



## AU-DELÀ DE LA PYRAMIDE DES PREUVES

Eve-Line Bussières<sup>1</sup>, Marie Grandisson<sup>2</sup>, Delphine Périard-Larivée<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *PhD, Professeure régulière, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada*

<sup>2</sup> *Ergothérapeute, PhD, Département de réadaptation, Université Laval, Québec, Canada*

<sup>3</sup> *B.A., étudiante au doctorat (PhD) en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada*

Adresse de contact : [eve-line.bussieres@ugtr.ca](mailto:eve-line.bussieres@ugtr.ca)

**Note de l'éditeur :** Le mot preuve a été utilisé afin d'éviter le terme « évidence » qui est un anglicisme. Le mot preuve a été privilégié sous la recommandation du Comité éditorial.

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v5n2.158

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



## R ESUM E

D evelopp e par Sackett dans les années 1990, le modèle de la *evidence-based medicine* (EBM) propose une alternative à la médecine basée sur l' intuition et l' expertise. L' EBM avance l' idée que le choix des interventions ou traitements à offrir aux patients devrait être fond e sur les meilleures preuves scientifiques. Toutefois, malgré la réception généralement favorable qu' a connue l' EBM, il subsiste à ce jour une certaine controverse quant à la relation entre les connaissances scientifiques et les interventions autres que médicales, notamment celles de nature sociale. L' objectif du présent article est de faire état des enjeux liés à l' identification de données probantes et des limites associées à la transposition intégrale du modèle EBM à des contextes empiriques différents (p. ex., sciences sociales, ergothérapie). Des pistes futures sont proposées pour aller au-delà de la hiérarchie traditionnelle des preuves et ainsi parvenir à informer les pratiques en sciences sociales et en ergothérapie.

## INTRODUCTION

Les années 1990 ont vu émerger la plus importante initiative contemporaine visant à encadrer le processus de réflexion et de décision dans la communauté médicale (Mykhalovskiy et Weir, 2004). D evelopp e par Sackett et ses collègues (1996), ce courant appel e *evidence-based medicine* (EBM) propose une alternative à la médecine basée sur l' intuition et l' expertise. L' EBM avance l' idée que le choix des interventions ou traitements à offrir aux patients devrait être fond e sur les meilleures preuves scientifiques (Guyatt, Cairns, Churchill et The Evidence Based Working Group, 1992). Malgré la réception généralement favorable qu' a connue l' EBM, à ce jour, un certain débat subsiste quant à la relation entre les connaissances scientifiques et les interventions autres que médicales, notamment celles de nature sociale (Mykhalovskiy et Weir, 2004). En effet, tenter d' appliquer les mêmes critères de valeur scientifique à un autre contexte que celui de la médecine pose un certain nombre de défis, au point où plusieurs personnes remettent en question l' applicabilité intégrale du modèle de l' EBM aux interventions en sciences humaines et sociales (Dubé, 2012 ; Reichow, Volkmar et Cicchetti, 2008 ; Webb, 2001) ainsi que dans les domaines de l'  ducation (Biesta, 2007) et de l' ergothérapie (Hinojosa, 2013 ; Tomlin et Borgetto, 2011).

L' objectif du présent article est de faire état des enjeux liés à l' identification de données probantes et des limites associées à la transposition intégrale du modèle EBM à des contextes empiriques différents (p. ex., sciences sociales, ergothérapie). Dans un premier temps, le modèle de l' EBM et ses postulats fondamentaux seront expos es. Ensuite seront abord es, d' une part, les limites de ce modèle en termes de généralisation des résultats et d' autre part, les défis de l' application de ce modèle à d' autres contextes. Enfin, émanant des constats effectu es, des pistes futures seront proposées afin de parvenir à informer les pratiques dans ces domaines.

