



**UNIVERSITE PAUL SABATIER – TOULOUSE III**

**Faculté de médecine Toulouse Rangueil**

**Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Toulouse**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophoniste

**Analyse des pratiques professionnelles :  
apport de la pratique probante dans le cadre de la  
prise en charge orthophonique**

**La pratique probante comme outil de formalisation et d'évaluation de l'efficacité du  
projet thérapeutique dans le cadre des troubles spécifiques du langage écrit**

Mélodie MATRAT

Sous la direction de :

**Franck MÉDINA**

Orthophoniste exerçant en libéral ; Formateur  
Rattaché au LURCO – ERU 45 – Trouble Spécifique du Langage Ecrit

**Julie GORNÈS**

Orthophoniste exerçant en libéral ; Chargée de cours au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie  
de Toulouse – Université Paul Sabatier

Juin 2019

# Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mes deux maîtres de mémoire qui m'ont permis de mettre en place ce projet de recherche et de le mener à terme :

- Franck, pour tes conseils avisés, tes réflexions et tes questionnements qui n'ont cessé d'affiner ma pensée,

- Julie, pour m'avoir lancée dans ce projet suite à un commentaire lors d'un cours et pour avoir aiguisé mon esprit critique et mes réflexions cliniques en stage depuis deux ans.

Bien sûr, je remercie Estelle sans qui ce projet (et beaucoup d'autres encore !) n'aurait pas eu lieu. Tu es la source de motivation qui me pousse à toujours aller plus loin.

Une pensée aussi pour le groupe du MMN avec qui de nombreux questionnements ont fleuri dans des échanges sans fin.

Je souhaite faire un clin d'œil à toute la promotion 2014-2019 qui, au cours de ces cinq années, a permis de m'enrichir professionnellement et humainement.

Je remercie aussi ma famille et mes amis qui ont su me soutenir tout au long de ce mémoire et de ces cinq années d'études.

Pour finir, il me semble important de remercier tous les orthophonistes qui ont participé à mon étude. Un merci particulier aux stagiaires de Montpellier et d'Anglet pour nos échanges, vos questions et votre motivation.

# Liste des acronymes et abréviations

ACC : Audit Clinique Ciblé

A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AMO : Acte Médical Orthophonique

APA : American Psychiatric Association

ASHA : American Speech-Hearing Association

CIM : Classification Internationale des Maladies

CRBO : Compte-Rendu de Bilan Orthophonique

CPLOL : Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne

DL / DO : Dyslexie / Dysorthographe

DPC : Développement Professionnel Continu

DRC : Dual Route Cascaded

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EBM : Evidence-Based Medicine

EBP : Evidence-Based Practice

ET : Ecart-Type

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IP : Indice de Précision

I.N.S.E.R.M. : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MCLM : Mots Correctement Lus par Minute

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PBE : Practice-Based Evidence

PP : Pratique Probante

RCLST : Royal College of Speech and Language Therapists

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

TSAp : Trouble Spécifique des Apprentissages

TSLE : Trouble Spécifique du Langage Ecrit

# Synthèse

**Titre** : Analyse des pratiques professionnelles : apport de la pratique probante dans le cadre de la prise en charge orthophonique

**Acteurs du projet** :

**Etudiante** : Mélodie MATRAT

Etudiante en M2 au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Toulouse – Université Paul Sabatier

**Directeur du mémoire** : Franck MÉDINA

Orthophoniste exerçant en libéral ; Formateur ; Rattaché au LURCO – ERU 45 – Trouble Spécifique du Langage Ecrit

**Directrice adjointe du mémoire** : Julie GORNÈS

Orthophoniste exerçant en libéral ; Chargée de cours au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Toulouse – Université Paul Sabatier

**Soutenance** : Faculté de Médecine de Toulouse – Rangueil, 17 juin 2019

**Synthèse** :

**Introduction**

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) tend à se développer dans l'objectif de proposer des soins toujours de meilleure qualité (HAS, 2005). Conjointement à la participation à des actions de formation continue, l'EPP fait partie des compétences et activités inscrites dans les référentiels du certificat de capacité des orthophonistes (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013a, 2013b). La formation continue et l'EPP permettent ainsi d'actualiser les connaissances et d'améliorer les pratiques (Assemblée nationale, 2016).

Lors de l'élaboration de son projet thérapeutique, étape indispensable suite à l'évaluation, l'orthophoniste doit prendre des décisions cliniques. En effet, il doit notamment définir, hiérarchiser et formaliser par écrit les objectifs à court, moyen et long termes. L'orthophoniste doit aussi définir les stratégies d'intervention et en évaluer les effets (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013b). Ainsi, le projet thérapeutique doit être précis, argumenté et évalué. Pour ce dernier point, la technique des lignes de base peut être utilisée. Elle permet d'objectiver les progrès, d'évaluer le transfert et de vérifier la spécificité de l'intervention (Martinez Perez, Dor, & Maillart, 2015) afin de montrer que l'amélioration résulte de l'intervention plutôt que d'autres facteurs comme la maturation (Bain & Dollaghan, 1991).

Néanmoins, le doute quant aux choix thérapeutiques à réaliser peut rester prégnant notamment à cause de la complexité des situations cliniques rencontrées. L'Evidence-Based Practice (EBP) est un outil permettant de réduire l'incertitude dans la prise de décision et d'argumenter la décision prise (Schelstraete, Bragard, Collette, & Nossent, 2011). C'est une démarche réflexive qui propose, à partir d'une question clinique, de consulter les données de la recherche et de les confronter aux données cliniques, au contexte et préférences du patient pour prendre une décision clinique (Cattini & Clair-Bonaimé, 2017).

Les associations professionnelles (American Speech-Hearing Association, Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne...) essayent de diffuser cette démarche largement. Néanmoins, les preuves de la recherche sont encore peu utilisées, principalement à cause d'un manque de temps mais aussi du manque de méthodologie, de documentation existante et d'accès aux preuves de la part des orthophonistes (Durieux, Pasleau, Vandenput, Detroz, & Maillart, 2012; Zipoli & Kennedy, 2005). Si depuis le passage au format master, la formation s'est étoffée, antérieurement la formation en méthodologie de la recherche

bibliographique et de lecture critique de la littérature pouvait paraître insuffisante au regard des enjeux de l'EBP.

Récemment, la pratique probante (PP) (Lauzanne & Médina, 2017; Médina, 2015) se veut être un nouvel outil inspiré de l'EBP. Elle propose de formaliser sa pratique (notamment par la formulation d'une question PICO) et d'évaluer son intervention (par la construction de lignes de base). Elle reste donc accessible et utilisable en pratique clinique quotidienne avec tous les patients. L'orthophoniste s'engage ainsi dans une démarche de réflexion continue. En formalisant sa pratique clinique, les données de la pratique deviennent ainsi des données d'expertise.

### **Méthode**

Les études portant sur les pratiques probantes en orthophonie - EBP, PBE, PP - sont peu nombreuses. Nous avons donc cherché à savoir si une formation à la pratique probante a un effet évaluable sur la prise en charge orthophonique dans le cadre des troubles spécifiques du langage écrit. Ce cadre a été choisi car il correspond à de nombreux actes réalisés en orthophonie (29,4% en libéral en 2017), même si cela tend à diminuer (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2019).

Nous supposons que, suite à une formation à la pratique probante, nous relèverions une augmentation, parmi le public de cette formation, du nombre d'orthophonistes définissant des objectifs distincts à court et à long termes, les priorisant et les écrivant (hypothèse 1). De même, nous pensions observer une augmentation concernant la définition de stratégies d'intervention et la mise en œuvre de mesures d'évaluation de l'intervention (hypothèse 2). Pour finir, selon nous, l'utilisation de la pratique probante entraînerait une meilleure évolution des résultats des patients (hypothèse 3).

Pour vérifier nos hypothèses, nous avons recruté une population d'orthophonistes participant à une formation continue s'intitulant : « Prise en charge orthophonique des troubles du langage écrit et pratique probante ». Par ailleurs, nous avons recruté une population contrôle d'orthophonistes ne participant pas à la formation. Tous ces orthophonistes devaient choisir comme cas clinique un de leurs patients ayant entre 6 et 12 ans présentant un trouble spécifique du langage écrit touchant à minima la lecture avec le moins de troubles associés possibles. Respectivement, vingt-huit et quatorze orthophonistes ont été recrutés dans chaque groupe.

Afin de recueillir le projet thérapeutique mis en place avec leur patient, nous avons élaboré un questionnaire contenant des questions ouvertes et fermées réparties en 5 rubriques : bilan, objectifs, stratégies d'intervention, mesures, autres patients. Ce questionnaire a été proposé en ligne.

Pour recueillir les résultats des patients des orthophonistes participant à la formation, nous avons proposé différentes mesures contenant les épreuves suivantes : la lecture de texte de Monsieur Petit de la BALE (Jacquier-Roux, Lequette, Pouget, Valdois, & Zorman, 2010), la lecture de phrases de la Belette (Gauthier & Vidal, 2016) et l'épreuve de barrage simple de Baddeley (GREFEX & Godefroy, 2008) comme mesure contrôle.

La formation se déroulait en deux modules. Deux mois avant le premier module, les orthophonistes stagiaires devaient réaliser la première mesure recueillant les résultats du patient aux épreuves. La seconde mesure devait être réalisée juste avant la formation. Ensuite, le questionnaire était proposé afin de recueillir le projet thérapeutique mené avant la formation. Deux mois après avait lieu le second module de la formation. Suite à ce module, la mesure 3 devait être réalisée auprès des patients. Pour finir, la mesure 4 et le questionnaire ont été à nouveau proposés 2 mois après la fin de la formation, pour une mesure de l'évolution suite à la formation.

En parallèle, le groupe contrôle a répondu au questionnaire une première fois puis une seconde fois à 4 mois d'intervalle.

## **Résultats**

Pour l'analyse des résultats, seules 11 réponses du groupe stagiaire et 8 du groupe contrôle ont pu être incluses (les autres ont quitté l'étude ou ne répondaient pas aux critères d'inclusion).

Les résultats montrent que, concernant les objectifs, dans le groupe contrôle, peu d'évolution est observée : seuls trois ont défini de nouveaux objectifs mais ces derniers ne sont plus distincts entre objectifs spécifiques et fonctionnels. Dans le groupe stagiaire, une meilleure progression est remarquée : un orthophoniste définit des objectifs distincts, un autre les priorise et un dernier les distingue, les priorise et les écrit. Néanmoins, d'autres définissent des objectifs qui ne sont plus distincts et un ne les formalise plus par écrit. Ainsi, une augmentation est observée mais elle n'est pas significative donc notre hypothèse 1 n'est pas vérifiée.

Concernant les stratégies d'intervention et leur évaluation, deux orthophonistes du groupe contrôle définissent dans le second temps des stratégies et un construit aussi des lignes de base. Dans le groupe stagiaire, quatre orthophonistes se mettent à définir leurs stratégies d'intervention et trois à construire des lignes de base. Une augmentation de la définition de stratégies et/ou de la construction de lignes de base est donc observée pour les deux groupes avec une meilleure évolution du groupe stagiaire. Néanmoins, notre hypothèse 2 n'est pas significativement vérifiée.

Concernant les résultats des patients, pour chaque groupe, la moyenne aux épreuves de lecture s'est améliorée. L'évolution de la moyenne du groupe ayant utilisé la pratique probante est plus importante que celle du groupe ne l'ayant pas utilisée pour le nombre de mots lus à l'épreuve de Monsieur Petit et à la Belette à 3 minutes. Cette évolution est aussi plus prégnante entre les mesures 3 et 4 donc suite à l'utilisation de la pratique probante. Néanmoins, l'épreuve contrôle de Baddeley montrant aussi une possible évolution et la mesure 1 n'ayant pas pu être recueillie, il n'est pas possible de conclure à une évolution significative : notre hypothèse 3 ne peut être confirmée.

## **Discussion**

Même si nos hypothèses ne sont pas statistiquement vérifiées, notamment du fait d'un manque de puissance statistique (faibles échantillons), la formation à la pratique probante semble tout de même amener plus d'évolution qu'en l'absence de formation à cet outil. Les orthophonistes du groupe stagiaire sont plus nombreux à modifier et formaliser leur projet thérapeutique. Une plus faible marge d'évolution est notée dans le groupe contrôle qui observait déjà un taux de réponses plafond au premier questionnaire. De plus, l'utilisation de la pratique probante semble amener une meilleure progression des résultats des patients.

Afin de valider statistiquement les résultats, ce travail mériterait d'être réalisé auprès d'une population plus importante, avec un matériel différent (pour limiter les difficultés d'analyse du questionnaire) et un protocole moins imposant.

Ainsi, la pratique probante doit être développée et faire ses preuves en tant qu'outil pour que l'orthophoniste formalise sa pratique et mesure l'efficacité de l'intervention, dans une démarche d'amélioration et d'expertise de la pratique, dans le but d'améliorer la qualité des soins. Il faudra en parallèle se questionner sur les moyens disponibles pour implémenter plus facilement la pratique probante auprès des orthophonistes.

## **Bibliographie :**

- Assemblée nationale. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 114. , 2016-41 (2016).
- Bain, B. A., & Dollaghan, C. A. (1991). The Notion of Clinically Significant Change. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 22(4), 264. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2204.264>
- Cattini, J., & Clair-Bonaimé, M. (2017). Les apports de l'Evidence-Based Practice et de la Practice-Based Evidence : du bilan initial à l'auto-évaluation du clinicien. *Rééducation orthophonique*, 272, 109-145.
- Durieux, N., Pasleau, F., Vandemput, S., Detroz, P., & Maillart, C. (2012). L'Evidence-Based Practice et les logopèdes en Communauté française de Belgique : résultats préliminaires d'une enquête. *Cahiers de l'ASELF*, 9(4). Consulté à l'adresse <https://orbi.uliege.be/handle/2268/138398>
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2019). Dossier Exercice Professionnel - La démographie 2017/2018. *L'orthophoniste*, (386), 12-18.
- Gauthier, S., & Vidal, S. (2016). *La Belette : Elaboration d'un test d'évaluation des performances en lecture du CE1 au CMI*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Picardie Jules Vernes, Amiens.
- GREFEX, & Godefroy, O. (2008). *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques : évaluation en pratique clinique*. Marseille: Ed. Solal.
- HAS. (2005). *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*. Consulté à l'adresse <https://docplayer.fr/79841731-Qualite-des-soins-et-evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp.html>
- Jacquier-Roux, M., Lequette, C., Pouget, G., Valdois, S., & Zorman, M. (2010). *Batterie analytique du langage écrit (BALE)*. Grenoble, France : Université Pierre Mendès-France.
- Lauzanne, V., & Médina, F. (2017). Enrichissement du lexique orthographique chez des enfants de CE2 et CM1 avec troubles spécifiques du langage écrit : élaboration et évaluation d'un protocole d'entraînement selon les principes de la Pratique Probante. In Rencontres d'orthophonie, P. Gatignol, T. Rousseau, & Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (France) (Éd.), *Efficacité des thérapies* (Ortho Edition, p. 126-157).
- Martinez Perez, T., Dor, O., & Maillart, C. (2015). Préciser, argumenter et évaluer les objectifs thérapeutiques pour améliorer la prise en charge orthophonique. *Rééducation Orthophonique*, 261, 63-89.
- Médina, F. (2015). Pratique basée sur la preuve et métacognition en orthophonie : le cas des confusions grapho-phonologique. *Rééducation Orthophonique*, 261, 125-140.
- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Certificat de capacité d'orthophoniste – Référentiel d'activités. , Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013 - Annexe 1 (2013).
- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Certificat de capacité d'orthophoniste – Référentiel de compétences. , Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013 - Annexe 2 (2013).
- Schelstraete, M.-A., Bragard, A., Collette, E., & Nossent, C. (2011). Traitement du langage oral chez l'enfant interventions et indications cliniques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Zipoli, R. P., & Kennedy, M. (2005). Evidence-Based Practice Among Speech-Language Pathologists : Attitudes, Utilization, and Barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 208-220. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2005/021\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2005/021))

# Sommaire

Introduction.....	1
I. Partie théorique .....	2
1. Evaluation des pratiques professionnelles et formation continue : un développement professionnel continu .....	2
2. Projet thérapeutique en orthophonie .....	6
3. Evidence-Based Practice, Practice-Based Evidence et Pratique Probante .....	10
4. Trouble spécifique du langage écrit.....	16
II. Problématique et hypothèses .....	22
III. Méthode .....	23
1. Population étudiée .....	23
2. Population contrôle.....	23
3. Matériel .....	24
4. Design expérimental.....	27
5. Présentation de la formation .....	29
6. Statistiques .....	30
IV. Résultats .....	31
1. Données démographiques des échantillons d'étude .....	31
2. Hypothèse 1 : Objectifs distincts, priorisés et écrits .....	33
3. Hypothèse 2 : Définition et évaluation des stratégies d'intervention .....	36
4. Hypothèse 3 : Résultats des patients.....	39
V. Discussion .....	44
1. Interprétation des résultats en lien avec les hypothèses .....	44
2. Autres résultats .....	48
3. Limites de l'étude et biais méthodologiques.....	52
4. Apports et perspectives.....	54
Conclusion .....	56
Table des matières.....	57
Tables des illustrations .....	59
Bibliographie.....	60
Annexes .....	66

# Introduction

L'orthophonie est une profession jeune et en constante évolution. Comme pour les autres professions de santé, ses praticiens doivent se remettre continuellement en question afin de faire évoluer leur pratique et, par la même, la profession mais surtout dans le but de proposer la meilleure qualité de soin aux patients.

Actuellement, la notion d'efficacité tend à être au cœur des débats. Selon l'ASHA, l'évaluation de l'efficacité en matière de soin est une obligation éthique (American Speech-Language-Hearing Association, 2005). Le référentiel de compétences des orthophonistes inclut d'ailleurs d'«évaluer les effets des interventions conduites» (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013b).

La pratique probante, s'inscrivant dans une démarche d'Evidence-Based Practice, est un nouvel outil permettant de formaliser et valider sa pratique en évaluant l'intervention proposée. Elle se veut donc être une aide à la prise de décision clinique qui permet d'améliorer continuellement sa pratique professionnelle.

En formalisant et en évaluant sa pratique, l'orthophoniste transforme son expérience en expertise clinique. Ainsi, il peut construire son projet thérapeutique - élément central dans la prise en charge - en s'appuyant sur des preuves pour expliquer la décision clinique prise.

Le cadre des troubles spécifiques du langage écrit, et plus précisément de la lecture, a été choisi puisqu'il correspond à de nombreux actes réalisés en orthophonie (29,4% en libéral en 2017), même si cela tend à diminuer (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2019).

L'objectif de ce mémoire est de s'intéresser à l'apport d'une formation à la pratique probante :

- pour l'orthophoniste : dans la validation de sa pratique à travers la formalisation et l'évaluation de son projet thérapeutique
- pour le patient : dans l'efficacité de l'intervention qui lui est proposée

# I. Partie théorique

## 1. Evaluation des pratiques professionnelles et formation continue : un développement professionnel continu

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif de formation initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 et adapté par la loi de Modernisation du système de Santé en 2016. Il est effectif depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et dédié aux professionnels de santé de France.

L'article L. 4021-1 de la loi n°41 de 2016 stipule que « *Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. [...]* » (Assemblée nationale, 2016). La formation continue ainsi qu'une action d'évaluation des pratiques professionnelles constituent donc une obligation triennale inhérente aux professionnels de santé et donc à l'orthophoniste.

Ces deux derniers éléments partagent des objectifs communs d'amélioration de la qualité des soins et des savoirs et savoir-faire des professionnels (Lederlé, 2017). Néanmoins, la formation continue est davantage pédagogique, visant à acquérir de nouvelles connaissances ou compétences, alors que l'évaluation des pratiques professionnelles est plus clinique et professionnelle dans une démarche d'analyse (Montagnon, 2009).

Concernant l'orthophonie, le référentiel d'activités (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013a) (Annexe 1) formalise ces deux sujets comme suit :

- Réalisation d'actions d'analyse des pratiques professionnelles avec notamment des « échanges et analyses de pratiques professionnelles avec ses pairs ou avec d'autres cliniciens » et la « formalisation de pratiques professionnelles à visée d'évaluation des pratiques. »
- Suivi d'actions de formation, de congrès, de colloques avec notamment le « suivi des impacts de la formation sur sa pratique professionnelle »

Le référentiel de compétences (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013b) (Annexe 2) exprime aussi cette idée sous la compétence n°7 de savoir « Analyser,

évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle ». L'orthophoniste peut et doit ainsi « analyser sa pratique professionnelle au regard de l'actualisation des connaissances [...] » ; « adapter sa pratique professionnelle et réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse effectuée, des évolutions identifiées et des résultats de la démarche qualité » ; « confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs [...] » ; « suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins » et « analyser les résultats et l'impact de la formation sur la pratique professionnelle ».

### **1) Définition de l'évaluation des pratiques professionnelles**

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est définie comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode validée comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques » (HAS, 2005). C'est donc une action d'amélioration par rapport à une pratique « idéale » définie dans la littérature. Elle nécessite une démarche rigoureuse et une mesure des résultats.

Cette démarche part d'un constat d'hétérogénéité des pratiques avec un écart entre les connaissances ou l'état du savoir et la mise en œuvre réelle par les cliniciens (HAS, 2005).

### **2) Objectifs de l'évaluation des pratiques professionnelles**

Le principal objectif de l'EPP est d'améliorer de manière continue la qualité des soins par l'amélioration de la pratique professionnelle. Ainsi, l'évaluation n'est utile que si elle est suivie d'un plan d'actions d'amélioration (Montagnon, 2009). L'EPP constitue une attitude de réflexion et d'évaluation autour de sa pratique. C'est une démarche formative et dynamique : elle n'est pas normative.

L'objectif est de maintenir les résultats satisfaisants et d'améliorer les résultats insuffisants ainsi que de s'intéresser à la gestion des risques et à la protection des données. Les pratiques professionnelles étudiées peuvent être individuelles ou collectives et concernent la prévention, le diagnostic ou la thérapie.

### **3) Concepts sous-jacents**

Les concepts sous-jacents de référence de l'EPP en lien avec l'évaluation en santé sont :

- Les recommandations professionnelles ou de bonne pratique qui synthétisent les informations disponibles (preuves scientifiques publiées) de manière critique. Elles permettent de trouver les soins les plus appropriés dans une situation particulière et améliorent ainsi le service médical rendu (Renders, 2004) cité par (HAS, 2005). Néanmoins,

les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) sont peu développées en orthophonie (Maillart & Durieux, 2014b).

- L'évaluation de la qualité des soins par des méthodes implicites (revue de dossier par les pairs) ou par des méthodes explicites comme l'audit clinique développé ci-après.
- La médecine (ou pratique) fondée sur les preuves qui est un modèle de décision clinique (développée dans la partie 3).

#### **4) Méthodes**

Selon la situation et les objectifs poursuivis, il existe différentes méthodes pour réaliser une évaluation des pratiques professionnelles regroupées en plusieurs approches.

Toutes les méthodes sont constituées des mêmes étapes, dans un ordre et des modalités qui peuvent changer (HAS, 2005) :

- Choix du sujet correspondant à un enjeu d'amélioration
- Identification et prise en compte des recommandations de pratiques pertinentes
- Analyse des processus et des pratiques de soins
- Diagnostic de l'existant
- Plan d'amélioration
- Suivi avec mesure et maintien des résultats

Dans l'approche par comparaison à un référentiel, la méthode **d'audit clinique**, la plus utilisée en santé, mesure les écarts entre la pratique réelle observée des soins et la pratique attendue ou recommandée à partir de critères d'évaluation. Selon les premiers résultats, les professionnels mettent en place des actions d'amélioration des pratiques dont l'impact sera évalué par une nouvelle mesure avec les mêmes critères (HAS, 2004).

Cette méthode a l'avantage d'être simple et d'analyser une pratique professionnelle en la comparant directement à des recommandations. Néanmoins, elle demande parfois de recourir à des outils complémentaires pour la phase d'amélioration (HAS, 2005).

L'audit clinique ciblé (ACC) est une méthode d'audit clinique simplifiée qui permet de conduire une démarche d'amélioration des pratiques dans un temps court (6 mois) en sélectionnant un nombre limité de critères (HAS, 2006).

L'audit clinique s'inscrit dans le modèle proposé par W. E. Deming dans les années 60 : **la roue de Deming** (HAS, 2004).

Celle-ci comprend quatre étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment et sont la base d'une démarche qualité. Chaque étape franchie constitue une cale, la roue poursuit continuellement son ascension.

Etape 1 : Planifier ou Programmer : définition de la démarche d'évaluation et identification des professionnels et structures impliqués

Etape 2 : Faire : mesure de la pratique par rapport au référentiel (recueil des données)

Etape 3 : Vérifier : analyse des résultats pour identifier les points forts et les écarts au référentiel

Etape 4 : Réagir : amélioration des pratiques par les professionnels pour réduire les écarts observés

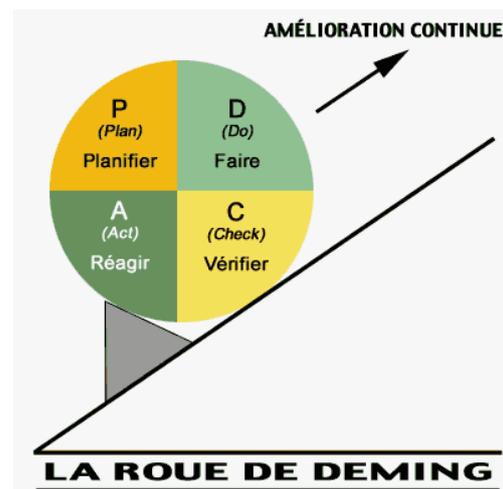


Figure 1. Modélisation de la Roue de Deming (Bouffard, 2011)

Dans le cadre de notre étude, l'expérimentation d'évaluation des pratiques professionnelles proposée se base sur le modèle de l'audit clinique ciblé mais notre approche est plus une « recherche évaluative » car nous nous intéressons à l'effet d'une formation à la pratique probante sur les pratiques dans un contexte clinique. Nous nous intéressons plus spécifiquement au projet thérapeutique mené avant puis après la formation afin de savoir si celui-ci s'est amélioré et si les résultats du patient progressent suite à l'application des outils de la formation.

Nous avons donc choisi de nous intéresser à la mise en lien de deux éléments du développement professionnel continu pour se demander dans quelles mesures la formation continue pouvait améliorer les pratiques professionnelles.

Pour finir, il est intéressant de s'interroger sur ce qui est considéré comme la référence puisque celle-ci serait garante de la qualité des soins. En effet, selon l'objectif et donc l'entité qui s'y intéresse (un clinicien, une discipline, le monde de la recherche...), ce qui constitue la référence sera différent (Thurin, Thurin, & Briffault, 2006). Pour la HAS, le référentiel est « un document ou un ensemble de documents énonçant des exigences de qualité relatives à une pratique professionnelle ou à un mode de fonctionnement » (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.) et al., 1999)

Nous allons voir en suivant quelles références à la fois clinique, législative et de la recherche ont été consultées concernant le projet thérapeutique pour construire notre étude.

## 2. Projet thérapeutique en orthophonie

Dans notre étude, l'intérêt a été porté au projet thérapeutique orthophonique en tant que thématique d'amélioration de la pratique orthophonique.

Le projet thérapeutique est un élément essentiel dans la pratique clinique de l'orthophoniste : « toute proposition de prise en charge nécessite de définir un projet thérapeutique et un plan de soin en établissant une progression selon des objectifs précis » (Coquet, 2000) cité par (Coquet, 2015b).

### 1) Référentiels

Afin de définir nos critères d'évaluation, nous avons étudié les référentiels concernant le projet thérapeutique orthophonique.

Dans le Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, aucune mention du terme « projet thérapeutique » n'est faite (Premier Ministre, 2002). Néanmoins, dans l'Avenant à la convention nationale des orthophonistes (2003) décrivant l'Architecture rédactionnelle du compte-rendu de bilan orthophonique, la rubrique V de la structure rédactionnelle du bilan initial concerne le projet thérapeutique avec : Objectifs de la rééducation ; Plan de soins proposé ou envisagé ; Examen(s) complémentaire(s) proposé(s) (« Avenant à la convention nationale des orthophonistes », 2003).

En septembre 2013, le Bulletin officiel n°32 apporte plusieurs référentiels encadrant l'exercice de l'orthophonie. L'annexe 1 correspondant au Référentiel d'Activités (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013a) note que « Dans sa fonction de soin, [l'orthophoniste] intervient dans le cadre d'un projet thérapeutique personnalisé [...] ». Le projet thérapeutique est envisagé dans sa globalité, intégrant l'évaluation, la pose du diagnostic et la prise en charge. La sous-partie 1 concernant la « réalisation du bilan et de l'évaluation nécessaires à l'établissement du diagnostic orthophonique et du projet thérapeutique » développe la « formalisation du projet thérapeutique » (Annexe 1).

L'annexe 2 du bulletin officiel n°32 (Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013b) correspond au Référentiel de compétences. La compétence n°2 concerne l'élaboration et la mise en œuvre d'un « projet thérapeutique [...] adapté à la situation du patient. » Pour cela, l'orthophoniste est capable, entre autres, de :

- Définir et hiérarchiser à court, moyen et long termes les objectifs thérapeutiques en fonction des résultats du bilan orthophonique et des besoins du patient
- Déterminer les supports nécessaires à l'intervention orthophonique et les adapter ou les élaborer si nécessaire
- Définir les critères, les échéances et les outils d'évaluation permettant un suivi du patient à partir des axes thérapeutiques choisis
- Formaliser par écrit le projet thérapeutique en orthophonie
- Évaluer les effets des interventions conduites par l'orthophoniste auprès du patient et/ou de son entourage et analyser les écarts avec les résultats attendus

Dans ce référentiel, des critères d'évaluation sont développés à partir de ces compétences permettant de savoir si la compétence est maîtrisée. De plus, des indicateurs donnent les signes visibles de ces critères. Ces indicateurs nous ont aidés à définir nos hypothèses et constituer nos critères de jugement. Ils nous ont aussi permis de construire le questionnaire d'enquête visant à analyser les projets thérapeutiques menés.

## **2) La construction du projet thérapeutique**

En outre, les articles concernant la construction du projet thérapeutique orthophonique sont également des références intéressantes.

Tout d'abord, l'essai de modélisation du projet thérapeutique de Françoise Coquet (Annexe 3) reprend les principaux éléments constitutifs du projet thérapeutique (Coquet, 2015a).

Dans un premier temps, le bilan orthophonique va permettre de connaître le profil langagier du patient, la nature de son trouble, son potentiel d'apprentissage, ses préférences et sa motivation pour poser un diagnostic et, par la suite, individualiser le projet thérapeutique si une prise en charge est nécessaire (Martinez Perez, Dor, & Maillart, 2015; Schelstraete, Bragard, Collette, & Nossent, 2011). La dimension de l'évaluation fait donc partie intégrante du projet thérapeutique.

