

## **Les apports de l'Evidence-Based Practice et de la Practice-Based Evidence : du bilan initial à l'auto-évaluation du clinicien**

Julie CATTINI,  
Orthophoniste  
Courriel : [juliecattini@hotmail.com](mailto:juliecattini@hotmail.com)

Maud CLAIR-BONAIMÉ,  
Orthophoniste  
Courriel : [cbmaud@hotmail.com](mailto:cbmaud@hotmail.com)

### **RÉSUMÉ**

Au vu de l'écart entre les connaissances scientifiques et leur mise en œuvre par les praticiens, la Haute Autorité Santé (HAS), ainsi que les chercheurs, invitent les orthophonistes à appuyer leurs pratiques sur des données théoriques et empiriques, et de vérifier leur pratique. Dans ce contexte, trois concepts complémentaires peuvent être exploités : l'Evidence-Based Practice (EBP), la Practice-Based Evidence (PBE) et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

L'évaluation clinique nécessite de s'appuyer sur des données probantes. L'orthophoniste doit donc pouvoir réaliser une analyse critique des outils à disposition, et apprendre à les sélectionner selon l'objectif visé (diagnostic, affinement du profil du patient, élaboration du projet thérapeutique, mesure des progrès). Pour faciliter l'appropriation de ces éléments théoriques, nous proposons des vignettes cliniques qui permettent au clinicien de faire le lien avec sa propre pratique.

Nous soutenons un processus d'évaluation continu tout au long du suivi des patients, que ce soit lors de l'évaluation initiale (tests normalisés et critériés), lors du choix des moyens d'intervention (évaluation dynamique), ou de la mesure de l'efficacité de l'intervention (ligne de base). Si l'évaluation n'est pas un processus simple, elle s'avère être la pierre angulaire de la pratique orthophonique.

**MOTS-CLÉS :** EBP (evidence-based practice), PBE (practice-based evidence), évaluation critériée, tests normalisés, évaluation dynamique, projet thérapeutique, ligne de base.

## **Input of Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence: from initial evaluation to the clinician's self-assessment**

### **ABSTRACT**

Considering the gap between the scientific knowledge and its implementation by practitioners, the « Haute Autorité de Santé » (HAS) as well as researchers urge speech language pathologists to base their practice on theoretic and empiric data, and to check their practice. In this context, three complementary concepts can be used: the Evidence-Based Practice (EBP), the Practice-Based Evidence (PBE) and the Assessment of Professional Practices (EPP).

The clinical assessment requires to base oneself on conclusive evidence. The speech language pathologist must thus be in a position to do a critical analysis of the means at his disposal, and to learn to select them in view of the aim (diagnosis, refinement of the patient's profile, planning of therapy objectives, assessment of progress). In order to facilitate the appropriation of these theoretic components, we propose clinical examples who enable the clinician to make the connection with his own practice.

We support an ongoing assessment process throughout the patient's therapy, whether during the initial assessment (norm-referenced and criterion-referenced tests), the choice of intervention means (dynamic assessment), or the assessment of the therapy's efficiency (baseline). Eventhough the assessment is not an easy process, it is proven to be the cornerstone of speech language pathology practice.

**KEY WORDS:** EBP (evidence-based practice), PBE (practice-based evidence), criterised assessment, normalised tests, dynamic assessment, therapeutic project, baseline.

## ◆ INTRODUCTION

Depuis 2017, tout professionnel de santé se doit d'intégrer l'Évaluation des Pratiques Professionnelles dans la clinique. Dans une optique d'amélioration de la qualité des soins, la Haute Autorité de Santé (HAS) exige la mise en place de méthodologies permettant de diminuer l'écart existant entre les connaissances scientifiques et les pratiques cliniques. Cette nouvelle demande fait écho à l'importance que prend l'Evidence-Based Practice (i.e. Pratique basée sur des données probantes) dans le milieu médical et paramédical. Il est pourtant bien documenté que la mise en place de tels moyens n'est pas une chose facile pour les orthophonistes et les thérapeutes de manière générale (Durieux *et al.*, 2016 ; McCurtin, 2015). Afin d'illustrer sa pertinence, nous avons opté pour le thème de l'évaluation clinique qui est la pierre angulaire de toute prise de décision clinique mais, également, la thématique choisie par la commission de travail de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) pour travailler sur l'EPP.

Dans cet article, nous prendrons tout d'abord le temps de définir (2.1) les concepts d'Evidence-Based Practice (EBP), de Practice-Based Evidence (PBE) et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), tout en les comparant (2.2) pour connaître les utilités de chacune. Nous développerons ensuite les objectifs de l'évaluation clinique (3.1) et détaillerons les approches et outils d'évaluation disponibles, selon que ceux-ci soient statiques (3.2) ou dynamiques (3.3). Après avoir fourni les apports théoriques, nous illustrerons par des vignettes cliniques (3.4) les limites des outils normalisés et, par conséquent, l'intérêt des évaluations critériées et dynamiques. L'évaluation clinique étant le point de départ pour la mise en place d'un traitement adapté, nous poursuivrons l'explicitation de notre démarche via les différents moyens pour établir un projet thérapeutique cohérent (4.1). Le protocole de rééducation pouvant être plus ou moins détaillé selon les connaissances préalables du clinicien et les besoins en découlant, nous illustrerons la différence de travail nécessaire selon la situation donnée avec deux exemples (4.2). Pour vérifier l'efficacité de l'intervention, nous discuterons de la pertinence d'utiliser d'autres outils que les tests normalisés (5.1) tout en informant de leurs limites (5.2). Différentes méthodes disponibles seront citées et la conception des lignes de base sera plus spécifiquement développée (5.3) et illustrée concernant leur pertinence pour évaluer les résultats mais, également, pour affiner le profil du patient. Pour terminer, nous évoquerons l'importance de l'auto-évaluation (6). L'intérêt sera de mettre en parallèle des données théoriques et des situations cliniques afin de démontrer, à travers notre démarche, l'importance de s'appuyer sur des données probantes.

### ◆ EVIDENCE-BASED PRACTICE, PRACTICE-BASED EVIDENCE ET EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'EBP, la PBE et l'EPP sont de plus en plus évoquées dans le secteur de la santé. On peut se demander d'emblée leur provenance, leur représentation formelle sur le plan théorique et méthodologique et enfin leurs relations et différences.

#### Evidence-Based Practice

L'EBP se traduit par « Pratique basée sur les données probantes » et trouve son origine dans l'Evidence-Based Medicine. Il s'agit d'une démarche réflexive invitant le clinicien à se poser une question clinique au regard d'une situation particulière. Elle implique trois preuves (i.e. Evidence) de nature distincte : les preuves externes, les preuves internes et les préférences du patient (voir Figure 1) (Maillart & Durieux, 2012 ; Schelstraete, 2011).

Au regard d'une question clinique posée, une recherche méthodologique est réalisée dans des banques de données bibliographiques (e.g. Pubmed, PsycInfo, etc.). Les articles pertinents (i.e. preuves externes) sont sélectionnés et évalués de manière critique. Ensuite, les données de la littérature sont analysées au regard des préférences du patient et de l'expérience clinique (i.e. preuves internes). Selon Dollaghan (2007), il s'agit d'une prise de décision se basant sur ces trois preuves de manière égale, d'où l'appellation E<sup>3</sup>BP. L'expertise clinique (i.e. qualités techniques basées sur des connaissances intellectuelles et des aptitudes interpersonnelles, selon Baker & McLeod (2011)) du praticien est au centre de la démarche.