## LE MODÈLE DE L'EBM

Développée par un groupe de chercheurs de l'Université McMaster, l'EBM est née en réaction à ce que l'on pourrait appeler « la médecine basée sur l'expertise » (*expert based medicine*) (Smith et Rennie, 2014). Ce paradigme constitue une alternative à la prise de décision basée sur le jugement clinique non systématique et à la médecine basée sur l'intuition (Guyatt *et al.*, 1992). David Sackett, considéré comme le père de l'EBM (Smith et Rennie, 2014), définit l'EBM comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures preuves disponibles dans la littérature afin d'orienter la gestion individuelle des patients » (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes et Richardson, 1996). On notera dans cette première définition que l'unique source d'information pour identifier les pratiques probantes est la littérature scientifique. Une seconde proposition en 2000 ajoutera deux autres sources de données sur lesquelles appuyer son jugement clinique, soit les préférences des patients et l'expertise clinique (Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg et Haynes, 2000).

Dans la pure tradition de l'EBM, les synthèses de connaissances sont réalisées à partir d'essais cliniques randomisés (ECR), le devis le plus élevé en termes de niveau de preuve (Arbesman, Scheer et Lieberman, 2008). Les ECR sont des études expérimentales dans lesquelles le chercheur peut manipuler et contrôler presque toutes les variables, celles d'intérêt (p. ex., l'intervention) autant que les variables potentiellement confondantes (p. ex., l'âge, le niveau socioéconomique, l'état de santé avant le traitement, les autres services reçus, etc.). Dans un ECR, on attribue aléatoirement une condition (intervention ou contrôle) aux participants, départagés en deux groupes dont les caractéristiques de départ sont équivalentes. Cette méthodologie permet l'attribution causale des effets à l'intervention, et ce, avec l'assurance que l'effet n'est ni lié au simple passage du temps, ni attribuable à une autre variable confondante qui n'aurait pas été contrôlée.

En dépit de définitions plus récentes incluant d'autres sources de données pour appuyer son jugement clinique, comme celle de l'American Psychological Association (APA) qui définit la pratique fondée sur les données probantes comme étant : « l'intégration des meilleures recherches et de l'expertise clinique dans le contexte des caractéristiques, de la culture et des préférences du patient » (APA, 2006, p. 273), l'identification des pratiques probantes se fait encore principalement via des synthèses de la littérature scientifique. En effet, malgré une volonté et une tendance forte actuellement à intégrer des patients dans les projets de recherche à titre notamment de patients partenaires, construire son jugement à partir de ces données expérientielles en combinaison avec la littérature scientifique n'est pas chose facile. Il en résulte une grande prépondérance de la littérature scientifique dans la construction de ce jugement. Qui plus est, il arrive fréquemment que seules les études quantitatives, souvent réalisées aux États-Unis, soient prises en compte, les recherches qualitatives n'ayant jamais trouvé leur chemin dans la pyramide des preuves. Difficile, dans un tel contexte, de se rapprocher de la préférence des patients et d'orienter notre pratique clinique en fonction de leurs particularités.

## LIMITES DE L'EBM EN TERMES DE GÉNÉRALISATION ET D'APPLICATION DES RÉSULTATS EN CONTEXTE RÉEL

Bien que la démonstration empirique issue d'un ECR soit reconnue comme la plus puissante pour établir des relations causales, elle présente un potentiel de généralisation des résultats à des contextes réels grandement limité (Tomlin et Borgetto, 2011). En effet, les données probantes issues d'ECR ou de synthèses d'ECR reflètent **l'efficacité théorique** de l'intervention, c'est-à-dire l'efficacité dans des conditions idéales et contrôlées. L'épreuve de la réalité ne réussit pas toujours lorsque vient le temps d'appliquer les conclusions et recommandations cliniques à des clients et des contextes beaucoup plus hétérogènes que ceux d'où sont tirées les preuves scientifiques.

En effet, les essais randomisés sont certes utiles pour répondre à certaines questions scientifiques, mais leur applicabilité est limitée aux patients qui correspondent à ceux sur lesquels ont porté ces études, c'est-à-dire des patients ne présentant généralement pas de comorbidités, des « patients purs ». Ce type de patients correspond à une infime proportion des patients ; des études estiment que les deux tiers des patients de la population générale sont exclus des ECR (Westen, Novotny et Thompson-Brenner, 2004). Pourtant, ceux-ci représentent, selon certains chercheurs et le directeur de la qualité et du développement de la pratique de l'Ordre des psychologues du Québec (Shedler, 2015), « les véritables clients auxquels il faut venir en aide » (Desjardins, 2016, p. 14). Autrement dit, en dépit d'une excellente validité interne, l'ECR ne démontre que peu de validité externe.