Dans un second temps, le projet thérapeutique va se construire en plusieurs étapes :

En premier, des objectifs précis, à court et à long termes, seront formulés. Ils doivent être « adaptés à la personnalité du sujet, son âge, sa pathologie, ses potentialités et tenir compte de la demande et de l'implication de l'entourage » (Coquet, 2000) cité par (Coquet, 2015b). Le bilan est donc un élément essentiel pour constituer les objectifs.

Les objectifs à long terme devront peut-être être priorités si plusieurs difficultés sont observées. Différents critères peuvent alors être pris en compte par le clinicien : la sévérité, le travail d'une stratégie plutôt que d'items spécifiques et l'impact possible de ce comportement sur d'autres composantes (Martinez Perez et al., 2015).

Ensuite, l'orthophoniste doit définir les étapes pour atteindre l'objectif à long terme : à partir de ses connaissances théoriques et des recommandations, il définit les objectifs à court terme. Pour cela, il précise le résultat attendu, les stratégies d'intervention envisagées et les variables manipulées lors des activités. Ces variables constituent les ingrédients actifs de la prise en charge définis à travers l'intensité, l'attention dirigée sur la cible, l'utilisation de feedback, de renforcement et la minimisation des erreurs (Martinez Perez et al., 2015). L'orthophoniste choisit donc les principes d'intervention, les activités et le matériel en suivant une progression.

McCauley et Fey, quant à eux, distinguent 3 types d'objectifs (McCauley & Fey, 2006, p.9-11):

- Les objectifs de base qui « identifient les zones du système de communication d'un enfant ou les domaines connexes sur lesquels le traitement sera centré ». Ils sont sélectionnés en raison de leur importance fonctionnelle ou de la gravité du problème.

- Les objectifs intermédiaires qui « fournissent une plus grande spécification des zones dans un ou plusieurs objectifs de base qui seront traités » selon les choix théoriques du clinicien.

- Les objectifs spécifiques qui « visent des exemples spécifiques de formes linguistiques (mots, formes grammaticales, structure narrative,...), de contenus (relations sémantiques spécifiques,...), ou d'utilisation (actes de communication, aspects de la gestion de sujets,...) ».

### **3) L'évaluation de l'efficacité**

Enfin, l'orthophoniste choisit des mesures pour évaluer son intervention dans le but de la réajuster selon les progrès observés ou non (changer d'objectif, arrêter le traitement, modifier l'intervention).

Le changement dans les performances du patient est souvent calculé à partir d'épreuves normalisées pour lesquelles, à partir d'un score brut, il est possible de calculer un score standard (en écart-type : ET). Le changement devient important lorsque le score standard se rapproche de la moyenne. Néanmoins, dans les activités cliniques quotidiennes, le

changement ne peut pas toujours être évalué par des ET et il faut prendre en considération les caractéristiques et le rythme de progression du patient (Bain & Dollaghan, 1991). La technique des lignes de base peut alors être utilisée. Elle consiste à « mesurer de manière répétée les performances du patient avant, en cours et après la thérapie » (Schelstraete et al., 2011).

En effet, des mesures continues permettent de suivre l'évolution du patient et d'apporter des ajustements en émettant de nouvelles perspectives d'intervention (Chapleau, 2017). Différentes mesures complémentaires permettent d'objectiver les progrès, d'évaluer le transfert et de vérifier la spécificité de l'intervention (Martinez Perez et al., 2015).

Si ce qui est appris au patient est une stratégie (s'appliquant à divers items), trois types d'items sont utilisés pour construire la ligne de base :

- des items travaillés en séances (liste A),
- des items qui utilisent la stratégie mais ne sont pas travaillés (liste B),
- des items sans rapport avec la stratégie et qui donnent des performances déficitaires (liste C).

Si le patient apprend la stratégie proposée pendant l'intervention, une amélioration doit s'observer sur la liste A ainsi que sur la liste B - montrant un effet de généralisation - mais pas sur la liste C - montrant la spécificité de l'intervention.

Si l'apprentissage porte sur des items spécifiques, seulement deux listes seront réalisées : une sur les items utilisés et l'autre sur des items appariés mais non entraînés. L'amélioration ne devrait avoir lieu que sur la première liste (Schelstraete et al., 2011).

La technique des lignes de base permet donc de montrer que l'amélioration des performances résulte de l'intervention plutôt que de la maturation spontanée ou d'autres facteurs (Bain & Dollaghan, 1991). Pour aller plus loin dans la validation, une analyse statistique des résultats peut être effectuée en utilisant le test de McNemar dans le but de savoir si les changements sont significatifs (Schelstraete et al., 2011).

Les lignes de base constituent donc un outil intéressant pour évaluer l'efficacité de l'intervention. En effet, elles permettent notamment de montrer au patient et à son entourage les progrès réalisés, ce qui est source de motivation et d'encouragement - un ingrédient très important de la rééducation (Schelstraete et al., 2011). Cela participe au renforcement positif mené auprès du patient.

Les étapes de l'intervention orthophonique, notamment dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet thérapeutique, demandent des prises de décisions cliniques. L'évaluation des progrès du patient est très utile dans cette prise de décision : déjà, lors de la planification de l'intervention, le thérapeute peut estimer le changement prévu ; ensuite, pendant l'intervention, il peut ajuster les objectifs ou les méthodes dans une prise de décision clinique continue ; à la fin, l'évaluation permet de documenter le changement de manière probante (Bain & Dollaghan, 1991).

Le doute et l'incertitude quant aux choix à réaliser peuvent rester prégnants notamment à cause de la complexité des situations cliniques rencontrées. Nous allons maintenant voir que l'Evidence-Based Practice (ainsi que les démarches qui en découlent comme la pratique probante) est un outil permettant de réduire l'incertitude dans la prise de décision clinique et d'argumenter les décisions prises (Martinez Perez et al., 2015; Schelstraete et al., 2011).

### 3. Evidence-Based Practice, Practice-Based Evidence et Pratique Probante

Comme vu précédemment, l'Evidence-Based Practice (EBP) est un outil intéressant dans la prise de décision clinique pour construire le projet thérapeutique. Afin de réduire le risque de faire des choix thérapeutiques inadaptés, les principes de l'EBP donnent un cadre d'intervention pour documenter les décisions cliniques (Schelstraete et al., 2011).

#### 1) Définition de l'Evidence-Based Practice

L'EBP – Evidence-Based Practice – est un concept issu de l'EBM – Evidence-Based Medicine - qui est « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des preuves actuelles les plus pertinentes dans la prise de décision concernant les soins à apporter à chaque patient » (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Ce concept est intemporel puisqu'il évolue au fil de l'actualisation des connaissances (Metzdorff, 2013).

L'EBM, d'origine médicale, a été étendue à d'autres domaines et ensuite adaptée à la pratique clinique des professionnels paramédicaux sous la forme de l'EBP.

L'EBP signifie « pratique fondée sur des données probantes » ou « pratique fondée sur des preuves » (Cattini & Clair-Bonaimé, 2017; Regnaud, Guay, & Marsal, 2009). Elle consiste en une démarche réflexive où le clinicien se pose une question clinique dans une situation particulière afin d'accompagner la prise de décision clinique (Cattini & Clair-Bonaimé, 2017).

L'EBP combine trois sources d'informations différentes pour aider le clinicien à fournir les meilleurs soins possibles au patient et améliorer sa qualité de vie (Maillart & Martinez-Perez, 2017; Regnaud et al., 2009) :

- les preuves externes constituées par les données pertinentes de la **recherche**, la littérature scientifique

- les preuves internes faisant référence à l'**expertise clinique** du praticien qui est la compétence et le jugement acquis par l'expérience et la pratique clinique (Sackett et al., 1996)

- les valeurs, souhaits et **préférences du patient et de son entourage** qui doivent être correctement et complètement informés ainsi que le contexte (culturel, financier, temporel...)

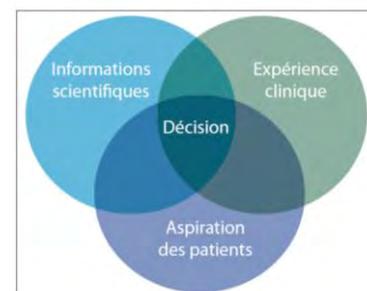


Figure 2. Les différentes composantes de l'EBP selon Regnaud et al. (2009)

Aucune de ces preuves n'est suffisante seule, il faut les combiner toutes avec autant d'intérêt pour la meilleure prise de décision clinique possible d'où la formulation E3BP de Dollaghan (2007) citée par (Maillart & Durieux, 2012).

## 2) Intérêt de l'Evidence-Based Practice

Cette démarche est encore peu développée en orthophonie dans les pays francophones. Néanmoins, depuis 2005, l'ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) engage les professionnels à intégrer les principes de l'EBP dans leur pratique afin de fournir des soins de qualité (American Speech-Language-Hearing Association, 2005). Le Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes (CPLOL) en 2009 propose un cadre éthique commun pour l'orthophonie-logopédie avec quatre principes : respect de l'autonomie et de la dignité des individus, bénéfique et amélioration de la qualité de vie, éviter de porter préjudice, agir de façon équitable et juste (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne, 2009). L'EBP peut constituer un outil pour répondre à ces devoirs éthiques (Maillart & Martinez-Perez, 2017).

Les associations professionnelles (ASHA, RCLST...) essaient donc de diffuser cette démarche largement notamment car l'EBP permet de répondre aux exigences des organisateurs de soin qui veulent des données chiffrées et argumentées pour gérer les soins en santé et ainsi proposer des remboursements (Maillart & Durieux, 2012).

Les référentiels d'activité et de compétences font aussi intervenir les notions d'actualisation des connaissances (lecture critique, lecture de travaux de recherche) et de recherche, traitement et analyse des données professionnelles et scientifiques (Ministère de

l'enseignement supérieur et de la recherche, 2013a, 2013b). Ces éléments s'accordent avec la mise en place de l'EBP.

Ainsi, de nombreux comités, associations, référentiels invitent à développer l'EBP dans la pratique orthophonique. Pour le clinicien, les objectifs sont notamment de proposer un traitement qui soit efficace, d'assurer le développement de l'expertise clinique et de répondre aux pressions des organismes professionnels et de soins (Maillart & Martinez-Perez, 2017). L'EBP permet aussi d'améliorer la confiance des professionnels dans leur prise de décision clinique et d'appliquer plus rapidement les résultats de la recherche à la clinique (Dodd, 2007). Pour finir, l'EBP permet de faire évoluer les pratiques (Maillart & Durieux, 2012).

### **3) Etapes de l'Evidence-Based Practice**

La démarche EBP passe par plusieurs étapes (Durieux, Pasleau, & Maillart, 2012; Maillart & Durieux, 2012) :

❖ Etape 1. formulation d'une question clinique claire, précise et structurée répondant au besoin d'information et facilitant la recherche de preuves externes.

Les composants principaux d'une question se retrouvent sous l'acronyme PICO standardisé par Richardson, Wilson, Nishikawa, & Hayward (1995) cités par (Durieux, Pasleau, & Maillart, 2012; Maillart & Durieux, 2012) qui signifie :

- P = Patient/problème : la situation ou la pathologie, la population ou le problème ;
- I = Intervention : un programme, une méthode d'intervention, un test diagnostique, un facteur pronostique, un traitement ;
- C = Contrôle/comparaison de deux interventions ou expositions (si pertinent) ;
- O = Objectifs visés ainsi que les paramètres qui seront pris en compte pour démontrer que l'objectif a été atteint.

❖ Etape 2 : recherche méthodologique pour localiser les meilleures données disponibles dans la littérature de la recherche afin de répondre à cette question.

Cette étape nécessite que le clinicien maîtrise les outils de recherche pour savoir où chercher et ait des connaissances sur les niveaux de preuves pour juger le type de littérature trouvée.

❖ Etape 3 : sélection des articles pertinents puis évaluation critique et objective des données externes selon leur validité (absence de biais, taille de l'échantillon...), leur impact (importance de l'effet) et leur applicabilité au patient.

- ❖ Etape 4 : analyse des données de la littérature selon les préférences du patient et l'expérience clinique pour prendre une décision.

L'analyse des informations externes (issues de la littérature) a donné des pistes sur l'efficacité des interventions possibles. Il faut alors combiner ces données avec les preuves internes (pratique du clinicien et préférences du patient) pour prendre en compte les trois piliers de l'EBP (Maillart & Durieux, 2012) .

Ce processus est personnel, créatif et réflexif : il conduit ainsi à des conclusions différentes selon le poids donné à chaque source en fonction de l'analyse critique (Maillart & Durieux, 2014a). C'est le clinicien qui juge de la priorité à donner aux différentes preuves, il en a la responsabilité (Schelstraete et al., 2011).

- ❖ Etape 5 : évaluer l'efficacité de la décision clinique et l'efficacité personnelle à exécuter ces étapes pour améliorer le processus de décision.

Le clinicien doit vérifier par la suite s'il a pris les bonnes décisions et donc évaluer les résultats à travers une ligne de base par exemple. De plus, une auto-évaluation du clinicien est nécessaire pour une démarche clinique de qualité : la remise en question permanente est primordiale (Maillart & Durieux, 2012).

#### **4) Limites de l'Evidence Based-Practice**

Les orthophonistes ont, pour la plupart, une attitude positive envers l'EBP (d'autant plus si une exposition a eu lieu pendant les cours ou les stages) mais les preuves les plus considérées sont les sources d'informations traditionnelles comme l'expérience clinique ou l'opinion des collègues. Les preuves de la recherche sont en effet peu utilisées, principalement à cause d'un manque de temps (Durieux, Pasleau, Vandenput, et al., 2012; Zipoli & Kennedy, 2005).

Plusieurs autres freins à l'utilisation de l'EBP en orthophonie ont été identifiés (Durieux, Pasleau, Vandenput, et al., 2012; Zipoli & Kennedy, 2005):

- L'accès aux bases de données n'est pas toujours aisé (notamment par leur coût financier).
- Dans de nombreux domaines, la documentation n'existe pas donc certaines questions restent sans réponse.
- La recherche met très longtemps avant de pouvoir être appliquée en clinique et beaucoup de données se perdent par restrictions successives des connaissances produites (Green, 2008).

- Les orthophonistes ne maîtrisent pas suffisamment les aptitudes requises pour utiliser avec aisance l'EBP en clinique (maîtrise de l'anglais, lecture critique d'article...) ce qui peut être décourageant (Dodd, 2007).
- Une peur de l'uniformisation et la standardisation de la profession est aussi notée.

Néanmoins, différentes solutions comme une formation à la recherche et à l'EBP, un partage du travail à travers un réseau et le soutien des associations professionnelles (notamment par la création de RPC) pourraient permettre aux orthophonistes d'appliquer plus facilement l'EBP (Green, 2008; Schelstraete et al., 2011).

### **5) Practice-Based Evidence : définition et intérêt**

Pour combler cet écart entre la recherche et la pratique, Green propose une stratégie de recherche participative basée sur la pratique et l'évaluation des interventions afin de fournir des résultats plus en lien avec les circonstances de la pratique (Green, 2008). Ainsi, les praticiens deviennent des participants actifs dans la collecte de données fondées sur la pratique : les preuves cliniques contribuent à l'EBP (Wambaugh, 2007).

En effet, devant le manque de preuves et l'hétérogénéité de la population en orthophonie, le clinicien peut mesurer l'efficacité de son intervention pour construire des connaissances à partir de son expertise clinique (Dodd, 2007). Il entre donc dans une démarche de Practice-Base Evidence (PBE) signifiant « preuve basée sur la pratique ». C'est « une méthodologie de recherche clinique qui vise à mesurer l'efficacité des traitements déjà mis en place chez le patient » selon Horn et Gassaway (2007) cités par (Maillart & Durieux, 2012).

La PBE propose au praticien de collecter systématiquement et régulièrement ses données cliniques avec des informations importantes sur les caractéristiques du patient, les conditions d'application du traitement (nombre, durée, fréquence des séances) et le devenir des patients afin de mieux comprendre l'impact de différentes variables sur les comportements des patients (Maillart & Durieux, 2012).

Il faut donc définir clairement les variables ou ingrédients actifs d'une intervention afin de l'analyser puis, éventuellement, de la reproduire. Cela correspond aux cibles spécifiques, aux techniques thérapeutiques et aux informations concernant le dosage, le nombre d'exercices ou de cibles, la durée totale (Maillart & Durieux, 2012). Cette définition et la fiabilité du traitement sont essentielles pour comprendre l'effet du traitement sur le comportement (Wambaugh, 2007).

Ainsi, les trois éléments clés de la PBE sont : l'expérience personnelle et les connaissances théoriques du clinicien, la pratique réflexive et l'évaluation de la pratique (Maillart & Durieux, 2014b).

Les études de cas (Single-Subject Experimental Design) sont une méthode alternative utilisable en clinique pour évaluer un protocole de rééducation (Krasny-Pacini A & Chevignard M, 2017). Elles permettent d'identifier le meilleur traitement pour un patient et de décrire ses effets. Différentes méthodes proposant des mesures répétées permettent d'analyser (de manière visuelle notamment) la tendance, la pente et la variabilité des comportements afin de déterminer si le traitement a un effet positif (Byiers, Reichle, & Symons, 2012; Wambaugh, 2007).

### **6) Pratique probante : définition et intérêt**

La Pratique Probante (PP), notion introduite dans plusieurs études (Lauzanne & Médina, 2017; Médina, 2015), se définit comme une technique issue de l'EBP et de la PBE.

Cette démarche permet de formaliser et valider sa pratique tout en restant accessible et utilisable en clinique quotidienne pour tous les patients afin de limiter les difficultés de mise en place de l'EBP qui sont nombreuses comme nous venons de le voir.

La spécificité de l'intervention est toujours au cœur de cette technique mais celle-ci a pour vocation d'être dynamique : la formulation de la question PICO, définissant un seul objectif, peut s'affiner et s'améliorer. L'orthophoniste s'engage ainsi dans une démarche de réflexion continue. L'objectif premier est d'aboutir à l'objectivation des progrès de l'enfant, afin de briser le sentiment d'incompétence acquise (T. Bouffard, Vezeau, Chouinard, & Marcotte, 2006) et obtenir ainsi un levier motivationnel, essentiel pour la suite de la prise en charge (Zentall & Lee, 2012).

Après la construction d'une ligne de base simple, il est permis au clinicien d'adapter ses stratégies d'intervention en fonction du feedback apporté par le patient, de l'observation clinique de l'orthophoniste lors de la rééducation et des résultats mesurés.

En formalisant sa pratique clinique, l'orthophoniste enrichit son expérience professionnelle et peut justifier ses décisions cliniques par des données validées. Les données de la pratique deviennent ainsi des données d'expertise et éventuellement de recherche.

## 4. Trouble spécifique du langage écrit

### 1) Modèles de la lecture

Pour comprendre et prendre en charge les troubles de la lecture, il est important de s'intéresser en premier lieu aux modèles qui sous-tendent cette compétence. Les recherches sur les mécanismes en lecture experte permettent de mieux comprendre l'apprentissage normal, d'envisager la nature des troubles et d'interpréter les erreurs (I.N.S.E.R.M., 2007).

Tout d'abord, le "modèle simple" de la lecture considère que la compréhension d'un texte écrit (finalité de la lecture) résulte du produit de deux composants de base : l'identification des mots écrits (mécanisme spécifique à la lecture qui doit s'automatiser) et la compréhension du langage (amodale) (Gough & Tunmer, 1986).

Partant de cette représentation, la lecture demande donc la reconnaissance de mots. Coltheart a ainsi proposé un modèle à double voie de reconnaissance et de lecture à voix haute de mots écrits chez le lecteur expert (Coltheart, Rastle, Perry, Langdon, & Ziegler, 2001). Ce schéma (Annexe 4) comprend plusieurs composantes : tout d'abord, à partir du mot écrit, les traits visuels puis les lettres sont reconnus (traitement non spécifique puis spécifique à la lecture). Ensuite, deux voies se distinguent mais sont utilisées en parallèle par les lecteurs experts d'où le terme de modèle en "cascade". Ces deux procédures sont souvent définies comme la voie sous-lexicale, d'assemblage ou phonologique et la voie lexicale, d'adressage ou orthographique. La première convertit les unités de l'écrit (graphèmes, lettres, syllabes voire mots) en unités phonologiques par un système de règles de correspondance et de conversion graphème-phonème. Cela permet de décoder les nouveaux-mots et de lire des pseudo-mots. La seconde permet d'apparier le mot écrit avec une entité stockée dans le lexique orthographique en mémoire, ce qui active le lexique phonologique et éventuellement le système sémantique permettant de lire notamment des mots irréguliers. Pour finir, dans les deux cas, le système phonologique est activé pour produire le mot à l'oral (Casalis, Cavalli, Chaix, & Bois Parriaud, 2018; Casalis, Leloup, & Bois Parriaud, 2013).

Par ailleurs, Serniclaes et Sprenger-Charolles proposent une représentation tri-dimensionnelle de la lecture. Selon eux, l'accès automatique aux mots écrits qui permet de comprendre un énoncé écrit dépend de trois facteurs : la perception phonémique des sons de la parole, la maîtrise des correspondances grapho-phonémiques et le traitement visuo-attentionnel des unités graphémiques. L'apprentissage de la lecture résulte donc de la

construction d'un réseau neuronal qui lie les représentations phonémiques aux représentations graphémiques via l'association graphème-phonème (Serniclaes & Sprenger-Charolles, 2015). Ce modèle à trois composantes permet de comprendre la diversité des profils des lecteurs en difficulté.

Il existe aussi des modèles connexionnistes (comme le *Parallel Distributed Processing*) où les traitements se font en parallèle. Les différents codes - orthographique, phonologique et sémantique - s'activent réciproquement de manière interactive (Casalis et al., 2018).

## **2) Définition du trouble spécifique du langage écrit**

Les terminologies et les définitions utilisées pour parler des troubles spécifiques des apprentissages - dont la lecture - évoluent au cours du temps en fonction de la progression des connaissances (Chaix et al., 2017).

Des difficultés dans l'apprentissage de la lecture ne sont pas toujours synonymes de trouble spécifique. En effet, elles peuvent avoir différentes origines : maîtrise insuffisante de la langue, environnement peu stimulant, scolarisation non assidue, trouble psychologique grave, déficiences visuelles ou auditives, niveau cognitif faible, lésions cérébrales... (Casalis et al., 2018, 2013). L'exclusion de ces facteurs sociolinguistiques est nécessaire pour établir le diagnostic de trouble spécifique. Ainsi, le principal attribut de ces troubles est leur caractère inattendu (par comparaison aux autres aspects du développement) (Shaywitz, Morris, & Shaywitz, 2008).

Actuellement, les définitions dans les grandes classifications médicales internationales tendent à remplacer le terme de dyslexie, longtemps utilisé, par la notion de trouble spécifique de la lecture.

La Classification Internationale des Maladies (CIM-10), produite par l'OMS, définit le trouble spécifique de la lecture comme « une altération spécifique et significative de l'acquisition de la lecture, non imputable exclusivement à un âge mental bas, à des troubles de l'acuité visuelle ou à une scolarisation inadéquate » (Organisation mondiale de la santé, 2009).

Le Manuel diagnostique et statistique (DSM-5) de l'Association américaine de psychiatrie (APA) regroupe les troubles de la lecture, de l'orthographe et de l'arithmétique dans la catégorie commune des troubles spécifiques des apprentissages (TSAp) définis à partir de quatre critères. Concernant la lecture, les symptômes sont : lecture des mots

inexacte ou lente et réalisée péniblement ; difficultés à comprendre le sens des mots qui sont lus ; difficultés à épeler. Ces difficultés doivent persister depuis au moins six mois malgré la mise en place de mesures les ciblant (American Psychiatric Association, 2015).

Ces deux classifications internationales proposent des critères qui, notamment par exclusion, amènent le thérapeute à poser le diagnostic. Elles permettent d'utiliser un lexique commun et valident le diagnostic (Garçia & Lesecq, 2017).

La définition de Lyon et al. (2003) ajoute que la « dyslexie [...] se caractérise par des difficultés de précision et/ou de vitesse dans l'identification des mots écrits et par de faibles capacités de décodage et d'orthographe [...] » (Lyon, Shaywitz, & Shaywitz, 2003).

Les origines se situeraient à plusieurs niveaux : cognitif (pour le traitement de l'information), cérébral (réalisation des traitements cognitifs), génétique et environnemental (interaction des facteurs) (Chaix et al., 2017; Ramus, Franck, 2018).

Par ailleurs, les troubles spécifiques de la lecture ont longtemps fait l'objet d'une classification aujourd'hui remise en cause. Partant du modèle de Coltheart (2001), les difficultés peuvent être séparées pour donner deux profils : celui de dyslexie phonologique (difficultés de décodage) et celui de dyslexie de surface (difficultés dans l'identification de la forme visuelle des mots) ou un profil mixte. Cette typologie n'est pas forcément utile au thérapeute car elle ne rend pas compte de la singularité clinique du patient. Une classification en termes de sévérité comme proposé dans le DSM-V semblerait plus intéressante (Launay, 2018).

### **3) Evaluation et diagnostic**

Lors de l'évaluation, l'objectif est d'établir un diagnostic et de construire le projet thérapeutique. Pendant le bilan, l'orthophoniste se questionne alors sur la spécificité du trouble. Le terme spécifique signifie que le trouble est primaire (non secondaire à une étiologie connue), et non pas spécifique à un domaine (Launay, 2018). Lors du bilan, il peut être difficile de distinguer retard et trouble spécifique, Launay propose donc un arbre décisionnel : les manifestations fondamentales, la persistance des difficultés, un retentissement objectivé et la recherche d'une étiologie permettent de valider le diagnostic pour ensuite en mesurer la sévérité et rechercher des troubles associés (Launay, 2018).

Ainsi, le bilan orthophonique est une étape réflexive qui permet la pose du diagnostic c'est-à-dire la mise en concordance de la compréhension des troubles avec un terme d'une

nomenclature. Ce bilan est ensuite formalisé par la rédaction du compte-rendu de bilan orthophonique (CRBO). Malgré l'existence de classifications pouvant donner une référence, les terminologies varient extrêmement pour décrire les processus, nommer les difficultés et poser le diagnostic. En effet, les positionnements diffèrent face aux imprécisions théoriques actuelles (Brin-Henry, 2018).

L'évaluation, en référence aux modèles théoriques, permet donc de déterminer le dysfonctionnement à l'origine des troubles et de connaître les compétences dans les domaines sous-tendant la lecture pour envisager des hypothèses de rééducation (Rousseau, Gagnon, & Topouzhanian, 2013).

#### **4) Rééducation de la lecture dans le cadre du TSLE**

L'expertise de l'INSERM en 2007 rapporte qu'il existe une grande diversité de méthodes en orthophonie - qui découlent des approches théoriques - mais que ces traitements ont rarement fait l'objet d'études scientifiques pour prouver leur efficacité ou même justifier le point de vue théorique. Peu de connaissances sont disponibles sur les indications, les axes, les outils et la durée à préconiser dans les interventions (I.N.S.E.R.M., 2007). Cela reste encore vrai aujourd'hui, notamment pour les populations francophones où moins d'études sont disponibles par rapport aux populations anglophones alors que les contraintes liées au système d'écriture (consistance de l'orthographe, etc.) sont à prendre en compte pour la remédiation (Casalis et al., 2018).

Selon ce rapport, les principales caractéristiques de la rééducation orthophonique dans les troubles spécifiques de la lecture sont l'entraînement des capacités phonologiques, la rééducation de la lecture par des méthodes différentes de l'école et la mise en place de stratégies de compensation (I.N.S.E.R.M. 2007).

D'une part, à partir de la représentation tridimensionnelle de la lecture, deux méthodes de remédiation se distinguent : une concernant les processus cognitifs de haut-niveau et l'autre concernant les processus perceptifs de bas niveau (Serniclaes & Sprenger-Charolles, 2015).

Concernant les processus perceptifs, un élargissement de l'espace entre les lettres (pour diminuer l'effet de masquage) a notamment montré une amélioration spontanée de la précision et de la vitesse même si la fluence reste moins importante pour les enfants présentant des troubles (Zorzi et al., 2012). Par ailleurs, un entraînement de la discrimination des frontières phonologiques pour améliorer la perception allophonique a aussi montré des

effets positifs sur la conscience phonémique et la lecture (W. Serniclaes, Collet, & Colin, 2017).

Concernant les remédiations de haut niveau, deux méta-analyses sont principalement citées. Un entraînement précoce de la conscience phonémique (« phonemic awareness ») aiderait à l'acquisition de la lecture surtout chez les enfants à risque et quand l'intervention est proposée en lien avec l'écrit (Ehri, Nunes, Willows, et al., 2001). En outre, un enseignement systématique de la phonétique (« phonic instruction ») aiderait aussi cette acquisition (Ehri, Nunes, Stahl, & Willows, 2001). La méta-analyse de Galuscka et al. en 2014 ajoute qu'un entraînement de la fluence (lecture répétée) ou de la conscience phonémique seuls ne sont pas efficaces. Néanmoins, la combinaison de ces deux approches (« phonic instruction ») peut améliorer les performances en lecture et en orthographe chez des enfants avec TSLE (Galuschka, Ise, Krick, & Schulte-Körne, 2014).

Pour aller plus loin, dans sa méta-analyse en 2016, Suggate compare les effets à long terme des interventions en conscience phonémique (conscience des phonèmes dans les mots), en phonétique (manipulation des sons avec support de l'écrit), en fluence (dont lectures répétées de textes) et en compréhension en lecture de textes. Il montre que les interventions en conscience phonémique et en compréhension ont les plus grands effets à distance même si les deux autres ont aussi un effet. Néanmoins, la mesure à distance est réalisée entre 4 et 18 mois compliquant les conclusions de l'étude (Suggate, 2016).

D'autre part, la rééducation s'est longtemps développée en référence au modèle à double-voie. La procédure d'assemblage est alors améliorée par un travail sur la conscience phonologique et ses processus sous-jacents et, en parallèle, un apprentissage des conversions graphies-phonies (en passant par différents canaux) et de la fusion (Rousseau et al., 2013).

La remédiation de la procédure d'adressage consiste, quant à elle, à développer le stock orthographique (par indices visuels, épellation...). La morphologie (compréhension de la construction des mots, indiçages) peut alors être un outil pour faciliter la reconnaissance des mots. La fluence en lecture sera travaillée à partir de listes de mots, phrases ou textes qui seront lus de manière répétée avec un travail préalable du sens. L'apprentissage sans erreur, proposant d'exposer l'enfant de manière répétée à la bonne information pour éviter les erreurs, a aussi un impact sur la constitution du stock orthographique (Casalis et al., 2018)

L'objectif final de la remédiation de la lecture n'est pas spécifiquement de développer des compétences sous-jacentes mais bien de généraliser la précision, la fluence et la

compréhension. Des entraînements à la fluidité par la lecture répétée, à la morphologie et aux stratégies métacognitives peuvent donc être proposés (Casalis et al., 2018).