Une fois la prise de décision clinique réalisée, il s'agit d'évaluer les résultats de celle-ci mais, également de s'autoévaluer.

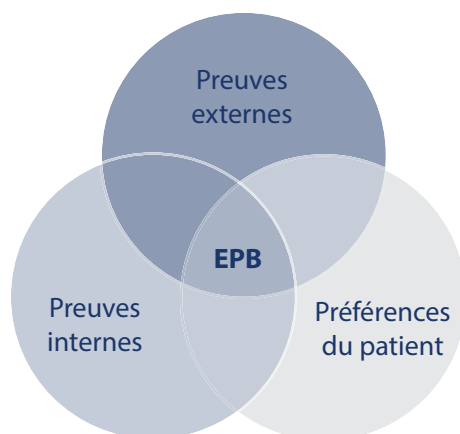


Figure 1 : Evidence-Based Practice

## La Practice-Based Evidence

La Practice-Based Evidence (i.e. preuve basée sur la pratique) est « *une méthodologie de recherche clinique qui vise à mesurer l'efficacité des traitements déjà mis en place chez le patient* » (Maillart & Durieux, 2012). Les auteurs (Green, 2008 ; Maillart & Durieux, 2012 ; Wambaugh, 2007) préconisant la mise en place de la PBE s'appuient sur l'idée que la pratique quotidienne est riche d'enseignement si un temps d'auto-évaluation est pris. Cela nécessite la formalisation des conditions d'application des interventions et des résultats obtenus (Maillart & Durieux, 2012 ; Wambaugh, 2007) en élaborant des protocoles de rééducation et des lignes de base.

En partant de ce principe, Lof (2011) propose une nouvelle modélisation de l'EBP en remplaçant les preuves internes (i.e. expérience clinique) par la PBE (voir Figure 2).

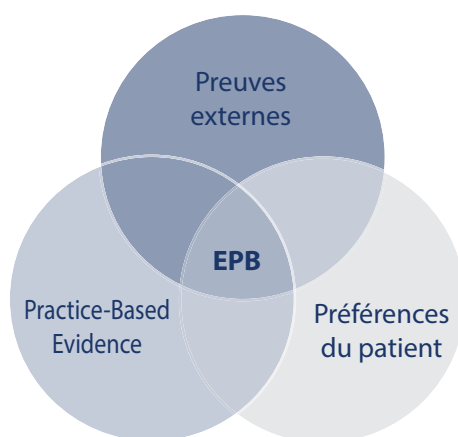


Figure 2 : Evidence-Based Practice selon Lof (2011)

## L'Évaluation des Pratiques Professionnelles

Selon la HAS, « *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.* »

Elle trouve son origine dans le constat d'une hétérogénéité des pratiques avec un écart important entre les connaissances et la mise en œuvre par les praticiens. Elle peut être illustrée par la roue de Deming (voir Figure 3) qui montre l'effet cyclique de l'impact des références sur la pratique et de la pratique sur l'évolution des références (Bétrancourt, 2010).

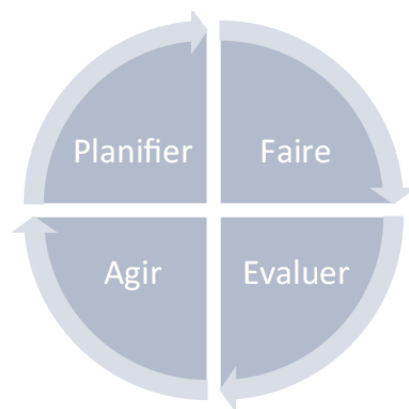


Figure 3 : Roue de Deming (cité par Bétrancourt, 2010)

En France, en 2006, Le Conseil d'administration de la FNO a décidé de nommer une commission de travail chargée de proposer un projet d'Évaluation des Pratiques Professionnelles. La thématique du bilan orthophonique a été choisie car « *il bénéficie, en application des exigences réglementaires, d'une déclinaison dans la convention nationale entre les caisses et les orthophonistes conventionnés. Seule ombre au tableau de la base de référence, l'absence de recommandations du corps du bilan lui-même.* » (Bétrancourt, 2006).

Le projet repose sur trois référentiels consacrés aux conditions d'hygiène et de sécurité, à l'organisation du cabinet et aux différentes étapes du bilan orthophonique.

### La complémentarité de ces trois concepts.

Plusieurs points communs peuvent être dégagés entre l'EBP et l'EPP :

- le bien-fondé des soins proposés aux patients ;
- la mise en avant d'une démarche réflexive ;
- l'évolution des pratiques professionnelles et la remise en question ;
- la confrontation aux données de la littérature et aux recommandations de bonnes pratiques ;
- l'auto-évaluation.

On relève néanmoins des distinctions entre ces trois entités. Pour l'EBP, le clinicien va se questionner sur une problématique clinique particulière pour chercher des réponses dans la littérature, tout en prenant en compte son expérience clinique et son patient. La PBE, quant à elle, permet de vérifier les résultats des interventions mises en place. L'EPP va demander au clinicien d'analyser sa pra-

tique professionnelle de manière générale. Ces différentes approches ont un but commun tout en déployant des moyens différents.

Selon le Bulletin Officiel n° 32 du 5 septembre 2013, les orthophonistes ont, à la suite de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, les compétences suivantes :

- a) analyser, évaluer une situation et élaborer un diagnostic orthophonique ;
- b) élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique en orthophonie adapté à la situation du patient ;
- c) analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle ;
- d) rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.

EBP, PBE et EPP sont des méthodologies complémentaires pour mobiliser ses différentes compétences tout en se fondant sur une démarche scientifique.

La commission de travail de la FNO ayant opté pour la thématique du bilan orthophonique, il a été jugé pertinent de présenter les informations recueillies dans la littérature scientifique à ce sujet et de montrer l'apport de l'EBP et de la PBE. Nous allons vous présenter les données jugées les plus importantes, et les illustrer avec des vignettes cliniques.

### ◆ L'ÉVALUATION CLINIQUE

L'EBP encourage l'utilisation de données empiriques pour la sélection des outils de mesure, ainsi que la prise d'appui sur des données de la littérature pour le choix des domaines à évaluer (Betz *et al.*, 2013 ; Leclercq & Veys, 2014). Dans ce cadre, l'orthophoniste doit se baser sur des connaissances au niveau des outils à disposition (McCauley, 1989), des qualités psychométriques des tests normalisés (Gaul Bouchard *et al.* ; 2009 ; Leclercq & Veys, 2014) et de leurs limites (Gaul Bouchard 2009 ; Betz *et al.*, 2013 ; Kerr *et al.*, 2003 ; Leclercq & Veys, 2014 ; Lefebvre & Trudeau, 2005 ; Piérart, 2005 ; McCauley & Swisher, 1984 ; Spaulding, 2012) et enfin de la pathologie visée (Gaul Bouchard *et al.* ; 2009 ; Leclercq & Veys, 2014).

L'évaluation clinique est une entreprise de taille et de longue durée qui est souvent considérée de manière restrictive comme l'application d'un ensemble de tests (Piérart, 2005). Son but est le diagnostic de la présence d'un trouble, la description des forces et des faiblesses, l'élaboration d'un projet thérapeutique et la mesure de l'efficacité de l'intervention (Gaul Bouchard *et al.* ; 2009). Grigorenko (2009) la décrit comme étant au service de l'intervention. Effectivement, pour fournir une thérapie appropriée à ses patients, il est essentiel de réaliser une évaluation complète et précise (Caesar & Kohler, 2009) en utilisant des outils fiables, valides et adaptés (Dockrell & Marshall, 2014).

