi dans d'autres domaines de recherche, p. ex. des études de diagnostic comme la liste de critères STARD (*STAndards for Reporting of Diagnostic accuracy* ou normes de présentation de rapports concernant l'exactitude de diagnostic) (Bossuyt et coll. 2003a; 2003b). Dernièrement, des directives ont aussi été conçues pour la présentation des rapports d'études par observation (énoncé STROBE [*Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology*] ou renforcement de la présentation des rapports d'études par observation en épidémiologie) (Von Elm et coll. 2007, Rothwell et Bhatia 2007). L'énoncé STROBE est une liste de contrôle des éléments à traiter dans les articles traitant des études de cohortes, transversales et cas-témoin. Les exigences présentées dans ces listes de contrôle rendent la documentation de plus en plus transparente et contribuent à une approche plus systématique de la production et de la diffusion des idées scientifiques dans la pratique clinique. Cela constitue peut-être la plus grande valeur du paradigme de la PEC.

Toutefois, la présentation transparente et normalisée des rapports de la recherche pertinente ne représente qu'une étape lorsque l'on entend intégrer les données scientifiques actuelles fondées sur la recherche dans la pratique clinique. Au fur et à mesure que la multitude de recherches pertinentes et disponibles s'accroît, les cliniciens et chercheurs affairés peuvent avoir de la difficulté à demeurer à jour. En facilitant l'accès à de grandes quantités de travaux de recherche, la *Cochrane Collaboration* a joué un important rôle de pionnier dans le domaine de la collecte systématique de données de recherche. La *Cochrane Library* comprend actuellement plus de 2 200 études méthodiques de documentation, dont plusieurs centaines dans le domaine de la médecine de réadaptation et de la physiothérapie. Ainsi, la *Cochrane Library* est une des références les plus utiles relativement à la vérification scientifique de la pratique clinique quotidienne en physiothérapie et en médecine de réadaptation.

La *Physiotherapy Evidence Database (PEDro)* constitue une autre référence fort utile, plus spécialement en physiothérapie. Elle est entretenue par le *Centre for Evidence Based Physiotherapy* de l'Université de Sydney en Australie et l'Université de Maastricht aux Pays-Bas. Les essais randomisés inscrits dans la base de données *PEDro* sont cotés pour aider les physiothérapeutes à évaluer rapidement leur qualité méthodologique et ainsi faire la différence entre les essais. Ces cotes aident les thérapeutes à juger de l'utilité des résultats des essais dans le processus de décision clinique.

Plus récemment, le *BMJ Publishing Group* et le *Health Information Unit* de l'Université McMaster au Canada se sont unis pour proposer *bmjupdates*⁺. L'objectif de ce service est de fournir aux cliniciens les dernières données scientifiques de qualité relatives à des progrès importants dans le domaine de la santé, le tout adapté à leurs intérêts. Pour des cliniciens comme les médecins et les physiothérapeutes qui cherchent à demeurer au fait des études et des analyses les plus pertinentes, le procédé en deux étapes utilisé pour les *bmjupdates*⁺ diminue le nombre d'articles à lire d'une moyenne de 100 articles dans 10 périodiques différents à seulement 2 ou 3 par mois, soit une réduction d'environ 99 % de la lecture requise. Après la consultation de bases de données et de projets comme *bmjupdates*⁺ permettant l'accès à des études méthodiques de documentation pertinente, le médecin ou le physiothérapeute détermine ensuite, selon son expérience clinique, si les résultats sont applicables au patient qui consulte le clinicien pour un problème de santé.

Malgré les avantages potentiels de la PEC pour la pratique clinique, différentes critiques ont été formulées à son égard au cours des années. Le but de cet article est de présenter une évaluation critique du paradigme de la PEC en analysant les perceptions de la PEC en tant

qu'approche axée sur les règles, l'incohérence et la contradiction des preuves, une proposition de structure pyramidale de la recherche qui ne met pas nécessairement l'accent sur l'essai clinique comparatif et randomisé, un cadre conceptuel mieux adapté aux besoins cliniques et de recherche de la médecine de réadaptation et de la physiothérapie, le rôle et les impacts sur les patients du paradigme de la PEC, la mise en œuvre de la PEC, ainsi que le manque de données probantes concernant l'amélioration de l'efficacité du traitement des patients selon la PEC.

La pratique fondée sur l'expérience clinique : une approche de la pratique clinique axée sur les règles?

Une des objections régulièrement soulevées au sujet de la PEC concerne la soi-disant perte de liberté thérapeutique et d'autonomie professionnelle des médecins et des physiothérapeutes. On prétend que la PEC limite le choix du clinicien, plaçant ainsi le clinicien dans une sorte de « camisole de force » scientifique. Les critiques de la PEC mentionnent que l'approche de la pratique « axée sur les règles », que la PEC les force à adopter, ne répond pas suffisamment aux attentes, aux préoccupations et aux besoins du patient et du clinicien.