En conséquence, plusieurs auteurs recommandent aux ergothérapeutes de considérer d'autres types d'études pour appuyer leur raisonnement clinique dans des situations réelles avec des clients aux profils variés (Hinojosa, 2013 ; Tomlin et Borgetto, 2011 ; Tomlin et Swinth, 2015). En effet, les clients « tout-venant » qui consultent un ergothérapeute présentent divers tableaux cliniques beaucoup plus hétérogènes que ceux inclus dans les ECR. Les données probantes ainsi obtenues auprès d'individus sans comorbidité ni particularité risquent fort de ne pas s'appliquer à des clients moins typiques, qui présenteraient des cas cliniques complexes.

De plus, outre les caractéristiques des patients qui peuvent différer de celles des patients participant aux études, les contextes dans lesquels seront implantées ces interventions peuvent aussi varier et venir « interférer » avec l'efficacité théorique. Une implantation fidèle du programme ou de l'intervention est jugée nécessaire afin de reproduire les effets produits en laboratoire. Or, il est rarement, voire jamais possible de reproduire ces conditions idéales en contexte réel. Il s'agit donc d'une autre limite des données probantes classiques issues des ECR : le manque de correspondance entre les contextes dans lesquels sont observés les résultats de ces recherches (p. ex. laboratoire) et le contexte dans lequel ils seront implantés (p. ex. services publics de santé). Ainsi, une étude d'implantation est souvent nécessaire pour confirmer l'efficacité pratique (*effectiveness*) et l'applicabilité des données probantes en contexte réel. Ce type d'étude inclura des données qualitatives, qui permettront de compléter les informations quantitatives obtenues et de documenter le processus et non juste le résultat.

Malgré ces éléments de méthodologie à considérer, le principe de fonder son jugement clinique sur des travaux empiriques fait généralement consensus, au point que le concept de l'EBM s'est étendu à d'autres domaines que celui de la médecine, comme par exemple les sciences humaines et sociales, et la réadaptation.

## ENJEUX DANS LA TRANSPOSITION INTÉGRALE DE L'EBM À D'AUTRES CONTEXTES EMPIRIQUES

Plusieurs auteurs ont souligné les défis et problèmes de l'application intégrale du paradigme médical aux sciences sociales (Mykhalovskiy et Weir, 2004 ; Webb, 2001) et à l'ergothérapie (Hinojosa, 2013 ; Tomlin et Borgetto, 2011). En effet, plusieurs défis se posent dans l'application de l'EBM à d'autres contextes empiriques caractérisés par un plus faible nombre d'études publiées et une prédominance des devis observationnels plutôt qu'expérimentaux.

D'une part, la quantité de littérature disponible est beaucoup plus faible en sciences sociales et en ergothérapie qu'en médecine. Ceci, notamment, en raison de l'accès de cette dernière à du financement privé, venant par exemple des compagnies pharmaceutiques, qui contribue à augmenter le nombre d'études réalisées. En l'absence d'un tel financement, un moins grand nombre de recherches sont conduites et publiées en sciences sociales et ces études incluent souvent un plus petit nombre d'individus.

Une illustration éloquent de ce manque de littérature est l'absence de conclusions dans de nombreux rapports québécois visant à identifier les meilleures pratiques. Ainsi, dans plusieurs avis scientifiques (ou guides de pratique) réalisés dans les Unités d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) au Québec, l'impossibilité de répondre à la question de l'évaluation et de l'identification des meilleures pratiques est davantage la règle que l'exception. En effet, les auteurs de nombreux rapports d'évaluation doivent se résigner à ne pas se prononcer à l'issue de leur recension en raison du manque de littérature et/ou de la trop faible qualité des études incluses selon la hiérarchie des preuves traditionnelle (Bouchard et Bussièrès, 2016 ; Bouchard, Perron et Beaumier, 2016 ; Fortin et Rioux, 2012). Il en est de même en ergothérapie, alors que de nombreuses recensions établissent qu'il n'y a pas assez de données pour soutenir une intervention, même si cela ne veut pas dire que l'intervention n'est pas efficace (Hinojosa, 2013).