## **C**hapitre 2 L'évaluation clinique

McCauley (1989), auteure de référence dans le domaine, juge le processus d'évaluation clinique comme dangereux, mais inévitable. Les risques sont une mauvaise appréciation des difficultés, une prise en charge inappropriée et des progrès mal estimés. Ceux-ci peuvent être minimisés par l'orthophoniste qui ferait l'économie d'un certain recul professionnel sur ses compétences thérapeutiques.

### **Les approches et outils d'évaluation**

Piérart (2005) détermine deux approches :

- l'approche transversale comparant le patient aux personnes de son âge, de son sexe, ce qui constitue les temps dédiés au bilan initial et final.
- l'approche longitudinale comparant le patient par rapport à ses propres performances en réalisant des mesures répétées, ce qui constitue le bilan d'évolution.

Si nous nous référons à l'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), nous pouvons répertorier plusieurs outils à disposition du clinicien : les évaluations standardisées (i.e. tests normalisés et critériés), les questionnaires (à destination des parents, de l'enseignant ou du patient lui-même), l'interview ethnographique, les techniques d'observation, l'échantillon de langage, l'évaluation dynamique et l'évaluation basée sur le programme scolaire (ASHA, 2017b).

Dans la littérature, il est désormais clairement établi que l'utilisation unique de tests normalisés n'est pas recommandée et devrait être considérée comme une partie du processus d'évaluation (Caesar & Kohler, 2009).

Dans cet article, nous prenons le parti de développer les mesures formelles (i.e. standardisées) et informelles (i.e. non standardisées) suivantes : les tests normalisés, les tests critériés et l'évaluation dynamique. Nous distinguons celles-ci en explicitant tout d'abord la démarche statique (i.e. tests normalisés et critériés) et, ensuite, dynamique. Après une définition de chaque outil, nous expliquerons ses rôles, ses avantages, mais également ses limites. Nous illustrerons par des vignettes cliniques l'importance d'une évaluation où l'orthophoniste choisit les outils les plus appropriés selon la situation et le patient donnés.

### **Evaluation statique**

L'évaluation est dite statique dès lors que les procédures d'évaluation sont utilisées pour décrire le niveau actuel de fonctionnement dans les domaines jugés pertinents (ASHA, 2017a). Celle-ci peut être standardisée ou non. L'évaluation statique est, le plus souvent, composée de tests normalisés et/ou critériés. McCauley (1996) fournit un comparatif de ceux-ci pour aider le clinicien à les qualifier (voir Tableau 1).

**Tableau 1 :** Comparaison des tests normalisés et critériés,  
traduction libre de McCauley (1996)

| Tests normalisés                                                                                                 | Tests critériés                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Le but fondamental est de classer les individus                                                                  | Le but fondamental est de distinguer les niveaux spécifiques de performance |
| L'élaboration du test répond à un large contenu                                                                  | L'élaboration du test répond à un domaine spécifique                        |
| Les items sont sélectionnés pour distinguer les individus                                                        | Les items sont choisis pour couvrir le domaine de contenu                   |
| Les performances peuvent être résumées significativement en utilisant des percentiles ou des notes standardisées | Les performances peuvent être résumées en utilisant des scores bruts        |

### Tests normalisés

#### *Définition et rôles*

L'évaluation normative consiste à situer le patient par rapport à une norme via des épreuves standardisées (i.e. les consignes de passation et de correction sont clairement définies). Contrairement à la vision de la majorité des cliniciens (Huang *et al.*, 1997 ; Kerr *et al.*, 2003), les tests normalisés sont préconisés uniquement pour définir la présence d'un trouble et déterminer l'admissibilité aux soins alors qu'ils ne sont pas adaptés pour fournir un pronostic, choisir les objectifs thérapeutiques et vérifier l'efficacité de la thérapie (Hasson, Dodd & Botting, 2012 ; Lefebvre & Trudeau, 2005 ; McCauley, 1984 ; Piérart, 2005).

La méconnaissance de la fonction de ces outils par les cliniciens aux Etats-Unis (Huang *et al.*, 1997) et au Canada (Kerr *et al.*, 2003) peut très certainement être transposée en France. Il s'avère fondamental d'avoir des connaissances concernant les qualités psychométriques des tests et des mauvais usages possibles. La pratique clinique est portée par des décisions cliniques qui sont inévitablement fondées sur des mesures (Kerr *et al.*, 2003). La mauvaise utilisation des tests normalisés compromet le processus d'évaluation, la validité du résultat et l'intervention qui en découle (Gaul Bouchard *et al.* ; 2009).

#### *Les qualités psychométriques des tests et leurs limites*

Selon Lefebvre & Trudeau (2005), pour choisir les tests normalisés, le clinicien doit se baser sur trois critères : i) le but de l'évaluation, ii) les caractéristiques de l'usager et iii) les qualités psychométriques du test. Huang *et al.* (1997) suggèrent que la connaissance de ces dernières est pourtant mal maîtrisée par les orthophonistes. Dans le cadre d'une pratique basée sur les données probantes, les tests présentant une bonne validité (i.e. degré avec lequel un test mesure vraiment ce qu'il prétend mesurer), une bonne fidélité (i.e. stabilité du test quand la procédure de testing est répétée) et un bon pouvoir discriminant (i.e. pouvoir diagnos-

tique) devraient être choisis prioritairement (Leclercq & Veys, 2014). Dollaghan (2007) juge le pouvoir discriminant comme étant le critère le plus important pour la sélection des mesures diagnostiques. Les données statistiques pour quantifier celui-ci sont le plus souvent la sensibilité (i.e. capacité d'un outil à mettre en évidence la présence d'un trouble chez les enfants atteints) et la spécificité (i.e. capacité d'un outil à rejeter la présence d'un trouble chez les enfants non atteints). Ces données sont néanmoins les grandes absentes des manuels de test (Dockrell & Marshall, 2014 ; Lafay & Cattini, en révision ; Leclercq & Veys, 2014).

Selon l'enquête réalisée par Betz *et al.* (2013) auprès de 364 orthophonistes américains, la seule variable corrélée au choix des outils normalisés est la date de publication. Cela pose question quant aux données sur lesquelles se basent les cliniciens pour sélectionner leurs outils d'évaluation. La description détaillée des qualités psychométriques et des facteurs à prendre en compte n'est pas le sujet développé ici. Le lecteur pourra prendre connaissance d'articles évaluant des tests francophones : Gaul Bouchard *et al.* (2009) évaluent des tests en langage oral et écrit ; Lafay & Cattini (en révision) en cognition mathématique et Leclercq & Veys (2014) en langage oral. Ces écrits seront également une aide précieuse pour fournir une grille d'analyse. Il reste toutefois une problématique importante : le clinicien ne dispose pas des données psychométriques avant un éventuel achat.

#### *Les erreurs communes lors de l'utilisation des tests normalisés*

La publication de McCauley et Swisher de 1984 est considérée par beaucoup comme un article de référence dans l'étude de l'orthophonie (Kerr *et al.*, 2003). Les deux auteurs évoquent les quatre mauvais usages pouvant être réalisés lors de l'utilisation de tests normalisés :

- l'utilisation des scores d'âge équivalent, grossiers d'un point de vue psychométrique et conduisant à la réalisation d'inférences erronées ;
- l'utilisation d'un profil avec des comparaisons visuelles pour décrire les troubles pouvant entraîner l'interprétation de différences faussement significatives ;
- l'élaboration du projet thérapeutique à partir du test avec des items trop peu nombreux et peu représentatifs, des critères de correction manquant de finesse et des contextes d'évaluation non écologiques ;
- la mesure des progrès via des passations répétées pouvant conduire à une sur- ou sous-estimation.