C'est bien sûr la définition du concept de la liberté thérapeutique qui détermine si la PEC mène en fait à une pratique axée sur les règles. La liberté thérapeutique n'a jamais signifié que le clinicien a la liberté de faire ou non comme il lui plaît. Les cliniciens ont l'obligation éthique de fournir à chaque patient le meilleur soin possible. Cela signifie qu'en tant que clinicien, on doit continuellement chercher des tests et des mesures de diagnostic, ainsi que des interventions thérapeutiques adaptées à chaque patient.

La définition stipulant que la PEC est l'intégration des meilleurs résultats de recherche disponibles à l'expérience clinique et aux valeurs du patient constitue un autre argument infirmant cette critique (Sackett et coll. 2000). Dans le même contexte, ces auteurs ont défini l'expertise médicale comme la capacité de se servir des compétences cliniques et de l'expérience passée pour identifier rapidement l'état et le problème de santé de chaque patient, les risques et les avantages de chaque intervention possible, ainsi que leurs valeurs et leurs attentes personnelles. Les médecins et les physiothérapeutes ne trouveront pas toujours une réponse au problème clinique de leurs patients dans les résultats de recherche. Dans cette situation, mais aussi dans toute prise de décision clinique selon le paradigme de la PEC comme mentionné précédemment, l'expertise médicale demeure une des pierres angulaires pour répondre à des questions cliniques. Il n'existe pas de livre de recettes pour la médecine de réadaptation et la physiothérapie et un tel livre hypothétique n'existera probablement jamais.

Il y a d'autres arguments contre la PEC en tant que pratique axée sur les règles. Malgré leur développement rapide et manifeste, les résultats de recherche sont souvent limités ou même inexistantes, même pour des interventions d'usage courant en physiothérapie et en médecine de réadaptation. Pour illustrer cette constatation concernant l'état des connaissances, Taylor et coll. (2007) ont mis à jour une synthèse des meilleures connaissances des études méthodiques de documentation effectuées par Smidt et coll. (2005) et portant sur le degré de preuve en faveur de la gymnastique thérapeutique. Ils ont évoqué des preuves concluantes voulant que la gymnastique thérapeutique soit profitable pour les patients atteints d'arthrose, de maladies respiratoires obstructives, de claudication intermittente, mais ont noté seulement des preuves limitées pour la gymnastique thérapeutique chez des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral ou atteints de paralysie cérébrale, de la maladie de Parkinson et de troubles

neuromusculaires. En fait, il est remarquable qu'il existe si peu de résultats de recherche en rapport avec le diagnostic et le traitement des patients atteints de troubles neurologiques chroniques, p. ex. de maladies neuromusculaires (Cup et coll. 2007, Law 2002). En l'absence de preuves pertinentes, l'expertise médicale, ainsi que les préférences, les préoccupations et les attentes des patients demeurent les fondements du diagnostic et du traitement de physiothérapie des patients atteints de troubles neurologiques chroniques. On doit aussi reconnaître un semblable manque de preuves dans le domaine du pronostic : Beattie et Nelson (2007) ont publié une mise à jour clinique fournissant un cadre pour identifier, évaluer et utiliser les résultats de recherche visant à évaluer le pronostic. Dans l'exemple déjà cité de neuroréadaptation, mais aussi plus généralement en médecine de réadaptation et en physiothérapie, il est évident qu'il n'existe pas de livre de recettes! Comme dans plusieurs domaines de ces deux spécialités, le patient a besoin d'un programme personnalisé de réadaptation et de gymnastique thérapeutique fondé sur l'expertise médicale de médecins en réadaptation et de physiothérapeutes, sur les préférences du patient et sur les meilleures preuves scientifiques disponibles (qui sont parfois, et peuvent demeurer limitées tout au mieux).