En conclusion, la lecture demande l'identification des mots écrits qui doit être automatisée pour accéder à la compréhension. Les troubles spécifiques de la lecture sont complexes car il existe une grande diversité de symptômes dont la ou les causes sont difficiles à identifier. Il convient donc d'évaluer précisément les difficultés pour proposer une rééducation adaptée à chaque patient avec des objectifs et des stratégies d'intervention ciblant les compétences sous-jacentes mais aussi, et surtout, la lecture elle-même. Il reste aussi important de susciter et d'entretenir la motivation qui est indissociable de la relation avec le thérapeute et de l'estime de soi (Casalis et al., 2018). Par ailleurs, le lien avec l'orthographe reste important, nous l'avons séparé ici de la lecture mais ces deux éléments sont travaillés en parallèle puisqu'ils se développent en interaction.

## II. Problématique et hypothèses

Ces éléments théoriques nous renseignent sur l'importance et surtout l'intérêt de formaliser sa pratique et la nécessité d'évaluer son intervention afin de connaître son efficacité. Par une formalisation, l'orthophoniste pourra justifier la décision prise concernant le projet thérapeutique. L'expérience clinique s'enrichit et devient expertise.

Suite à ces conclusions, nous avons cherché à savoir si, dans une situation de formation continue, l'initiation à la pratique probante entraîne une évolution de la pratique professionnelle des orthophonistes en situation clinique. Plus particulièrement, nous avons cherché à savoir si le projet thérapeutique, élément central dans une prise en charge, est modifié. Pour aller plus loin, nous avons regardé si cette modification engendre un bénéfice pour le patient, au niveau de ses résultats en lecture.

Notre problématique est donc : la formation à la pratique probante a-t-elle un effet évaluable sur la définition d'un projet thérapeutique précis, mesurable et permettant une amélioration des résultats du patient dans la prise en charge des troubles spécifiques du langage écrit en pratique clinique ?

Nous souhaitons vérifier les hypothèses suivantes :

1. Suite à une formation à la pratique probante, on relève une augmentation du nombre d'orthophonistes définissant des objectifs distincts à court et à long termes, les priorisant et les écrivant.

Critères de jugement : questions 3, 4 et 5 du questionnaire (Annexe 5)

2. Suite à une formation à la pratique probante, on relève une augmentation de la définition de stratégies d'intervention ainsi que de la mise en œuvre de mesures d'évaluation de l'intervention.

Critères de jugement : questions 7, 11 et 12 du questionnaire (Annexe 5)

3. L'utilisation de la pratique probante entraîne une meilleure évolution des résultats des patients.

Critères de jugement : épreuves de vitesse et de précision de lecture (BALE et Belette) et épreuve contrôle de Baddeley

### III. Méthode

#### 1. Population étudiée

La population se compose d'orthophonistes inscrits à la formation continue proposée par Franck Médina s'intitulant : « Prise en charge orthophonique des troubles du langage écrit et pratique probante. » Cette formation se déroule en deux modules de deux jours chacun. Ainsi, les orthophonistes ont été recrutés via la formation ce qui constitue le critère d'inclusion. Tous les orthophonistes participant à la formation ont été inclus dans l'étude sans critères d'exclusion : l'objectif étant de s'intéresser à la pratique clinique en général sans restriction.

L'échantillon se constitue donc de vingt-huit orthophonistes (trente-trois inscrits moins cinq désistements) assistant à la formation des 27/28 septembre et 29/30 novembre 2018 à Montpellier (les dates de cette formation étant les seules compatibles avec notre étude).

Chaque orthophoniste devait choisir un de ses patients comme cas clinique pour mettre en pratique le contenu de la formation. Ces patients devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Age : entre 6 et 12 ans
- Diagnostic de trouble spécifique du langage écrit posé - touchant à minima la lecture - avec pas ou peu de troubles associés

#### 2. Population contrôle

Afin de faire un état des lieux des pratiques professionnelles concernant la mise en place de projet thérapeutique et dans l'objectif de contrôler l'effet inductif du questionnaire créé, une population contrôle d'orthophonistes a été recrutée. Ces orthophonistes ne participaient pas à la formation mais ont accepté de se soumettre à un questionnaire d'enquête à deux reprises.

Le recrutement s'est fait au moyen des réseaux sociaux et de mails. Aucun critère d'exclusion n'était défini pour cette population.

Chaque orthophoniste devait choisir un de ses patients pour répondre aux questions. Ces patients devaient répondre aux mêmes critères d'inclusion que ceux de la population étudiée.

Quatorze orthophonistes ont ainsi été recrutés.

### 3. Matériel

Pour vérifier nos hypothèses, un questionnaire a été construit afin de recueillir les informations concernant le projet thérapeutique mis en place avec le patient choisi et différentes épreuves (principalement de lecture) ont été proposées afin de recueillir les résultats des patients des orthophonistes participant à la formation.

#### 1) Questionnaire sur le projet thérapeutique

Afin de chercher à valider nos hypothèses 1 et 2, un questionnaire (Annexes 5 et 6) a été élaboré dans l'objectif de mieux connaître le projet thérapeutique proposé par les orthophonistes en collectant des données précises. Pour le construire, les données de la littérature concernant le projet thérapeutique orthophonique ont été utilisées (voir partie 3 de la théorie). Ainsi, des questions précises ont été rédigées pour répondre à nos hypothèses et d'autres sont proposées dans le but d'avoir des informations complémentaires pour discuter et comprendre les résultats.

Le questionnaire a été présenté en ligne. Il contient :

- 19 pages pour une passation
- 17 pages pour l'autre passation

Les deux pages surnuméraires comprennent les questions s'intéressant aux informations démographiques concernant l'orthophoniste et le patient.

Le questionnaire comprend au total 16 questions (9 questions ouvertes et 7 questions fermées). Étant construit en arborescence (selon la réponse, la question suivante est différente), toutes les questions ne sont pas proposées à chaque répondant : au minimum, 7 questions (4 ouvertes et 3 fermées) sont proposées et, au maximum, 13 questions (dont 6 ouvertes et 7 fermées).

Le questionnaire comprend une page de présentation et une de conclusion. Le corps est réparti en 5 rubriques :

- **Bilan** (1 question) : une question ouverte concernant la conclusion du bilan et le diagnostic posé
- **Objectifs** (2 ou 4 questions) : questions ouvertes et fermées sur les possibles objectifs formulés, l'échéance et l'organisation des objectifs éventuellement fixées et leur formalisation
- **Stratégies d'intervention** (2 ou 3 questions) : questions ouvertes et fermées concernant les stratégies mises en place et les outils utilisés pour les choisir

- **Mesures** (2 ou 3 questions) : questions fermées sur l'évaluation de l'intervention mise en place ou non
- **Autres patients** (2 questions) : questions ouverte et fermée sur la généralisation auprès des autres patients de l'orthophoniste (concernant la définition d'objectifs et de stratégies et la mise en place de mesures d'évaluation)

Une phase de pré-test du questionnaire a été menée dans l'objectif de s'assurer de la clarté et de la précision des termes utilisés et des questions posées, de l'ordre des questions et de leur bonne compréhension (Vilatte, 2007). Le questionnaire a ainsi été proposé aux orthophonistes stagiaires de la formation de Strasbourg. Peu de réponses (six) ont été récoltées à cause du manque de communication autour du mémoire et du fait que nous n'avions pas assisté à cette formation. Néanmoins, cela a conduit à davantage séparer les questions dans différentes pages afin de limiter les réponses induites par les questions suivantes et à modifier quelques formulations pour plus de clarté. De plus, deux questions ont aussi été ajoutées.

## 2) Epreuves réalisées auprès du patient

Pour évaluer la lecture, les épreuves suivantes ont été réalisées auprès des patients :

- ❖ *La lecture du texte de Monsieur Petit de la BALE* (Jacquier-Roux, Lequette, Pouget, Valdois, & Zorman, 2010)

La BALE, Batterie Analytique d'évaluation du Langage Ecrit (Jacquier-Roux et al., 2010), est un outil de diagnostic et de suivi des enfants dyslexiques évaluant le langage écrit du CE1 au CM2. Elle comprend 40 subtests pour évaluer notamment le langage écrit et certains processus cognitifs sous-jacents (phonologie, traitement visuel...) associés à certaines fonctions cognitives (langage, attention visuelle...). Elle permet de poser un diagnostic précis du type de TSLE et d'en mesurer la sévérité.

Les données ont été validées auprès de 536 élèves du CE1 au CM2 sans pathologies et n'ayant pas été maintenus.

Les principes théoriques relèvent de l'expertise collective réalisée par l'INSERM en 2007 et des critères diagnostiques proposés par la CIM-10.

Dans le cadre de notre protocole, nous avons proposé aux orthophonistes de faire passer l'épreuve de lecture du texte de Monsieur Petit qui est le premier test de lecture de texte de la BALE, réalisé en une minute dans le but d'évaluer la fluence et la précision de lecture. Nous avons choisi cette épreuve car elle est validée, normalisée et disponible en libre accès.

❖ ***La lecture de phrases de La Belette (Médina, Vidal, Gauthier, Lesecq, 2016)***

La Belette est une épreuve de lecture de phrases sans lien sémantique entre elles avec une longueur (nombre de mots) et une difficulté croissantes (Gauthier & Vidal, 2016). Le test est composé de 733 mots répartis en 88 phrases. L'épreuve se réalise en trois minutes.

Cette épreuve a été proposée en complément de l'épreuve de lecture de texte car elle propose une présentation sous forme de phrases qui, par rapport à des listes de mots, garde un caractère écologique et, par rapport à un texte, réduit l'effet de contexte qui peut aider dans la lecture. Cette épreuve permet aussi d'évaluer la fluence sur un temps plus long (3 minutes). Elle n'est pas encore diffusée ce qui réduit l'effet re-test lié à des présentations antérieures.

Par ailleurs, afin de proposer une mesure de contrôle de l'évolution spontanée de l'enfant et pour savoir si les progrès aux épreuves de lecture étaient dus à la rééducation mise en place et/ou à l'apprentissage et la maturation du patient, il a alors été décidé d'ajouter une épreuve ne faisant pas intervenir la lecture :

❖ ***L'épreuve de barrage de Baddeley (GREFEX & Godefroy, 2008)***

Cette épreuve est une tâche de poursuite visuo-motrice dans laquelle le sujet doit cocher des petits carrés reliés entre eux par un trait les uns après les autres le plus vite possible pendant deux minutes.

La tâche a été proposée en condition simple (seulement le barrage) et pas en condition double (avec la tâche d'empan de chiffres) pour deux raisons. Premièrement, l'objectif de l'épreuve dans cette étude n'était pas d'évaluer la division de l'attention et le processus de coordination (comme lors de la tâche double). Secondairement, la passation en était simplifiée. Par ailleurs, la feuille a été tournée entre chaque passation.

### **3) Calcul des scores**

A partir de ces épreuves, différents résultats ont été récoltés à partir desquels différents scores, écarts-type et indices ont été calculés pour l'analyse des données.

La lecture de Monsieur Petit donne un nombre de mots lus en une minute (M) ainsi qu'un nombre d'erreurs (E). A partir de ces résultats, le nombre de Mots Correctement Lus par Minute (MCLM = M-E) a été calculé. Il permet de déterminer un écart-type et un rang en percentiles en utilisant l'étalonnage proposé dans le manuel. De plus, l'Indice de Précision a été calculé comme suit :  $IP = (MCLM/M)*100$

La lecture de La Belette donne un nombre de mots correctement lus (M) ainsi qu'un nombre d'erreurs (E) après 1 minute et 3 minutes. L'Indice de Précision a aussi été calculé.

Le barrage de Baddeley donne un nombre de cases cochées en deux minutes ainsi que le nombre de cases omises.

#### 4) Epreuves complémentaires

Pour les premières passations (Mesures 1 et 2), des épreuves complémentaires ont été proposées dans l'objectif d'évaluer plus finement les difficultés du patient afin que l'orthophoniste puisse proposer un projet thérapeutique précis et spécifique.

Ces épreuves étaient constituées de :

- La lecture de listes de mots irréguliers, réguliers et de pseudo-mots de haute et basse fréquences de la BALE (Jacquier-Roux et al., 2010)
- La lecture de listes de mots courts ou longs et rares ou fréquents (Poncet & Porcher, 2016)
- L'étude de la conversion graphème-phonème de la BALE (Jacquier-Roux et al., 2010)
- La lecture chronométrée de lettres et de chiffres de la BALE (Jacquier-Roux et al., 2010)
- La comparaison de paires de mots qui est une épreuve en cours de création (Mémoire d'orthophonie en cours par Louyot, dirigé par Lefevre et Médina)

### 4. Design expérimental

Ce travail de recherche s'est articulé autour d'une étude de groupe. L'objectif était de vérifier si les orthophonistes qui participaient à une formation à la pratique probante faisaient évoluer leur pratique en modifiant leur projet thérapeutique et si ainsi leurs patients progressaient.

Le protocole de l'étude se déroulait comme ceci :

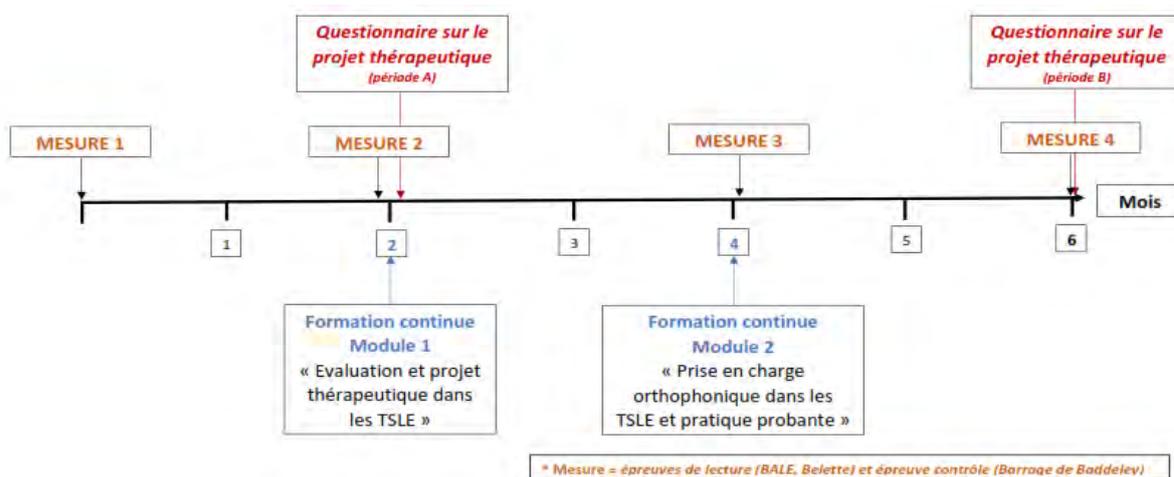


Figure 3. Protocole de l'étude

Deux mois avant la première formation, un mail a été envoyé aux orthophonistes stagiaires. Il leur était demandé de choisir un de leur patient présentant un trouble spécifique du langage écrit avec peu ou pas de troubles associés et de réaliser les épreuves proposées auprès de ce patient (Mesure 1). Ces mêmes épreuves devaient aussi être réalisées juste avant le premier module de la formation (Mesure 2). Lors de cette étape, tous les orthophonistes ont été appelés afin de leur expliquer le protocole et répondre à leurs éventuelles questions.

Deux mois après la mesure 1, les orthophonistes ont participé au premier module de la formation.

La semaine suivante, l'enquête par questionnaire concernant le projet thérapeutique a été envoyée aux orthophonistes (période notée A dans les figures représentant les résultats). Il leur était demandé de répondre pour le patient choisi dans le cadre de la formation et selon le projet thérapeutique mené avant la formation. L'objectif de ce premier questionnaire était de faire un état des lieux des pratiques professionnelles de chaque orthophoniste avant la formation. Le questionnaire a néanmoins été envoyé après la formation dans le but de ne pas perturber le processus de formation (les stagiaires n'ayant pas pu répondre aux questions du questionnaire auraient pu se sentir en difficultés lors de la formation).

Deux mois après, les orthophonistes ont participé au second module de la formation.

Juste après, il leur a été demandé de proposer à nouveau à leur patient les épreuves (Mesure 3). Les résultats de ces passations ont été récoltés par mail.

Deux mois après la fin de la formation, les orthophonistes ont été contactés une dernière fois par mail afin de recueillir la mesure 4 pour analyser l'évolution du patient. Le questionnaire concernant le projet thérapeutique était à nouveau proposé pour s'intéresser aux éventuels changements mis en place (période notée B dans les figures représentant les résultats).

En parallèle de ce protocole, le questionnaire a été proposé aux orthophonistes du groupe contrôle. Ceux-ci devaient choisir un de leurs patients avec un trouble spécifique du langage écrit (et les mêmes critères que pour la population étudiée) et compléter le questionnaire en se référant à ce patient. Il était aussi précisé l'anonymat des réponses et l'obligation de remplir le questionnaire dans un second temps.

Quatre mois après, le questionnaire leur a été à nouveau proposé. Il a été envoyé par mail.

## 5. Présentation de la formation

La formation se déroule en deux modules, chacun d'une durée de deux jours. Le premier module aborde la partie évaluation et création d'un projet thérapeutique en proposant une mise à jour des modèles de la lecture alors que le second module aborde la rééducation avec des propositions de protocoles et un travail sur les lignes de base.

La formation inclut des temps de présentation des connaissances (diaporama et support écrit), des ateliers pratiques en petits groupes et des mises en commun en grand groupe.

### **1) Premier module : Evaluation et projet thérapeutique dans les troubles spécifiques du langage écrit**

Ce premier module vise à asseoir l'analyse des performances et des erreurs de lecture chez l'enfant présentant un trouble spécifique du langage écrit afin d'être en mesure de proposer un projet thérapeutique :

- inscrit dans une démarche de pratique probante avec élaboration d'une ligne de base
- distinguant objectifs à court et long termes
- utilisant le principe de la Zone Proximale de Développement (Vygotski, 1997)

Tout d'abord, les repères théoriques sont abordés : la notion de trouble spécifique du langage écrit est revue sous l'angle du DSM-V. Puis, une lecture détaillée et approfondie du DRC Model de Coltheart (Coltheart et al., 2001) est proposée. Chaque composante du modèle est expliquée en lien avec les épreuves concernées en lecture. Cela aboutit à une représentation de la lecture en 3 dimensions (Serniclaes & Sprenger-Charolles, 2015). Cette conception tri-dimensionnelle permet d'interpréter les productions des patients aux épreuves proposées pour établir un projet thérapeutique adapté à chacun. Enfin, les principes de l'EBP et de la PBE sont abordés pour engager les stagiaires dans une démarche de pratique probante permettant de mieux juger l'efficacité de la prise en charge. Une distinction entre objectifs à court et long termes est faite ainsi qu'une présentation de la question PICO. Les orthophonistes sont ensuite invités à définir une question PICO pour leur patient.

### **2) Second module : Prise en charge orthophonique des troubles du langage écrit et pratique probante**

Les objectifs de ce second module sont de construire et d'appliquer un programme de rééducation du langage écrit chez l'enfant :

- inscrit dans une démarche de pratique probante avec élaboration d'une ligne de base,
- distinguant objectifs à court et long termes,
- utilisant le principe de la Zone Proximale de Développement,

- s'appuyant sur des protocoles validés selon une modélisation tri-dimensionnelle de la lecture (Serniclaes & Sprenger-Charolles, 2015).

Après un premier temps d'échange en petits groupes sur le travail mené avec le patient depuis la précédente formation (mise en pratique du projet thérapeutique défini lors du premier module), une mise en commun est faite en grand groupe pour faire un retour et analyser un ou plusieurs cas cliniques.

Un point théorique autour des notions d'EBP et de PBE en lien avec la rééducation est ensuite proposé suivi d'un point scientifique sur les articles retrouvés dans la littérature (méta-analyses principalement) concernant l'efficacité des rééducations en langage écrit.

Ensuite, les trois dimensions de la lecture sont reprises pour explorer les techniques de rééducation possibles et éventuellement validées dans la littérature : rééducation de la dimension visuo-attentionnelle et de la dimension phonologique en compétence et en performance et entraînement grapho-phonologique. Des logiciels sont ainsi présentés (Switchipido, RapDys...), la mise en place des cross-over est expliquée ainsi que la démarche d'apprentissage sans erreur.

Par la suite, la mise en place du projet thérapeutique à court terme est détaillée en abordant les tâches de rééducation et la manière de mettre en place une ligne de base. Par ailleurs, le levier concernant la motivation du patient - élément clé de la rééducation – est abordé.

## 6. Statistiques

Les données récoltées ont été analysées avec le logiciel Excel et XLStat afin de construire des tableaux et graphiques. Les tests statistiques ont été réalisés avec le logiciel R.

## IV. Résultats

Pour l'analyse des résultats, des réponses ont dû être écartées car elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Ainsi, au final, pour le groupe des orthophonistes stagiaires, 11 réponses ont été incluses dans l'analyse des résultats. Pour le groupe des orthophonistes contrôles, 8 réponses ont été analysées. La figure 4 montre le suivi de l'étude et l'exclusion des résultats pour chaque groupe.

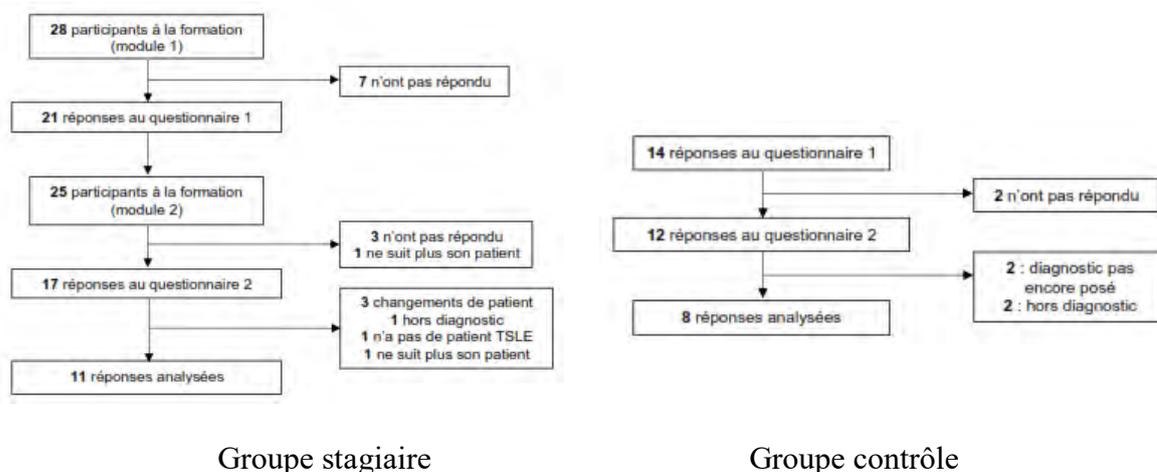


Figure 4. Suivi de l'étude et exclusion des réponses

### 1. Données démographiques des échantillons d'étude

#### a) Orthophonistes

Concernant l'année de diplôme des orthophonistes, la figure 5 montre que la moyenne et la médiane de chaque groupe sont très proches. Néanmoins, les orthophonistes du groupe stagiaire observent une plus grande dispersion dans les années d'expériences.

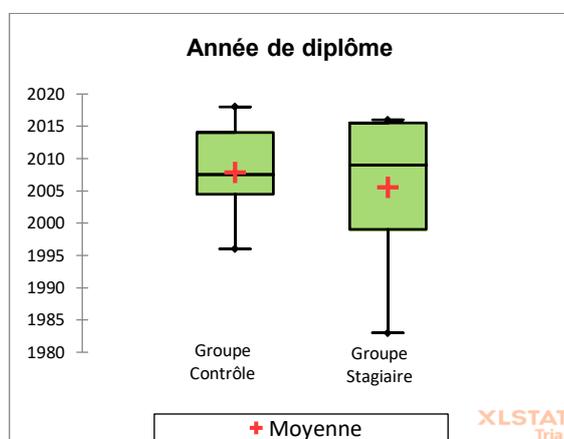


Figure 5. Répartition des orthophonistes selon l'année de diplôme pour chaque groupe

Concernant le centre de formation, le tableau 1 montre que les orthophonistes du groupe stagiaire ont principalement étudié dans un centre de formation du sud de la France (correspondant au lieu de la formation). Pour le groupe contrôle, les villes sont plus diverses.

Centre de formation	Groupe stagiaire (nombre d'orthophonistes)	Groupe contrôle (nombre d'orthophonistes)	Total général
Belgique	1	1	2
Lille	2	1	3
Lyon		1	1
Marseille	3		3
Montpellier	2	1	3
Nantes	1		1
Nice	2		2
Paris		1	1
Rouen		1	1
Toulouse		2	2
<b>Total général</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>19</b>

Tableau 1. Répartition des orthophonistes selon le centre de formation pour chaque groupe

Concernant le lieu d'exercice, les orthophonistes des deux groupes exercent en libéral.

Concernant la formation continue, un seul orthophoniste du groupe contrôle déclare ne pas avoir fait de formation en 2018.

Seul un orthophoniste du groupe contrôle déclare avoir suivi une formation à la pratique probante ou à l'EBP et cela lors de sa formation initiale.

En conclusion, les deux groupes présentent une hétérogénéité dans leurs caractéristiques démographiques.

#### **b) Patients recrutés dans chaque groupe**

Concernant les patients choisis par les orthophonistes, le tableau 2 rapporte les caractéristiques (années de naissance, sexe, classe...) pour les deux groupes.

	Groupe stagiaire (nombre de patients)	Groupe contrôle (nombre de patients)	Total général
<b>Année de naissance</b>			
2007	1		1
2008	3	5	8
2009	4		4
2010	3	3	6
<b>Sexe</b>			
Féminin	3	4	7
Masculin	8	4	12
<b>Cycle</b>			
2	5	3	8
3	6	5	11

Classe			
CE2	5	3	8
CM1	2	1	3
CM2	3	4	7
6ème	1		1
Suivi en orthophonie (nombre d'années)			
5 ans	1	1	2
4 ans	1	2	3
3 ans	2	3	5
2 ans	6	1	7
1 an	1	1	2

Tableau 2. Répartition des patients selon leurs caractéristiques pour chaque groupe

Nous pouvons constater une hétérogénéité au niveau de l'année de naissance, du sexe et du nombre d'années de suivi en orthophonie. Néanmoins, au niveau de la classe, une certaine homogénéité ressort (figure 6).

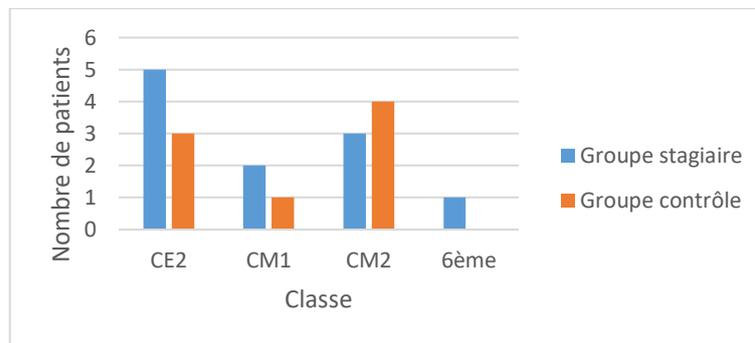


Figure 6. Répartition des patients selon la classe pour chaque groupe

## 2. Hypothèse 1 : Objectifs distincts, priorités et écrits

Le premier objectif de l'analyse des résultats est de déterminer si suite à une formation à la pratique probante, on relève une augmentation du nombre d'orthophonistes définissant des objectifs distincts à court et à long termes, les prioritant et les écrivant.

De manière préliminaire à l'analyse de cette hypothèse, l'item 2 du questionnaire permet de rendre compte de la définition d'objectifs par les orthophonistes : les réponses des orthophonistes ne définissant pas d'objectifs ne peuvent être analysées pour cette hypothèse.

Un orthophoniste du groupe stagiaire ne définit pas d'objectif avant et après la formation. Dans le groupe contrôle, tous définissent des objectifs. Ainsi, pour cette hypothèse, 10 réponses pour le groupe stagiaire et 8 réponses pour le groupe contrôle ont été analysées.

Pour vérifier cette hypothèse, les questions 3, 4 et 5 du questionnaire ont été utilisées :

- La question 3 permet de catégoriser les objectifs afin de savoir s'ils sont distincts : les orthophonistes définissent à la fois des objectifs à court terme et à long terme.

N'ayant pas trouvé d'article distinguant spécifiquement au niveau de la lecture les objectifs à court et à long termes, nous avons utilisé la classification de McCauley et Fey (développée partie I.2.2) qui nous permettait d'effectuer un classement précis et rigoureux, surtout que les réponses étaient très diverses (exemples en Annexe 8). Ainsi, concernant la lecture, les objectifs étaient fonctionnels s'ils faisaient référence à la précision et/ou la vitesse (automatisation des voies d'assemblage et d'adressage) ou la compréhension en lecture. Lorsqu'un processus sous-jacents était mentionné : l'objectif était considéré comme intermédiaire. Si une cible spécifique était précisée, l'objectif devenait spécifique.

La figure 7 montre qu'au premier questionnaire, tous les orthophonistes du groupe contrôle définissent des objectifs distincts alors que 3 du groupe stagiaire ne définissent des objectifs qu'intermédiaires (1) ou fonctionnels (2). Néanmoins, concernant les objectifs distincts, les orthophonistes du groupe stagiaire définissent plus d'objectifs spécifiques et fonctionnels alors que les orthophonistes du groupe contrôle définissent plus d'objectifs intermédiaires et fonctionnels.

Lors du second questionnaire, les objectifs définis par les orthophonistes sont moins distincts : les orthophonistes du groupe contrôle (3) définissent des objectifs seulement fonctionnels alors que les orthophonistes du groupe stagiaire (4) donnent des objectifs seulement intermédiaires ou spécifiques. Néanmoins, deux orthophonistes du groupe stagiaire précisent leurs objectifs et distinguent donc fonctionnel et spécifique.

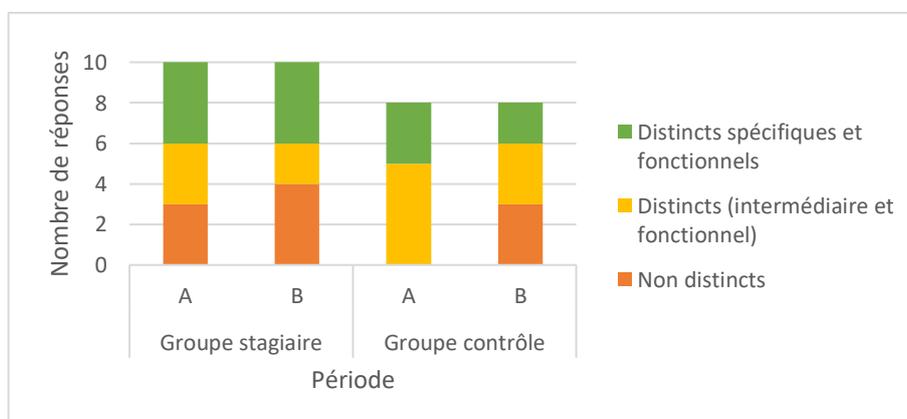


Figure 7. Distinctions des objectifs selon le groupe et la période

- La question 4 permet de savoir si une échéance a été fixée et/ou une organisation des objectifs est mise en place.