L'utilisation de mesures fiables demande aux cliniciens de mettre en place des démarches coûteuses telles que l'emploi d'outils variés et demandant une analyse plus fine (échantillon de langage, tests critériés, etc.), l'interprétation des différents scores en utilisant l'intervalle de confiance ou, encore, l'évaluation des progrès via des mesures répétées. L'utilisation unique des tests normalisés permet de peindre la réalité en noir ou en blanc plutôt qu'en utilisant des nuances de gris qui peuvent engendrer de la frustration. Il peut sembler plus facile de pro-

céder par une « impression clinique » non éprouvée et d'agir sur une note globale plutôt que d'en apprendre davantage sur les subtilités des mesures et des tests (McCauley, 1989).

### Evaluations critériées formelles ou informelles

#### Définition

Dans le contexte de l'évaluation langagière, Piérart (2005) définit l'évaluation critériée comme une « *mesure des performances d'un consultant par rapport à des objectifs hiérarchisés et en référence à un modèle théorique. Cette démarche implique la référence, soit à une théorie du développement du langage, soit à un descriptif des procédures d'apprentissages, soit à un modèle de fonctionnement du langage. La référence au modèle théorique permet de formuler des hypothèses plus fines et précises sur la nature des dysfonctionnements relevés.* »

McCauley (1996) les définit comme étant des tests qui permettent de faire des interprétations de scores par rapport à une norme de performance fonctionnelle. Selon elle, les tests critériés sont des étrangers familiers dans le sens où ils sont utilisés par les orthophonistes, sans que cette démarche soit conscientisée et/ou nommée. Les tests critériés sont présents dans la pratique orthophonique (Limbrick *et al.*, 2013), mais le plus souvent de manière informelle, car leur standardisation engendre de réelles difficultés (McCauley, 1996).

#### Rôles

Les tests critériés (standardisés ou non) jouent un rôle important pour compléter l'évaluation normalisée. Effectivement, ceux-ci trouvent leur place lorsque les tests normalisés ne sont pas appropriés (e.g. évaluation d'une population ne correspondant pas à l'échantillon de normalisation, la pose du diagnostic, le choix des objectifs et moyens thérapeutiques et l'évaluation des progrès) ce qui, nous l'avons vu, est fréquent.

#### Application clinique

Plusieurs critères de référence peuvent être utilisés pour affiner l'évaluation clinique (voir Tableau 2). Ceux-ci peuvent être supportés par des données de la recherche (Limbrick *et al.*, 2013), citons pour exemples en langage oral : le pourcentage de consonnes correctes (MacLeod *et al.*, 2014), la longueur moyenne de l'énoncé (Parijsse & Le Normand, 2007).

**Tableau 2 :** les critères de référence par domaine  
(adaptation libre de McCauley, 1996)

| Domaines                              | Mesures                                                                           |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Troubles de la fluence                | Pourcentage de syllabes bégayées<br>Proportion de type de disfluences             |
| Troubles phonologiques                | Profil des processus phonologiques utilisés<br>Pourcentage de consonnes correctes |
| Troubles du langage                   | Echantillon de langage<br>Longueur moyenne des énoncés                            |
| Troubles de la cognition mathématique | Répertoire des stratégies opératoires utilisées                                   |

Lorsque le clinicien a conclu que les mesures des tests normalisés sont inappropriées ou absentes, Vetter (1988) décrit un processus à mettre en place pour les mesures informelles que le clinicien est susceptible d'utiliser à plusieurs reprises (pour une illustration, voir McCauley, 1994) :

- identification de la question spécifique concernant le patient.
- sélection d'items couvrant le contenu souhaité, pertinents et présentant des difficultés appropriées pour le patient.
- identification simultanée des réponses attendues et souhaitables pouvant raisonnablement être exécutées par le patient et notées de manière fiable par le clinicien.
- formulation d'instructions pouvant être comprises par le patient.
- élaboration de lignes directrices pour la prise de décision, y compris les lignes directrices sur les performances.

Les évaluations critériées informelles peuvent donc s'avérer plus ou moins rigoureuses selon les appuis théoriques apportés et la méthodologie employée.

### Evaluation dynamique

L'évaluation dynamique est un processus continu utilisant des procédures testant des hypothèses (raisonnement hypothético-déductif) pour identifier les procédures d'intervention et les supports potentiellement efficaces (ASHA, 2017b).

### Définition et rôles

L'évaluation dynamique trouve son origine dans l'utilisation du concept de Zone Proximale de Développement (i.e. différence entre la performance d'un enfant et sa réussite lorsqu'il est guidé par un adulte ou un pair plus expérimenté).

té) dans un contexte d'évaluation (Grigorenko, 2009 ; Hasson & Joffe, 2007). L'objectif est d'évaluer le potentiel d'apprentissage de l'enfant (Hasson & Joffe, 2007) en utilisant une variété de procédures ayant une caractéristique commune : l'intégration d'une interaction interventionniste entre l'apprenant et l'évaluateur au niveau de la tâche (Lidz & Peña, 2009).

Trois paramètres composent l'évaluation dynamique (Hasson & Joffe, 2007) :

- l'évaluateur travaille activement pour faciliter l'apprentissage et susciter une participation active de l'apprenant ;
- l'évaluation se focalise plus sur le processus que sur le résultat ;
- l'évaluation fournit des informations sur la modification des performances et les moyens par lesquels le résultat est le meilleur.

Deux procédures sont généralement employées pour réaliser une évaluation dynamique (Fuchs *et al.*, 2011) :

- a. un pré-test suivi d'une période d'apprentissage (stratégies fournies par l'évaluateur) et la passation d'un post-test pour calculer le score de « *modifiability* » (i.e. la différence entre le pré-test et le post-test) ;
- b. une quantification de l'étayage nécessaire pour atteindre le critère de réussite lors de la passation d'une épreuve.

L'évaluation dynamique permet d'évaluer les réactions face à une intervention pour juger des besoins et de l'efficacité (Lidz & Peña, 2009). L'évaluation statique ne permet pas cette démarche, ce qui force l'orthophoniste à passer par une « intervention d'essai » (Hasson & Joffe, 2007). A cet égard, Law *et al.* (1998) considèrent que l'intervention initiale devrait être considérée comme partie intégrante du processus d'évaluation.

### Avantages

Depuis quelques années, l'évaluation dynamique appliquée aux troubles du langage et des apprentissages se développe dans la recherche. Selon Lidz et Peña (2009), on ne peut plus prétendre que les preuves de la validité et de l'utilité de l'évaluation dynamique sont insuffisantes. La pertinence de l'utilisation de celle-ci pour distinguer les enfants bilingues ayant un trouble du langage ou non est riche en données empiriques (Camilleri & Law, 2013). Des études plus récentes ont également mis en avant son pouvoir discriminant dans d'autres domaines et avec des populations variées. Nous pouvons prendre deux études comme exemples.

Fuchs *et al.* (2011) démontrent qu'une utilisation combinée de l'évaluation statique et dynamique permet de réduire de manière importante le nombre de faux positifs (i.e. personnes étant détectées comme ayant des difficultés alors que

## **C**hapitre 2 L'évaluation clinique

cela n'est pas le cas) lors d'une évaluation pour dépister les élèves présentant des difficultés de résolution de problèmes. Effectivement, la spécificité est de 48 % lors de l'utilisation unique de l'évaluation statique et permet d'atteindre 70 % en combinant les deux approches.