Par ailleurs, les interventions de nature sociale ne sont pas nécessairement structurées pour permettre une évaluation de leurs effets à l'aide d'un essai contrôlé randomisé (ECR). Par exemple, l'évaluation d'une intervention multidimensionnelle et individualisée comme celle des approches de prévention de la négligence est très difficile à réaliser de par la nature même de l'intervention, qui est appliquée de façon personnalisée et en temps opportun (p. ex. PAPFC2, voir Bérubé, Dubeau, Coutu, Côté, Devault et Lacharité, 2014). En ergothérapie, une évaluation des effets de *Partenaires pour le changement*, un modèle d'intervention pour mieux soutenir les enfants à l'école, a été réalisée lors de l'implantation du modèle dans 40 écoles en Ontario (Canada) (CanChild et

McMaster University, 2015). D'une part, les conclusions apparaissent fort prometteuses puisque les enseignants apprécient le soutien des ergothérapeutes, que les enfants ayant des besoins particuliers sont d epist es plus rapidement, qu'un plus grand nombre d'enfants reçoivent des services et que la participation des enfants est améliorée dans les activités scolaires. D'autre part, puisque les écoles n'ont pas été randomisées dans cette étude, celle-ci ne serait même pas considérée dans la plupart des synthèses des écrits. Il s'agit d'un exemple clair qu'en demeurant dans la hiérarchie traditionnelle des preuves, les cliniciens ont peu de possibilité de baser leurs interventions sur ces données probantes alors que peu d'interventions en ergothérapie ont été évaluées avec un ECR.

On peut aisément concevoir que dans un contexte où les approches d'intervention sont essentiellement basées sur le diagnostic, comme c'est le cas en médecine, et que les interventions sont donc organisées autour des symptômes à faire disparaître, évaluer l'efficacité du traitement, donc la disparition du problème, devient une entreprise réalisable. Par exemple, si on prend la situation d'un patient épileptique dont on souhaite éliminer les crises par une médication anticonvulsivante, l'intervention (ici la médication) et ses effets (absence/présence de crises, nombre ou durée des crises dans une p eriod e donnée) peuvent se décrire, se manipuler et se quantifier de façon nette et objective, ce qui n'est pas forcément le cas dans d'autres domaines, comme en ergothérapie où la cible n'est pas de guérir mais plutôt de rendre possible la réalisation des occupations signifiantes pour la personne. Dans un tel contexte, les mesures d'effets sont plus difficilement quantifiables et mesurables ; op erationaliser le changement attendu et préciser ce qui constitue « une amélioration cliniquement significative » devient un plus grand défi.

En outre, les interventions psychologiques, psychosociales ou en réadaptation sont, de par leur nature, dispensées par un intervenant qui devient le médiateur de l'intervention. La qualité de la relation qu'il entretiendra avec son patient est donc de nature à affecter l'efficacité de l'intervention, mais cette variable confondante n'est pas souvent mesurée dans les études. L'exemple de la psychothérapie illustre bien ce principe ; des études confirment que les différentes approches théoriques n'ont pas d'effet unique qui leur est propre, la qualité de la relation faisant plutôt foi de tout (Lambert, Garfield et Bergin, 2004 ; Norcross et Wampold, 2011a, 2011b). En d'autres mots, l'ingrédient actif de cette intervention est davantage la qualité de l'alliance thérapeutique établie avec le clinicien et non l'approche théorique sous-jacente à la psychothérapie appliquée. L'évaluation de l'efficacité des différentes approches psychothérapeutiques doit donc tenir compte de cet élément, ce qui ne serait pas le cas pour l'analyse de l'efficacité d'un médicament.

Par ailleurs, autre différence notable, dans les études de nature médicale il est généralement possible de rendre un patient « aveugle à sa condition expérimentale », ce qui ne serait pas le cas pour un traitement psychologique, psychoéducatif ou un traitement en réadaptation. Autrement dit, le patient ne peut pas ne pas savoir qu'il a reçu des interventions en ergothérapie, tandis qu'un patient qui prend un comprim e peut ne pas savoir s'il s'agit de la médication active ou plutôt d'un placebo. Cet élément méthodologique joue un rôle important dans la rigueur de la démonstration d'efficacité d'un