La figure 8 met en évidence que, lors du premier questionnaire, les orthophonistes du groupe contrôle (5) organisent plus leurs objectifs que ceux du groupe stagiaire (4).

Lors du second questionnaire, aucun changement n'a lieu pour le groupe contrôle alors que, pour le groupe stagiaire, deux orthophonistes se mettent à organiser et fixer des échéances pour leurs objectifs. Ainsi, la formation engendre une augmentation du nombre d'orthophonistes qui priorisent leurs objectifs alors que le questionnaire seul n'engendre pas de changement. Néanmoins, ce changement n'est pas significatif ( $p=0,48$ , test de McNemar).

Enfin, il faut noter que, pour chaque groupe, environ 40% des orthophonistes n'organisent pas leurs objectifs (4 du groupe stagiaire et 3 du groupe contrôle) même lors du second temps.

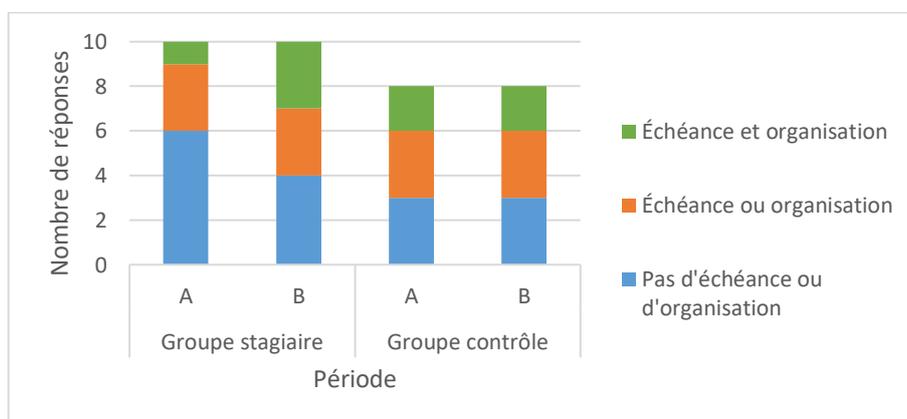


Figure 8. Échéance et organisation des objectifs selon le groupe et la période

- La question 5 permet de savoir si ces objectifs sont formalisés par écrit.

Le tableau 3 montre un effet plafond : tous les orthophonistes du groupe contrôle écrivent leur objectif lors des deux questionnaires.

Pour le groupe stagiaire, un orthophoniste du groupe stagiaire n'écrivait pas les objectifs avant la formation mais le fait après. Un autre orthophoniste qui a modifié ses objectifs ne les a pas formalisés à nouveau par écrit.

Période	Groupe stagiaire		Groupe contrôle	
	A	B	A	B
Non écrits	1	1	0	0
Écrits	9	9	8	8
<b>Total général</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

Tableau 3. Écriture des objectifs selon le groupe et la période

Ainsi, la formation permet à l'orthophoniste qui ne le faisait pas de formaliser par écrit ses objectifs.

Pour finir, nous avons cherché à analyser les sous-hypothèses précédentes (questions 3, 4 et 5) en les regroupant pour conclure sur l'hypothèse 1. Les questions 3 et 5 valent entre 0 et 1 point et la question 4 vaut deux points (un pour l'échéance et un pour l'organisation). Ainsi, nous voulions voir dans quelle mesure les orthophonistes remplissaient toutes les conditions de l'hypothèse (Annexe 9).

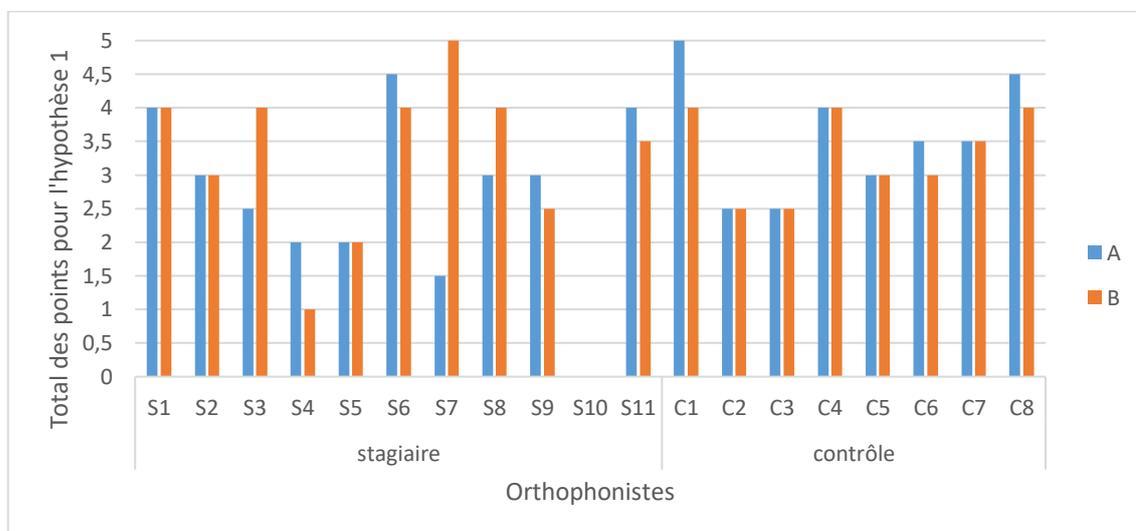


Figure 9. Total des points par orthophoniste pour l'hypothèse 1 à chaque période selon le groupe

Ainsi, selon la figure 9, dans le groupe contrôle, la plupart des orthophonistes n'ont pas modifié leurs objectifs quel que soit le paramètre observé (seuls trois ont défini des nouveaux objectifs non distincts). Dans le groupe stagiaire, plus de changements (7) sont notés : trois orthophonistes définissent des objectifs non distincts et un ne les formalise plus par écrit. Pour trois autres, les objectifs sont mieux distincts, priorisés et/ou écrits.

En conclusion, l'hypothèse 1 selon laquelle « suite à une formation à la pratique probante, on relève une augmentation du nombre d'orthophonistes définissant des objectifs distincts à court et à long termes, les priorisant et les écrivant » n'est pas significativement vérifiée.

### **3. Hypothèse 2 : Définition et évaluation des stratégies d'intervention**

L'analyse des résultats permet de vérifier que, suite à une formation à la pratique probante, on relève une augmentation de la définition de stratégies d'intervention ainsi que de la mise en œuvre de mesures d'évaluation de l'intervention.

- La question 7 permet de savoir si des stratégies d'intervention ont été définies par les orthophonistes.

La figure 10 révèle que, lors du premier questionnaire, 5 orthophonistes du groupe stagiaire ne définissaient pas de stratégies d'intervention et seulement 2 du groupe contrôle.

Lors du second questionnaire, 4 des 5 orthophonistes du groupe stagiaire qui ne le faisaient pas se mettent à définir des stratégies d'intervention suite à la formation ( $p=0,13$ , test de McNemar) et la totalité du groupe contrôle en définit ( $p=0,48$ , test de McNemar). Ainsi, une augmentation est notée pour les deux groupes qui est plus importante pour le groupe stagiaire mais non significative.

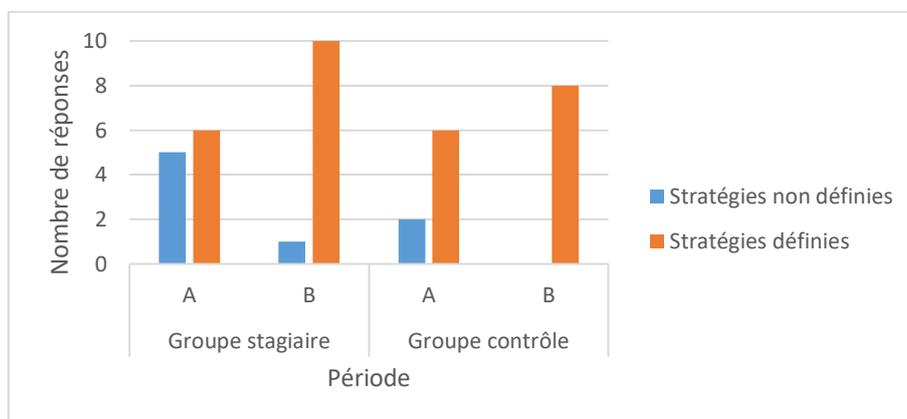


Figure 10. Définition de stratégies d'intervention selon le groupe et la période

- La question 11 permet de savoir si les orthophonistes considèrent que leurs stratégies sont évaluables.

Cette question a été difficile à analyser car elle semble avoir été comprise de diverses manières. Le bilan de renouvellement est vu différemment selon les orthophonistes : certains considèrent qu'il permet d'évaluer l'efficacité de l'intervention - et répondent oui à la question - alors que d'autres ne le considèrent pas comme tel - ils répondent qu'ils n'évaluent pas leurs stratégies alors qu'ils font passer des bilans de renouvellement.

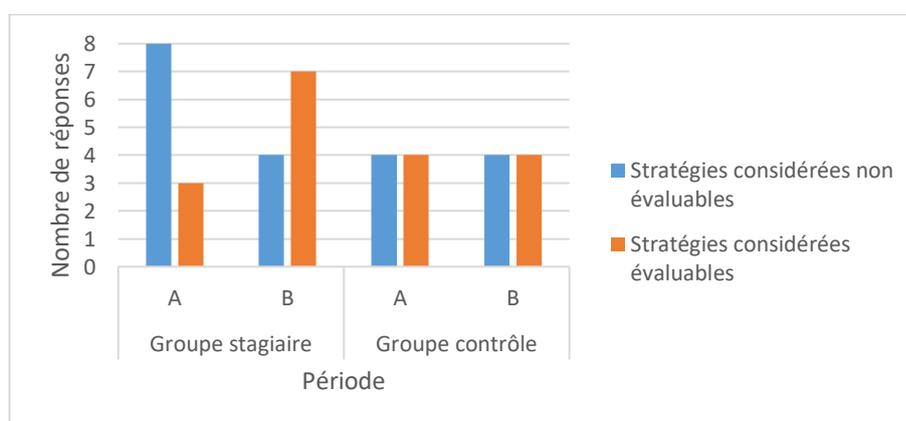


Figure 11. Stratégies considérées évaluables ou non selon le groupe et la période

Selon la figure 11, pour le groupe stagiaire, une augmentation du nombre d'orthophonistes (4) considérant leurs stratégies évaluables a lieu après la formation.

Pour le groupe contrôle, aucun changement n'est observé. Néanmoins, il faut noter qu'au second questionnaire, un orthophoniste qui considérait ses stratégies évaluables répond ensuite négativement. Un autre orthophoniste change sa réponse en « stratégies considérées évaluables ». Le score total est donc identique mais le détail diffère.

- De manière plus précise, nous avons analysé, à l'aide de la question 12, si l'évaluation de l'intervention était réalisée par la construction d'une ligne de base : mesure d'évaluation plus spécifique sur un objectif et une intervention.

La figure 12 indique que, lors du premier questionnaire, seulement 2 orthophonistes du groupe stagiaire mettaient en place une ligne de base et 3 pour le groupe contrôle.

Lors du second questionnaire, 3 orthophonistes du groupe stagiaire commencent à construire des lignes de base contre 2 du groupe contrôle (alors qu'un autre cesse). Dans chaque groupe, une augmentation a eu lieu : celle-ci est plus importante pour le groupe stagiaire ( $p=0,25$  au test de McNemar) que pour le groupe contrôle ( $p=1$  au test de McNemar) mais reste non significative.

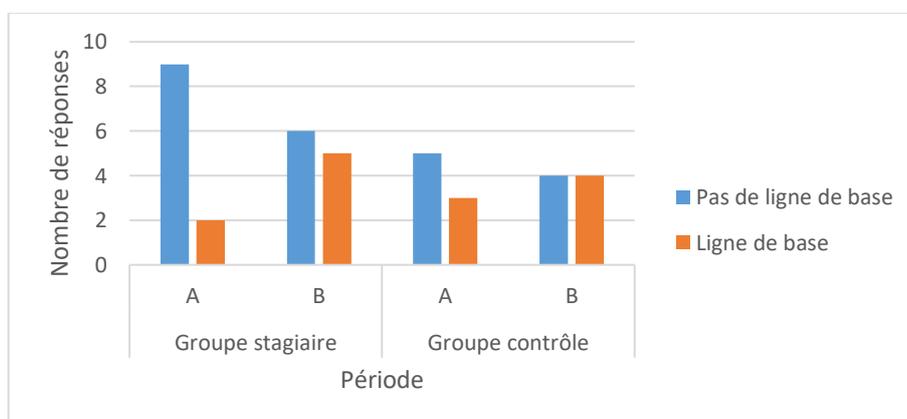


Figure 12. Création de lignes de base selon le groupe et la période

Comme pour l'hypothèse 1, nous avons cherché à analyser les sous-hypothèses précédentes (définition de stratégies d'intervention et construction de lignes de base) en les regroupant pour conclure sur l'hypothèse 2.

La figure 13 montre que, pour le groupe stagiaire, 5 orthophonistes modifient leurs réponses : 1 se met à définir des stratégies d'intervention, 2 autres créent des lignes de base pour leurs stratégies déjà définies et 2 derniers définissent des stratégies et créent des lignes de base. Pour le groupe contrôle, une diminution et 2 augmentations sont relevées.

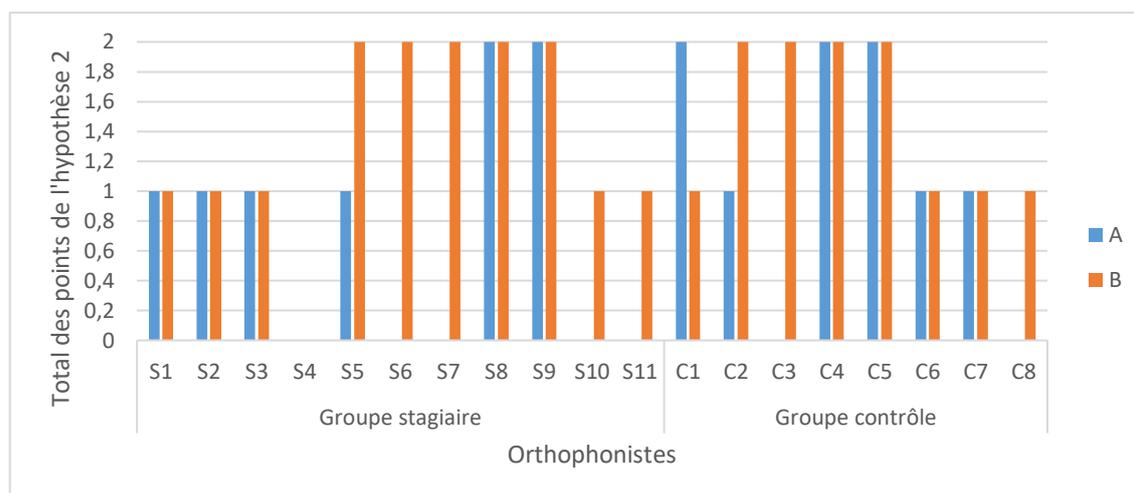


Figure 13. Total des points par orthophoniste pour l'hypothèse 2 à chaque période selon le groupe

En conclusion, la définition de stratégies d'intervention ainsi que la mise en œuvre de mesures d'évaluation de l'intervention augmentent dans les deux groupes avec une meilleure évolution du groupe stagiaire. Néanmoins, l'hypothèse 2 n'est pas significativement vérifiée.

#### 4. Hypothèse 3 : Résultats des patients

L'analyse des résultats des patients des orthophonistes participant à la formation permet de vérifier l'hypothèse suivante : l'utilisation de la pratique probante entraîne une meilleure évolution des résultats des patients.

Pour répondre à cette hypothèse, nous avons réparti les orthophonistes du groupe stagiaire en deux sous-groupes :

- Le sous-groupe « utilisation de la pratique probante » (PP) constitué des orthophonistes qui, conformément à la définition, ont formulé une question PICO suite à la formation et ont réalisé une ou des lignes de base.
- Le sous-groupe « non utilisation de la pratique probante » (NPP) constitué des orthophonistes qui n'ont pas formulé de question PICO et/ou pas réalisé de lignes de base.

Ainsi, 5 orthophonistes sont dans le groupe PP et 6 dans le groupe NPP.

Le tableau 4 montre que, pour chaque classe, le nombre de patients est similaire entre les groupes. Ainsi, les patients sont bien répartis entre chaque groupe.

Classe	PP	NPP
CE2	2	3
CM1	1	1
CM2	2	1
6ème		1
<b>Total général</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

Tableau 4. Répartition des patients selon leur classe pour chaque groupe

Selon le protocole, quatre mesures devaient être réalisées. Or, la première mesure a été réalisée par un seul orthophoniste et tardivement par d'autres ce qui fait qu'elle correspond finalement à la mesure 2 (chevauchement). Ainsi, la mesure 1 n'a pas été prise en compte et l'analyse est faite à partir des mesures 2, 3 et 4. De plus, quatre données sont manquantes (2 pour le score de La Belette à 1 minute et 2 pour le score de Baddeley).

Nous avons choisi d'analyser les résultats en comparant les moyennes des scores pour chaque groupe. L'évolution par patient est tout de même représentée en annexe 10.

- **Epreuve de lecture de texte de Monsieur Petit (BALE) :**

Concernant le nombre de mots correctement lus au texte de Monsieur Petit, la moyenne générale des patients des deux groupes s'améliorent lors des différentes mesures (figure 14).

Les patients du groupe PP ont une moyenne plus élevée que celle du groupe NPP dès la mesure 2 mais leur vitesse d'évolution est meilleure. En effet, les patients du groupe PP lisent 18,4 mots de plus entre M2 et M4 alors que les patients du groupe NPP en lisent 15 de plus. Néanmoins, l'effet du groupe n'est pas significatif ( $p=0.86$ , ANOVA).

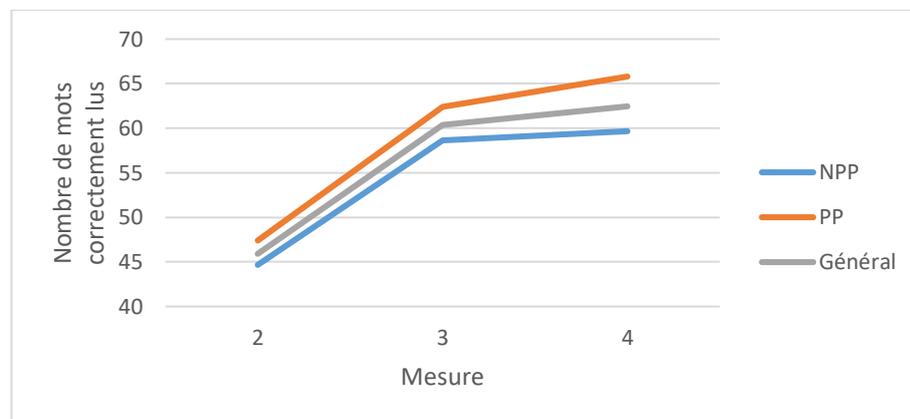


Figure 14. Moyenne du nombre de mots correctement lus à Monsieur Petit selon la mesure

Concernant l'indice de précision à la lecture de texte de Monsieur Petit, la figure 15 montre que les patients du groupe PP ont une meilleure moyenne (93,5%) lors de la mesure 2 que ceux du groupe NPP (89,6%). Les deux moyennes à la mesure 3 augmentent avec une meilleure augmentation pour le groupe NPP. Lors de la dernière mesure, une diminution des moyennes a lieu. Celle-ci est plus faible pour le groupe PP que pour le groupe NPP.

Entre M2 et M4, la moyenne s'est améliorée de 3,96% pour le groupe NPP et de 3,09% pour le groupe PP (avec une diminution entre M3 et M4) : l'évolution entre M2 et M4 n'est pas différente entre les deux groupes.

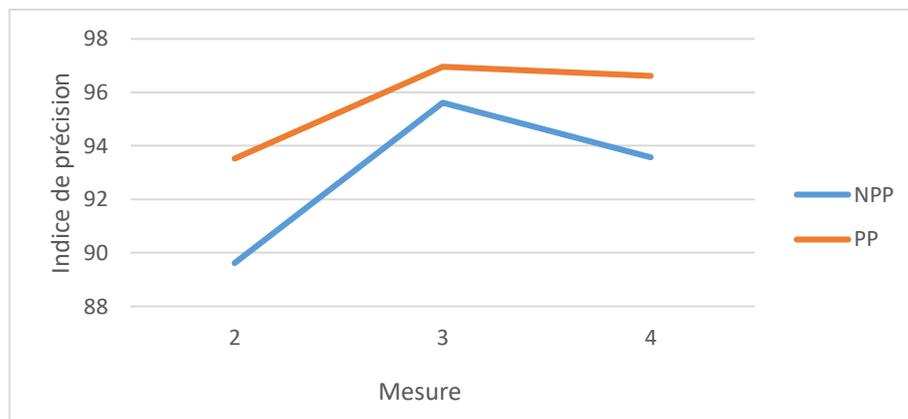


Figure 15. Moyenne des indices de précision à Monsieur Petit selon la mesure

- **Epreuve de lecture de phrases de la Belette :**

La figure 16 montre, qu'à l'épreuve de lecture de phrases de la Belette, à 1 minute, l'évolution de la moyenne du nombre de mots lus entre M2 et M4 est sensiblement la même entre le groupe PP (8,8 mots lus en plus) et le groupe NPP (9 mots). Il n'y a pas d'effet de groupe ( $p=0,54$  à ANOVA). Néanmoins, le groupe PP progresse entre M3 et M4 (utilisation de la pratique probante suite à la fin de la formation) contrairement au groupe NPP.

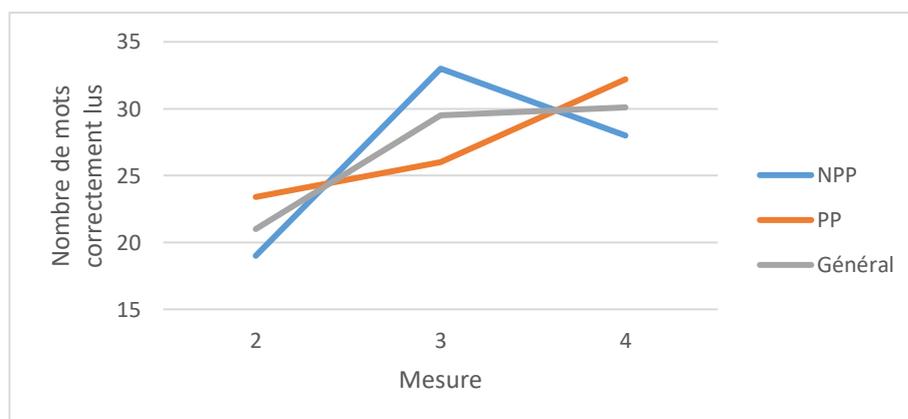


Figure 16. Moyenne du nombre de mots correctement lus à 1 minute à la Belette selon la mesure

La figure 17 montre que la moyenne de chacun des groupes pour le nombre de mots lus en 3 minutes à la Belette augmente de manière différente : elle augmente pour le groupe NPP entre M2 et M3 puis stagne entre M3 et M4 alors qu'elle continue d'augmenter pour le groupe PP (utilisation de la pratique probante après M3).

Les patients du groupe PP ont lu en moyenne 33 mots de plus entre M2 et M4 alors que ceux du groupe NPP en ont lu 25,7 en moyenne. Ainsi, le groupe PP a une évolution meilleure que le groupe NPP mais cela n'est pas significatif ( $p=0,19$ , ANOVA).

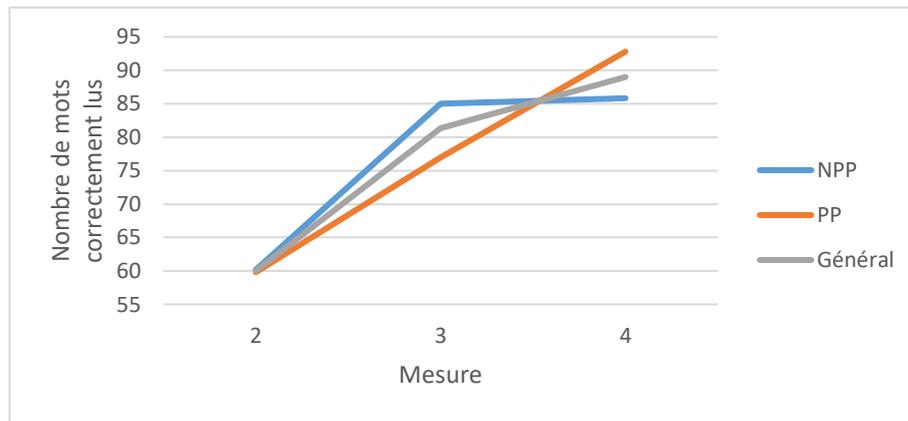


Figure 17. Moyenne du nombre de mots correctement lus à 3 minutes à La Belette selon la mesure

Concernant l'indice de précision à 3 minutes à la Belette (figure 18), la moyenne du groupe PP augmente de 15,4% entre M2 et M4 alors que celle du groupe NPP augmente de 6,4%. Ainsi, une meilleure évolution du groupe PP est observée.

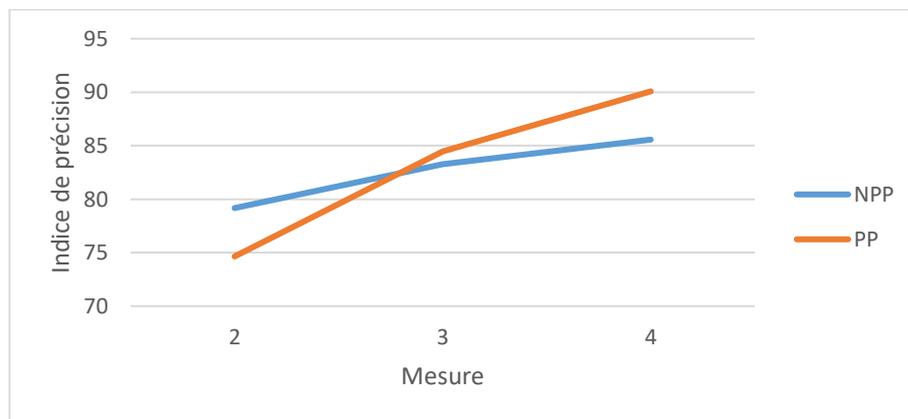


Figure 18. Moyenne des indices de précision à La belette à 3 minutes selon la mesure

- **Epreuve contrôle de Baddeley :**

L'épreuve de barrage simple de Baddeley est une tâche contrôle pour mesurer l'évolution spontanée des patients.

La figure 19 montre que, les patients du groupe PP cochent 15,65 cases de plus en moyenne entre M2 et M4 alors que le groupe NPP en cochent 40,6 de plus. Ainsi, le groupe NPP évoluent plus sur la mesure contrôle. Néanmoins, il faut noter qu'un patient du groupe NPP montre des scores extrêmes en M3 et M4 (Annexe 10). Par ailleurs, le test à l'ANOVA ne montre pas de différence inter-individuelle ( $p=0,09$ ) donc il n'est pas possible d'analyser l'évolution selon le groupe.

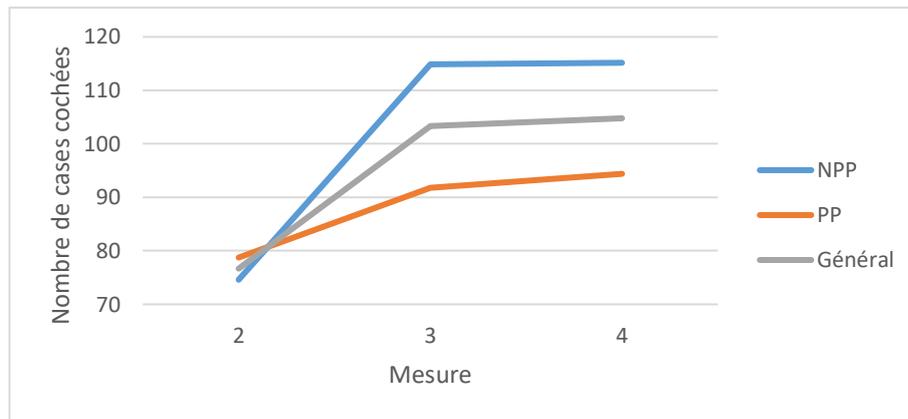


Figure 19. Moyenne du nombre de cases cochées à l'épreuve de Baddeley selon la mesure

En conclusion, dans chaque groupe, les résultats des patients se sont améliorés aux épreuves de lecture. L'évolution de la moyenne du groupe pratique probante est plus importante que celle du groupe non pratique probante pour le nombre de mots lus correctement (vitesse de lecture) au texte de Monsieur Petit et aux phrases de la Belette à 3 minutes (ainsi que l'indice de précision), surtout après la formation (entre les mesures 3 et 4) et donc suite à l'utilisation de la pratique probante.

Dans notre groupe d'étude, l'utilisation de la pratique probante entraîne une meilleure évolution en lecture des patients. Néanmoins, cette évolution n'est pas significative donc l'hypothèse 3 ne peut être statistiquement confirmée.

## V. Discussion

### 1. Interprétation des résultats en lien avec les hypothèses

Dans les deux groupes, la majorité des orthophonistes définissait des objectifs lors du premier questionnaire. La seule personne du groupe stagiaire qui n'en a pas défini considère qu'elle ne maîtrise pas assez les notions abordées lors de la formation pour le faire.

La figure 20 montre que, suite à la formation, 7 orthophonistes sur 10 du groupe stagiaire ont modifié leurs objectifs alors que seulement 4 sur 8 du groupe contrôle l'ont fait entre les 2 passations du questionnaire (à 4 mois d'écart).

Les personnes qui n'ont pas modifié leurs objectifs l'expliquent par le fait que leurs objectifs sont toujours en cours de réalisation et/ou que leur patient progresse. Ainsi, elles ne modifient pas puisque cela ne leur semble pas nécessaire.

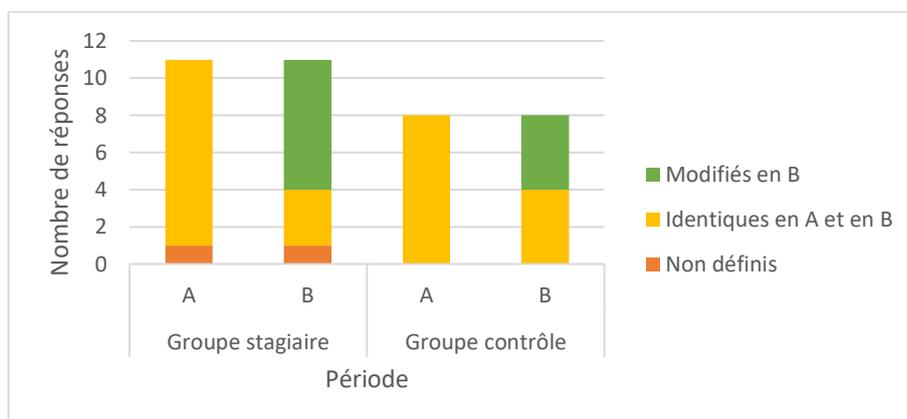


Figure 20. Modification des objectifs selon le groupe et la période

Concernant la distinction des objectifs, nous avons vu que, lors du second questionnaire, les objectifs définis étaient moins distincts. Cela laisserait supposer que les orthophonistes précisent l'objectif actuel (alors qu'en premier, ils donnaient tous les objectifs). Néanmoins, le groupe contrôle définit des objectifs fonctionnels (donc plutôt à long terme) alors que l'objectif actuel devrait être spécifique ou intermédiaire (à court ou moyen termes) : c'est le cas pour 3 orthophonistes du groupe stagiaire qui donnent seulement des objectifs spécifiques ou intermédiaires.

