

Table ronde : intervention précoce, préventive et prise en charge des anomalies neuro-développementales

Peut-on démontrer les effets de l'intervention précoce et comment ?

How to demonstrate the impact of early intervention?

P. Truffert

Service de médecine néonatale, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

Disponible sur internet le 08 mai 2004

L'évaluation de l'intervention précoce a fait l'objet de nombreux travaux de recherche. Les tentatives de synthèse des résultats ont été publiées [1–3]. À la lumière de ces synthèses et de travaux publiés nous allons aborder certaines difficultés rencontrées au cours de cette évaluation.

1. Quelle est la question ?

L'évaluation de l'intervention précoce peut débiter par la formulation de la problématique sous forme de « PICO question » (*Patient Intervention Control Outcome*) [4].

1.1. Patient

La définition des patients repose tantôt sur les populations à risque tantôt sur les pathologies. Les populations ciblées sont le plus souvent les enfants très prématurés ou de très faible poids de naissance [3,5]. Cependant l'intervention précoce a également été évaluée dans d'autres populations telles que celles d'enfants atteints de trisomie 21 [6]. La définition du groupe d'inclusion peut s'appuyer sur la pathologie présentée par l'enfant : enfants atteints d'infirmité motrice cérébrale ou de retard du développement [7]. L'âge d'inclusion représente un autre élément intervenant dans les critères d'inclusion. Il retentit non seulement sur le type d'atteinte mais aussi l'aspect préventif ou curatif de l'intervention.

1.2. Intervention

L'analyse des synthèses fait ressortir une grande diversité des soins englobés par la notion d'intervention précoce [3]. Cette diversité est une source d'hétérogénéité importante qui rend les synthèses quantitatives difficiles et représente un risque de dispersion des thèmes de travaux de recherche

entrepris. La description et les définitions de ces soins est abordé ailleurs. La prise en charge évaluée représente le plus souvent une association d'intervenants et d'interventions. Ceci ne facilite pas la distinction des effets propres observés.

1.3. Contrôle (groupe témoin)

L'essai randomisé représente le gold standard de l'évaluation d'intervention thérapeutiques. Il fait partie des méthodes utilisées dans cette thématique. La randomisation individuelle est cependant difficile à mettre en place dans les centres de prise en charge du fait de la multiplicité des intervenants [6]. Ceci a abouti à proposer des études quasi expérimentales comparant différents centres ou différentes régions. Le sujet a également été pris comme son propre témoin avec l'application consécutive des deux types d'intervention [8]. La constitution du groupe témoin en tant que groupe sans intervention chez des enfants atteints de séquelles pose des difficultés éthiques. De ce fait il s'agit le plus souvent de la comparaison de deux groupes soumis à un intervention différente mais de ce fait moins contrastée. Ceci réduit considérablement la puissance des études. Par ailleurs l'incidence relativement faible des enfants atteints de séquelles doit également être prise en compte dans la puissance et le recrutement de ces travaux d'évaluation.

1.4. Outcome (critère de jugement)

Le choix d'un critère de jugement est un des points les plus délicats. Les critères utilisés témoignent là encore d'une extrême diversité [3]. Ils sont précoces et transitoires (amélioration du tonus) ou complexes et multivariés. L'essai de Palmer et al. en est une illustration [9]. Il concernait des enfants atteints de diplégie spastique. Le premier groupe recevait un traitement « neurodéveloppemental » visant à améliorer l'équilibre et les capacités d'écriture. Le second groupe était soumis à un programme de stimulation visant à promouvoir le développement de capacités cognitives, du

Adresse e-mail : ptruffert@chru-lille.fr (P. Truffert).

langage et de la motricité. La moitié des critères de jugement concernait des items relevant du second programme et aucun du premier. Les résultats allaient donc naturellement vers un bénéfice observé dans le second groupe. Cet exemple souligne l'importance de définir les critères de jugements sur des éléments induits par les interventions.

2. Conclusion

L'évaluation de l'intervention précoce est confrontée à de multiples difficultés qui témoignent de la diversité de ce que l'on entend par ce concept. L'on pourrait alors être tenté d'y renoncer. Il semble cependant qu'une évaluation puisse être focalisée sur une prise en charge tout en respectant l'aspect multidisciplinaire. La focalisation devrait prendre en compte la population ciblée, les composantes de l'intervention, l'âge de début, la durée de l'intervention et le choix des critères de jugements. La motivation des soignants, des patients et des familles passe par la démonstration d'effets positifs qui vont au-delà du support que représente cette prise en charge.

Références

- [1] Tirosh E, Rabino S. Physiotherapy for children with cerebral palsy. *Am J Dis Child* 1989;143:552–5.
- [2] Turnbull JD. Early intervention for children with or at risk of cerebral palsy. *Am J Dis Child* 1993;147:54–9.
- [3] Siebes RC, Wijnroks L, Vermeer A. Qualitative analysis of therapeutic motor intervention programmes for children with cerebral palsy: an update. *Dev Med Child Neurol* 2002;44:593–603.
- [4] Sackett D, Straus S, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
- [5] Achenbach TM, Howell CT, Aoki MF, Rauh VA. Nine year outcome of the Vermont Intervention Program for low birth weight infants. *Pediatrics* 1993;91:45–55.
- [6] Spiker D, Hopmann MR. The effectiveness of early intervention for children with Down syndrom. In: Guralnick MJ, editor. The effectiveness of early intervention. Baltimore: Paul H Brookes; 1997. p. 271–305.
- [7] First LR, Palfrey JS. The infant or young child with developmental delay. *N Engl J Med* 1994;330:478–83.
- [8] Reddihough DS, King J, Coleman G, Catanese T. Efficacy of programmes based on conductive education for young children with cerebral palsy. *Dev Med and Child Dev* 1998;40:763–70.
- [9] Palmer FB, Shapiro BK, Watchel RC. The effects of physical therapy on cerebral palsy: a controlled randomised trial in infants with spastic diplegia. *N Engl J Med* 1988;318:803–8.