L'incohérence et la contradiction entre les preuves scientifiques

On soutient régulièrement à l'encontre de la PEC que les résultats pertinents sont souvent incohérents et proposent parfois des choix de traitement diamétralement opposés. Il faut toutefois convenir que dans tout domaine de recherche, on peut presque toujours trouver des exemples d'incohérence et de contradiction entre les études. Ces dernières ne se limitent pas aux études fondamentales seulement, mais se retrouvent aussi dans les études méthodiques de documentation et dans les directives de pratique clinique fondées sur ces études. Élaborées dans au moins 12 pays (Koes et coll. 2003), des directives de pratique clinique pour améliorer le traitement des lombalgies aiguës peuvent servir d'exemple. En général, ces directives fournissent des données semblables, dont la recommandation de traiter les lombalgies aiguës au niveau des soins de première ligne, le fait que la récupération est habituellement rapide et complète et que les quelques cas de lombalgies non mécaniques nécessitant une redirection qu'un clinicien peut s'attendre à recevoir en soins primaires peuvent être identifiés à l'aide d'une évaluation clinique. Cependant, selon une statistique largement diffusée par ces recommandations sur le pronostic, 90 % des patients se rétablissent en six semaines. Fait intéressant, les directives ne fournissent aucune référence spécifique pour appuyer cette information. Au contraire, des études méthodiques de documentation ont établi que le risque qu'une lombalgie dure plus de 3 mois est imprécis et peut se situer entre 2 et 56 % (Hestbaek et coll. 2003a; 2003b). Pour expliquer cette incohérence, Dionne et coll. (2008) ont mis en cause des lacunes méthodologiques dans les études de pronostic et les essais randomisés, la définition opérationnelle de lombalgie et les méthodes de recrutement des patients. L'idée voulant que cette pathologie jouisse d'un pronostic favorable pourrait devoir être réévaluée en raison de l'incohérence entre les résultats publiés et les données de suivi à long terme, ce qui est pertinent pour le traitement des patients atteints de lombalgie aiguë. La lombalgie aiguë n'est peut-être pas une pathologie bénigne et spontanément résolutive. Quelle est l'information juste à donner au patient par rapport au pronostic d'une lombalgie aiguë? On ne le sait pas. Une compréhension approfondie de la méthodologie de recherche s'impose dans le cas d'un clinicien qui se fonde entièrement sur des données probantes, s'il entend tirer des conclusions à partir de telles incohérences et contradictions.

Les essais cliniques comparatifs et randomisés : le plus haut niveau de preuve?

On soulève une autre critique à l'encontre de la PEC concernant l'exagération au sujet de l'essai clinique comparatif et randomisé considéré comme le plus haut niveau dans la hiérarchie des preuves scientifiques. Jusqu'à un certain point, cette critique n'est pas fondée. Les chercheurs sont bien conscients que, par exemple, les études par observation (études de cohortes) conviennent mieux pour étudier la fiabilité d'un diagnostic, pour comprendre un pronostic, pour établir et valider les facteurs de risque propres au traitement, pour surveiller l'innocuité des traitements et pour identifier des effets du traitement (principalement indésirables) qui ne sont pas facilement détectés par des essais. L'importance des études autres que l'essai clinique comparatif et randomisé, comprenant les études de cohortes, est illustrée dans la hiérarchie des preuves cruciale pour la PEC (Centre for Evidence-Based Medicine 2009).

Toutefois, la domination de l'essai clinique comparatif et randomisé en tant que norme absolue – par analogie avec la recherche pharmacologique – pour fournir des données sur l'efficacité des interventions en médecine de réadaptation et en physiothérapie fait face à une résistance grandissante et justifiée. D'un côté, l'intérêt des médecins en réadaptation et des physiothérapeutes penche vers l'estimation des effets du traitement dans un contexte réel, en dehors de l'environnement étroitement contrôlé d'un essai clinique comparatif et randomisé. Les études par observation sont sans doute plus susceptibles de fournir une indication sur ce qui est accompli en pratique clinique de réadaptation. D'un autre côté, les études par observation peuvent aussi avoir une valeur particulière pour répondre aux questions relatives aux résultats à plus long terme en réadaptation neurologique, comme l'effet à long terme des traitements de fond actuellement disponibles dans la prévention de la progression de la maladie (Trojano 2007).

Dans le contexte de l'exagération de l'importance de l'essai clinique comparatif et randomisé en matière de détermination de l'efficacité d'un traitement, il faut aussi pouvoir évaluer si ce type d'essai constitue la conception de recherche la plus appropriée, et ce, même pour les études sur l'efficacité des interventions. Par rapport à la définition de sous-groupes de traitement pertinents au point de vue clinique, Spratt (2002) a décrit le modèle de recherche ADTO (*Assessment-Diagnosis-Treatment-Outcome* ou évaluation – diagnostic – traitement – résultat) qui comporte trois phases différentes :

1. Évaluation – diagnostic : cette première phase est l'étape primordiale pour la définition de la fiabilité pour un même évaluateur et entre évaluateurs de l'identification d'un sous-groupe proposé, caractérisé par un ensemble de résultats cliniques.
2. Diagnostic – traitement : une fois qu'on a montré qu'un sous-groupe à l'intérieur d'un système de classification fondé sur le traitement peut être identifié de manière fiable, la prochaine phase détermine si ce sous-groupe répond en effet à une ou plusieurs interventions assorties proposées de manière cohérente et favorable.
3. Traitement – résultats : dans cette dernière phase, on détermine laquelle des interventions jugées efficaces à la phase 2 est en fait la plus efficace ou si le traitement assorti proposé est plus efficace que le traitement standard actuel.