Par ailleurs, l'analyse des questions PICO posées (Annexe 7) montre que la plupart des orthophonistes du groupe stagiaire (6/10) ciblent un objectif fonctionnel alors que les autres (4) ciblent un objectif spécifique (l'acquisition d'une graphie en particulier).

Ainsi, déterminer des objectifs spécifiques semble encore compliqué pour les orthophonistes des deux groupes.

Par ailleurs, nous avons vu que la définition de stratégies d'intervention augmente dans les deux groupes. Ainsi, le questionnaire semble déjà induire une augmentation de la définition des stratégies.

Néanmoins, la figure 21 illustre que, pour le groupe stagiaire, plus d'orthophonistes ont modifié leurs stratégies suite à la formation.

Ainsi, même si le questionnaire peut induire cette définition et que les orthophonistes semblent modifier leurs stratégies au cours du projet thérapeutique, la formation amène une plus forte marge d'évolution.

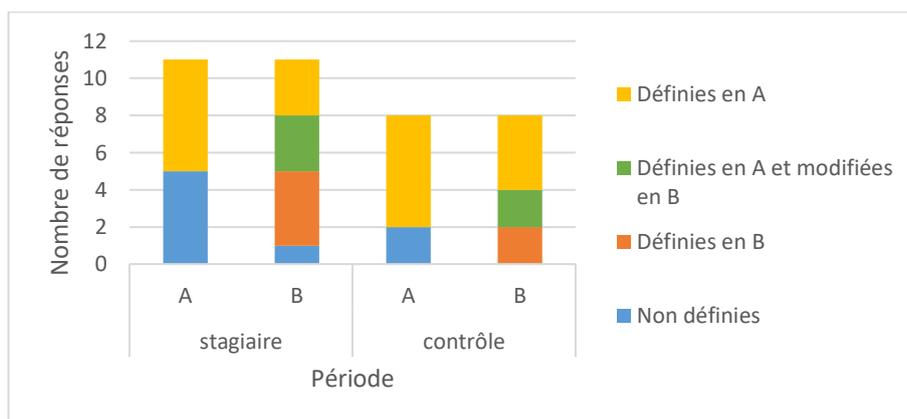


Figure 21. Modification des stratégies selon le groupe et la période

Le fait que plus d'orthophonistes du groupe contrôle définissaient des stratégies d'intervention au premier questionnaire peut avoir plusieurs explications :

- il est possible que la terminologie soit moins connue des orthophonistes stagiaires alors que les orthophonistes du groupe contrôle se seraient déjà intéressés à ces notions. Ces derniers répondraient au questionnaire car ce sujet les intéresse donc ils seraient préalablement informés alors que les stagiaires suivraient la formation justement pour avoir ces informations.

- les orthophonistes stagiaires posséderaient moins les outils pour mettre en place des stratégies d'intervention définies lors de la construction du projet thérapeutique. Ils suivraient donc une formation pour les acquérir.

D'ailleurs, certains orthophonistes expliquent qu'ils ne mettent pas en place de stratégies d'intervention par ces raisons (question 10 : notion floue\*2, manque de méthode et de moyens \*2). Un orthophoniste du groupe contrôle dit avoir « trop de routines en place ».

Les orthophonistes qui ne modifient pas leurs stratégies l'expliquent par le fait que :

- celles-ci fonctionnent bien (4 réponses)
- d'autres ont été testées mais ne fonctionnent pas
- ils manquent de temps pour en essayer d'autres

Même s'il n'est pas possible de savoir si seulement la formation apporte une augmentation du nombre d'orthophonistes créant une ligne de base, il faut noter que, pour les orthophonistes du groupe stagiaire, la ligne de base construite mesure à la fois les progrès du patient et le transfert, ce qui est moins le cas chez les orthophonistes du groupe contrôle (figure 22).

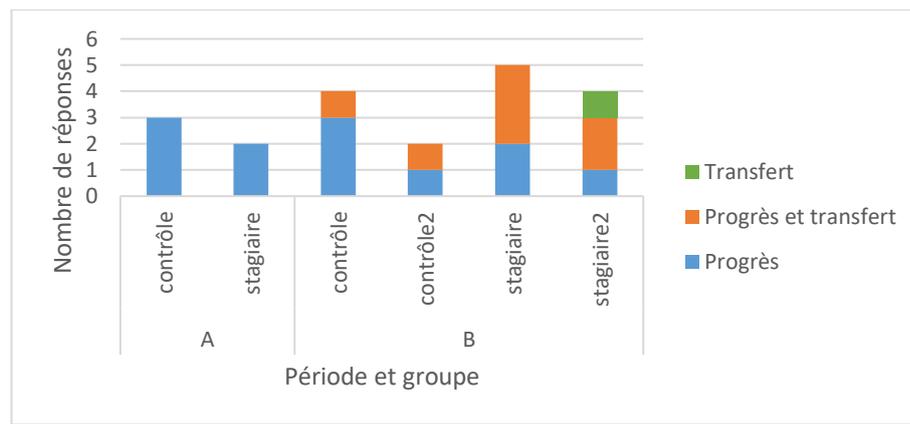


Figure 22. Type de lignes de base construites selon la période et le groupe

En outre, il faut noter que les orthophonistes exclus de chaque groupe (contrôle2 et stagiaire2) se mettent aussi à créer des lignes de base et ceci d'autant plus pour les orthophonistes stagiaires.

En conclusion, même si nos hypothèses 1 et 2 ne sont pas statistiquement vérifiées, la formation à la pratique probante semble tout de même amener plus d'évolution qu'en l'absence de formation à cet outil. Le groupe stagiaire montre plus de changements dans la définition et la modification d'objectifs distincts et avec échéance ainsi que dans la définition ou la modification des stratégies d'intervention. Par ailleurs, ce groupe crée des lignes de base plus précises. La formation à la pratique probante a donc un effet sur la définition et l'évaluation du projet thérapeutique.

De plus, le test de McNemar avec « correction de continuité » réalisé sur de très faibles échantillons (comme dans notre étude) est très conservateur et donne donc généralement une valeur de p supérieure à 0.05.

Concernant les résultats des patients, nous avons remarqué qu'ils se sont améliorés aux épreuves de lecture et cela d'autant plus pour le groupe pratique probante.

Par ailleurs, 2 patients du groupe pratique probante ont des résultats qui ne sont plus pathologiques à l'épreuve de Monsieur Petit (percentile supérieur à 5) dès la mesure 3 contre aucun des patients du groupe NPP.

Néanmoins, notre protocole demandait au départ une mesure 1, à réaliser deux mois avant la formation, afin de mesurer l'évolution de l'enfant avant la participation à la formation. Ainsi, sans cette mesure, il n'est pas possible de savoir si l'amélioration résulte de la mise en place de la formation ou si les progrès étaient déjà amorcés avant la formation : ainsi, l'évolution observée pourrait ne pas dépendre de la formation.

De plus, nous n'avons pas totalement contrôlé le type et la fréquence de rééducation, l'assiduité du suivi du patient ainsi que le travail mené à l'école, le contexte de vie, etc. Or, cela peut avoir un impact sur l'amélioration des résultats. Néanmoins, nous avons demandé la question PICO posée afin de savoir quelle intervention était proposée et l'épreuve de Baddeley nous permettait de contrôler l'évolution spontanée des patients.

Concernant l'indice de précision, une diminution de la moyenne entre M3 et M4 à l'épreuve de Monsieur Petit est observée alors qu'elle n'est pas retrouvée pour l'épreuve de la Belette à 3 minutes. Cela peut s'expliquer par le fait que l'intervention ciblait plus la fluence (selon les objectifs et question PICO) : le patient lit donc plus de mots mais fait aussi plus d'erreurs.

En croisant les données du questionnaire et des groupes pour les résultats, nous pouvons noter que :

- le groupe PP inclut 2 des 3 orthophonistes pour lesquels une évolution dans la définition d'objectifs distincts, priorisés et/ou écrits est notée.
- concernant les questions PICO, 3 sur 4 des orthophonistes ayant un objectif précis (et pas fonctionnel) sont dans le groupe PP.
- parmi les 4 orthophonistes qui se mettent à définir des stratégies d'intervention, 2 construisent aussi une ligne de base et sont dans le groupe PP.

Ainsi, il semble que l'augmentation au niveau de la formalisation du projet thérapeutique corresponde plus au groupe pratique probante pour lequel les patients progressent davantage.

## 2. Autres résultats

L'analyse des autres questions donne aussi des informations intéressantes à examiner.

- **Concernant la pose du diagnostic :**

En prenant en compte les réponses des orthophonistes exclus par la suite de l'analyse car le diagnostic ne correspondait pas, la figure 23 indique que tous les orthophonistes du groupe stagiaire ont posé un diagnostic avant la formation. Trois le modifient suite à la formation : deux notaient un retard d'apprentissage du langage écrit et un des troubles évocateurs d'un TSLE pour ensuite poser le diagnostic de TSLE.

Pour le groupe contrôle, deux orthophonistes ne posaient pas le diagnostic de TSLE mais le supposaient. Néanmoins, lors du second questionnaire, ils ne déclarent pas avoir modifié le diagnostic. Ainsi, ces 2 réponses n'ont pas pu être incluses dans l'analyse.

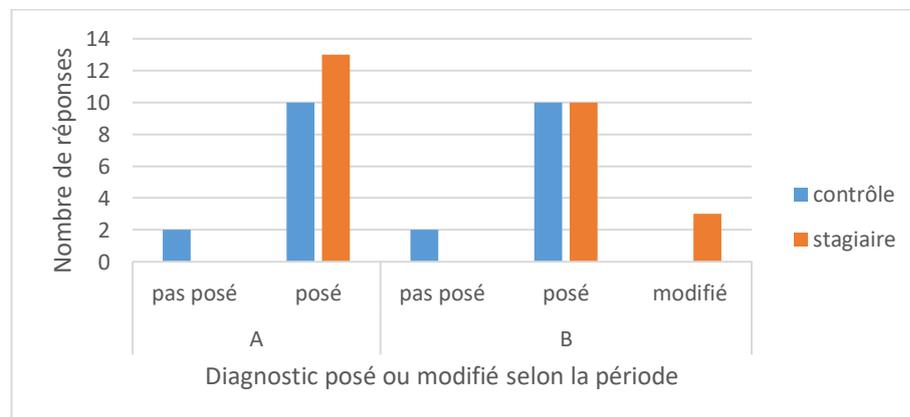


Figure 23. Diagnostic posé ou non et modifié par groupe selon la période

Ainsi, la formation semble permettre aux orthophonistes de poser le diagnostic qui était suspecté, contrairement aux orthophonistes du groupe contrôle qui, même après plusieurs mois, ne le posent pas (mais il est possible que le diagnostic ne puisse être posé pour diverses raisons : autres bilans en cours, durée de rééducation trop courte...). La formation semble donc permettre d'acquérir plus de certitudes cliniques et de confiance dans la pose du diagnostic relativement au contenu du premier module de la formation.

- **Terminologie utilisée pour le diagnostic :**

La figure 24 suggère que le terme de TSLE est plus souvent utilisé que celui de dyslexie. Néanmoins, les orthophonistes précisent quand même dyslexie/dysorthographe dans leur diagnostic. D'autres précisions sont aussi faites comme la sévérité du trouble ou les caractéristiques des difficultés (« avec »).

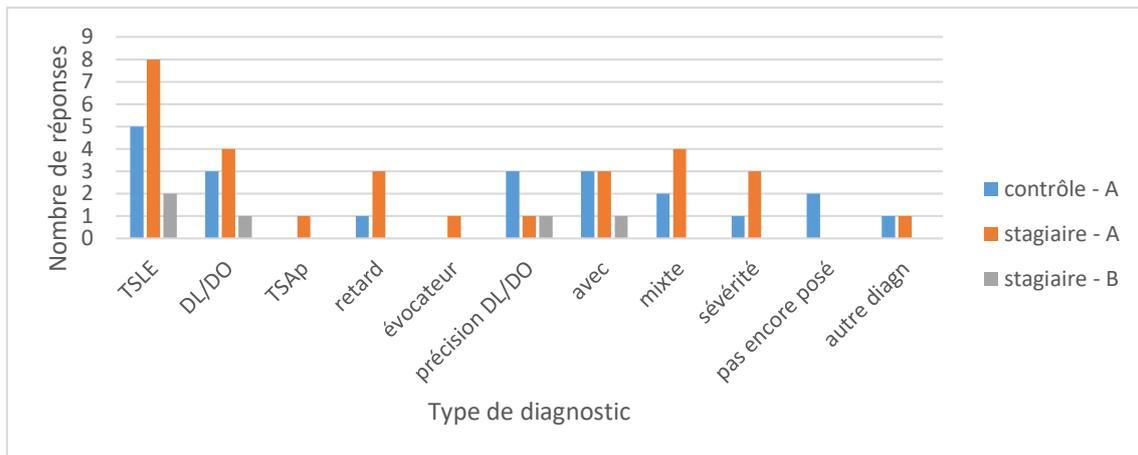


Figure 24. Type de diagnostic par groupe

Ces résultats sont en correspondance avec ceux de Brin-Henry (2018) qui note que 75% des termes diagnostiques concernent les déficits, troubles, retard et 25% les « dys ». De plus, elle note que les orthophonistes préfèrent les syntagmes complexes comme nous le retrouvons (précision, avec, sévérité...). Selon elle, cela s'explique par des classifications actuelles insuffisamment précises (Brin-Henry, 2018).

Concernant le diagnostic de retard, pour le groupe stagiaire, 2 orthophonistes ont ensuite posé le diagnostic. Néanmoins, dans chaque groupe, un orthophoniste n'a pas modifié le diagnostic et a donc été écarté de l'analyse des résultats.

Les autres diagnostics posés correspondent à « lenteur générale » pour l'orthophoniste du groupe stagiaire et « retard de parole » pour le groupe contrôle. Ces réponses ont aussi été exclues de l'analyse car elles ne correspondaient pas au critère d'inclusion du protocole à savoir : diagnostic de TSLE posé.

- **Formalisation par écrit des objectifs :**

La figure 25 indique que, lors de la première formalisation des objectifs, les orthophonistes écrivent les objectifs principalement dans le compte-rendu de bilan orthophonique (CRBO) ou pour le patient (dessin, carte mentale) mais aussi sur un autre document à leur propre intention.

Ensuite, si les objectifs ont été modifiés, certains orthophonistes ne le formalisent que pour eux mais d'autres en informent aussi la famille (par un document pour le patient, un mail à la famille...).

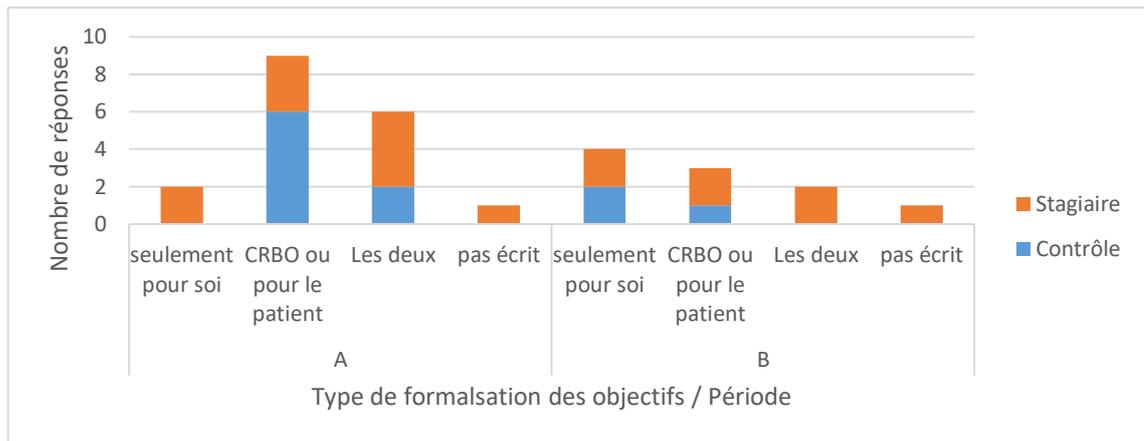


Figure 25. Type de formalisation des objectifs par groupe selon la période

Ainsi, même si la formalisation des objectifs par écrit est réalisée par la majorité des orthophonistes (seul un du groupe stagiaire ne le fait pas), ces objectifs ne sont pas toujours partagés avec le patient, d'autant plus lorsqu'il y a modification des objectifs (4).

- **Manière de définir les stratégies d'intervention :**

Selon la figure 26, la formation (continue mais aussi initiale avec ses apports théoriques) est le moyen le plus utilisé pour définir les stratégies d'intervention lors du premier questionnaire. Vient ensuite la pratique clinique (données empiriques, hypothèses).

Lorsque les objectifs sont modifiés, le choix des stratégies repose principalement sur les résultats du patient (observations, bilan, évaluation dynamique) et sur certaines caractéristiques du patient et de sa famille (motivation, accord, investissement, plainte).

Seule une personne du groupe contrôle cite la littérature comme outil de choix de stratégies d'intervention.

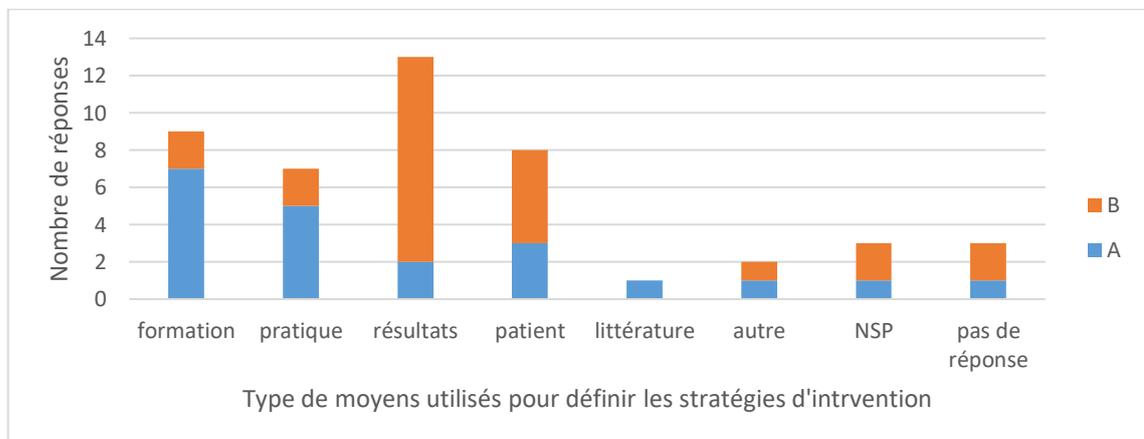


Figure 26. Type de moyens utilisés pour définir les stratégies d'intervention selon la période

Ces résultats sont en accord avec ceux de McCurtin qui note que les décisions cliniques ne sont pas influencées principalement par les piliers de l'EBP mais surtout par des éléments pragmatiques (contexte et patient) et la pratique (McCurtin & Clifford, 2015).

- **Généralisation aux autres patients** :

Concernant la question 15 sur la généralisation aux autres patients, celle-ci n'est pas interprétable car lors du second questionnaire, certains orthophonistes donnent une réponse plus faible sur le nombre de patients concernés que lors de la première réponse. Cela semble difficilement interprétable : si avant la formation, les orthophonistes définissaient des objectifs pour tous leurs patients, peu de raisons peuvent expliquer qu'après la formation, ils en définissent seulement pour 5 à 10 patients voire pour moins de 5 patients.

Ainsi, comme le reste du questionnaire, la question a probablement été comprise dans le sens « Avez-vous modifié vos objectifs/stratégies d'intervention/mesures ? ».

Néanmoins, il est intéressant de regarder les freins énoncés à la définition d'objectifs, de stratégies d'intervention et de mesures d'évaluation.

La principale raison évoquée par les deux groupes est le manque de temps pour changer ses habitudes, principalement pour créer des lignes de bases (15 réponses). Ainsi, les lignes de base sont décrites comme « très chronophages ».

Le manque de connaissances, de maîtrise et de méthodologie est aussi énoncé comme un frein, d'autant plus pour le groupe contrôle. Le groupe stagiaire évoque peu ces difficultés suite à la formation.

En outre, certains orthophonistes de notre étude considèrent que, dans certaines pathologies (démences, syndromes, déficiences...), il est plus difficile de définir en amont les stratégies d'intervention et de créer des mesures.

De plus, certains n'envisagent pas leur travail en utilisant la pratique probante et ne souhaite pas proposer plus d'évaluations que lors du bilan de renouvellement.

O'Connor et Pettigrew notent les mêmes obstacles à l'implémentation de l'EBP auprès d'orthophonistes, à savoir le manque de temps pour lire et pour implémenter de nouvelles idées (O'Connor & Pettigrew, 2009).

Pour citer un des participants à notre étude : « changer sa pratique prend du temps ». Selon McCluskey et Lovarini, le changement de comportement pour intégrer l'EBP dans sa

pratique doit prendre des mois voire des années (McCluskey & Lovarini, 2005). Il semblerait que cela soit de même pour s'intégrer dans une démarche de pratique probante.

Ainsi, même si la pratique probante semble moins difficile à mettre en place que l'EBP, les obstacles perçus à leurs implémentations se rejoignent.

### **3. Limites de l'étude et biais méthodologiques**

- **La population :**

Tout d'abord, les résultats de cette étude reposent sur un faible échantillon d'individus. Il n'est donc pas possible d'inférer les résultats sur une population plus grande. Les tests statistiques (tests de McNemar et ANOVA) ont manqué de puissance, ils ont seulement été utilisés pour évaluer le niveau de significativité de l'évolution observée.

Ce faible nombre peut être expliqué par plusieurs raisons :

- beaucoup d'orthophonistes n'ont pas suivi le protocole jusqu'à la fin
- le recrutement des orthophonistes pour le groupe contrôle a été difficile (diffusion compliquée du questionnaire via les canaux de communication possibles)

De plus, il est possible de sur-estimer les effets de la formation car les réponses analysées concernent seulement les orthophonistes qui ont suivi le protocole en entier. Ceux qui n'ont pas suivi l'entièreté du protocole sont peut-être moins engagés dans l'utilisation de la pratique probante : leurs réponses auraient été intéressantes et auraient pu mener à des résultats moins positifs.

De même, les participants ont été auto-sélectionnés : ils ont choisi de participer à la formation et/ou de répondre au questionnaire. S'ils avaient été choisis au hasard, peut-être que les changements suite à la formation ou au questionnaire auraient été différents. Nous pouvons supposer que, pour le groupe contrôle, les réponses auraient été moins proches de celles du groupe stagiaire. En effet, le groupe contrôle est ici un groupe qui semble intéressé par l'EBP et la pratique probante : deux orthophonistes le notent dans les commentaires généraux. D'ailleurs, leurs réponses lors du premier questionnaire correspondaient à ce qui pourrait être attendu suite à la formation. Ainsi, le recrutement au moyen de mails et des réseaux sociaux semble induire un biais de sélection : principalement des orthophonistes intéressés par la pratique probante ont répondu au questionnaire.

Par ailleurs, les patients choisis par les orthophonistes devaient présenter le moins de troubles associés possibles et être des cas "simples" notamment pour faciliter la mise en

pratique de la formation. Or, cela n'est pas le reflet de la plupart des patients rencontrés en orthophonie. Ainsi, nous rencontrons un biais de sélection des patients.

- **Le matériel :**

Concernant le questionnaire créé pour ce protocole, il peut être considéré comme un pré-test. En effet, aucune passation complète n'a été réalisée avant le protocole et donc aucune analyse complète des réponses en comparaison à deux temps. De plus, il a fallu faire un choix entre des questions précises et fermées qui auraient donné des résultats sûrement plus exploitables mais qui, par leur précision, auraient induit les réponses et des questions moins précises et ouvertes qui induisent moins les réponses mais sont plus difficilement exploitables. Le positionnement a été de tendre vers l'induction la plus faible pour plus de rigueur expérimentale. Ainsi, les questions sont plus générales et l'analyse a été difficile car les possibilités de réponses étaient trop vastes.

En outre, il faut noter que le questionnaire donne une réponse subjective de la pratique de l'orthophoniste. Ce n'est pas forcément le reflet de ce qui est réellement mis en place. Ainsi, il est possible, entre autres, que :

- la réponse corresponde réellement ou non à ce qui est fait
- l'implicite de la question fasse que l'orthophoniste veuille répondre du mieux possible
- la question soit mal interprétée

C'est une limite méthodologique de l'analyse des résultats d'un questionnaire. Cela pourrait expliquer l'effet plafond retrouvé pour de nombreuses questions.

Pour les mesures réalisées auprès des patients de manière répétée, un effet d'apprentissage est possible. Dans le manuel de la BALE, aucune précision concernant l'effet test-retest n'est apportée. Ainsi, il est possible que l'enfant, lors de présentations répétées, « apprenne » le texte : l'épreuve ne montrerait plus les compétences en lecture du texte mais en partie sa mémorisation. Néanmoins, trois patients (S4, S5 et S10) ont peu progressé entre M2 et M4 (5, 5 et 1 mots lus en plus pour Monsieur Petit). Ainsi, l'effet test-retest peut être relativisé. Par ailleurs, pour l'épreuve de la Belette, les phrases sont sans lien entre elles donc l'apprentissage serait moindre.

- **Le protocole :**

Beaucoup de mesures et de questionnaires étaient demandés aux orthophonistes du groupe stagiaire, d'autant plus qu'un autre protocole de recherche était proposé en parallèle à ces mêmes professionnels. Ainsi, cela a pu minorer le maintien de la participation des

orthophonistes au protocole car cela leur demandait beaucoup d'implication et qu'ils ne s'y étaient pas engagés lors de leur inscription à la formation. En outre, la longueur du protocole (6 mois) a engendré une perte au niveau des patients qui n'étaient plus suivis en orthophonie (déménagement, arrêt de la prise en charge).

De ce fait, les orthophonistes ont été beaucoup sollicités et le recueil a demandé beaucoup d'implication et de relances. Les dates de recueil des données pour les résultats et questionnaires manquent ainsi d'homogénéité. Les écarts entre les passations diffèrent entre les individus ce qui peut avoir un impact sur les résultats.

Pour finir, le premier questionnaire pour le groupe stagiaire a été proposé après la formation. Il faut donc garder à l'esprit que, même s'il était bien précisé de renseigner le projet thérapeutique mené auparavant, la formation et l'implicite des questions ont pu avoir un impact sur les réponses.

#### **4. Apports et perspectives**

Le but de cette étude était de s'intéresser à l'apport de la pratique probante à la prise en charge orthophonique.

Ce travail de recherche est donc novateur puisqu'il n'a jamais été proposé avant. De plus, il s'intéresse à un nouvel élément : la pratique probante qui n'avait pas été clairement définie et étudiée. Cet outil semble intéressant pour formaliser et évaluer les pratiques professionnelles dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins proposés.

Par ailleurs, cette étude s'intéressait à la prise en charge orthophonique et plus globalement à la démarche clinique. Le projet thérapeutique, élément peu interrogé à ce jour en orthophonie mais pourtant fondamental dans la pratique, a donc été analysé. Cet objet d'analyse était complexe car peu d'outils existent pour l'évaluer. Il a donc fallu créer un outils pour tenter de le mesurer. Or, cela est difficile à mettre en œuvre. Ainsi, notre questionnaire mériterait d'être approfondi et modifié ou un autre outil pourrait être créé pour s'intéresser au projet thérapeutique (questionnaire, grille d'évaluation...). Il serait intéressant de pouvoir recueillir des données à la fois plus objectives sur ce qui est réellement mis en pratique mais aussi plus subjectives avec des questions de jugement et un recueil des obstacles perçus. Néanmoins, il nous semble que le projet thérapeutique reste un élément difficile à mesurer.

En outre, ce protocole a été mené en pratique clinique afin de s'intéresser à la réalité du terrain. Cela est peu réalisé en recherche du fait de la complexité de mener un travail de recherche rigoureux auprès d'orthophonistes cliniciens. En effet, la durée des rééducations est trop longues par rapport à un protocole de recherche (contraintes budgétaires), les patients sont trop hétérogènes pour généraliser les effets, l'intervention ne peut être réalisée en aveugle et sur un groupe contrôle... (Krasny-Pacini A & Chevignard M, 2017). De plus, il faudrait prendre en compte l'influence du thérapeute, de son expérience, de la relation avec son patient dans l'analyse des résultats (Glize, Mazaux, & Joseph, 2017).

Ce travail mériterait tout de même d'être réalisé auprès d'une population plus importante afin de voir si les résultats seraient les mêmes et de pouvoir les valider statistiquement. De même, des études dans le cadre d'autres pathologies pourraient être menées afin de généraliser les résultats et faire émerger l'aspect transversal de la pratique probante. Une étude de cohorte ou de cas multiples pourraient aussi conduire à des résultats intéressants.

Pour finir, concernant la mise en place de la pratique probante, nous pouvons nous demander par quel autre moyen son implémentation pourrait se faire plus facilement. En effet, il reste la difficulté pour les orthophonistes qui, même motivés et/ou ayant suivi une formation, manque de temps pour implémenter la pratique probante à leur clinique quotidienne pendant leur exercice.

Différentes solutions peuvent être envisagées :

- enseigner la pratique probante dès la formation initiale afin que sa mise en place ne demande pas un changement dans les habitudes car cela semble plus difficile
- créer une plateforme pour mettre en commun les stratégies d'intervention et lignes de base
- valoriser le temps de préparation de stratégies d'intervention et de lignes de base spécifiques en termes d'Acte Médical Orthophonique (AMO)

Ainsi, comme le proposent O'Connor et Pettigrew, rendre les preuves plus accessibles (les lignes de base dans le cadre de la pratique probante) et accorder du temps pour mettre en place l'EBP (ou la pratique probante) seraient des solutions pour faciliter l'implémentation de l'EBP (ou de la PP) (O'Connor & Pettigrew, 2009).

## Conclusion

Une formation à la pratique probante semble donc faire évoluer la pratique clinique chez la majorité des orthophonistes : le projet thérapeutique est plus formalisé et l'efficacité de l'intervention menée est mieux vérifiée. De plus, les patients semblent présenter une progression plus importante au niveau de leurs résultats.

La pratique clinique de l'orthophoniste peut donc évoluer à travers une formation mais aussi suite à une réflexion (par le biais d'un questionnaire par exemple). L'orthophoniste se place dans une situation de réflexion autour de sa démarche clinique ce qui lui permet d'améliorer sa pratique.