ECR ; il permet d'éliminer la possibilité que l'amélioration observée soit due à un effet placebo. Dans un tel contexte empirique, les effets d'un traitement médical peuvent être « isolés » et attribués au traitement en raison du devis causal utilisé (ECR). De plus, ces effets peuvent être mesurés de façon dichotomique dans plusieurs cas (p. ex., mort ou vivant), ou à partir d'un indicateur continu qui peut fournir assez précisément une information sur l'état de santé du patient (p. ex., taux de glycémie, taux d'hémoglobine), sans impliquer une troisième variable « fantôme » comme l'alliance thérapeutique. Les données probantes ainsi obtenues deviennent alors « une vérité objective » sur laquelle les cliniciens peuvent s'appuyer au moment de traiter leurs patients. Cet exercice prend une tout autre forme dans un contexte empirique où les preuves sont rarement issues d'un ECR, mais sont plutôt des données issues d'études observationnelles, et où l'efficacité de l'intervention dépend d'une troisième variable souvent non mesurée.

Enfin, devant l'impossibilité méthodologique ou éthique de randomiser certaines interventions, comme celles en protection de l'enfance où le fait de placer des participants vulnérables en liste d'attente est contraire à l'éthique, les contextes des sciences sociales et de la réadaptation sont plutôt dominés par les études observationnelles. Ces études sont souvent considérées comme étant de niveau de preuve insuffisant pour juger de l'efficacité d'une intervention dans la hiérarchie traditionnelle des preuves (Arbesman, Scheer et Lieberman, 2008). Pourtant, les études observationnelles, bien que limitées par le peu de contrôle des variables confondantes, peuvent à tout le moins avoir l'avantage de donner un portrait beaucoup plus près de la réalité des patients à qui seront destinées les interventions. En effet, en observant les choses telles qu'elles surviennent, le résultat obtenu est susceptible d'être beaucoup plus près du contexte réel. Ces études sont utiles pour étudier l'applicabilité des interventions en incluant des clients aux profils variés, dans des contextes hétérogènes et en considérant les aspects financiers associés à la poursuite de l'intervention au-delà de l'étude (Tomlin et Borgetto, 2011). En d'autres mots, à l'inverse des ECR, les études observationnelles présentent une très bonne validité externe, mais une plus faible validité interne.

## CONSTATS ET PISTES FUTURES

Il apparaît clair que la hiérarchie traditionnelle des preuves est d'une utilité limitée dans certains domaines, et ce, pour plusieurs raisons énoncées précédemment. Pourtant, la nécessité d'appuyer son jugement clinique sur des preuves demeure une préoccupation dans le domaine des sciences sociales et de la réadaptation. À ce sujet, le *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada* énonce que l'ergothérapeute doit être un « praticien érudit », c'est-à-dire qu'il doit baser son « travail sur les meilleures données probantes découlant de la recherche, des pratiques exemplaires et des connaissances fondées sur l'expérience » (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012, p. 3).

Une première piste serait d'utiliser des systèmes adaptés aux besoins des cliniciens pour présenter les conclusions tirées de recensions systématiques. Cela pourrait permettre de faciliter la compréhension des conclusions et leur intégration à la pratique. Un exemple intéressant est le système des feux de circulation, le Evidence Alert Traffic

Light System (Novak et McIntyre, 2010). Celui-ci consiste à présenter les résultats empiriques à l'aide d'un code à trois couleurs, soit 1) vert pour les interventions qui devraient être mises en place en raison de la présence de preuves de haute qualité soutenant leur utilisation, 2) jaune pour les pratiques pouvant parfois être employ es dans certains contextes, mais avec lesquelles les cliniciens doivent faire preuve de prudence en raison des résultats contradictoires qu'elles obtiennent ou de la faible qualité des études les évaluant, et 3) rouge pour les interventions qui ne devraient pas être mises en place en raison de preuves de haute qualité démontrant leur inefficacité. Ce système a d'ailleurs été utilisé récemment dans une recension sur les interventions en ergothérapie à l'enfance (Novak et Honan, 2019). Plutôt que d'avoir des conclusions qui disent qu'il n'y a pas suffisamment de preuves, que le niveau de preuve est faible ou modéré, les conclusions sont claires pour le clinicien qui pourra plus facilement les intégrer dans son raisonnement clinique. Bien que le système des feux de circulation apparaisse fort intéressant pour rendre les connaissances accessibles à un public plus large et plus rapidement, certains auteurs ont soulevé le risque de la sursimplification et le manque d'une intégration d'opinions d'experts pour venir nuancer certains propos (Baxter, 2014 ; Fehlings, 2014). De plus, même si le système prévoit que des mesures de suivi sont nécessaires, particulièrement pour les preuves mod r es associ es à un code jaune, les ergothérapeutes doivent de toute manière faire un suivi pour s'assurer que les interventions qu'ils mettent en place ont un effet, et ce, peu importe le code de couleur associé. Cela fait partie intégrante du processus normal de la pratique en ergothérapie (Polatajko, Craik et Davis, 2013).