Des conceptions spécifiques d'études sont reliées à ces trois phases. Alors que la phase évaluation – diagnostic exige une recherche de fiabilité, la phase diagnostic – traitement serait mieux adaptée à des études par observation de cohortes faisant appel à un groupe ou éventuellement à deux groupes, et la conception d'essai clinique comparatif et randomisé conviendrait davantage à la dernière phase (Donelson 2007). Les populations homogènes obtenues au cours de tels essais vont probablement montrer les résultats que les cliniciens ont observés dans leur pratique clinique quotidienne, mais qui étaient habituellement « effacés » dans les essais antérieurs utilisés dans des analyses et des méta-analyses méthodiques de documentation précédentes en raison de leur hétérogénéité massive par rapport au sujet de l'étude (Huijbregts 2007).

En constatant que dans la hiérarchie des preuves il existe de multiples pyramides de preuves selon la question à laquelle on répond, le défi de la PEC consiste à évaluer de manière critique la pyramide de preuves relative à l'efficacité des traitements qui est actuellement utilisée pour la médecine de réadaptation et la physiothérapie. Cela devrait produire une recherche innovatrice qui diminue l'importance du concept de l'essai clinique comparatif et randomisé et utilise des concepts d'observation de cohortes, mais aussi des exposés de cas et des études de cas pour explorer et répondre à des questions pour lesquelles le niveau actuel de preuves ne permet pas encore d'essai clinique comparatif et randomisé (Oostendorp 2007a; 2007b). Pour tenir compte dans les faits de la critique voulant que la PEC exagère le concept d'essai clinique comparatif et randomisé en tant que meilleur niveau de preuves, on pourra ne pas débiter au sommet de la pyramide de preuves pour vérifier l'efficacité d'un traitement, mais plutôt faire appel à des concepts de recherche fondés sur le niveau de preuves actuel et constater que différents concepts de recherche sont mieux adaptés à différents types d'interrogations cliniques.

Le modèle conceptuel pour la recherche en réadaptation et en physiothérapie : maladie ou fonctionnement

Le modèle conceptuel sur lequel s'appuie une recherche détermine les questions qu'on pose et les réponses obtenues. Pour que la PEC devienne plus pertinente par rapport aux besoins cliniques et à ceux des chercheurs en médecine de réadaptation et en physiothérapie, un modèle conceptuel autre que le modèle médical anatomopathologique traditionnel est nécessaire. Après tout, les problèmes de santé des patients que les médecins et les physiothérapeutes rencontrent dans leur pratique clinique quotidienne sont souvent complexes, influencés par la comorbidité, et ne peuvent être précisément décrits en utilisant seulement un cadre de référence médical de diagnostic, telle la Classification internationale des maladies (CIM). Jusqu'à maintenant toutefois, la recherche n'a pas tenu compte de cette complexité du diagnostic et a défini les populations sur la base de critères d'exclusion fondés sur la CIM et sur des données démographiques. En conséquence, les réponses à des questions cliniques sur le traitement fournissant le plus haut niveau de preuves sont souvent absentes des résultats d'essais cliniques comparatifs et randomisés actuellement disponibles.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2001 la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). La précédente, la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH), était déjà utilisée en médecine de réadaptation et en physiothérapie. Le processus de révision de la CIDIH et l'élaboration ultérieure de la CIF reflètent un déplacement conceptuel depuis une classification reposant sur la « conséquence de la maladie » vers une classification reposant sur les « composantes de l'état de santé » (Heerkens et coll. 2006). La médecine de

réadaptation et la physiothérapie ne sont pas centrées sur la maladie elle-même, mais plutôt sur le fonctionnement des patients. Le fonctionnement en tant qu'expérience humaine universelle peut être classé selon le point de vue du corps (les fonctions organiques et les structures anatomiques), mais aussi selon le point de vue de l'individu et de la société (les activités personnelles et la participation). Jusqu'à maintenant, aucun essai randomisé n'a été réalisé en se servant de critères d'inclusion et d'exclusion fondés sur la CIF. Pour faciliter un usage accru de critères fonctionnels basés sur la CIF dans des essais cliniques, des projets internationaux sont en voie de concevoir des ensembles fondamentaux de déficiences, de limitations d'activités et de restrictions de participation pour divers groupes de patients en utilisant une analyse Delphi (Cieza et coll. 2004, Stucki et coll. 2004, Finger et coll. 2006). La prochaine étape consiste à sélectionner des tests et des mesures dotés des propriétés psychométriques appropriées correspondant à ces ensembles fondamentaux de la CIF (Swinkels et Oostendorp 2004). Pour augmenter l'intérêt de la PEC pour la médecine de réadaptation et la physiothérapie, il est très important que la recherche passe d'un modèle conceptuel médical tel qu'illustré par la CIM à un modèle conceptuel du fonctionnement tel que décrit par la CIF.