Ainsi, la Pratique Orthophonique Probante (POP) doit se développer et continuer de faire ses preuves en tant qu'outil pour formaliser sa pratique et mesurer l'efficacité de l'intervention. L'expérience clinique des orthophonistes deviendra alors expertise dans une démarche d'amélioration de la pratique et, par la même, de la qualité des soins.

De même, la notion d'efficacité doit encore être questionnée. L'efficacité de l'intervention doit peut-être se penser autrement qu'en termes d'amélioration des scores aux épreuves orthophoniques, par exemple par la prise en compte du ressenti du patient dans sa vie quotidienne. Pour cela, nous pouvons nous intéresser au mémoire d'Ardanouy réalisé sur la même population que notre étude et ayant proposé un questionnaire de retentissements du trouble en vie quotidienne (Ardanouy, 2019).

# Table des matières

Remerciements	
Liste des acronymes et abréviations	
Synthèse	
Sommaire	
Introduction.....	1
I. Partie théorique .....	2
1. Evaluation des pratiques professionnelles et formation continue : un développement professionnel continu .....	2
1) Définition de l'évaluation des pratiques professionnelles .....	3
2) Objectifs de l'évaluation des pratiques professionnelles .....	3
3) Concepts sous-jacents.....	3
4) Méthodes .....	4
2. Projet thérapeutique en orthophonie .....	6
1) Référentiels .....	6
2) La construction du projet thérapeutique.....	7
3) L'évaluation de l'efficacité.....	8
3. Evidence-Based Practice, Practice-Based Evidence et Pratique Probante .....	10
1) Définition de l'Evidence-Based Practice .....	10
2) Intérêt de l'Evidence-Based Practice .....	11
3) Etapes de l'Evidence-Based Practice.....	12
4) Limites de l'Evidence Based-Practice .....	13
5) Practice-Based Evidence : définition et intérêt .....	14
6) Pratique probante : définition et intérêt .....	15
4. Trouble spécifique du langage écrit.....	16
1) Modèles de la lecture.....	16
2) Définition du trouble spécifique du langage écrit .....	17
3) Evaluation et diagnostic .....	18
4) Rééducation de la lecture dans le cadre du TSLE .....	19
II. Problématique et hypothèses .....	22
III. Méthode .....	23
1. Population étudiée .....	23
2. Population contrôle.....	23
3. Matériel .....	24
1) Questionnaire sur le projet thérapeutique .....	24
2) Epreuves réalisées auprès du patient.....	25
3) Calcul des scores .....	26
4) Epreuves complémentaires .....	27
4. Design expérimental.....	27
5. Présentation de la formation .....	29
1) Premier module : Evaluation et projet thérapeutique dans les troubles spécifiques du langage écrit .....	29
2) Second module : Prise en charge orthophonique des troubles du langage écrit et pratique probante.....	29
6. Statistiques .....	30
IV. Résultats .....	31
1. Données démographiques des échantillons d'étude .....	31

a) Orthophonistes .....	31
b) Patients recrutés dans chaque groupe .....	32
2. Hypothèse 1 : Objectifs distincts, priorisés et écrits .....	33
3. Hypothèse 2 : Définition et évaluation des stratégies d'intervention .....	36
4. Hypothèse 3 : Résultats des patients .....	39
V. Discussion .....	44
1. Interprétation des résultats en lien avec les hypothèses .....	44
2. Autres résultats .....	48
3. Limites de l'étude et biais méthodologiques .....	52
4. Apports et perspectives .....	54
Conclusion .....	56
Table des matières .....	57
Tables des illustrations .....	59
Bibliographie .....	60
Annexes .....	66
Annexe 1 : Extraits du référentiel d'activités du certificat de capacité d'orthophoniste .....	67
Annexe 2 : Extrait du référentiel de compétences du certificat de capacité d'orthophoniste .....	72
Annexe 3 : Essai de modélisation du projet thérapeutique de Coquet (2015) .....	77
Annexe 4 : DRC modèle de Coltheart et al. (2001) .....	78
Annexe 5 : Questionnaire concernant le projet thérapeutique .....	79
Premier questionnaire (période A) .....	79
Second questionnaire (période B) : introduction et questions modifiées .....	83
Annexe 6 : Informations complémentaires demandées en début de questionnaire .....	85
Annexe 7. Questions PICO des orthophonistes stagiaires .....	86
Annexe 8. Illustration de quelques réponses au questionnaire .....	87
Annexe 9. Tableau des réponses pour l'hypothèse 1 .....	89
Annexe 10. Résultats : progression par patients aux épreuves selon le groupe .....	90
Résumé	
Abstract	

# Tables des illustrations

## **Figures**

Figure 1. Modélisation de la Roue de Deming (Bouffard, 2011) .....	5
Figure 2. Les différentes composantes de l'EBP selon Regnaud et al. (2009).....	11
Figure 3. Protocole de l'étude.....	27
Figure 4. Suivi de l'étude et exclusion des réponses.....	31
Figure 5. Répartition des orthophonistes selon l'année de diplôme pour chaque groupe .....	31
Figure 6. Répartition des patients selon la classe pour chaque groupe .....	33
Figure 7. Distinctions des objectifs selon le groupe et la période.....	34
Figure 8. Echéance et organisation des objectifs selon le groupe et la période .....	35
Figure 9. Total des points par orthophoniste pour l'hypothèse 1 à chaque période selon le groupe.....	36
Figure 10. Définition de stratégies d'intervention selon le groupe et la période.....	37
Figure 11. Stratégies considérées évaluables ou non selon le groupe et la période.....	37
Figure 12. Création de lignes de base selon le groupe et la période .....	38
Figure 13. Total des points par orthophoniste pour l'hypothèse 2 à chaque période selon le groupe.....	39
Figure 14. Moyenne du nombre de mots correctement lus à Monsieur Petit selon la mesure .....	40
Figure 15. Moyenne des indices de précision à Monsieur Petit selon la mesure.....	41
Figure 16. Moyenne du nombre de mots correctement lus à 1 minute à la Belette selon la mesure.....	41
Figure 17. Moyenne du nombre de mots correctement lus à 3 minutes à La Belette selon la mesure.....	42
Figure 18. Moyenne des indices de précision à La belette à 3 minutes selon la mesure .....	42
Figure 19. Moyenne du nombre de cases cochées à l'épreuve de Baddeley selon la mesure.....	43
Figure 20. Modification des objectifs selon le groupe et la période .....	44
Figure 21. Modification des stratégies selon le groupe et la période.....	45
Figure 22. Type de lignes de base construites selon la période et le groupe .....	46
Figure 23. Diagnostic posé ou non et modifié par groupe selon la période.....	48
Figure 24. Type de diagnostic par groupe .....	49
Figure 25. Type de formalisation des objectifs par groupe selon la période .....	50
Figure 26. Type de moyens utilisés pour définir les stratégies d'intervention selon la période .....	50

## **Tableaux**

Tableau 1. Répartition des orthophonistes selon le centre de formation pour chaque groupe .....	32
Tableau 2. Répartition des patients selon leurs caractéristiques pour chaque groupe .....	33
Tableau 3. Ecriture des objectifs selon le groupe et la période.....	35
Tableau 4. Répartition des patients selon leur classe pour chaque groupe .....	39

## Bibliographie

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.), Maisonneuve, H., Dupuy, M., Durr, J.-F., Erbault, M., Glikman, J., ... Pauchet-Traversat, A.-F. (1999). *Evaluation en établissement de santé. L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles*. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit\\_clinique.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique.pdf)
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Consulté à l'adresse <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294743382.html>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2005). *Evidence-Based Practice in Communication Disorders* (N° PS2005-00221). <https://doi.org/10.1044/policy.PS2005-00221>
- Ardanouy, E. (2019). *Vers une mesure de l'efficacité de la prise en charge orthophonique : Pratique Probante dans la rééducation de la lecture dans le cadre du Trouble Spécifique du Langage Ecrit* (Mémoire d'orthophonie). Université Paul Sabatier - Toulouse III, Toulouse.
- Assemblée nationale. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 114. , 2016-41 (2016).
- Avenant à la convention nationale des orthophonistes. (2003, février 27). Consulté 20 janvier 2019, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/avenant/2003/2/27/SANS0320601X/jo/texte>
- Bain, B. A., & Dollaghan, C. A. (1991). The Notion of Clinically Significant Change. *Language Speech and Hearing Services in Schools, 22*(4), 264. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2204.264>
- Bouffard, B. (2011). Roue de Deming. Consulté à l'adresse Management des risques website: <https://managementdesrisques.wordpress.com/2011/04/10/quelles-strategies-de-gestion-des-risques-seront-appropriees-pour-protoger-la-qualite-tout-en-augmentant-la-part-de-marche/>
- Bouffard, T., Vezeau, C., Chouinard, R., & Marcotte, G. (2006). L'illusion d'incompétence et les facteurs associés chez l'élève du primaire. *Revue française de pédagogie, 155*(2), 9-20. Consulté à l'adresse Cairn.info.
- Brin-Henry, F. (2018). Comment les orthophonistes parlent d'"évaluation du langage écrit" dans leurs écrits professionnels et scientifiques. *Rééducation Orthophonique, 273*, 137-153.
- Byiers, B. J., Reichle, J., & Symons, F. J. (2012). Single-Subject Experimental Design for Evidence-Based Practice. *American Journal of Speech-Language Pathology, 21*(4), 397-414. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0036\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0036))
- Casalis, S., Cavalli, E., Chaix, Y., & Bois Parriaud, F. (2018). *Les dyslexies*. Elsevier-Masson.

- Casalis, S., Leloup, G., & Bois Parriaud, F. (2013). *Prise en charge des troubles du langage écrit chez l'enfant*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Cattini, J., & Clair-Bonaimé, M. (2017). Les apports de l'Evidence-Based Practice et de la Practice-Based Evidence : du bilan initial à l'auto-évaluation du clinicien. *Rééducation orthophonique*, 272, 109-145.
- Chaix, Y., Valdois, S., Habib, M., Albaret, J.-M., Barry, I., Biotteau, M., ... Entretiens de rééducation et réadaptation fonctionnelles (Éd.). (2017). *Dyslexies développementales : évidences et nouveautés*.
- Chapleau, N. (2017). L'utilisation de la carte de contrôle afin de valider l'efficacité de l'intervention individualisée. In Rencontres d'orthophonie, P. Gatignol, T. Rousseau, & Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (France) (Éd.), *Efficacité des thérapies* (Ortho Edition, p. 85-100).
- Coltheart, M., Rastle, K., Perry, C., Langdon, R., & Ziegler, J. (2001). DRC : A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud. *Psychological Review*, 108(1), 204-256. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.204>
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'Union Européenne. (2009, octobre). *A framework for ethical practice in Speech and Language Therapy*. Consulté à l'adresse <https://cplol.eu/documents/official-documents/ethical-practice/144-framework-for-ethical-practice/file.html>
- Coquet, F. (2015a). Le projet thérapeutique orthophonique : Essai de modélisation (Application au langage oral). *Rééducation Orthophonique*, 261, 41-61.
- Coquet, F. (2015b). Le projet thérapeutique orthophonique : introduction. *Rééducation orthophonique*, 261, 3-7.
- Dodd, B. (2007). Evidence-Based Practice and Speech-Language Pathology : Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 59(3), 118-129. <https://doi.org/10.1159/000101770>
- Durieux, N., Pasleau, F., & Maillart, C. (2012). Sensibilisation à l'Evidence-Based Practice en logopédie. *Cahiers de l'ASELF*, 1(9), 7-15.
- Durieux, N., Pasleau, F., Vandenput, S., Detroz, P., & Maillart, C. (2012). L'Evidence-Based Practice et les logopèdes en Communauté française de Belgique : résultats préliminaires d'une enquête. *Cahiers de l'ASELF*, 9(4). Consulté à l'adresse <https://orbi.uliege.be/handle/2268/138398>
- Ehri, L. C., Nunes, S. R., Stahl, S. A., & Willows, D. M. (2001). Systematic Phonics Instruction Helps Students Learn to Read : Evidence from the National Reading Panel's Meta-Analysis. *Review of Educational Research*, 71(3), 393-447. <https://doi.org/10.3102/00346543071003393>
- Ehri, L. C., Nunes, S. R., Willows, D. M., Schuster, B. V., Yaghoub-Zadeh, Z., & Shanahan, T. (2001). Phonemic Awareness Instruction Helps Children Learn to Read : Evidence From the National Reading Panel's Meta-Analysis. *Reading Research Quarterly*, 36(3), 250-287. <https://doi.org/10.1598/RRQ.36.3.2>

- Fédération Nationale des Orthophonistes. (2019). Dossier Exercice Professionnel - La démographie 2017/2018. *L'orthophoniste*, (386), 12-18.
- Galuschka, K., Ise, E., Krick, K., & Schulte-Körne, G. (2014). Effectiveness of Treatment Approaches for Children and Adolescents with Reading Disabilities : A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE*, 9(2), e89900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089900>
- Garçia Françoise, & Leseq Laurent. (2017). Langage écrit : le diagnostic orthophonique. *L'orthophoniste*, (374), 13-26.
- Gauthier, S., & Vidal, S. (2016). *La Belette : Elaboration d'un test d'évaluation des performances en lecture du CE1 au CM1*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Picardie Jules Verne, Amiens.
- Glize, B., Mazaux, J.-M., & Joseph, P.-A. (2017). *Evaluer l'efficacité des thérapies non médicamenteuses : méthodologie et réglementation*. 23-35.
- Gough, P. B., & Tunmer, W. E. (1986). Decoding, Reading, and Reading Disability. *Remedial and Special Education*, 7(1), 6-10. <https://doi.org/10.1177/074193258600700104>
- Green, L. W. (2008). Making research relevant : if it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence ? *Family Practice*, 25(Supplement 1), i20-i24. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn055>
- GREFEX, & Godefroy, O. (2008). *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques : évaluation en pratique clinique*. Marseille: Ed. Solal.
- HAS. (2005). *L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*. Consulté à l'adresse <https://docplayer.fr/79841731-Qualite-des-soins-et-evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp.html>
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2004). *Audit clinique : Évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel*. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit\\_clinique\\_2004\\_4pages\\_2009-10-30\\_14-28-22\\_448.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_2004_4pages_2009-10-30_14-28-22_448.pdf)
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2006). *Audit clinique ciblé : Évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel*. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit\\_clinique\\_cible\\_2006\\_4pages.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/audit_clinique_cible_2006_4pages.pdf)
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). (2007). *Dyslexie, Dysorthographe, Dyscalculie : bilan des données scientifiques*. Paris: Editions INSERM. Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/ENSP : 158141).
- Jacquier-Roux, M., Lequette, C., Pouget, G., Valdois, S., & Zorman, M. (2010). *Batterie analytique du langage écrit (BALE)*. Grenoble, France : Université Pierre Mendès-France.

- Krasny-Pacini A, & Chevignard M. (2017). Considérations pratiques sur les difficultés méthodologiques inhérentes aux protocoles de rééducation chez l'enfant. *ANAE*, 29(146), 41-48.
- Launay, L. (2018). Du DSM-5 au diagnostic orthophonique : élaboration d'un arbre décisionnel. *Rééducation Orthophonique*, 273, 71-92.
- Lauzanne, V., & Médina, F. (2017). Enrichissement du lexique orthographique chez des enfants de CE2 et CM1 avec troubles spécifiques du langage écrit : élaboration et évaluation d'un protocole d'entraînement selon les principes de la Pratique Probante. In Rencontres d'orthophonie, P. Gatignol, T. Rousseau, & Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (France) (Éd.), *Efficacité des thérapies* (Ortho Edition, p. 126-157).
- Lederlé, E. (2017). L'analyse des pratiques professionnelles en orthophonie : retour d'expérience concernant une autre perspective sur le « Développement Professionnel Continu ». *Rééducation Orthophonique*, 272, 147-159.
- Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). A definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia*, 53(1), 1-14. <https://doi.org/10.1007/s11881-003-0001-9>
- Maillart, C., & Durieux, N. (2012). Une initiation à la méthodologie « Evidence-Based Practice » Illustration à partir d'un cas clinique. In Maillart, Christelle & Schelstraete, Marie-Anne (Éd.), *Les dysphasies : de l'évaluation à la rééducation* (Elsevier-Masson, p. 129-152). Consulté à l'adresse <https://orbi.uliege.be/handle/2268/118673>
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014a). Evidence-based practice : fondements et réflexions sur l'apport en clinique. *Langage et Pratiques*, 53, 31-38.
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014b). L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation Orthophonique*, 257, 71-82.
- Maillart, C., & Martinez-Perez, T. (2017, octobre). *Une pratique orthophonique basée sur les faits scientifiques : mode d'emploi*. Présenté à Université Saint-Joseph, Beyrouth. Consulté à l'adresse <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/215485/1/2017-EBP-USJ.pdf>
- Martinez Perez, T., Dor, O., & Maillart, C. (2015). Préciser, argumenter et évaluer les objectifs thérapeutiques pour améliorer la prise en charge orthophonique. *Rééducation Orthophonique*, 261, 63-89.
- McCauley, R., & Fey, M. (2006). Introduction. In R. McCauley & M. Fey, *Treatment of language disorders in children* (p. 1-17). Baltimore : Paul H. Brookes: Eds.
- McCluskey, A., & Lovarini, M. (2005). Providing education on evidence-based practice improved knowledge but did not change behaviour: a before and after study. *BMC Medical Education*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-40>
- McCurtin, A., & Clifford, A. M. (2015). What are the primary influences on treatment decisions? How does this reflect on evidence-based practice? Indications from the discipline of speech and language therapy: Treatment decisions of SLTs. *Journal of*

- Evaluation in Clinical Practice*, 21(6), 1178-1189.  
<https://doi.org/10.1111/jep.12385>
- Médina, F. (2015). Pratique basée sur la preuve et métacognition en orthophonie : le cas des confusions grapho-phonologique. *Rééducation Orthophonique*, 261, 125-140.
- Metzdorff, M. T. (2013). Evidence-based medicine : What it is, what it isn't, and are we practicing it ? *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 75(6), 927-935.  
<https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3182932bac>
- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Certificat de capacité d'orthophoniste – Référentiel d'activités. , Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013 - Annexe 1 (2013).
- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Certificat de capacité d'orthophoniste – Référentiel de compétences. , Bulletin officiel n°32 du 5 septembre 2013 - Annexe 2 (2013).
- Montagnon, M. (2009). Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) : principes et enjeux pour les paramédicaux. In Société Française de Médecine d'Urgence, *Urgences 2009* (p. 981-987). Consulté à l'adresse  
[http://www.sfm.org/upload/70\\_formation/02\\_formation/02\\_congres/Urgences/urgences2009/donnees/fs\\_tout\\_auteurs.htm](http://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2009/donnees/fs_tout_auteurs.htm)
- O'Connor, S., & Pettigrew, C. (2009). The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence-based practice by speech and language therapists. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(6), 1018-1035.  
<https://doi.org/10.3109/13682820802585967>
- Organisation mondiale de la santé. (2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10. 3, 3*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Poncet, S., & Porcher, M. (2016). *La Belette 2 / création d'une épreuve de lecture de mots pour enfants*. (Mémoire d'orthophonie). Université de Picardie Jules Vernes, Amiens.
- Premier Ministre. Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste. , 2002-721 (2002).
- Ramus, Franck. (2018, mai 27). Difficultés en lecture et dyslexie : état des lieux. Consulté 18 mars 2019, à l'adresse Ramus méninges website: <http://www.scilogs.fr/ramus-meninges/difficultes-en-lecture-et-dyslexie/>
- Regnaud, J.-P., Guay, V., & Marsal, C. (2009). Evidence based practice ou la pratique basée sur les preuves en rééducation. *Kinésithérapie, la Revue*, 9(94), 55-61.  
[https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(09\)70037-3](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(09)70037-3)
- Rousseau, T., Gatignol, P., & Topouzkhianian, S. (2013). *Les approches thérapeutiques en orthophonie*. (Vol. 2). Isbergues: Ortho édition.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine : what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

- Schelstraete, M.-A., Bragard, A., Collette, E., & Nossent, C. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant interventions et indications cliniques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Serniclaes, W., Collet, G., & Colin, C. (2017). *Remédiation audiophonologique de la dyslexie (RapDys©) : un logiciel visant à réorganiser la perception allophonique des sons de la parole en perception phonémique*. *ANAE-Approche Neuropsychologique des Apprentissages Chez L'enfant*(148).
- Serniclaes, Willy, & Sprenger-Charolles, L. (2015). Reading impairment : from behavior to brain. In *Routledge Handbook of Communication Disorders* (p. 34-45). <https://doi.org/10.4324/9780203569245-10>
- Shaywitz, S. E., Morris, R., & Shaywitz, B. A. (2008). The Education of Dyslexic Children from Childhood to Young Adulthood. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 451-475. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093633>
- Suggate, S. P. (2016). A Meta-Analysis of the Long-Term Effects of Phonemic Awareness, Phonics, Fluency, and Reading Comprehension Interventions. *Journal of Learning Disabilities*, 49(1), 77-96. <https://doi.org/10.1177/0022219414528540>
- Thurin, J.-M., Thurin, M., & Briffault, X. (2006). Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies. *L'information psychiatrique, Volume 82*(1), 39-47.
- Vilatte, J.-C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. 56.
- Vygotski, L. S. (1997). *Pensée et langage*. (3e édition, traduction revue.). Paris: La Dispute SNEDIT.
- Wambaugh, J. L. (2007). The Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence Nexus. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 17(1), 14-18. <https://doi.org/10.1044/nnsld17.1.14>
- Zentall, S. S., & Lee, J. (2012). A Reading Motivation Intervention With Differential Outcomes for Students At Risk for Reading Disabilities, ADHD, and Typical Comparisons: "Clever Is and Clever Does". *Learning Disability Quarterly*, 35(4), 248-259. <https://doi.org/10.1177/0731948712438556>
- Zipoli, R. P., & Kennedy, M. (2005). Evidence-Based Practice Among Speech-Language Pathologists : Attitudes, Utilization, and Barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 208-220. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2005/021\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2005/021))
- Zorzi, M., Barbiero, C., Facoetti, A., Lonciari, I., Carrozzi, M., Montico, M., ... Ziegler, J. C. (2012). Extra-large letter spacing improves reading in dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(28), 11455-11459. <https://doi.org/10.1073/pnas.1205566109>

## Annexes

1. Extraits du référentiel d'activités du certificat de capacité d'orthophoniste.....	67
2. Extraits du référentiel de compétences du certificat de capacité d'orthophoniste.....	72
3. Essai de modélisation du projet thérapeutique de Coquet (2015).....	77
4. DRC modèle de Coltheart et al. (2001).....	78
5. Questionnaire concernant le projet thérapeutique (périodes A et B).....	79
6. Informations complémentaires demandées en début de questionnaire.....	85
7. Questions PICO des orthophonistes stagiaires.....	86
8. Illustration de quelques réponses au questionnaire.....	87
9. Tableau des réponses pour l'hypothèse 1.....	89
10. Résultats : progression par patients aux épreuves selon le groupe.....	90

## **Annexe 1 : Extraits du référentiel d'activités du certificat de capacité d'orthophoniste**

### **Annexe 1 Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités**

#### **Définition de l'orthophonie**

L'orthophonie est une profession de santé relevant de la famille des métiers de soins.

Elle consiste à prévenir, à évaluer et à traiter les difficultés ou troubles :

- du langage oral et écrit et de la communication,
- des fonctions oro-myo-faciales,
- des autres activités cognitives dont celles liés à la phonation, à la parole, au langage oral et écrit, à la cognition mathématique,

Elle consiste également à :

- à maintenir les fonctions de communication et de l'oralité dans les pathologies dégénératives et neuro-dégénératives,
- et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer les fonctions verbales.

L'orthophonie s'attache aux dimensions plurielles du concept de langage, comme moyen d'expression, d'interaction et d'accès à la symbolisation dans toutes ses dimensions, notamment :

- dimensions linguistiques : préverbales, articulatoires, phonologiques, prosodiques, lexico-sémantiques, morphosyntaxiques, mais aussi habiletés discursives et pragmatiques, notamment dans la distinction énoncé/énonciation, ...
- dimensions cognitives dépendantes des fonctions mnésiques, des fonctions exécutives, du raisonnement, des ressources attentionnelles et des cognitions sociales,
- dimensions psycho-affectives : le langage comme organisateur de la pensée et du psychisme,
- dimensions sociales : le langage comme vecteur de la socialisation et repère d'identité culturelle.

L'orthophonie s'intéresse également à toutes les altérations de la sphère oro-faciale sur les plans moteur, sensitif et physiologique, ce qui recouvre les altérations de phonèmes, les dysfonctions linguales, les troubles des modes respiratoires, la dysphagie, les troubles observés dans les paralysies faciales et les dysfonctionnements de l'appareil manducateur.

#### **Rappel de la législation et de la réglementation existante - extraits**

##### *Sur le plan législatif et réglementaire*

« Est considérée comme exerçant la profession d'orthophoniste toute personne qui, non médecin, exécute habituellement des actes de rééducation constituant un traitement des anomalies de nature pathologique, de la voix, de la parole et du langage oral ou écrit, hors la présence du médecin.

Les orthophonistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ».

Article L4341-1 du code de la santé publique

« Pour exercer, l'orthophoniste doit être titulaire du certificat de capacité d'orthophoniste ».

Arrêté du 28 juin 2002

« Nul ne peut exercer la profession d'orthophoniste s'il n'est muni du certificat de capacité d'orthophoniste établi par le ministre de l'éducation nationale et le ministre de la santé publique et de la population ou de l'un des diplômes et attestations d'étude d'orthophonie établis par le ministre de l'éducation nationale antérieurement à la création dudit certificat (art. L 4341-3 CSP) »

Loi N° 64-699 du 10 juillet 1964

« Dans l'exercice de son activité, l'orthophoniste prend en compte les dimensions psychologique, sociale, économique et culturelle de chaque patient à tout âge de sa vie »

« L'orthophonie consiste :

Art. 1 :

- à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression.
- à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions »

Art. 2. - Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Art. 4. - La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

Décret 2002-721 du 2 mai 2002

### Définition du métier

L'orthophoniste est un professionnel de santé de premier recours.

Il intervient auprès de personnes susceptibles de présenter des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, et des autres activités cognitives, et des fonctions oro-myo-faciales. Il exerce avec autonomie la conduite et l'établissement de son diagnostic orthophonique et la prise de décision quant aux soins orthophoniques à mettre en œuvre.

Dans sa fonction de soin, il intervient dans le cadre d'un projet thérapeutique personnalisé au travers :

- du bilan et du diagnostic des troubles du patient,
- de la prise en charge de ces troubles dans l'objectif d'acquisitions, d'apprentissages, d'optimisation, de restauration, et de maintien des fonctions et habiletés de langage et des autres activités cognitives, de communication et des fonctions oro-myo-faciales.
- de la réalisation d'actes/gestes techniques dévolus à sa compétence et liés à sa fonction et à son expertise diagnostique et rééducative
- de la mise en œuvre, si nécessaire, de gestes de premiers secours conformément à la réglementation en vigueur

Son intervention contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient et au rétablissement de son rapport confiant à la langue.

L'orthophoniste dispense des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis, sans distinction de sexe, d'âge, de culture, de niveau socioculturel ou de type de pathologie.

Dans sa mission de professionnel de santé, il intervient également auprès des patients, de leurs aidants, des professionnels de la santé ou de l'éducation et du public dans le cadre d'activités de prévention et de dépistage, d'activités d'éducation thérapeutique du patient, d'activités d'expertise et de conseil, et de coordination des soins.

De par la nature de sa fonction et de sa mission, il doit avoir une expertise approfondie de la langue du pays dans lequel il exerce.

## Activités

- 1 - Réalisation du bilan et de l'évaluation nécessaires à l'établissement du diagnostic orthophonique et du projet thérapeutique
- 2 - Prise en charge individuelle ou en groupe du patient en orthophonie.
- 3 - Prévention et dépistage des troubles du langage, de la communication et des fonctions oro-myo-faciales.
- 4 - Education thérapeutique des patients et de leur entourage.
- 5 - Expertise et conseil dans le domaine de l'orthophonie.
- 6 - Organisation et coordination des soins.
- 7 - Gestion des ressources.
- 8 - Veille professionnelle et actions d'amélioration des pratiques professionnelles
- 9 - Recherche et études en orthophonie.
- 10 - Formation et information des professionnels et des futurs professionnels.

## Activités détaillées <sup>1</sup>

- 1 - Réalisation du bilan et de l'évaluation nécessaires à l'établissement du diagnostic orthophonique et du projet thérapeutique

### ● Principales opérations constitutives de l'activité

[...]

#### Formalisation du projet thérapeutique en orthophonie

- Rédaction du compte rendu écrit du bilan orthophonique :
  - o Transcription des éléments nécessaires à l'établissement du diagnostic orthophonique et/ou à sa compréhension ;
  - o Transcription des observations des indices-et analyse des troubles du langage, de la communication, des fonctions cognitives et des fonctions oro-myo-faciales ;
  - o Transcription quantitative des résultats obtenus aux épreuves ;
  - o Transcription qualitative des données recueillies dans le cadre de l'entretien
  - o Transcription qualitative des résultats obtenus aux épreuves ;
  - o Transcription des données étiologiques ;
  - o Transcription du diagnostic orthophonique avec son interprétation ;
  - o Transcription du projet thérapeutique ;
  - o Transcription du nombre de séances proposées ;
  - o Indications des examens complémentaires proposés.
  - o Transcription du libellé de l'évaluation inscrit à la nomenclature ;
  - o Cotation écrite de la pathologie et de son libellé à la nomenclature ;
- Intégration de ces données dans le dossier de soins orthophonique informatisé.

#### Entretien avec le patient et/ou son entourage sur le projet thérapeutique en orthophonie

- Présentation des résultats obtenus, du diagnostic et du projet d'intervention en orthophonie.
- Explication au patient et/ou à son entourage du diagnostic posé, de l'état pathologique ou non mis en évidence par l'évaluation en référence au fonctionnement d'un individu dépourvu de la pathologie identifiée.
- Explication du rôle thérapeutique de l'orthophoniste.
- Description des modalités d'intervention.
- Information du patient et/ou de son entourage sur les modalités administratives de mise en œuvre de l'intervention en orthophonie.
- Information du patient sur le coût de l'intervention en orthophonie et la prise en charge par les caisses d'assurance maladie et d'assurance maladie complémentaire.
- Présentation du fonctionnement du cabinet ou du service.
- Information sur les différents intervenants et leurs rôles respectifs.
- Information sur la prise en charge pluridisciplinaire.
- Recherche de l'adhésion du patient à la démarche de soins et mise en place d'une alliance thérapeutique avec le patient.

