

Les traitements validés en kinésithérapie n'existent pas !

Il ne se passe pas une semaine sans que quelqu'un me demande si tel test ou si tel traitement est « validé ». De même, il est rare qu'un conférencier n'utilise pas ce terme lors d'une conférence. Mais est-ce une question rigoureuse? Sans être un fanatique de la sémantique, je crois qu'il est temps de bannir ce terme de la littérature kinésithérapique (et par extension de la littérature du monde de la santé). Ce terme est un mythe et se positionne comme une approche binaire: « validé » ou « non validé ». Il s'inspire du test statistique p pour écrire « statistiquement significatif » ou « non significatif ». Mais c'est une erreur de vouloir définir une appréciation sur cette approche. Louise Ada l'avait déjà abordé dans l'éditorial qu'elle nous avait fait l'honneur d'écrire: il faut abandonner le petit p [1]!

Tous les traitements ont un effet thérapeutique! Celui-ci peut-être très important, moyennement important, faible, faiblement délétère ou fortement délétère. La taille de l'effet d'un traitement et son intervalle de confiance sont des moyens simples d'évaluer la force d'action d'un traitement. Il n'est plus question de niveaux de preuve, mais d'une réelle estimation de l'efficacité du traitement. La plupart des essais contrôlés randomisés (ECR) permettent de calculer l'effet du traitement et son intervalle de confiance. Depuis plus de 6 ans, nous publions presque dans chaque numéro des articles dans la rubrique « Analyse critique » qui donnent la taille de l'effet des traitements évalués. Si vous lisez quelques « méta-analyses », vous trouverez plus précisément cette information.

L'estimation de la « taille de l'effet » est une dimension moderne qui doit être mise en avant en remplacement de l'ancienne vision « administrative de validation » ou de celle plus récente de « niveaux de preuve », que la plupart des « gourous » recherchent.

À travers ce calcul, il est légitime de pouvoir se demander si l'effet obtenu sur la douleur, la mobilité ou la fonction vaut la peine pour le patient. Imaginons qu'une étude démontre que l'utilisation de l'arthromoteur (appliqué 15 heures sur 24) en postopératoire pour une prothèse de genou fait gagner 15 degrés d'amplitude articulaire en flexion (IC₉₅ % compris entre 22 et 8 degrés) par rapport aux patients traités de la même manière, mais sans arthromoteur, à 3 semaines de l'opération. Cet effet n'est plus que de 3 degrés (IC₉₅ % - 5 à 11 degrés) à 2 mois postopératoires. La question latente est: est-ce que la taille de l'effet vaut la peine de mettre en œuvre de manière systématique un protocole avec

arthromoteur dans mon service? Je n'ai pas la réponse, mais vous pouvez tenter d'y répondre vous-même ou en interrogeant vos consœurs et confrères. Est-ce que l'argent investi dans l'achat de ce matériel est le plus efficient comparé à d'autres investissements prévus? Est-ce que d'autres protocoles ont des résultats plus performants?

Vous pouvez surtout vous demander si pour votre patient l'indicateur « amplitude articulaire » est primordial. Pour lui, c'est peut-être la distance de marche ou l'absence de douleur. À vous de mettre en œuvre les traitements qui ont des tailles d'effet sur le critère désiré.

L'interrogation séparée des thérapeutes et des patients montre que les indicateurs de changement attendus ne sont pas les mêmes pour les 2 partis. Les patients vont chez les kinésithérapeutes principalement pour se sentir mieux. C'est souvent leur critère principal d'appréciation du « kiné ». Certains pensent même que, du point de vue du patient, la kinésithérapie pourrait être évaluée avec un seul critère de jugement: celui obtenu sur une simple échelle visuelle analogique de « bien-être ». Il serait ainsi plus facile de comparer l'efficacité moyenne des traitements entre eux avec la même échelle et d'une manière pragmatique. Des décisions avec des éléments plus précis qui correspondent aux attentes des patients pourraient être prises. La pratique fondée sur les preuves s'intéresse aux résultats qui ont un intérêt clinique perçu par le patient. Elle est loin de la « validation », mais elle est proche des besoins spécifiques des patients. En intégrant la « taille de l'effet » en formation initiale, lors des entretiens avec les patients ou entre professionnels, nous argumentons sur des faits démontrés. Le débat professionnel est plus sain et ne repose plus sur des croyances et des guerres fratricides entre leaders charismatiques qui tentent de convaincre leurs adeptes en disant « faites-le, ça marche bien ». Entrer dans le monde de la « taille de l'effet » est le moyen le plus simple et le plus adapté pour le patient de faire de bons choix, et pour la kinésithérapie de grandir. J'espère que vous validez ce point de vue. ■

Pierre Trudelle

Rédacteur en chef de *Kinésithérapie, la revue*
p.trudelle@wanadoo.fr

Réagissez sur le blog
<http://revuekine.hautetfort.com/>

RÉFÉRENCE

1. Ada L. Laissez tomber le petit p. *Kinesither Rev* 2009;96:1.