Petersen *et al.* (2014) proposent une évaluation statique et dynamique à des enfants de Grande Section de maternelle pour évaluer la valeur prédictive des résultats au niveau des compétences de lecture en Cours Préparatoire. L'évaluation dynamique proposée est une épreuve de très courte durée (environ 5 minutes) de type « pré-test – phase d'apprentissage – post-test ». L'évaluation statique fournit une sensibilité inférieure à 80 % et une spécificité de 33 à 51 %. L'évaluation dynamique, quant à elle, permet d'obtenir une sensibilité et une spécificité supérieures à 80 %.

En résumé, les avantages sont nombreux pour le diagnostic, la classification, la sélection des cibles, la disponibilité au traitement et, donc, la prise de décision clinique (Camilleri & Law, 2013 ; Camilleri & Law, 2007).

### **Limites**

La principale limite de l'évaluation dynamique est sa dépendance à l'expertise clinique et donc l'instabilité de sa méthodologie (Hasson & Joffe, 2007). Les interventions à inclure lors de l'interaction avec l'apprenant dépendent fortement de la base de connaissances du clinicien. De plus, l'évaluation dynamique a comme caractéristique de répondre aux besoins de l'apprenant et donc de se modifier au cours de la passation (Lidz et Peña, 2009). L'élaboration d'outils d'évaluation dynamique standardisés et normalisés possédant une bonne validité et fidélité est un réel défi. Cela est néanmoins possible, comme ont pu le montrer Hasson, Dodd et Botting (2012) lors de la création d'une procédure répliquable et sensible pour évaluer la syntaxe.

La seconde limite est le manque d'outils disponibles (Hasson & Joffe, 2007). En milieu anglophone, Dockrell & Marshall (2014) n'en répertorient qu'un seul dans le domaine langagier. En francophonie, nous n'avons connaissance d'aucun outil de ce type.

### **Application clinique**

Malgré l'absence d'outils commercialisés, le clinicien peut utiliser l'évaluation dynamique de manière informelle, tout en tentant de protocoliser la démarche pour permettre une mutualisation entre les cliniciens.

Les chercheurs ont pu constater que le jugement de l'examineur sur la « *modifiability* » de l'enfant, basé sur l'observation, pendant la phase de l'enseignement de l'évaluation, avait une meilleure spécificité et sensibilité par rapport aux mesures pré- et post-test (Lidz & Peña, 2009). Une observation qualitative est donc tout à fait pertinente pour enrichir l'évaluation clinique.

Par exemple, pour évaluer un trouble phonologique, Glaspey & Stoel-Gammon (2007) utilisent la « Scaffolding Scale of Stimulability » qui permet d'évaluer le niveau de stimulabilité des phonèmes. Lorsque l'enfant ne peut produire un son dans un mot, des indices (e.g. instruction verbale, modèle verbal, segmentation, prolongation, etc.) lui sont fournis jusqu'à obtenir une production correcte ou conclure à une non-stimulabilité du phonème ciblé.

Dans le cadre d'un enfant présentant des difficultés attentionnelles, on peut se poser la question suivante lors de l'évaluation : « Comment l'enfant gère-t-il son attention à l'égard de cette tâche, et comment peut-on manipuler la tâche pour optimiser la capacité de l'enfant à participer ? » (Lidz & Peña, 2009). Dans ce type de situation, l'évaluation dynamique est une réelle plus-value pour déterminer les aides appropriées au patient et éviter de conclure, trop rapidement, à un échec aux épreuves normalisées, alors que celui-ci est causé par des difficultés d'ordre exécutif.

Au même titre que l'évaluation critériée, l'évaluation dynamique est proche des pratiques mises en place par les orthophonistes. Il est toutefois nécessaire de les formaliser pour en tirer le plus grand bénéfice.

### Illustrations cliniques

#### **Le manque de spécificité des tests normalisés pour le projet thérapeutique – une épreuve personnalisée pour les phrases relatives sujet (qui) et objet (que).**

Le plus souvent les items proposés dans les épreuves normalisées ne sont pas assez fréquents pour établir un projet thérapeutique précis.

| Données concernant le patient                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diego – 17 ans<br>Trouble du langage oral sévère sur le versant réceptif et expressif d'origine non déterminée.<br>Trouble sévère de l'acquisition de la coordination.<br>Surdité de perception légère (trouble du langage oral non imputable à la perte auditive).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Evaluation normalisée – bilan d'évolution                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Epreuve de Compréhension Syntaxico-Sémantique – score : 11 erreurs ; -2 é.t. (11 ans)<br>Les erreurs sont constatées sur les natures d'énoncé suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phrase + préposition (en dessous, sous)</li> <li>- Relative en « qui »</li> <li>- Effacement ou remplacement de relative</li> <li>- Relative en « que »</li> <li>- Adjectifs ordinaux</li> <li>- Relatives complexes (sur lequel, dont, dans lequel)</li> </ul> Question : les relatives sont-elles plus touchées selon leur nature, leur position dans la phrase et le critère de réversibilité ? |

## Chapitre 2 L'évaluation clinique

### Evaluation personnalisée

L'évaluation qualitative a été construite en tenant compte du niveau de complexité, de la nature des relatives (objet ou sujet), de leur place dans la phrase (position sujet ou objet) et du critère de réversibilité.

Quarante phrases ont été élaborées pour les phrases relatives simples et quatre-vingts phrases pour les phrases relatives complexes. La compréhension était vérifiée via une tâche de désignation.

|                                  | Compréhension des relatives simples   |                                |
|----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
|                                  | Canonique (relative sujet)            | Non Canonique (relative objet) |
| Non Réversible                   | 10/10                                 | 10/10                          |
| Réversible                       | 10/10                                 | 7/10                           |
|                                  | Compréhension des relatives complexes |                                |
|                                  | Non réversible                        | Réversible                     |
| Relative sujet en position objet | 9/10                                  | 9/10                           |
| Relative sujet en position sujet | 8/10                                  | <b>4/10</b>                    |
| Relative objet en position objet | 10/10                                 | <b>7/10</b>                    |
| Relative objet en position sujet | <b>7/10</b>                           | <b>4/10</b>                    |

Les résultats sont comparés aux repères développementaux disponibles dans la littérature (Daviault, 2011) :

- 30 mois à 42 mois : compréhension de la phrase relative sujet en position objet
- 48 mois à 66 mois : compréhension de la phrase relative sujet en position sujet
- 8 ans : compréhension de la phrase relative objet en position objet
- 9 ans 1/2 : compréhension de la phrase relative objet en position sujet

Ces différents éléments permettent de déterminer plus précisément les cibles thérapeutiques et la progression à proposer.

### Le manque de sensibilité des épreuves normalisées pour le diagnostic – un cas au niveau de l'accès lexical

#### Données concernant le patient

Etienne – 8 ans 9 mois  
Trouble du Langage Oral (DSM-5)

#### Evaluation normalisée

Nous ne disposons d'aucune épreuve normalisée de dénomination et de désignation pour réaliser une évaluation du lexique actif et passif. Nous avons des résultats de subtests de l'Exalang 8-11, mais elles ne sont pas adaptées pour évaluer les signes de manque du mot (pauses, mots vides, techniques d'approche et périphrases). Effectivement, la littérature conseille de mettre en évidence un temps de latence, ainsi qu'un écart entre le lexique actif et passif.