### ● Types de situations significatives

### ● Résultats attendus

### ● Méthodes, outils, ressources utilisés

## **2 – Prise en charge individuelle ou en groupe du patient en orthophonie**

### ● **Principales opérations constitutives de l'activité**

#### **Préparation de l'intervention orthophonique**

- Réalisation d'un dossier individuel personnalisé.
- Intégration du dossier orthophonique dans le dossier médical personnel.
- Lecture des comptes rendus des séances précédentes.
- Prises de contact et recueil d'informations auprès des autres professionnels de santé.
- Recherche et adaptation des supports d'intervention.
- Réalisation d'un planning de soins et d'un échéancier des objectifs.
- Préparation du matériel nécessaire aux séances.
- Mise au point de matériels, de supports, de modalités d'intervention spécifiques.
- Préparation des aménagements nécessaires à l'accueil du patient et à sa prise en charge.
- Rédaction de notes d'évolution.
- Rédaction de comptes-rendus d'intervention.

#### **Réalisation de l'intervention orthophonique auprès du/des patients**

- Rencontre du patient et de son entourage
- Entretien avec le patient sur les outils, méthodes, appareillages envisageables.
- Réalisation de séances de rééducation, d'adaptation, réadaptation, d'intervention précoce et de maintien dans le domaine de l'orthophonie, individuelles ou de groupe avec ou sans support informatique.
- Fabrication ou adaptation avec le patient et utilisation de matériels et de supports spécifiques.
- Formation du patient aux gestes techniques et à l'utilisation des outils existants pour palier ou compenser son handicap.
- Suivi de l'observance par le patient du traitement orthophonique et de la réalisation des examens complémentaires.
- Recueil des résultats des examens complémentaires.
- Suivi du patient : entretien auprès du patient, ses aidants, son entourage.
- Observation en situation individuelle ou collective des effets thérapeutiques sur le patient et sur ses interactions avec son environnement.
- Transmission des informations et des recommandations au patient.

#### **Réalisation de l'intervention orthophonique auprès des aidants et/ou de l'entourage**

- Préparation des aménagements nécessaires à l'accueil de l'entourage et/ou des aidants.
- Accueil de l'entourage et/ou des aidants naturels
- Formation de l'entourage et/ou des aidants naturels en vue de l'utilisation écologique de moyens de communication adaptés au patient et à ses troubles.
- Formation de l'entourage aux gestes techniques liés au patient et à ses troubles.
- Formation de l'entourage à des techniques et des actions favorisant la communication avec le patient.
- Fabrication ou adaptation d'outils de soins et de supports spécifiques avec l'entourage.
- Fabrication de supports d'information et de recommandations aux aidants et/ou à l'entourage.
- Transmission d'informations et de recommandations aux aidants et/ou à l'entourage, notamment les professionnels intervenant auprès du patient

### ● **Types de situations significatives**

### ● **Résultats attendus**

## **8 –Veille professionnelle et actions d'amélioration des pratiques professionnelles**

### ● **Principales opérations constitutives de l'activité**

#### **Actualisation des connaissances et veille professionnelle en lien avec les réseaux professionnels**

- Constitution, alimentation et consultation de bases d'informations sur la profession d'orthophoniste et les connaissances professionnelles.
- Lecture critique de revues professionnelles, de publications, de médias spécialisés.
- Consultation de sites professionnels.
- Lecture de travaux de recherche internationaux en orthophonie.
- Lecture de travaux de recherche internationaux dans les domaines en lien avec l'orthophonie.
- Suivi des logiciels édités en fonction des besoins, des avancées scientifiques et thérapeutiques.
- Suivi des évolutions des matériels et des outils d'intervention en orthophonie et mise à jour des connaissances théoriques et techniques relatives à leur utilisation.
- Suivi de groupes de supervision ou de lecture entre professionnels.
- Travaux de réflexion basés sur des références culturelles et thérapeutiques.

#### **Réalisation d'actions d'analyse des pratiques professionnelles**

- Échanges et analyses de pratiques professionnelles avec ses pairs ou avec d'autres cliniciens.
- Apport d'éléments dans le cadre d'élaboration de recommandations de bonnes pratiques ou dans le cadre d'évaluation de pratiques professionnelles.
- Mise en place de débats sur les questions éthiques dans un contexte de rééducation, de réadaptation, de soins.
- Formalisation de pratiques professionnelles à visée d'évaluation des pratiques.

#### **Suivi d'actions de formation, de congrès, de colloques...**

- Réception d'informations (colloques et congrès, ...)
- Communication, intervention, partage d'informations.
- Vérification de la conformité des actions de formation professionnelle proposées au regard de la législation en vigueur et des avis des instances compétentes.
- Suivi de formations aux formats et contenus appropriés aux besoins de l'orthophoniste.
- Suivi des impacts de la formation sur sa pratique professionnelle.
- Participation au recueil de corpus pour la recherche

### ● **Types de situations significatives**

### ● **Résultats attendus**

### ● **Méthodes, outils, ressources utilisés**

**Annexe 2 : Extrait du référentiel de compétences du certificat de capacité d'orthophoniste**

**Annexe 2**

**Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel de compétences**

**Compétences<sup>1</sup>**

- 1. Analyser, évaluer une situation et élaborer un diagnostic orthophonique**
- 2. Élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique en orthophonie adapté à la situation du patient**
- 3. Concevoir, conduire et évaluer une séance d'orthophonie**
- 4. Établir et entretenir une relation thérapeutique dans un contexte d'intervention orthophonique**
- 5. Élaborer et conduire une démarche d'intervention en santé publique : prévention, dépistage et éducation thérapeutique**
- 6. Concevoir et mettre en œuvre une prestation d'expertise et de conseil dans le domaine de l'orthophonie**
- 7. Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle**
- 8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques**
- 9. Gérer et organiser une structure ou un service en optimisant ses ressources**
- 10. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs**
- 11. Former et informer des professionnels et des personnes en formation**

---

<sup>1</sup> Dans le respect du champ d'intervention des autres professions réglementées

**Compétences détaillées**

**Compétence 2 :**

**Élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique en orthophonie adapté à la situation du patient**

1. Définir et hiérarchiser à court, moyen et long termes les objectifs thérapeutiques en fonction des résultats du bilan orthophonique et des besoins du patient
2. Identifier les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un projet thérapeutique construit en accord avec le patient ou son entourage
3. Identifier et mesurer les obstacles à la mise en œuvre du projet thérapeutique et définir les solutions envisageables.
4. Définir le calendrier et les modalités de mise en œuvre du projet thérapeutique
5. Déterminer les supports nécessaires à l'intervention orthophonique et les adapter ou les élaborer si nécessaire
6. Sélectionner les systèmes de facilitation, de compensation, les systèmes alternatifs et augmentatifs adaptés aux besoins du patient et/ou de son entourage
7. Identifier, proposer et définir les conditions de mise en œuvre des adaptations et aménagements permettant d'améliorer la sécurité, la qualité de vie et l'autonomie du patient et de son entourage
8. Identifier les interventions à conduire auprès du patient et / ou de son entourage dans le cadre du projet thérapeutique en tenant compte du projet individuel du patient, de ses capacités de compréhension, d'investissement et d'appropriation
9. Identifier les professionnels concernés par la mise en œuvre du projet thérapeutique
10. Définir les critères, les échéances et les outils d'évaluation permettant un suivi du patient à partir des axes thérapeutiques choisis
11. Formaliser par écrit le projet thérapeutique en orthophonie
12. Évaluer l'état du patient et de son environnement et leur évolution tout au long du projet d'intervention et réajuster le projet thérapeutique en conséquence
13. Évaluer les effets des interventions conduites par l'orthophoniste auprès du patient et/ou de son entourage et analyser les écarts avec les résultats attendus

<p><b>Critères d'évaluation</b> : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</p>	<p><b>Indicateurs :</b> Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</p>
<p><b>Pertinence de la définition des objectifs du projet</b></p>	<p>Les objectifs thérapeutiques sont en adéquation avec les résultats du bilan orthophonique                  Les objectifs thérapeutiques sont en adéquation avec le projet de soins global et les attentes du patient                  Les objectifs thérapeutiques sont accessibles pour le patient et l'orthophoniste, identifiables et inscrits dans le temps                  Les choix effectués en termes de priorisation des objectifs prennent en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la pathologie du patient</li> <li>- la gravité des troubles et des difficultés</li> <li>- les besoins et les attentes du patient</li> <li>- le degré d'adhésion du patient au projet thérapeutique</li> <li>- les capacités physiques et matérielles du patient</li> <li>- l'environnement du patient</li> </ul>

<p><b>Pertinence du choix des interventions et de leurs modalités de mise en œuvre</b></p>	<p>Les outils et modalités d'intervention retenus sont en adéquation avec les objectifs thérapeutiques et les attentes du patient</p> <p>Les outils et modalités d'intervention retenus sont réalistes au regard des capacités du patient, notamment de ses capacités d'observance et de ses capacités d'investissement et d'appropriation</p> <p>Les interventions à conduire auprès de l'entourage du patient sont identifiées</p> <p>Les outils et modalités d'intervention sont correctement ciblés en référence aux priorités de l'intervention</p> <p>L'investissement consenti pour élaborer ou adapter un outil ou un support de prise en charge est en adéquation avec le bénéfice qui en est attendu</p> <p>Les dispositifs d'aide, les outils et modalités d'intervention sont adaptés en fonction des intérêts, réticences, réactions exprimées par le patient et/ou son entourage</p> <p>La pertinence de la programmation de séances collectives est évaluée et explicitée La programmation et le lieu des séances sont en adéquation avec le projet thérapeutique défini</p> <p>Les indications et modalités de recours à d'autres professionnels sont identifiées et explicitées</p> <p>Les aménagements et adaptations nécessaires au patient ainsi que leurs modalités de financement sont identifiés, explicités auprès du patient et de son entourage et argumentés auprès des interlocuteurs compétents</p>
<p><b>Pertinence de la recherche de l'adéquation du projet thérapeutique</b></p>	<p>Le projet thérapeutique est présenté au patient de manière claire et adaptée</p> <p>L'échéancier de la prise en charge, en fréquence de séances et en temps, est clairement expliqué</p> <p>L'adhésion du patient au projet de soins et aux objectifs du traitement sont recherchés</p> <p>Les explications apportées au patient et/ou à son entourage sur le projet thérapeutique et ses effets potentiels sont claires, réalistes et adaptées au patient</p> <p>Les arguments permettant d'accompagner le patient et/ou l'entourage dans l'acceptation de son trouble et des moyens techniques mis à sa disposition sont identifiés</p> <p>L'expression du patient vis-à-vis du projet thérapeutique, ses résistances sont prises en compte et des adaptations et réajustements du projet sont définis</p>
<p><b>Pertinence du suivi de l'évolution du patient et de l'évaluation du projet</b></p>	<p>La définition des modalités de suivi du patient (objectifs d'étape, bilans d'évolution, ....) est cohérente avec le projet thérapeutique défini</p> <p>Les objectifs d'étape sont en adéquation avec les objectifs thérapeutiques</p> <p>Les objectifs d'étape définis sont réalistes, atteignables et définis dans le temps</p> <p>Le choix des outils d'évaluation est adapté aux caractéristiques du patient et du projet</p> <p>Les outils d'évaluation sont mis en œuvre de manière adaptée</p> <p>Le transfert des acquis de la prise en charge dans la vie du patient est évalué et pris en compte</p> <p>L'ensemble des éléments nouveaux apparaissant en cours de prise en charge est pris en compte</p> <p>Les données qualitatives et quantitatives obtenues dans le cadre du bilan d'évolution et des actions d'évaluation sont comparées aux données du bilan initial</p> <p>L'analyse comparative de ces données met en évidence l'évolution du patient et les caractéristiques de cette évolution</p> <p>Les données recueillies dans le cadre de cette analyse sont comparées aux résultats attendus et les écarts sont identifiés</p> <p>Les données obtenues dans le cadre de cette analyse sont présentées au patient et/ou à son entourage</p> <p>L'expression du patient et/ou de l'entourage vis-à-vis des résultats obtenus est prise en compte dans le réajustement de l'intervention</p> <p>Les éléments permettant d'infirmer ou de confirmer le diagnostic sont recherchés, évalués et pris en compte dans la conduite des soins</p> <p>Les objectifs thérapeutiques sont réajustés en cours d'intervention</p> <p>Des aménagements sont proposés, le cas échéant et leur acceptation par le patient est évaluée</p>

**Compétence 7 :**

**Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle**

1. Identifier et suivre l'évolution des connaissances scientifiques et empiriques et des pratiques cliniques professionnelles
2. Analyser sa pratique professionnelle au regard de l'actualisation des connaissances, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des priorités de santé publique, et des évolutions sociétales, tout comme celles du monde de la santé
3. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster les interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse effectuée, des évolutions identifiées et des résultats de la démarche qualité
4. Développer ses connaissances théoriques sur l'utilisation du matériel et des outils d'intervention
5. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe ou d'autres professionnels
6. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'intervention en orthophonie
7. Rechercher les moyens de formation et suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins
8. Analyser et évaluer le contenu de la formation reçue
9. Intégrer les acquis et adapter si nécessaire sa pratique
10. Analyser les résultats et l'impact de la formation sur la pratique professionnelle

<p><b>Critères d'évaluation :</b>  <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ?</i></p>	<p><b>Indicateurs :</b>  <i>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i></p>
<p><b>Pertinence de l'analyse de la pratique professionnelle</b></p>	<p>Les valeurs professionnelles, la déontologie et l'éthique de la profession sont identifiées et présentées avec clarté          La confrontation de la pratique professionnelle avec des pairs en groupe d'analyse de la pratique est recherchée          Les sources d'information permettant de suivre l'évolution du monde de la santé, de la société et des modèles de pratique professionnelle ainsi que des références théoriques, sont identifiées          Les évolutions du monde de la santé, de la société, des différents modèles de pratique professionnelle ainsi que des références théoriques sont prises en compte          Leurs impacts sur la pratique de l'orthophonie sont identifiés</p>
<p><b>Hierarchisation des types d'information pris en compte dans l'évaluation des interventions</b></p>	<p>Les éléments devant être pris en compte dans l'évaluation des interventions orthophoniques sont identifiés : réglementation, recommandations professionnelles (relatives à la qualité, l'ergonomie, la sécurité, l'hygiène, la traçabilité), résultats de la recherche scientifique, satisfaction des patients...</p>
<p><b>Pertinence de la démarche d'analyse critique concernant les interventions orthophoniques</b></p>	<p>Les informations permettant de mener la démarche d'évaluation sont repérées et les modalités de mise à jour de ces informations sont identifiées          Les données de recherches empiriques (qualitatives et quantitatives) dans le champ de la santé publique et de la prévention sont identifiées et utilisées          Les théories linguistiques, psychologiques et cognitives sont prises en compte dans la formulation des hypothèses qui orientent le travail orthophonique et la recherche          La démarche d'analyse des activités de l'orthophoniste est fondée sur les résultats des travaux de recherche et d'analyse interprofessionnelle, supervision et autres situations de problématisation          Les axes et les moyens d'évolution sont identifiés : formation personnelle à développer, domaines d'intervention sur lesquels les efforts doivent porter, recherches bibliographiques à effectuer, ...          Des améliorations des interventions sont proposées</p>
<p><b>Pertinence de la démarche de développement professionnel continu</b></p>	<p>Les sources d'information sur les actions de formation professionnelle continue sont identifiées et mobilisées avec efficacité          Un lien entre la ou les actions de formation suivies et l'analyse des pratiques professionnelles est établi</p>

**Compétence 8 :**

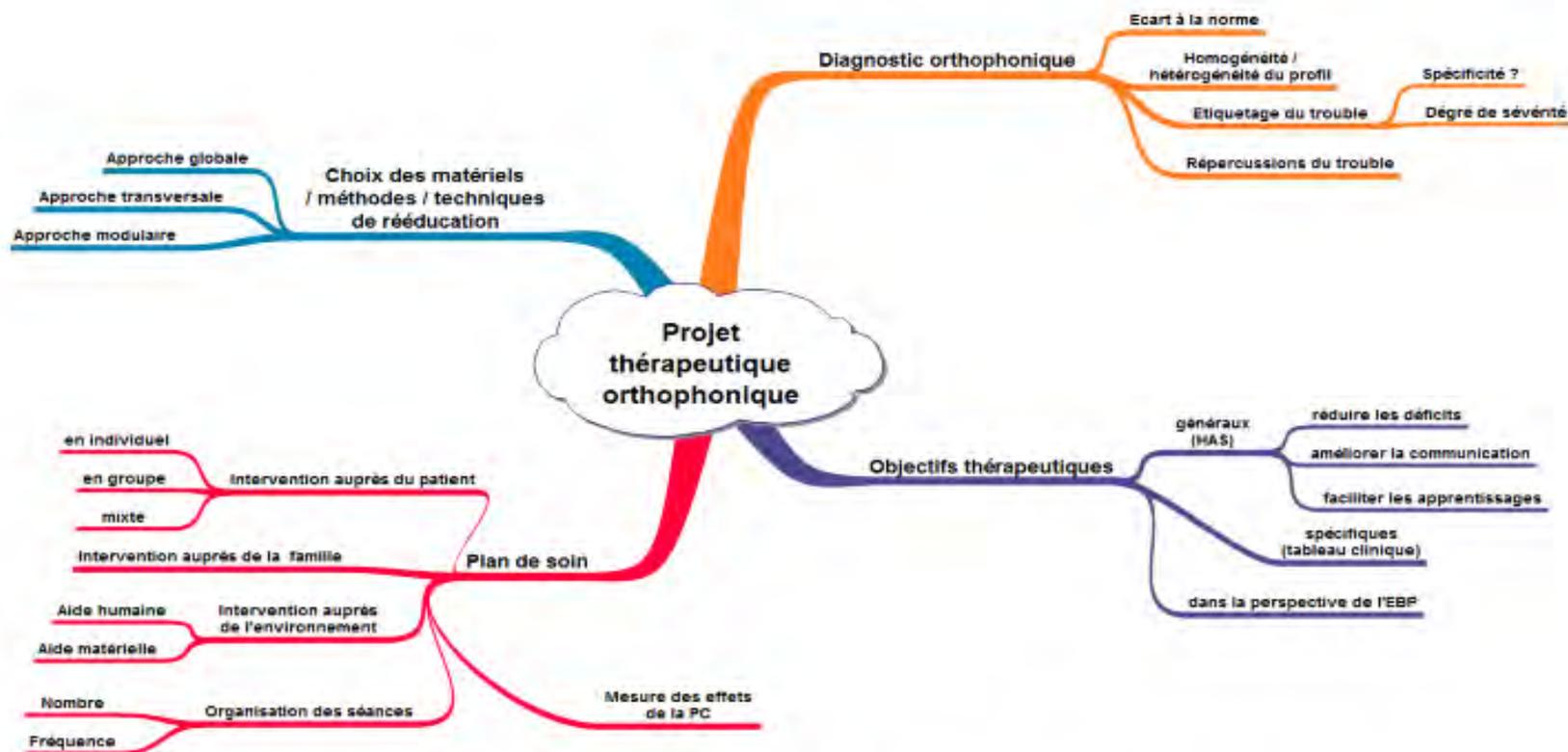
**Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques**

1. Identifier, sélectionner et utiliser les bases de données scientifiques
2. Conduire une recherche bibliographique
3. Analyser et synthétiser les articles scientifiques et évaluer leur impact potentiel sur sa pratique professionnelle ou sur la recherche conduite
4. Formuler un questionnement scientifique, permettant de dégager les objectifs de la recherche
5. Élaborer un protocole de recherche
6. Identifier les organismes à consulter et les rôles des partenaires mobilisables dans le cadre de la recherche
7. Planifier et conduire une action de recherche de manière individuelle et en groupe
8. Élaborer une communication orale et rédiger un rapport et un mémoire de recherche  
Communiquer en français et en langue étrangère par écrit et par oral sur la recherche réalisée

<p><b>Critères d'évaluation :</b> <i>Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?</i></p>	<p><b>Indicateurs :</b> <i>Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?</i></p>
<p><b>Qualité de la recherche d'informations</b></p>	<p>Les bases documentaires internationales sont utilisées Les partenaires institutionnels et associatifs clefs de l'action de recherche sont identifiés</p>
<p><b>Pertinence de la méthode de recherche</b></p>	<p>L'objectif de la recherche est clairement identifié Les informations sélectionnées sont adaptées à l'objectif de la recherche Elles sont actualisées et organisées Les informations collectées sont analysées selon les références théoriques nécessaires et les critères scientifiques en vigueur L'analyse des informations permet d'aboutir à un résultat concret et cohérent avec les objectifs poursuivis (élaboration d'une méthodologie de soins, d'un protocole, formulation de préconisations, création d'une banque de données, ...) La méthode de recherche est expliquée avec clarté Les méthodes utilisées sont conformes aux cadres méthodologiques de recherche énoncés par la communauté scientifique et aux cadres éthique et déontologique de la profession Les travaux sont adossés à l'expertise scientifique de membres de laboratoires de recherche ou de l'enseignement universitaire d'orthophonie</p>
<p><b>Conformité de la méthode de recherche avec les bonnes pratiques</b></p>	<p>Le questionnement scientifique et la priorisation des objectifs de la recherche sont cohérents et pertinents L'argumentation est fondée sur une démarche scientifique rigoureuse et des bases théoriques fondées et en lien avec les recommandations de la communauté scientifique</p>
<p><b>Qualité de la production</b></p>	<p>Le résultat de la recherche est clair et accessible pour son public La démarche de recherche et ses résultats sont explicités par écrit et par oral L'abstract est rédigé en français et en anglais et les mots clefs sont exprimés de manière à ce que la recherche soit identifiable dans les bases de données</p>

**Annexe 3 : Essai de modélisation du projet thérapeutique de Coquet (2015)**

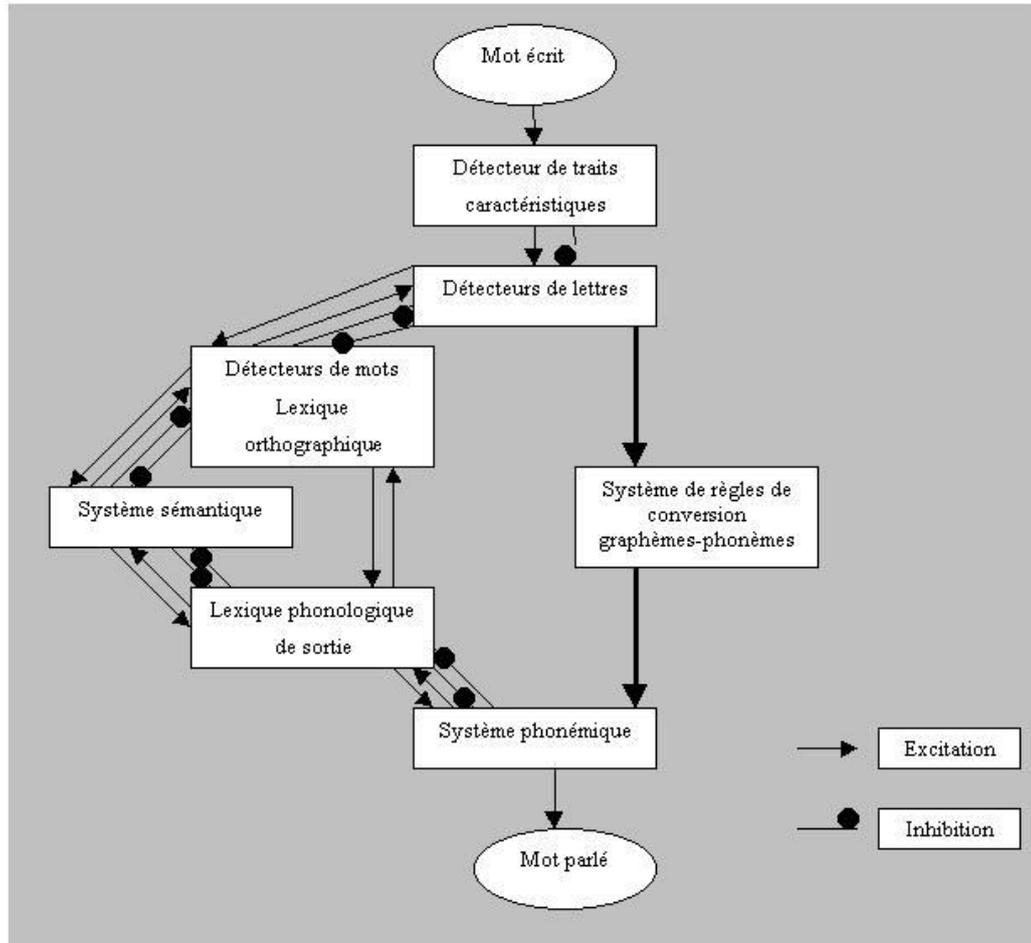
**Modélisation du Projet thérapeutique orthophonique**



COQUET, F. (2015b). Le projet thérapeutique orthophonique – Essai de modélisation (application au langage oral). *Rééducation Orthophonique*, 261. 41-62. Schéma p 42

Annexe 4 : DRC modèle de Coltheart et al. (2001)

A dual route cascaded model of visual word recognition and reading aloud.



## **Annexe 5 : Questionnaire concernant le projet thérapeutique**

*Les questions marquées d'une \* sont obligatoires.*

### **Premier questionnaire (période A)**

#### ***Introduction pour orthophonistes du groupe stagiaire :***

Ce questionnaire vous est proposé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie concernant l'intérêt de la pratique probante en situation clinique orthophonique. Ce mémoire est encadré par Franck Médina.

Nous vous demandons de répondre par rapport au patient que vous avez choisi pour réaliser les épreuves demandées avant la formation et pour lequel vous avez discuté pendant la formation. Pour rappel, ce patient doit présenter un trouble spécifique du langage écrit avec le moins possible de troubles associés.

Le but est de faire un état des lieux des pratiques afin de voir, dans un prochain questionnaire, l'intérêt que peut avoir la formation qui vous a été proposée.

Il vous ait donc demandé ici de répondre en prenant en compte le projet thérapeutique mis en place avec ce patient AVANT la formation.

Ce questionnaire est anonyme et dure environ 10 minutes.

Merci par avance du temps que vous prendrez pour répondre !

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter.

#### ***Introduction pour orthophonistes du groupe contrôle :***

Ce questionnaire vous est proposé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie concernant l'intérêt de la pratique probante en situation clinique orthophonique. Ce mémoire est réalisé par Mélodie Matrat, étudiante à Toulouse, et encadré par Franck Médina et Julie Gornès.

Ce questionnaire a pour but de faire une enquête sur la mise en place de projet thérapeutique en orthophonie dans les troubles spécifiques du langage écrit.

Pour répondre à ce questionnaire, il vous est demandé de choisir un de vos patients ayant entre 6 et 12 ans avec un trouble spécifique du langage écrit (touchant au moins la lecture) et peu de troubles associés.

Les réponses que vous apporterez à ce questionnaire concerneront donc ce patient.

Sachez que nous vous demanderons de remplir à nouveau un questionnaire dans quelques mois.

Ce questionnaire est anonyme et dure environ 10 minutes.

Merci par avance du temps que vous prendrez pour répondre !

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter.

### **Référence orthophoniste et patient**

*Celle-ci est demandée pour anonymiser les réponses.*

Référence : \* .....

*Vos initiales prénom+nom suivies du numéro de votre département d'exercice \_ initiales de votre patient. Par exemple : si l'orthophoniste s'appelle Marie Dunil, travaille en Isère (38) et son patient s'appelle Julien Alvi, cela donne : MD38\_JA*

### **Page 1 : Bilan**

Q1. Suite à la réalisation du bilan orthophonique, quel diagnostic orthophonique ou conclusion avez-vous posé ? \*

*Vous pouvez copier directement la conclusion du bilan si vous le souhaitez.*

.....

### **Page 2 : Projet thérapeutique**

Q2. Dans la construction du projet thérapeutique, avez-vous défini un ou des objectif(s) ? \*

- Oui > Passage à la question 3.
- Non > Passage à la question 6.

### **Page 3 : Projet thérapeutique : objectifs**

Q3. Quel(s) est ou sont ce(s) objectif(s) ? \*

*Le ou les noter avec une lettre A. ... / B. ...*

.....

### **Page 4 : Projet thérapeutique : objectifs**

Q4. Avez-vous fixé une/des échéances pour votre/vos objectif(s) ? Si vous avez plusieurs objectifs, comment les avez-vous organisés ?

*Noter l'échéance ou l'organisation selon la lettre précédemment utilisée par objectifs.*

.....

### **Page 5 : Projet thérapeutique : objectifs**

Q5. Avez-vous écrit ces objectifs ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| ○ dans le compte rendu du bilan orthophonique               | ○ sur ordinateur                  |
| ○ sur un autre document remis au patient et à son entourage | ○ par un écrit                    |
| ○ sur un autre document seulement pour vous                 | ○ par un schéma                   |
|   | ○ par un tableau                  |
|   | ○ Je n'ai pas écrit les objectifs |
|   | ○ Autre :                         |

> Passage à la question 7.

### **Page 6 : Projet thérapeutique : objectifs**

Q6. Si non, pourquoi n'avez-vous pas défini d'objectif(s) ?

.....

> Passage à la question 7.

### **Page 7 : Projet thérapeutique**

Q7. Avez-vous défini une ou des stratégie(s) d'intervention ? \*

- Oui > Passage à la question 8.
- Non > Passage à la question 1.0.

### **Page 8 : Intervention**

Q8. Quelle(s) est ou sont ce(s) stratégie(s) d'intervention ? \*

.....

### **Page 9 : Intervention**

Q9. De quelle manière avez-vous défini ce(s) stratégie(s) d'intervention ?

.....

> Passage à la question 11.

### **Page 10 : Intervention**

Q10. Si non, pourquoi n'avez-vous pas défini de stratégies d'intervention ?

.....

> Passez à la question 15.

### **Page 11 : Intervention**

Q11. Cette ou ces stratégie(s) d'intervention est ou sont-elle(s) actuellement évaluable(s) ? \*

- Oui > Passez à la question 12.
- Non > Passez à la question 14.

### **Page 12 : Mesures**

Q12. Elle(s) est/sont évaluable(s) par : \*

- Une ou des mesure(s) qualitative(s) construite(s) par vous > Passage à la question 13
- Une ou des mesure(s) normée(s) proposée(s) dans un bilan ou une batterie d'évaluation > Passage à la question 15.
- Les deux > Passez à la question 13.

### **Page 13 : Mesures**

Q13. La ou les mesure(s) que vous avez construite(s) mesure(nt)-t-elle(s) : \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- les progrès du patient (sur ce qui a été travaillé en séance)
- le transfert de la prise en charge (généralisation sur des éléments non travaillés en séance mais en lien avec la stratégie travaillée)
- la spécificité de l'intervention (mesure contrôle sur des éléments non travaillés en séance afin d'évaluer l'évolution spontanée)
- Autre :

> Passage à la question 15.

**Page 14 : Intervention**

Q 14. Pourquoi n'utilisez-vous pas de mesures d'évaluation ?

.....

> Passage à la question 15.

**Page 15 : Autres patients**

Q15. Si, pour ce patient, vous avez défini des objectifs, des stratégies d'intervention et/ou des mesures, le faites-vous aussi pour d'autres patients ? \*

*Remplir, pour chaque ligne, la réponse appropriée.*

	Moins de 5 autres patients	Entre 5 et 10 autres patients	Plus de 10 autres patients	Tous mes patients	Aucun de mes patients
Le(s) objectif(s)					
Le(s) stratégie(s) d'intervention					
Une ou des mesure(s) d'évaluation					

Q16. Pour quelle(s) raison(s) ne le faites-vous pas (pour certains ou tous vos patients) ?