La pratique fondée sur l'expérience clinique et le patient

En tant que composante de l'évaluation critique du paradigme de la PEC, on ne peut ignorer l'effet de ce paradigme sur le patient qui en est évidemment le principal intervenant. Les perceptions erronées par rapport au rôle du patient et aux effets qu'il subit en raison de ce paradigme sont centrées sur la perception de non-pertinence, ou au moins de l'importance limitée, des préférences et des interventions du patient, mais aussi sur l'apparente importance restreinte et l'opportunité de l'interaction patient-clinicien.

Avec le paradigme de la PEC, la diminution proposée de l'importance des préférences et des attentes du patient dans le processus de prise de décision clinique ne contraste pas seulement avec la définition fournie de la PEC voulant intégrer les meilleures données probantes disponibles avec l'expérience clinique et les valeurs du patient (Sackett et coll. 2000). Elle est aussi rendue improbable du fait que l'on accorde une attention soutenue à rendre accessible les résultats de la recherche scientifique à la population. Cela deviendra probablement un catalyseur important pour l'émancipation ou la responsabilisation des patients quant à une prise de décision clinique en coopération. *Medline*, une des plus importantes bases de données de référence utilisée par les cliniciens et les chercheurs, est accessible à tous sans frais. Il existe d'autres entreprises qui mettent l'accent sur l'importance de permettre l'accès gratuit à la version intégrale des articles scientifiques. La logique veut que les patients eux-mêmes doivent pouvoir vérifier l'approche de diagnostic et de traitement proposée par les médecins ou physiothérapeutes dans les publications de données probantes de recherche. De plus, les médecins et physiothérapeutes sont tenus par la loi et par le code d'éthique médical d'obtenir le consentement éclairé de leurs patients avant de commencer un traitement. La condition de base pour un consentement éclairé valable est de révéler à un patient apte l'information appropriée, ce dernier pouvant alors exercer un choix volontaire (Appelbaum 2007). Des obstacles pratiques souvent insurmontables se dressent évidemment devant les tentatives de rencontrer tous les aspects de cette définition. Au moins, cela devrait inciter les cliniciens à fonder le plus possible leurs décisions sur des données scientifiques et à communiquer ces données à leurs patients selon un modèle de prise de décision en coopération.

Haslam (2007) soutient que la pratique clinique est de plus en plus déshumanisée, étant dominée par la PEC, des technologies impersonnelles et des impératifs économiques. En opposition à cette perception, un courant de recherche émerge voulant que l'empathie (définie

comme la capacité d'adopter le point de vue du patient, d'être sensible à l'expérience vécue par le patient et de se comporter avec le patient de manière compatissante) soit associée avec une diversité de résultats cliniques positifs (Elwyn et coll. 2007, Haslam 2007). Les patients accordent beaucoup d'importance à l'empathie dans les consultations et démontrent une meilleure adhésion par rapport au traitement et un plus grand engagement avec des médecins et des fournisseurs de soins plus empathiques. Le paradigme de la PEC souligne clairement l'importance de la participation du patient dans le processus de prise de décision clinique, mais renforce aussi l'importance d'une interaction patient-clinicien empathique.

La mise en œuvre de la pratique fondée sur l'expérience clinique

Une évaluation critique de la PEC serait incomplète sans vraiment aborder la question de la manière de mettre en œuvre la PEC dans la pratique clinique. Grol et coll. (2005) ont décrit la mise en œuvre comme un processus planifié et une introduction systématique dans la pratique d'innovations ou de changements dont la valeur est prouvée, avec l'objectif de leur attribuer une place dans la pratique professionnelle, dans le fonctionnement des organisations ou dans l'organisation des soins de santé. Il faut reconnaître que même si la production de nouvelles connaissances au sujet des soins des patients progresse à un rythme de plus en plus rapide, le pourcentage des idées valables inclus par la suite à court terme dans les soins habituels des patients est considérablement moindre. Parmi les obstacles identifiés concernant la mise en œuvre de la PEC, on trouve : le manque de temps et la logistique de la pratique; le manque de cliniciens compétents en recherche; aucun accès ou un accès limité à des sources d'information fiables; plusieurs modèles conceptuels de la théorie et de la pratique clinique défendus par les cliniciens; incohérences et contradictions dans l'expertise des cliniciens, de leurs collègues et des patients favorisant des approches de traitement non soutenues par la PEC (Grol et coll. 2005). Il sera question du rôle des changements dans les programmes de formation de base, du rôle possible des cliniciens spécialistes et du besoin croissant de compétences cliniques pour l'obtention et l'évaluation critique des preuves de recherche pertinentes.