### Résultats de l'évaluation tirée d'un protocole de recherche

Nous présentons les épreuves d'évaluation du manque du mot élaborées par Bragard *et al.* (2010). Celle-ci se compose d'une épreuve de désignation et de dénomination de substantifs. Le temps de réponse est chronométré pour chaque item en dénomination (voir Bragard *et al.*, 2010).

| Désignation        |  | Dénomination       |                     |
|--------------------|--|--------------------|---------------------|
| Réponses correctes |  | Réponses correctes | Temps de latence    |
| 93,8 % ; 0,5 é.t.  |  | 68,7 % ; -1,4 é.t. | 2353 ms ; -2,6 é.t. |

L'évaluation proposée permet de mettre en évidence un écart entre lexique actif et passif, ainsi qu'un temps de latence trop important (temps de latence moyen par item à 8 ans : 1744 +/- 232). Au regard des différentes données obtenues lors de l'évaluation clinique, un trouble de l'accès lexical est confirmé.

### Le manque de sensibilité des tests normalisés pour la mesure des progrès – l'apport du pourcentage de consonnes correctes et du nombre de processus phonologiques simplificateurs

Marine est suivie depuis 35 séances en orthophonie à raison de deux séances par semaine. A la suite d'un travail en phonologie et en morphosyntaxe, nous proposons une nouvelle évaluation. Une épreuve de dénomination normalisée est proposée mais les résultats obtenus ne montrent pas une réelle évolution. Nous complétons par une analyse descriptive critériée.

#### Données concernant la patiente

Marine – 4 ans ½

Suspicion d'un Trouble du Langage Oral et d'un Trouble de la phonation (DSM-5)

#### Evaluation normalisée – bilan d'évolution

Exalang 3-6 – épreuve de dénomination (phonologie)

Bilan initial : 21/36 ; -1,4 é.t. (N.S. 1)

Bilan d'évolution : 24/36 ; -1,8 é.t. (N.S. 1)

Le score brut évolue très peu et la note standard est en statu quo. Nous n'avons pas d'élément mettant en évidence un réel progrès.

#### Evaluation personnalisée – bilan d'évolution

En connaissant les risques de sous-estimation des progrès d'un patient en utilisant la cotation unique des tests normalisés, nous analysons la dénomination d'images en calculant le nombre de processus phonologiques simplificateurs (PPS) et le pourcentage de consonnes (PCC) et de voyelles correctes (PVC).

## C h a p i t r e 2 L'évaluation clinique

|                   | Nombre de PPS | PCC  | PVC  |
|-------------------|---------------|------|------|
| Bilan initial     | 24            | 76,3 | 96,9 |
| Bilan d'évolution | 12            | 88,2 | 96,9 |

Nous pouvons donc constater que l'évaluation critériée permet de mettre évidence une diminution de 50 % des processus phonologiques simplificateurs et un gain de 12 % au niveau du pourcentage de consonnes correctes. Cela montre l'effet de sous-estimation engendré par l'utilisation de score des tests normalisés comme mesure unique.

### L'importance de l'étayage – la lecture labiale en répétition de syllabes.

#### Données concernant le patient

Diego – 17 ans

Trouble du langage oral sévère sur le versant réceptif et expressif d'origine non déterminée.

Trouble sévère de l'acquisition de la coordination.

Surdité de perception légère (trouble du langage oral non imputable à la perte auditive).

#### Evaluation qualitative

Tâche proposée : répétition de syllabes simples et complexes en jouant sur la position des consonnes (initiale, médiane et finale).

Indices fournis : bouche cachée ou bouche visible

Scores :

- bouche cachée : 83,3 %
- bouche visible : 98,8 %
- gain : 15,5 % entre les deux passations

Lorsqu'il ne peut voir la bouche de l'interlocuteur, Diego substitue des phonèmes par d'autres très différents au niveau du point d'articulation. Le fait de laisser la bouche visible sera donc important à prendre en compte, tant pour la passation des épreuves suivantes, que pour l'établissement du projet thérapeutique. Par ailleurs, il s'est avéré pertinent de faire conscientiser cet effet au patient.

### ◆ LE PROJET THÉRAPEUTIQUE

Le projet thérapeutique est l'aboutissement de l'évaluation clinique, mais, comme nous l'avons abordé précédemment, plusieurs auteurs (Kersner, 2012 ; Law *et al.*, 2008) suggèrent un chevauchement de ces différents temps car ce sont deux processus qui interagissent l'un avec l'autre.

Selon la démarche EBP, le projet thérapeutique va prendre naissance au point de rencontre des preuves externes, des preuves internes et des préférences du patient. Tous ces éléments seront intrinsèquement liés pour obtenir une prise de décision clinique.

Comme abordé précédemment, selon le Bulletin Officiel n° 32 du 5 septembre 2013, l'orthophoniste doit « élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique en orthophonie adapté à la situation du patient ». Certains éléments sont précisés, tels que la définition et la hiérarchisation d'objectifs à court, moyen et long terme, l'identification des conditions nécessaires pour la bonne réussite ou, encore, l'établissement d'un calendrier pour les différents objectifs posés.

Si ces éléments peuvent sembler relever du bon sens, Law *et al.* (2008) démontrent le contraire via un questionnaire adressé à des orthophonistes se qualifiant de spécialisés pour la prise en charge d'enfants présentant un trouble du langage réceptif. Dans cette étude, seulement un tiers des orthophonistes se réfère à des données théoriques pour justifier le projet thérapeutique. En ce qui concerne les moyens thérapeutiques, il est fréquent que les participants définissent la nature de l'intervention par le « nom commercial » d'un ensemble d'intervention. La justification de l'élaboration des interventions est généralement tacite.

Ce manque d'étayage méthodologique autour du projet thérapeutique conduit à développer ses propres théories d'intervention et à se laisser diriger par celles-ci (Law *et al.*, 2008). Selon Schon (cité par Law *et al.*, 2008), « les meilleurs professionnels savent plus que ce qu'ils peuvent mettre en mots ».

À la lumière de ces conclusions, il semble crucial de rendre explicites les processus de pensée pour comprendre les théories qui sous-tendent les actions, et de se réadapter si celles-ci s'avèrent être absentes ou non probantes au regard des données de la littérature.

### Quels éléments mentionner dans son projet thérapeutique ?

Avant toute chose, rappelons que la prise en compte des préférences du patient est un critère essentiel. Elle permet de discuter des cibles, des moyens, de la durée de l'intervention avec le patient, et de l'impliquer à un niveau décisionnel (Bulletin Officiel du 5 septembre 2013, Mc Curtin & Clifford 2015 ; Martinez Perez *et al.*, 2015, Roulstone, 2015). À l'issue de cet échange, le projet thérapeutique pourra être spécifié de manière détaillée.

Furnham, cité par Kersner (2012), parle des objectifs SMART, où l'intervention est organisée autour d'objectifs spécifiques (S), mesurables (M), atteignables (A), réalistes (R) et dans un temps imparti (T).