Une autre piste pour aller au-delà de la pyramide des preuves traditionnelle est d'utiliser des modèles alternatifs d'intégration des preuves scientifiques, comme la *Research Pyramid* (Tomlin et Borgetto, 2011) qui a été propos e en ergothérapie. Ce modèle alternatif d'intégration des meilleures preuves disponibles à la pratique clinique a notamment la particularité d'inclure les études qualitatives et observationnelles. D'abord décrit par Borgetto *et al.* (2007), ce modèle propose de s'éloigner des débats sur les niveaux de preuve opposant, d'une part, les ECR et les méthodes de synthèse, et d'autre part les autres méthodologies de recherche, pour aller vers un modèle qui traitera de façon équitable toutes les preuves utiles à la pratique en ergothérapie (Tomlin et Borgetto, 2011). Il propose de porter attention autant à la validité externe (l'applicabilité des résultats en contexte réel) qu'à la validité interne (la fiabilité des résultats) pour déterminer l'utilité de l'information provenant d'une étude, contrairement à la pyramide des preuves actuelle qui s'appuie principalement sur la validité interne des études pour déterminer le niveau de preuve. Ce modèle suggère également de considérer la rigueur avec laquelle chaque étude a été r alis e en fonction des critères pertinents au devis utilisé, plutôt que d'appliquer des critères uniques à des approches méthodologiques diverses. Selon la question que se pose le clinicien, les preuves provenant d'études qualitatives, descriptives, observationnelles ou expérimentales pourraient alors être consid r es, puisque « chacun des trois types de méthodologie s'est développé afin de répondre aux défis posés par les trois grands types de questions fondamentales que rencontre la pratique professionnelle : celles qui touchent aux mécanismes de causes et effets sous-jacents dans les dysfonctions occupationnelles et dans nos interventions ; celles qui touchent aux impacts de nos interventions dans un monde



réel en perpétuel changement, et – ce qui devrait être le point essentiel pour la pratique – celles qui concernent l'expérience réelle des clients » (Tomlin et Borgetto, 2011, p. 195, traduction libre). Par exemple, si un ergothérapeute s'intéresse au sens du travail pour des personnes ayant des incapacités, il y a fort à parier qu'une synthèse des études qualitatives sur ce sujet lui apportera davantage qu'un ECR. Mais si un ergothérapeute veut appuyer sa décision clinique lorsqu'il hésite entre l'utilisation d'une approche CO-OP ou d'une approche *bottom-up* auprès d'enfants présentant un trouble développemental de la coordination, une recension comprenant des études expérimentales et des études observationnelles sera probablement plus utile.

Dans le même sens, parfois, les questionnements sur un programme local, dans un contexte précis, trouveraient meilleure réponse via une méthodologie qui met davantage l'accent sur la validité externe qu'interne. Cela pourrait notamment être le cas lorsque les chercheurs, cliniciens et décideurs se questionnent sur les effets, la pertinence ou l'efficacité d'un programme d'intervention offrant des services à une population locale. Une évaluation de programme, réalisée avec rigueur, pourrait alors se révéler la meilleure méthode à adopter pour répondre à des questions concernant l'efficacité de ce programme précis, à cet endroit précis. En effet, celle-ci permettrait de dresser un portrait de la situation actuelle du programme dans son contexte et de générer des résultats hautement applicables à ce contexte et aux clients. Ces preuves, bien que plus faibles en validité interne, peuvent ainsi mieux répondre à une question s'intéressant à l'application concrète d'un programme auprès de sa population cible que ne le feraient les preuves d'une synthèse de la littérature qui fournirait surtout un éclairage sur l'efficacité théorique de ce type de programme implanté dans divers contextes et pays.