La mise en œuvre de la PEC est un processus d'envergure nécessitant des changements de paradigme dans les programmes de formation de base et de troisième cycle (Darrah et coll. 2006). Cependant, même si ces changements étaient mis en œuvre au premier cycle, aucun professionnel novice ne serait complètement prêt à assumer toutes les responsabilités requises d'un clinicien adoptant une approche fondée sur des données probantes (Boonyasai et coll. 2007). Il faut constater que, peu importe le soin avec lequel la recherche et l'analyse de la documentation scientifique sont menées pour développer des directives cliniques par exemple, la documentation ne peut apporter de preuves que pour une partie limitée des actions et des décisions cliniques actuelles (moins de 40 à 50 % selon les estimations). Il y a une vaste zone grise en médecine de réadaptation et en physiothérapie dans laquelle les expériences et les préférences des intervenants jouent un rôle beaucoup plus important que toutes les directives visant à déterminer ce qui représente de bons soins cliniques, soulignant à nouveau l'importance de l'expérience et de l'expertise cliniques (Rutten et coll. 2006). L'expérience clinique dote les professionnels d'une base de données personnelle de consultations de patients. Cela permet au professionnel expérimenté d'évaluer l'efficacité de certaines interventions. Pour les cliniciens formés selon le paradigme de la PEC, cette évaluation est aujourd'hui réalisée non seulement sur la base d'une logique physiopathologique et de connaissances fondées sur la réputation de l'auteur, mais aussi sur une compréhension approfondie de la pertinence des données scientifiques de recherche.

Une fois qu'ils sont qualifiés, les professionnels ont aussi tendance (et devraient y être encouragés par le milieu universitaire) à participer à la recherche clinique plus formelle. Les connaissances qui ressortent de cette participation à la recherche permettent à ces professionnels expérimentés de rendre les résultats plus accessibles aux autres cliniciens. Quand les cliniciens qualifiés partagent leur savoir dans le cadre de tribunes publiques, ils peuvent exercer une influence sur le développement des connaissances fondées sur des données probantes en invitant leurs collègues moins expérimentés à profiter de leurs idées. En médecine de réadaptation et en physiothérapie, il existe un nombre grandissant de cliniciens spécialistes disponibles pour participer à des groupes de travail visant à enrichir la mise en œuvre de la PEC en pratique clinique.

La mise en œuvre de la PEC en pratique clinique nécessite aussi quelques compétences nouvelles ou rehaussées de la part des médecins et physiothérapeutes, dont la capacité :

- d'identifier les mots-clés d'une stratégie de recherche;
- de faire des recherches dans les bases de données pertinentes;
- d'évaluer les résultats obtenus de manière critique;
- d'effectuer un transfert adéquat de l'idée scientifique vers la pratique clinique.

Pour un grand nombre de cliniciens actuellement en pratique, ces compétences n'ont pas été abordées au cours de leur éducation professionnelle. Bien que beaucoup de cliniciens aient accès à un système informatique offrant l'accès à des sources d'information scientifique, trouver l'information pertinente n'est pas une mince tâche. La recherche dans la documentation exige beaucoup de formation. Bien que les différences entre les groupes soient maintenant probablement plus petites chez les cliniciens, McGibbon et coll. (1990) ont déterminé que les spécialistes de l'information, les cliniciens expérimentés et ceux moins expérimentés réussissent respectivement dans une proportion de 72 %, 48 % et seulement 29 % à localiser la documentation grâce à des recherches dans *Medline*. On pourrait aussi familiariser les cliniciens à la recherche et à l'évaluation de documentation au cœur de la PEC grâce à des sources « prétraitées », comme « *Critically Appraised Topics* », « *Selected Topics* » et « *Article Alert* » maintenant offerts comme chroniques dans des périodiques variés de médecine et de physiothérapie, et dans lesquelles des spécialistes résument la documentation récente et utile. Des études méthodiques et des recommandations cliniques constituent une autre manière de familiariser les cliniciens à la consultation de meilleures données probantes actuelles dans le cadre du paradigme de la PEC. Des projets comme *bmjupdate*⁺, la *Cochrane Library*, et *PEDro* offrent aussi aux cliniciens occupés un accès relativement facile aux meilleures données probantes actuelles.

Beaucoup de stratégies et d'interventions différentes visent à mettre en œuvre des changements dans les soins des patients qui soient cohérents avec l'approche des meilleures données probantes de la PEC. Certains de ces changements sont centrés sur les professionnels en tant qu'individu, d'autres sur les patients, les groupes ou des aspects spécifiques de l'organisation des soins. Le corpus croissant d'études méthodiques concernant l'efficacité des différentes méthodes de mise en œuvre peut aider à choisir les stratégies de changement adéquates (Grol et Grimshaw 2003). Jusqu'à maintenant, il n'y a pas de preuves claires permettant de faire un choix éclairé parmi des stratégies simples ou combinées. Le bon choix des interventions de mise en œuvre est déterminé en fonction du sujet de l'étude, des paramètres, du groupe cible et des problèmes rencontrés indiquant le besoin d'une analyse rigoureuse de ces variables avant de choisir une stratégie de mise en œuvre spécifique (Mayor 2007). Toutefois, l'inclusion du paradigme de la PEC dans les programmes d'éducation,

l'encouragement de spécialistes cliniciens à produire et à diffuser des résultats de recherche pertinents, ainsi que le souci de combler les lacunes en recherche de documentation clinique et en aptitudes d'interrogation critique, semblent constituer des conditions de base préalables au succès de la mise en œuvre du paradigme de la PEC en médecine de réadaptation et en physiothérapie.