Martinez-Perez *et al.* (2015) parlent du projet thérapeutique comme d'une colonne vertébrale, servant de repère à l'intervention. Il va permettre de cibler des objectifs précis, tout en détaillant sa forme et sa progression. Elles fournissent plusieurs étapes permettant de préciser, argumenter et évaluer les objectifs thérapeutiques définis pour la prise en charge lorsque l'évaluation clinique a permis de prendre connaissance du profil du patient :

## C chapitre 2 L'évaluation clinique

- sélectionner les objectifs à long terme et à court terme selon deux types :
  - ⇒ modifier la difficulté ;
  - ⇒ apprendre des stratégies de compensation.
- définir les objectifs à court terme en stipulant :
  - ⇒ le résultat attendu ;
  - ⇒ les stratégies d'intervention ;
  - ⇒ les activités de l'intervention et la progression.

Nous renvoyons le lecteur à l'article-source de Martinez-Perez, *et al.* (2015) pour une description détaillée et des illustrations cliniques.

Dans leur ouvrage, McCauley & Fey (2017) détaillent les éléments à stipuler pour décrire une intervention (voir Tableau 2). Si ceux-ci ont à la base été rédigés pour structurer chaque chapitre de leur livre, ils sont toutefois très intéressants pour le clinicien afin de détailler les actions thérapeutiques.

**Tableau 2 :** Éléments du protocole de rééducation, d'après une adaptation libre de McCauley et Fey (2017)

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Population cible</b>                                            | Âge, diagnostic, « compétences préalables »                                                                                                                                                                                |
| <b>Base théorique</b>                                              | Justification dominante de l'intervention, y compris les hypothèses concernant le défi, la stratégie compensatoire et la nature des résultats souhaités                                                                    |
| <b>Base empirique</b>                                              | Discussion détaillée des études qui appuient le traitement ou les composantes de celui-ci, et un tableau de preuve qui fournit une information rapide concernant la force des design utilisés et des résultats obtenus     |
| <b>Vue d'ensemble de l'évaluation et de la prise de décision :</b> | Description des principales évaluations pour observer la pertinence de l'intervention, des cibles de traitement initiales et secondaires, de l'évolution grâce au traitement et de l'arrêt du traitement                   |
| <b>Exigences pratiques :</b>                                       | Formation nécessaire, type de séance, informations de dosage (durée, fréquence, nombre de sessions)                                                                                                                        |
| <b>Composants-clés :</b>                                           | Description de l'approche qui peut inclure une discussion sur le type d'objectifs visés, la stratégie pour traiter des objectifs multiples (séquentiel, cyclique, simultané), les procédures, les activités et le matériel |
| <b>Application à un cas individuel :</b>                           | Illustration des réponses du patient au traitement                                                                                                                                                                         |

De plus, McCauley & Fey (2017) distinguent les stratégies verticales (i.e. un objectif à la fois, et l'objectif suivant dépend de la réussite du précédent), les stratégies horizontales (i.e. plusieurs objectifs simultanés au sein d'une même session) et les stratégies cycliques (les cibles sont travaillées à plusieurs reprises).

Ils évoquent également l'importance de spécifier les ingrédients actifs (i.e. les conditions d'application de l'intervention).

En résumé, l'élaboration du projet thérapeutique relève d'un processus complexe et coûteux puisqu'il oblige à cadrer l'intervention, planifier les activités, définir des objectifs clairs, etc. tout en ayant en tête la notion de ZPD. Nous posons l'hypothèse que ce travail jugé laborieux d'un premier abord est compensé par un gain non négligeable, à la fois sur la préparation des séances avec le patient, et dans la spécificité de la thérapie. Il ne s'agit plus de « travailler dans ce domaine parce que l'enfant en a besoin » (traduction libre de Law *et al.*, 2008), mais bien d'agir avec une intervention ciblée.

### Deux illustrations cliniques

Le projet thérapeutique peut prendre différentes formes selon qu'il se base plus ou moins sur l'expertise du clinicien ou sur la recherche de données probantes dans la littérature. Nous allons donc vous présenter deux projets thérapeutiques se distinguant à ce niveau.

#### Phonologie – Metaphon

Justin est amené par ses parents qui s'inquiètent pour son intelligibilité.

| Données concernant le patient                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Justin – 4 ans                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Intelligibilité réduite dans le discours et en langage spontané                                                                                                                                                                                                                   |
| Objectifs                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| A long terme :<br>intelligibilité satisfaisante en langage spontané                                                                                                                                                                                                               |
| À court terme :<br>une prise de conscience des différences entre les phonèmes sourds et sonores<br>une production phonologique correcte pour les items travaillés.                                                                                                                |
| Résultats attendus                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Une production phonologique lui permettant d'être compris par l'entourage en situation de production spontanée sur les mots travaillés, puis ceux partageant les mêmes caractéristiques et enfin à tout le répertoire phonologique.<br>Les cibles sont les phonèmes constrictifs. |
| Principes d'intervention                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Travail du processus de substitution en travaillant sur l'assourdissement.<br>Ralentir le débit.                                                                                                                                                                                  |
| Progression                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Référence : Dean & Howell (1994), auteurs de la Thérapie Metaphon<br>Soit concept / son / phonème / mot.<br>Des activités courtes et variées pour maintenir l'engagement dans la tâche et susciter une généralisation des acquis sont proposées.                                  |

### Accompagnement parental

À la suite d'une demande de rendez-vous, il s'avère nécessaire de rencontrer un enfant de 3 ans ½ présentant des difficultés langagières. Manquant d'expérience pour des enfants de moins de quatre ans, une question de base est posée afin de réaliser une recherche succincte dans la littérature. Le protocole de rééducation est rédigé à la suite de la lecture de deux articles :

| Question clinique                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quels sont les ingrédients actifs d'une intervention langagière auprès d'un enfant d'âge préscolaire avec peu de langage ? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Population-cible                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Âge                                                                                                                        | 3 ans 1/2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Hypothèse diagnostique                                                                                                     | Trouble du Langage Oral avec comorbidité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Troubles associés                                                                                                          | Retard sur le plan moteur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Bases théoriques                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Justification ou références                                                                                                | Sylvestre, A., & Desmarais, C. (2015). Stimuler le développement langagier des jeunes enfants : état des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie. <i>ANAE</i> , 135, 180–187.<br>Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions: A Meta-Analysis. <i>American Journal of Speech-Language Pathology</i> , 20(3), 180. <a href="https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0055)">https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0055)</a>                     |
| Récapitulatif des preuves                                                                                                  | Voir Annexe A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Résultats attendus                                                                                                         | Augmentation des productions verbales (intentions, vocabulaire, syntaxe) et amélioration de la stimulation langagière parentale.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ingrédients actifs                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Objectifs                                                                                                                  | Concernant le patient :<br>- augmenter le nombre d'intentions de communication<br>- augmenter la longueur moyenne de l'énoncé (LME)<br>- augmenter le stock lexical<br>Concernant les parents :<br>- diminuer l'anxiété parentale<br>- améliorer la stimulation langagière apportée par les parents via :<br>⇒ une meilleure réceptivité aux intentions de communication<br>⇒ un accroissement de l'utilisation de deux techniques :<br>le modèle verbal, l'expansion<br>⇒ une meilleure connaissance de la ZPD de leur enfant |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Principes                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention triadique (intervenant-parent-enfant) afin d'intervenir sur l'interaction parent-enfant et la stimulation du langage.</li> <li>- Sensibilisation à la réceptivité des intentions de communication</li> <li>- Techniques de stimulation principales : expansion et modèle verbal</li> <li>- Meilleure adaptation à la Zone Proximale de Développement et aux attentes</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Moyens                     | <p>Progression :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. observation de la stimulation langagière parentale</li> <li>2. débriefing avec les parents concernant l'observation réalisée, les objectifs thérapeutiques et l'explication du concept de ZPD</li> <li>3. intervenant agit avec l'enfant pour fournir un modèle au parent               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) à partir des intérêts, être vigilant aux intentions de communication et créer des situations de communication</li> <li>b) modèle verbal</li> <li>c) autoverbalisation et le langage parallèle</li> <li>d) expansion</li> </ol> </li> <li>4. le parent interagit avec l'enfant sous la supervision de l'intervenant (en reprenant les points précédents)</li> <li>5. le parent met en place les techniques dans les routines quotidiennes</li> </ol> <p>Outils : jeux et livres à disposition dans le bureau, supervision par le thérapeute (feedback et analyse critique)</p> |
| <b>Exigences pratiques</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Durée                      | Séance : 30 minutes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                            | Traitement : 2 mois + 2 mois                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Fréquence                  | 2x/semaine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Nbre de séances            | Environ 32                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Intervenant                | Orthophoniste + parents                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