*Quels sont les freins selon vous ?*

.....

**Page 16 : Merci d'avoir participé à ce questionnaire !**

Avez-vous des remarques ou commentaires à apporter ?

.....

## **Second questionnaire (période B) : introduction et questions modifiées**

### ***Introduction groupe stagiaire :***

Nous vous proposons à nouveau ce questionnaire concernant l'établissement du projet thérapeutique dans une démarche de pratique probante. Notre objectif est de cerner l'apport et la facilité d'utilisation clinique de la formation proposée.

Nous vous demandons de répondre toujours par rapport au patient que vous avez choisi lors de la formation et pour lequel vous avez rempli ce questionnaire la première fois mais cette fois-ci en prenant en compte le projet thérapeutique mené actuellement avec ce patient.

Quelques informations complémentaires sur vous et sur votre patient sont demandées rapidement en début de questionnaire.

Ce questionnaire est anonyme et dure environ 10-15 minutes.

Merci par avance du temps que vous prendrez pour répondre !

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter.

### ***Introduction groupe contrôle :***

Dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie concernant l'intérêt de la pratique probante en situation clinique orthophonique, en décembre 2018 ou janvier 2019, vous aviez répondu à un premier questionnaire concernant la mise en place de projet thérapeutique en orthophonie dans les troubles spécifiques du langage écrit.

Nous vous proposons un second questionnaire, assez similaire au premier, dans le but de s'intéresser aux modifications apportées au projet thérapeutique au cours de l'année. Il est probable que certaines réponses soient les mêmes que la dernière fois.

Pour répondre à ce questionnaire, il vous est demandé de garder le même patient que la première fois en prenant en compte les éventuels changements apportés au projet thérapeutique depuis.

Ce questionnaire est toujours anonyme et dure environ 5-10 minutes.

Merci par avance du temps que vous prendrez pour répondre !

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter.

**Questions modifiées par rapport au premier questionnaire :**

**Page 1 : Bilan**

Q1. [STAGIAIRE] Après la formation, avez-vous modifié le diagnostic orthophonique ou la conclusion que vous aviez posé ? \*

[CONTROLE] Depuis le premier questionnaire, avez-vous modifié le diagnostic orthophonique ou la conclusion que vous aviez posé ? \*

Si oui, quel(le) est-il/elle ?

.....

**Page 2 : Projet thérapeutique**

Q2. Avez-vous modifié les objectif(s) ? \*

- Oui > Passage à la question 3.
- Non > Passage à la question 6.

**Page 6 : Projet thérapeutique : objectifs**

Q6. Si non, pourquoi n'avez-vous pas défini ou modifié les objectif(s) ?

.....

> Passage à la question 7.

**Page 7 : Projet thérapeutique**

Q7. Avez-vous défini ou modifié des/les stratégie(s) d'intervention ? \*

- Oui > Passage à la question 8.
- Non > Passage à la question 10.

**Page 10 : Intervention**

Q10. Si non, pourquoi n'avez-vous pas défini ou modifié de/les stratégies d'intervention ?

.....

> Passage à la question 11.

**Page 16 : Merci d'avoir participé à ce questionnaire !**

Avez-vous des remarques ou commentaires à apporter concernant le questionnaire ?

.....

[STAGIAIRE] Avez-vous des remarques ou commentaires à apporter concernant la formation ?

.....

Avez-vous des remarques ou commentaires plus généraux ?

.....

## **Annexe 6 : Informations complémentaires demandées en début de questionnaire**

### **Page 1 : Informations générales sur l'orthophoniste**

Année de diplôme : \*

Centre de formation : \*

Lieux d'exercice et nombre d'années d'exercice depuis le diplôme :

Formations effectuées : \*

*Noter au minimum le domaine de la formation et le nombre de jours effectués en 2018/2019*

Avez-vous suivi des formations complémentaires de type : (Plusieurs réponses possibles)

- DU
- DIU
- Master
- Doctorat
- Aucune

[CONTRÔLE] Avez-vous notamment déjà effectué une formation sur la pratique probante, l'evidence-based practice... ? \*

- Oui
- Non

Si oui, en quelle année et quelle formation ?

Type de patientèle :

Informations complémentaires :

### **Page 2 : Informations sur le patient choisi**

Date de naissance : \* JJ/MM/AAAA

Sexe : \*

- Féminin
- Masculin

Classe : \*

*Préciser dans "Autre" si une classe a été redoublée*

- CP
- CE1
- CE2
- CM1
- CM2
- Autre

Suivi en orthophonie depuis : *Donner une date*

Prise en charge : *Nombre de séances par semaine, travail à domicile...*

### Annexe 7. Questions PICO des orthophonistes stagiaires

Référence	Question PICO
<b>S1</b>	"P : patient ayant impulsivité avec néologismes I : entraînement en lecture flash avec catégorisation C : comparaison des 2 parallèles : la justesse / la rapidité O : lexicaliser la lecture pour éviter les néologismes ce qui fera gagner en justesse PUIS en rapidité"
<b>S2</b>	L'entraînement en lecture sans erreur de mots et phrases (avec les mots travaillés) permettrait-il d'améliorer la lecture d'un texte ?
<b>S3</b>	Comment puis-je aider X à mieux maîtriser la graphie contextuelle "g", d'abord en lecture puis en transcription, l'apprentissage explicite de la règle ne l'aidant que sur du très court terme ? (travail par imprégnation avec lecture de mots isolés avec la lettre en couleur, (la liste de mots est ensuite incluse dans des phrases lues une fois ou 2 dans la semaine à la maison d'abord le son "G", puis plus tard le g="J", avec la même procédure, puis les 2 mélangés.)
<b>S4</b>	Est-ce que la lecture répétée de textes peut aider Y à lire plus vite et plus précisément ?
<b>S5</b>	- travail des graphies contextuelles pour améliorer la correspondance graphème-phonème - fiches COREVA à la maison pour l'aspect visuo-attentionnel
<b>S6</b>	Est-ce qu'une lecture de texte répétée (avec espacement ou non), en séance et à la maison, améliore la vitesse de lecture ?
<b>S7</b>	Est-ce qu'un entraînement ciblé (repérage de cette graphie dans des textes et lecture quotidienne de mots contenant cette graphie mise en évidence) sur la graphie "ou", mal reconnue par le patient et confondue avec le "o" et le "on", permettra d'améliorer la lecture de mots contenant cette graphie et de diminuer les confusions avec les graphies proches ?
<b>S8</b>	Est-ce qu'un entraînement en lecture répétée de texte en caractères espacés aidera le petit Z dans sa vitesse et sa précision de lecture ?
<b>S9</b>	Est-ce qu'un entraînement intensif d'apprentissage/révision des graphies lors des séances et à la maison permettra à W d'acquérir ces graphies, de les lire mieux à l'état isolé puis dans des mots ?
<b>S11</b>	Est-ce qu'un entraînement systématique et répété de chaque graphie complexe ou contextuelle non maîtrisées va permettre d'améliorer la fluence en lecture ?

## Annexe 8. Illustration de quelques réponses au questionnaire

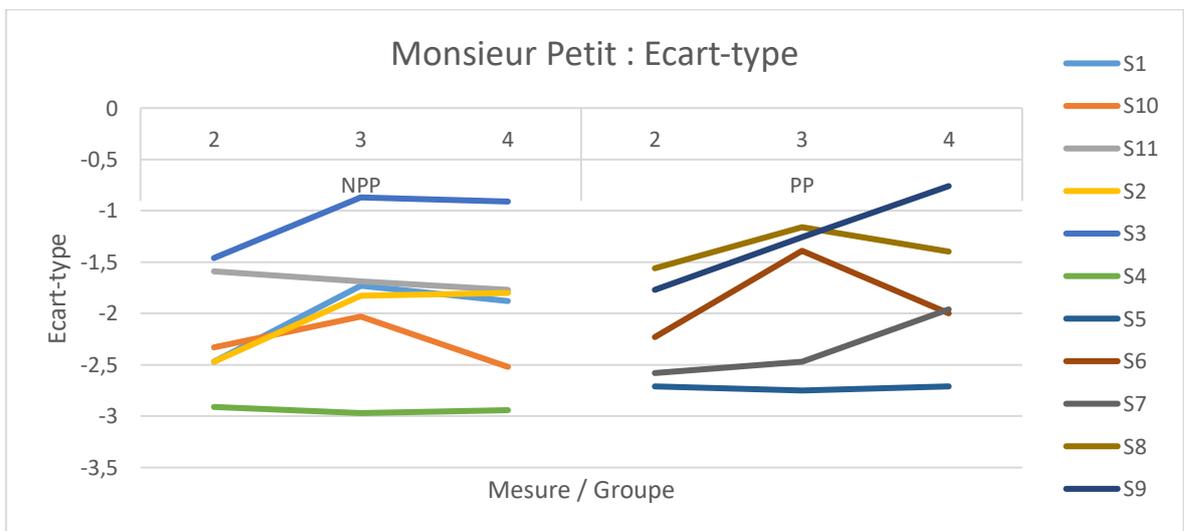
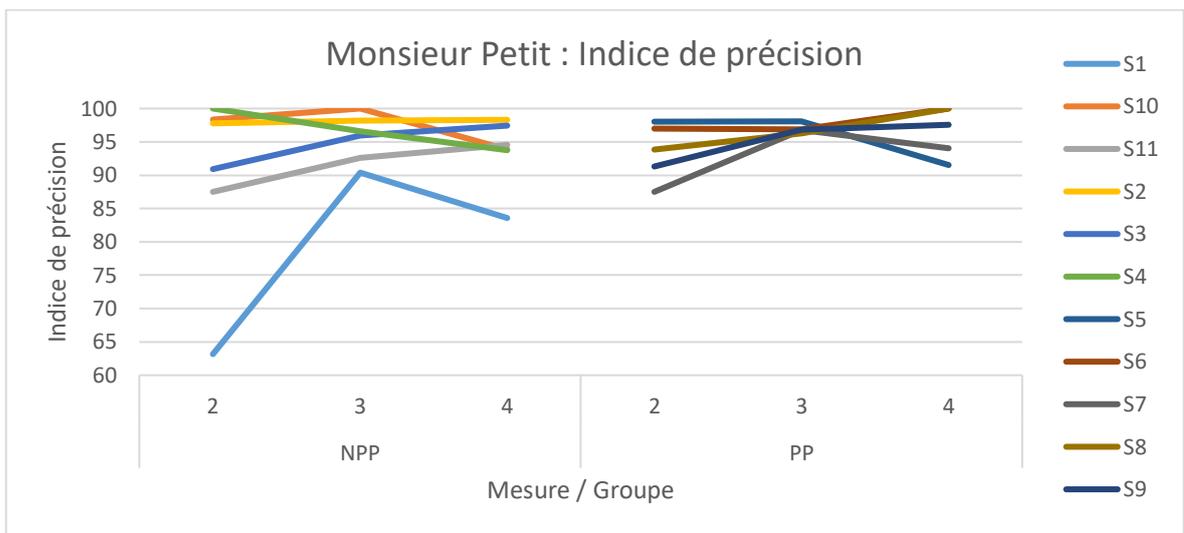
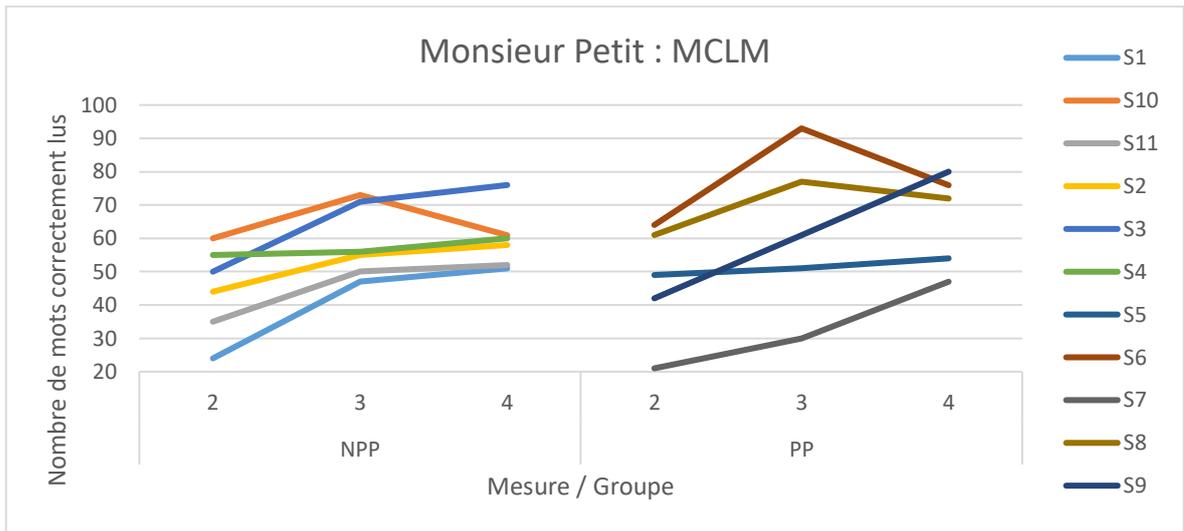
Référence	Période	Q1. Diagnostic	Q2. Objectifs définis/modifiés	Q3. Type d'objectifs	Q4. Échéance et organisation	Q5. Ecriture	Q6. Pourquoi non modifié
C3	A	trouble spécifique du langage écrit	Oui	A acquérir toutes les graphies B fluidifier le déchiffrage C s'appuyer sur le sens D acquérir un stock lexical orthographique E travailler les notions syntaxiques accords, conjugaisons	non	dans le compte rendu du bilan orthophonique	
	B	non	Non				pas de bilan de renouvellement effectué, et pas d'avancée majeure, les progrès sont réguliers, le travail se poursuit dans la même lignée.
C8	A	Troubles spécifiques du LE se caractérisant par un trouble de l'identification des mots écrits associé à un trouble phonologique	Oui	A - Travail métaphonologique (niveau phonémique) B. Stimulation visuo-attentionnelle C. Renforcement du code grapho-phonétique D. Stimulation des deux voies de lecture / transcription E. Compréhension de la lecture	J'ai travaillé les objectifs précédemment cités dans l'ordre, par séries de 5-6 séances consécutives.	dans le compte rendu du bilan orthophonique, par une carte mentale réalisée avec le patient pour lui montrer son fonctionnement (ce qui marche / ce qui ne marche pas)	
	B	non	Oui	Reprendre le travail de compréhension de la lecture à la demande du patient	Oui, la fin d'année scolaire	par un mail échangé avec la famille pour les informer	
S2	A	Dyslexie mixte sévère (diagnostic posé par le neuropédiatre)	Oui	A: les graphies contextuelles B: les confusions de sons C: la vitesse de lecture	Non pas d'échéance fixée en début de PEC... je vais sans doute y venir	dans le compte rendu du bilan orthophonique, sur un autre document seulement pour vous	
	B	Non	Non				Car il progresse très bien
S7	A	Diagnostic posé par ma collègue "retard dans l'acquisition du langage écrit avec des difficultés en lecture comme en orthographe."	Oui	A. Renforcer la discrimination visuelle d'un matériel écrit (ex : différencier deux mots visuellement proches...) B. Augmenter le lexique orthographique (travail des mots par fréquence sur base novlex) C. Augmenter la fluence de lecture (textes chronométrés)	Pas d'échéance fixée, tous les objectifs travaillés en même temps (un peu d'analyse visuelle au début de chaque séance, puis travail d'une liste de mots fréquents puis 5 minutes pour le texte à chronométrer et à lire tous les jours à la maison).	Je n'ai pas écrit les objectifs	
	B	[...] J'ai pour ma part effectué un bilan de renouvellement en février 2019 avec comme conclusion "trouble spécifique du langage écrit (dyslexie-dysorthographe) caractérisé par un trouble visuo-attentionnel et un mauvais encodage des correspondances graphèmes-phonèmes".	Oui	A/ Améliorer la reconnaissance rapide de mots courants pour améliorer la vitesse de lecture. B/ Renforcer les correspondances graphèmes-phonèmes pour améliorer la lecture et l'écriture de mots contenant ces graphèmes (vitesse et précision). Graphèmes ciblés : on, ou, an, in	Objectif 1 : échéance en décembre 2018. Objectif 2 : à partir de janvier 2019, échéance en mars 2019 pour les 4 graphèmes ciblés (environ 2 semaines pour chaque graphème)	sur un autre document seulement pour vous, par un écrit	

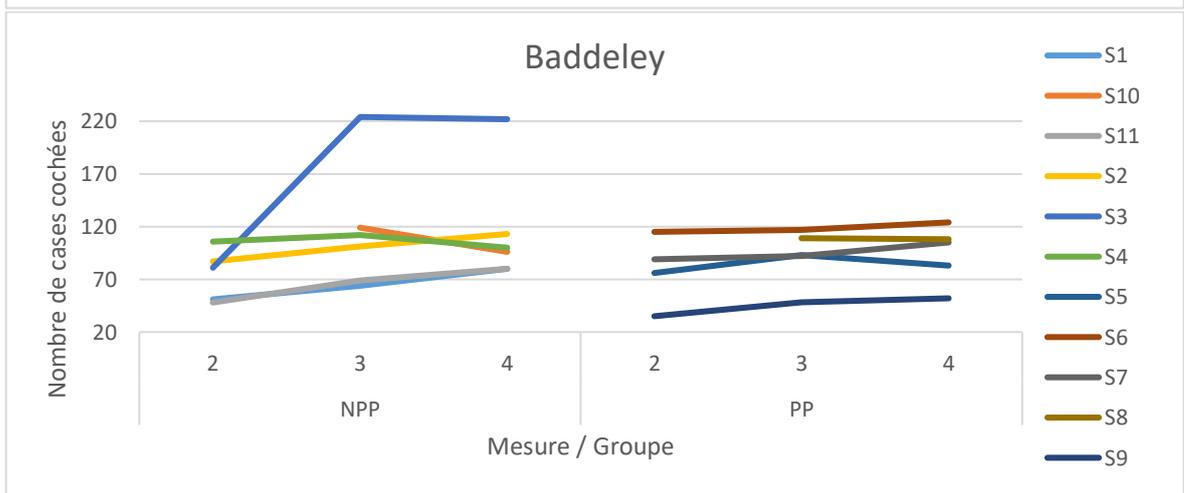
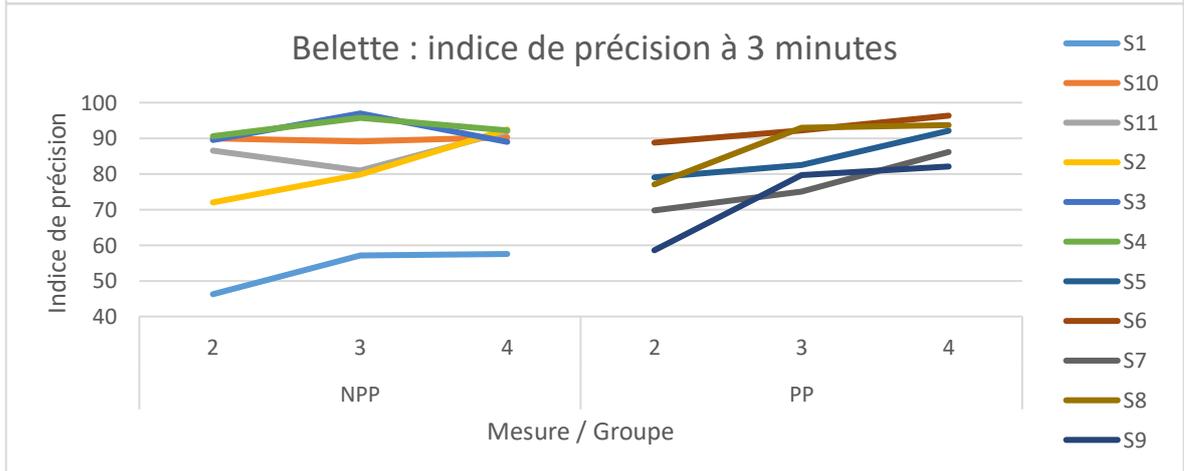
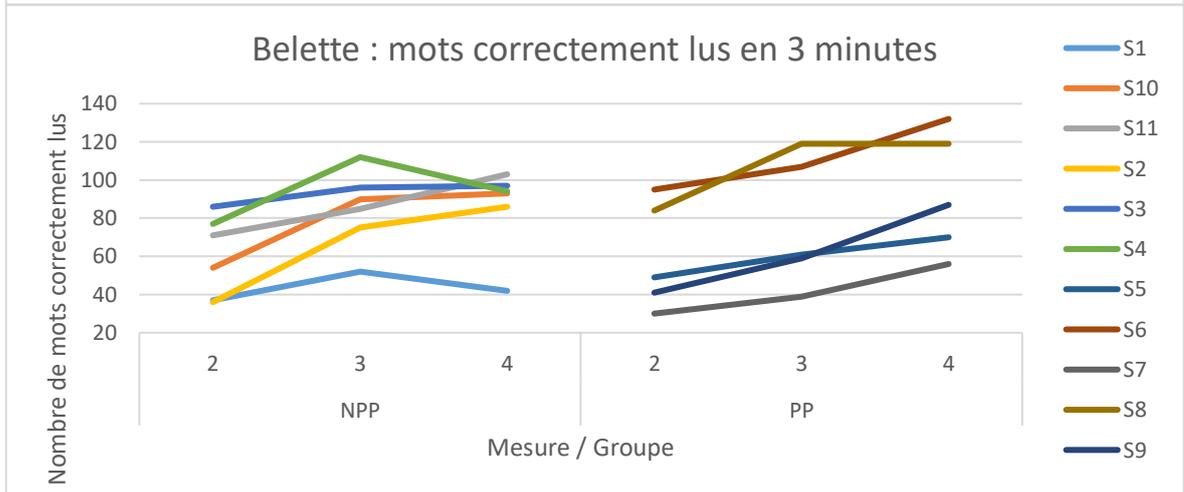
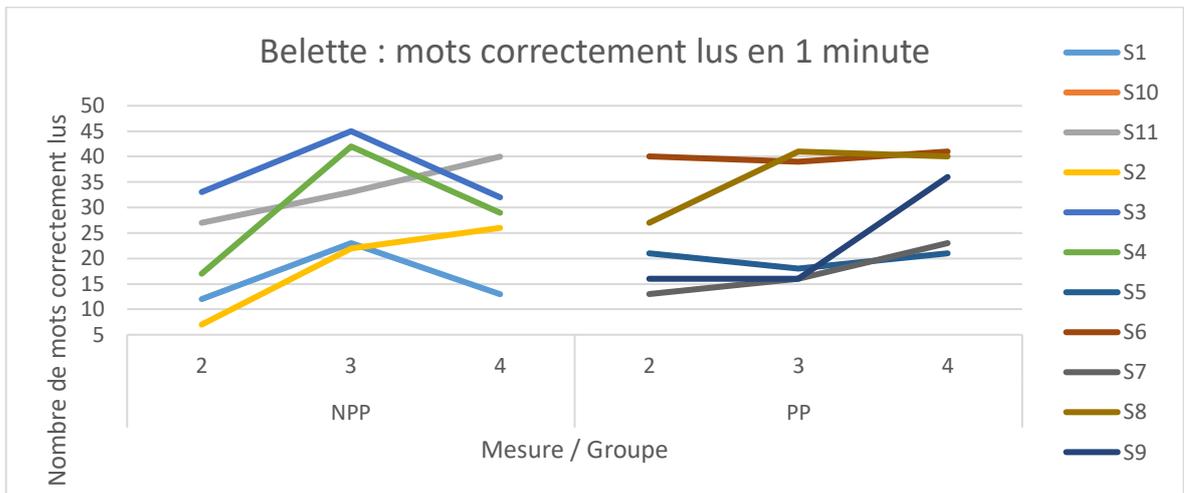
Référence :	Période	Q7. Stratégies définies/modifiées	Q8. Type de stratégies	Q9. Moyen(s) pour les définir	Q10. Pourquoi non définies/modifiées	Q11. Stratégies évaluables	Q12. Type d'évaluation	Q13. Type de ligne(s) de base	Q14. Pourquoi pas de mesure
C3	A	Non			trop de routines en place				
	B	Oui	d'avantage axées sur le travail de la conscience phonologique	suite à une formation		Oui	Les deux	les progrès du patient	
C8	A	Non			Je ne sais pas ce que vous entendez par stratégies d'intervention donc je ne peux pas répondre				
	B	Oui	Utilisation d'un support adapté (plateforme TACIT de l'université de Rennes)	Travail de l'implicite en compréhension de la lecture		Non			Nous venons de commencer, il est trop tôt
S2	A	Oui	A: Règle expliquée dans les cas de graphies contextuelles, lecture de listes de mots, lecture de phrases et dictée de mots et phrases. B: Lecture de syllabes, mots, phrases portant sur un seul son à la fois puis dictée. Travail sur 2 à 4 séances pour chaque son	En m'appuyant sur ma pratique et sur les formations faites depuis plusieurs années, avec des formateurs différents		Non			C'est seulement au moment des bilans de renouvellement que j'évalue
	B	Non			Ça fonctionne bien ainsi	Oui	Une ou des mesure(s) normée(s) proposée(s) dans un bilan ou une batterie d'évaluation		
S7	A	Non			Manque de méthode pour le faire ?				
	B	Oui	Pour l'objectif B : en plus du travail en séance sur les graphèmes, j'ai ajouté une lecture de mots contenant le graphème ciblé, à faire à la maison.			Oui	Une ou des mesure(s) qualitative(s) construite(s) par vous	les progrès du patient ; le transfert de la prise en charge	

**Annexe 9. Tableau des réponses pour l'hypothèse 1**

	Référence	Période	Q2. Objectifs définis	Q3. Objectifs distincts	Q4. Échéance et organisation des objectifs	Q5. Objectifs écrits	Total hypothèse 1
<b>Groupe stagiaire</b>	S1	A	1	1	1	1	4
		B	1	1	1	1	4
	S2	A	1	1	0	1	3
		B	1	1	0	1	3
	S3	A	1	0,5	0	1	2,5
		B	1	0	2	1	4
	S4	A	1	0	0	1	2
		B	1	0	0	0	1
	S5	A	1	0	0	1	2
		B	1	0	0	1	2
	S6	A	1	0,5	2	1	4,5
		B	1	0	2	1	4
	S7	A	1	0,5	0	0	1,5
		B	1	1	2	1	5
S8	A	1	0	1	1	3	
	B	1	1	1	1	4	
S9	A	1	1	0	1	3	
	B	1	0,5	0	1	2,5	
S10	A	0	X	X	X	0	
	B	0	X	X	X	0	
S11	A	1	1	1	1	4	
	B	1	0,5	1	1	3,5	
<b>Groupe Contrôle</b>	C1	A	1	1	2	1	5
		B	1	0	2	1	4
	C2	A	1	0,5	0	1	2,5
		B	1	0,5	0	1	2,5
	C3	A	1	0,5	0	1	2,5
		B	1	0,5	0	1	2,5
	C4	A	1	1	1	1	4
		B	1	1	1	1	4
	C5	A	1	1	0	1	3
		B	1	1	0	1	3
	C6	A	1	0,5	1	1	3,5
		B	1	0	1	1	3
	C7	A	1	0,5	1	1	3,5
		B	1	0,5	1	1	3,5
	C8	A	1	0,5	2	1	4,5
		B	1	0	2	1	4

**Annexe 10. Résultats : progression par patients aux épreuves selon le groupe**





# Résumé

**Titre** : Analyse des pratiques professionnelles : apport de la pratique probante dans le cadre de la prise en charge orthophonique

**Résumé** : La pratique probante est un nouvel outil développé dans le cadre de l'Evidence-Based Practice et de la Practice-Based Evidence. Elle propose à l'orthophoniste de formaliser et d'évaluer son intervention de manière accessible dans le cadre de sa pratique clinique quotidienne notamment par la rédaction de questions PICO et la mise en place de lignes de base. L'objectif est d'évaluer la pratique en vérifiant son efficacité. Nous avons étudié l'impact d'une formation à la pratique probante sur la prise en charge orthophonique de patients présentant un trouble spécifique du langage écrit. Pour cela, nous avons constitué un groupe d'orthophonistes-stagiaires participant à la formation et un groupe contrôle. Un questionnaire concernant le projet thérapeutique a été proposé à 2 temps distincts de la formation. En parallèle, des épreuves de lecture ont été présentées aux patients (avant, pendant et après la formation) afin de mesurer l'efficacité de l'intervention dans le cadre de la pratique probante. Nos hypothèses n'ont pu être significativement vérifiées faute d'un échantillon suffisant. Néanmoins, nous relevons une augmentation du nombre d'orthophonistes-stagiaires définissant des objectifs distincts à court et long termes, les priorisant et les formalisant. De même, nous observons une évolution similaire concernant la définition des stratégies d'intervention et la mise en œuvre de mesures d'évaluation de l'intervention. Pour finir, les résultats des patients s'améliorent d'autant mieux que la pratique probante est utilisée. Ce constat doit faire l'objet d'une étude portant sur une population plus importante afin de valider statistiquement les résultats. Des moyens pour implémenter la pratique probante pourront ensuite être développés dans le but d'améliorer l'efficacité de la pratique orthophonique et ainsi la qualité des soins proposés.

**Mots-clés** : pratique probante, amélioration des pratiques professionnelles, démarche clinique, projet thérapeutique, efficacité

**Nombre de pages** : 56 pages (de l'introduction à la conclusion) + 26 pages d'annexes

**Références bibliographiques** : 76

# Abstract

**Title** : Analysis of professional practices : contribution of the convincing practice as part of speech and language care

**Abstract** : Convincing practice is a new tool developed in the context of Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence. It proposes to speech-language therapists the opportunity to formalize and evaluate their intervention in an accessible way in their daily clinical practice, especially by writing PICO questions and implementing baselines. The goal is to evaluate the practice by checking its efficiency. We have studied the impact of a convincing practice education program on the speech-language care of patients with a specific reading disorder. For this, we have built a group of speech-language therapists-trainees participating in the education program and a control group. A survey about the therapeutic project was proposed at 2 different times of the program. In parallel, reading tests were presented to the patients (before, during and after the education) to measure the effectiveness of the intervention using the convincing practice. Our hypothesis could not be significantly verified due to a lack of a sufficient sample. However, we note an increase in the number of speech-language therapists-trainees who define distinct short and long term goals, prioritizing and formalizing by writing them. Likewise, we observe a similar evolution regarding the definition of intervention strategies and the implementation of intervention evaluation measures. Finally, patient results improve especially since convincing practice is used. This finding must be studied in a larger population in order to validate statistically the results. Means to implement the convincing practice can then be developed to improve the effectiveness of speech-language therapy practice and the quality of care provided.

**Keywords** : convincing practice, improvement of professional practices, clinical approach, therapeutic project, effectiveness

**Number of pages** : 56 pages + 26 pages of annexes

**Bibliographic references** : 76