Enfin, une dernière piste est d'aller au-delà des articles scientifiques et de s'assurer d'adopter une pratique centrée sur le client. En ergothérapie, la pratique centrée sur le client est reconnue comme un élément essentiel pour faciliter la participation à des occupations significatives dans leur contexte réel (CAOT, 2009). Dans ce processus, l'ergothérapeute se doit de combiner deux types de connaissances : 1) son bagage de connaissances cliniques basées entre autres sur des articles scientifiques et ses expériences professionnelles, et 2) les informations spécifiques au client obtenues à travers des observations dans des contextes variés, des entrevues et des documents écrits (Dougherty, Toth-Cohen et Tomlin, 2016). Ainsi, l'utilisation de recensions systématiques n'est qu'un élément parmi plusieurs autres qui soutiennent le thérapeute dans son raisonnement clinique. En effet, l'ergothérapeute ne peut faire abstraction des priorités du client pour déterminer les occupations significatives qui seront au cœur du plan d'intervention (ACE, 2009). La prise de position de l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE, 2009) en faveur de la pratique basée sur les données probantes inclut d'ailleurs la pratique centrée sur le patient comme un de ses éléments clés. Selon cette perspective, l'ergothérapie basée sur les données probantes consiste en « l'habilitation de l'occupation centrée sur le client et basée sur l'information du client et une revue critique de la recherche pertinente, un consensus d'experts et l'expérience passée » (Association canadienne des ergothérapeutes, ACE, 2009, traduction libre).

## CONCLUSION

Sans mettre de côté l'apport important des ECR, il semble que le contexte particulier des sciences sociales et de l'ergothérapie soit propice à une ouverture plus large du paradigme de la pratique basée sur les données probantes. Ainsi, il semble que d'autres approches méthodologiques conduites de façon rigoureuse pourraient venir se joindre aux ECR et à ses méthodes de synthèse (revue systématique et méta-analyses)   titre de méthodes informant les pratiques. L'utilisation des forces de chacune de ces méthodes pourrait permettre de mieux répondre aux questions cliniques et de recherche diversifiées qui requière de tenir compte des particularités des clients et des contextes d'application des preuves. En ce sens, aller au-delà de la hiérarchie traditionnelle des preuves implique de revenir aux bases de la pratique centrée sur le client, tout en intégrant les connaissances scientifiques pertinentes et applicables à chaque situation.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychological Association (APA), Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Arbesman, M., Scheer, J., et Lieberman, D. (2008). Using AOTA's critically appraised topic (CAT) and critically appraised paper (CAP) series to link evidence to practice. *OT practice*, 13(5), 18.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2009). Prise de position conjointe concernant l'ergothérapie fond ee sur l'évidence scientifique. Ottawa, ON. R ep er e à : <https://www.caot.ca/document/4209/L%20%20Lergoth erapie%20fond ee%20sur%20l' evidence%20scientifique.pdf>
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada 2012. Rep er e le 2 octobre 2019 sur le site de l'Association canadienne des ergothérapeutes, section « POUR LES ERGOS/PNES » : <https://www.caot.ca/document/4720/2012profil.pdf>
- Baxter, P. (2014). Levels of evidence and traffic light alerts. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(4), 296-296. doi:10.1111/dmcn.12422
- Bérubé, A., Dubeau, D., Coutu, S., Côté, D., Devault, A., et Lacharité, C. (2014). *Projet d'évaluation de programmes en négligence. Résultats de l'évaluation des effets du Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, 2 e génération (PAPCF2)*. Document remis au Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, QC : Université du Québec en Outaouais.
- Biesta, G. (2007). Why "what works" won't work: Evidence-based practice and the democratic deficit in educational research. *Educational Research*, 57(1), 1-22. doi:10.1111/j.1741-5446.2006.00241.x
- Borgetto, B., Born, S., Buenemann-Geissler, D., Duechting, M., Kahrs, A.-M., Kasper, N., et al. (2007). Die forschungspyramide: Diskussionsbeitrag zur evidenz-basierten praxis in der ergotherapie [The research pyramid: Contribution to the discussion of evidence-based practice in occupational therapy]. *Ergoscience*, 2, 56-63. doi:10.1055/s-2007-963004
- Bouchard, P., et Bussi eres, E.-L. (2016). Les meilleures pratiques d'intervention auprès des jeunes  g es de 5 à 14 ans présentant des comportements suicidaires. Québec, QC : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Centre jeunesse de Québec.
- Bouchard, P., Perron, C., et Beaumier, I. (2016). Les meilleures pratiques d'intervention auprès des enfants victimes d'abus physique, sans la présence d'autres formes de mauvais traitements, et leur famille, suivis en protection de la jeunesse. Rapport d'évaluation. Québec, QC : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, CIUSSS de la Capitale-Nationale.