Existe-t-il des preuves de l'efficacité supérieure de la pratique fondée sur l'expérience clinique?

Évidemment, la principale question à laquelle il faut répondre est de savoir si les résultats cliniques sont réellement améliorés en conséquence de la mise en œuvre de la PEC. À ce jour, il n'y a pas encore assez de preuves soutenant que la pratique clinique selon la PEC est plus efficace en termes d'amélioration des résultats pour le patient. Les résultats d'essais cliniques comparatifs et randomisés dans lesquels les médecins ou les physiothérapeutes ont traité des patients selon les directives cliniques en comparaison avec un groupe témoin recevant les soins habituels commencent seulement à être disponibles (Engers et coll. 2005, Bekkering et coll. 2005). En plus de mesures de résultats au niveau du processus indiquant la mise en œuvre de soins fondée sur la PEC, des preuves pour le traitement selon les recommandations cliniques devront évidemment se refléter également dans des résultats améliorés au niveau du fonctionnement des patients. Cependant, et malgré l'absence de preuves, il est fort à parier que les cliniciens, pratiquant sur la base d'une information à jour avec la recherche et avec une évaluation critique continue de leurs décisions cliniques, seront meilleurs dans la prise de décisions cliniques adéquates, particulièrement si on les compare avec des cliniciens qui font appel à leur expertise clinique sans l'appuyer sur des preuves scientifiques.

Conclusion

Les compétences en recherche inhérentes à la PEC font partie de l'arsenal du clinicien sur la voie d'une prestation de soins optimale, mais elles doivent compléter plutôt que remplacer l'expertise médicale, ainsi que les préférences et les attentes des patients. La recherche utilisée avec le paradigme de la PEC pour soutenir la prise de décision clinique est encore loin d'être complète et fournit souvent des informations incohérentes et contradictoires. Cela signifie que la PEC demeurera sujette à la critique, d'autant plus du fait que la mise en œuvre des résultats scientifiques selon la PEC rencontre encore beaucoup d'obstacles. Dans les débats futurs concernant la PEC, il faudra prêter attention aux moyens d'augmenter l'acceptation professionnelle de ce paradigme et de promouvoir l'implantation de la PEC. Toutefois, pour faire un usage optimal des données scientifiques dans leur pratique quotidienne, les cliniciens devront aussi développer ou améliorer différentes compétences qui souvent n'atteignent pas le niveau requis pour un clinicien dont la pratique est véritablement fondée sur des données probantes. Il est difficile de démontrer des preuves scientifiques de la PEC. Le mouvement en faveur de la PEC revêt une grande importance pour la réadaptation et la physiothérapie afin de permettre une diffusion des idées auprès de tous les intervenants, comprenant les patients, les cliniciens, les tiers payeurs et les organisations gouvernementales et de soins de santé, dans les processus de prise de décision clinique. L'encouragement de ce paradigme a comme objectif une prestation de soins d'une qualité optimale avec la préservation de l'autonomie professionnelle.

Bibliographie

Altman DG. 2005. Endorsement of the CONSORT statement by high impact medical journals: Survey of instructions for authors. *BMJ* 330:1056-1057.

- Appelbaum PS. 2007. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine* 357:1834-1840.
- Beattie PF, Nelson RM. 2007. Evaluating research studies that address prognosis for patients receiving physical therapy care: A clinical update. *Physical Therapy* 87:1527-1535.
- Bekkering GE, Van Tulder MW, Hendriks EJ, Koopmanschap MA, Knol DL, Bouter LM, Oostendorp RA. 2005. Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: Randomized trial comparing patient outcomes after a standard and active implementation strategy. *Physical Therapy* 85:544-55.
- Boonyasai RT, Windish DM, Chakraborti C, Feldman LS, Rubin HR, Bass E. 2007. Effectiveness of teaching quality improvement to clinicians: A systematic review. *JAMA* 298:1023-1037.
- Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, et al. 2003a. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: The STARD initiative. *Clinical Chemistry* 49:1-6.
- Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, et al. 2003b. The STARD statement for reporting studies of diagnostic accuracy: Explanation and elaboration. *Clinical Chemistry* 49:7-18.
- Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of Evidence (March 2009). Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Accessed November 3, 2009.
- Cieza A, et al. 2004. ICF core sets low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine* 44(Suppl):69-74.
- Cup EH, et al. 2007. Exercise therapy and other types of physical therapy for patients with neuromuscular diseases: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 88:1452-1464.
- Darrah J, Loomis J, Manns P, Norton B, May L. 2006. Role of conceptual models in a physical therapy curriculum: Application of an integrated model of theory, research, and clinical practice. *Physiotherapy Theory and Practice* 22:239-250.
- Dionne CE, et al. 2008. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine* 33:95-103.
- Donelson R. 2007. *Rapidly Reversible Low Back Pain: An Evidence-Based Pathway to Widespread Recoveries and Savings*. Hanover (NH): Self Care First.
- Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M. 2007. Respecting the subjective: Quality measurement from the patient's perspective. *BMJ* 335:1021-1022.
- Engers AJ, Wensing M, Van Tulder MW, Timmermans A, Oostendorp RA, Koes BW, Grol R. 2005. Implementation of the Dutch low back pain guideline for general practitioners: A cluster randomized controlled trial. *Spine* 30:559-600.

- Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. 2006. Identification of intervention categories for physical therapy, based on the international classification of functioning, disability and health: A Delphi exercise. *Physical Therapy* 86:1203-1220.
- Grol R, Grimshaw J. 2003. From best evidence to best practice: Effective implementation in patient care. *Lancet* 362:1225-1230.
- Grol R, Wensing M, Eccles M. 2005. Improving patient care: The implementation of change in clinical practice. Edinburgh (UK): Elsevier.
- Haslam N. 2007. Humanising medical practice: The role of empathy. *Medical Journal of Australia* 187:381-382.
- Heerkens Y, Hendriks E, Oostendorp RAB. 2006. Assessment instruments and the ICF in rehabilitation and physiotherapy. *Medical Rehabilitation* 10(3):1-14.
- Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. 2003a. Low back pain: What is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *European Spine Journal* 12:149-165.
- Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Engberg M, Lauritzen T, Bruun NH, Manniche C. 2003b. The course of low back pain in a general population: Results from a 5-year prospective study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 26:213-219.
- Huijbregts PA. 2007. A new model for orthopaedic manual therapy research: Description and implications. *Journal of Manual and Manipulative Therapy* 15:197-199.
- Koes B, Van Tulder M, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G. 2001. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: An international comparison. *Spine* 26:2504-14.
- Law M. 2002. Evidence-Based Rehabilitation: A Guide to Practice. Thorofare (NJ): Slack Incorporated.
- Mayor S. 2007. Strategies to change behaviour should involve targeted groups. *BMJ* 335:961.
- McGibbon KA, Haynes RB, Dilks CJ. 1990. How good are clinical Medline searches: A comparative study of clinical end-user and librarian searchers. *Computers and Biomedical Research* 23:583-593.
- Oostendorp RAB. 2007a. Over de Horizon van de Paramedische Zorg. Nijmegen (The Netherlands): Radboud University Nijmegen.
- Oostendorp RAB. 2007b. Manual physical therapy in the Netherlands: Reflecting on the past and planning for the future in an international perspective. *Journal of Manual and Manipulative Therapy* 15:133-141.
- Rothwell PM, Bhatia M. 2007. Reporting of observational studies. *BMJ* 335:783-784.

- Rutten GM, Harting J, Rutten ST, Bekkering GE, Kremers SP. 2006. Measuring physiotherapists' guideline adherence by means of clinical vignettes: A validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12:491-500.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. 2000. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh (UK): Churchill Livingstone.
- Smidt N, et al. 2005. Effectiveness of exercise therapy: A best-evidence summary of systematic reviews. *Australian Journal of Physiotherapy* 51:71-85.
- Spratt K. 2002. Statistical relevance. In: Fardon DF, editor. *Orthopaedic Knowledge Update: Spine*. 2nd ed. Rosemont (IL): American Academy of Orthopaedic Surgeons.
- Stucki G, et al. 2004. ICF Core Sets for rheumatoid arthritis. *Journal of Rehabilitation Medicine* 44(Suppl): 87-93.
- Swinkels RAHM, Oostendorp RAB. 2004. Outcome assessment and measurement in spinal musculoskeletal disorders. In: Boyling JB, Jull GA, editors. *Grieve's Modern Manual Therapy*. 3rd ed. Edinburgh (UK): Churchill Livingstone.
- Taylor NF, Dodd KJ, Shields N, Bruder A. 2007. Therapeutic exercise in physiotherapy practice is beneficial: A summary of systematic reviews 2002-2005. *Australian Journal of Physiotherapy* 53:7-16.
- Trojano M. 2007. Is it time to use observational data to estimate treatment effectiveness in multiple sclerosis? *Neurology* 69:1478-1479.
- Von Elm E, Altman DG, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. 2007. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *BMJ* 335:806-808.