- CanChild et McMaster University. (2015). Partnering for change: Implementation and evaluation, 2013-2015. Repéré à : <https://www.partneringforchange.ca/img/P4C-2015.pdf>
- Desjardins, P. (2016). Les « données probantes » : et si on récapitulait ? *Psychologie Québec*, 33(2), 13.
- Dougherty, D. A., Toth-Cohen, S. E., et Tomlin, G. S. (2016). Beyond research literature: Occupational therapists' perspectives on and uses of "evidence" in everyday practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(5), 288-296. doi:10.1177/0008417416660990
- Dubé, J. É. (2012). Données probantes : quelques réflexions sur la nature des preuves et sur certaines preuves dénaturées. *Revue québécoise de psychologie*, 33(2), 81-96.
- Fehlings, D. L. (2014). Red, yellow, green: Can a traffic light system help systematic reviews? Letters to the editor. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56, 401-402. doi:10.1111/dmcn.12405
- Fortin, A., et Rioux, A. (2012). *Ressources externes requises pour le maintien de la clientèle DI-TED dans la communauté. Avis ET19-0718*. Québec, QC : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., ... et Sackett, D. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420-2425. doi:10.1001/jama.1992.03490170092032
- Hinojosa, J. (2013). The Issue Is—The evidence-based paradox. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 18-23. doi:10.5014/ajot.2013.005587
- Lambert, M. J., Garfield, S. L., et Bergin, A. E. (2004). *Overview, trends, and future directions. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>e</sup> éd., p. 805-821). New York, NY : Wiley.
- Mykhalovskiy, E. et Weir, L. (2004). The problem of evidence-based medicine: Directions for social science. *Social science & medicine*, 59(5), 1059-1069. doi:10.1016/j.socscimed.2003.12.002
- Norcross, J. C., et Wampold, B. E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98. doi:10.1037/a0022161
- Norcross, J. C., et Wampold, B. E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132. doi:10.1002/jclp.20764
- Novak, I., et Honan, I. (2019). Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66, 258-273. doi:10.1111/1440-1630.12573
- Novak, I., & McIntyre, S. (2010). The effect of education with workplace supports on practitioners' evidence-based practice knowledge and implementation behaviours. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(6), 386-393
- Polatajko, H. J., Craik, J., et Davis, J. (2013). Chapitre 9. Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP). Dans E. Townsend et H. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., p. 269-289 ; traduit par N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT publications ACE.
- Reichow, B., Volkmar, F. R., et Cicchetti, D. V. (2008). Development of the evaluative method for evaluating and determining evidence-based practices in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1311-1319. doi:10.1007/s10803-007-0517-7
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. M., et Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2<sup>e</sup> éd.). Édinburgh, Écosse : Churchill Livingstone.
- Shedler, S. (2015). Where is the evidence for « Evidenced-Based » Therapy? *The Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, 4, 47-59.
- Smith, R., et Rennie, D. (2014). Evidence-based medicine—an oral history. *Journal of the American Medical Association*, 311(4), 365-367. doi:10.1001/jama.2013.286182

- Tomlin, G., et Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: A new evidence-based practice model for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 189-196. doi:10.5014/ajot.2011.000828
- Tomlin, G. S., et Swinth, Y. (2015). Contribution of qualitative research to evidence in practice for people with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5), 6905360010p1-6905360010p4. doi:10.5014/ajot.2015.017988
- Webb, S. A. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British Journal of Social Work*, 31(1), 57-79. doi:10.1093/bjsw/31.1.57
- Westen, D., Novotny, C. M., et Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631