### ◆ L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION

L'évaluation de l'efficacité de l'intervention fait partie des devoirs de l'orthophoniste comme le stipule le Bulletin Officiel n° 32 du 5 septembre 2013 : « observation en situation individuelle ou collective des effets thérapeutiques sur le patient et sur ses interactions avec son environnement ». L'ASHA précise également, dans son code éthique, que l'orthophoniste doit relier ses choix cliniques avec une efficacité (ASHA, 2016). La PBE trouve son origine dans cette lignée.

Comme nous l'avons développé auparavant, l'utilisation de tests normalisés pour évaluer l'efficacité de l'intervention est une pratique courante, mais non conseillée par les données de la littérature (Dollaghan, 2007 ; McCauley &

## **C**hapitre 2 L'évaluation clinique

Swisher, 1984). Nous nous attacherons donc à développer les objectifs, les limites et, plus particulièrement, les moyens à disposition pour vérifier l'effet spécifique de son intervention.

### **Objectifs**

Dans la démarche EBP, l'évaluation de l'efficacité de l'intervention est essentielle afin d'analyser sa pratique et de la modifier si cela s'avère nécessaire. Dodd (2007) évoque l'impact positif que peut générer ce travail sur le clinicien. La confiance dans la prise de décision clinique et la justification s'y rattachant peuvent permettre à l'orthophoniste de faire valoir ses compétences.

Une méthodologie adaptée permet d'éviter au maximum des erreurs d'interprétation pouvant être commises (Schelstraete, 2011) telles que des changements positifs perçus automatiquement comme des progrès (McCauley & Swisher, 1984). Il s'agit de contrôler plus ou moins de variables pour éviter de tirer des conclusions erronées.

### **Les limites**

Si elle est un outil précieux pour les orthophonistes, il faut rester vigilant car la PBE ne remplace aucunement l'EBP. Selon Lof (2011), l'EBP maximalise la validité interne (i.e. niveau de confiance concernant le fait que c'est l'intervention qui a causé les changements), alors que la PBE maximalise la validité externe (i.e. utilité des données pour d'autres situations). C'est dans cette optique que la PBE est considérée par cet auteur comme une partie intégrante de l'EBP (voir Figure 2).

Lilienfeld *et al.* (2014) plaident pour une vigilance des cliniciens à ne pas considérer les preuves tirées de l'EBP et de la PBE sur le même niveau. La vérification de l'efficacité de l'intervention, même avec une méthodologie rigoureuse, ne peut remplacer les données de la recherche. De nombreuses variables ne peuvent être contrôlées en situation clinique.

Le clinicien peut inconsciemment attribuer des progrès au patient alors qu'ils sont dus à une maturation spontanée, à un effet à long terme d'un traitement préalable (Bain, 1991 ; Brackenbury, 2008), à un effet placebo (i.e. réaction subjective du patient à l'égard du traitement) ou, encore, à des biais cognitifs du type « biais de confirmation » (croire en une évolution du fait d'un investissement temporel, financier, motivationnel) (Dollaghan, 2007 ; Lilienfeld *et al.*, 2014).

Plusieurs méthodes d'évaluation sont à disposition du clinicien : le calcul de la différence significative à des épreuves normalisées en utilisant l'intervalle de confiance, les tests critériés et les lignes de base (Bain, 1991 ; Ebbels, 2017 ; Lof, 2011 ; McCauley et Swisher, 1984). Si celles-ci diffèrent fortement dans leurs

moyens et objectifs, le clinicien pourra y trouver des éléments pour s'adapter au mieux à la situation clinique donnée et aux conditions dans lesquelles il exerce.

### Outils pour l'évaluation de l'efficacité de l'intervention

L'évaluation de l'efficacité de l'intervention doit se faire au moyen de tâches ciblant les comportements spécifiques sollicités durant la thérapie (McCauley & Swisher, 1984 ; Brackenbury, 2008). Selon Bain (1991), il est de la responsabilité des cliniciens de sélectionner et/ou développer des mesures valides (i.e. orientées sur la cible clinique) et fiables (i.e. donnant des résultats cohérents lorsqu'elles sont appliquées à différents moments et par différents observateurs).

Comme évoqué auparavant, le clinicien peut utiliser :

- des épreuves normalisées en mettant en évidence une différence significative par rapport à ce qui serait attendu d'un point de vue développemental (le calcul de l'intervalle de confiance est primordial) ;
- des critères référencés (voir le point 3.4.3 pour une illustration clinique) ;
- des lignes de base (i.e. mesures présentées avant et après l'intervention pour évaluer la spécificité et la généralisation de ce qui a été travaillé).

Pour ces dernières, le clinicien peut s'inspirer des designs expérimentaux présents dans la recherche (pour une revue de littérature précise sur cette question, voir Ebbels, 2017). Si l'application stricte n'est pas possible, plusieurs idées sont transférables (Dollaghan, 2007 ; Wambaugh, 2007) en ce qui concerne les Single-Subject Design (SSD).

Pour la conception des lignes de base, Martinez et *al.* (2015) décrivent 4 mesures permettant d'évaluer l'intervention :

- la mesure 1 (M1) permet d'objectiver les progrès du patient sur la cible thérapeutique ;
- la mesure 2 (M2) évalue un transfert attendu via la prise en charge ;
- la mesure 3 (M3) évalue un transfert hypothétique à la suite de la prise en charge ;
- la mesure 4 (M4) permet de s'assurer de la spécificité de l'intervention (mesure contrôle).

Les mesures 1 et 4 constituent les mesures indispensables pour l'élaboration d'une ligne de base. Il est au minimum nécessaire de pouvoir avancer que la prise en charge a un effet spécifique. La technique est simple d'abord, elle n'en est cependant pas moins complexe dans la réalité clinique (Ebbels, 2017). La mise en place de la technique des lignes de base requiert de la précision sur les objectifs thérapeutiques (voir section précédente), et également de la planification dans la thérapie. Plusieurs auteurs décrivent la nécessité d'un plan d'action prédéfini avant le début du traitement (Ebbels, 2017 ; Dollaghan, 2007 ; Wambaugh, 2007).

## Chapitre 2 L'évaluation clinique

La complexité des lignes de base varie selon plusieurs paramètres :

- le nombre de mesures : présence d'une mesure 2 et 3 ? ;
- l'approche d'intervention utilisée : verticale, horizontale ou cyclique ;
- les temps d'évaluation :
  - ⇒ une période de référence (i.e. deux pré-tests sont proposés avant l'intervention pour évaluer la progression naturelle) est-elle présente ?
  - ⇒ l'efficacité de l'intervention est-elle évaluée lors d'un post-test intermédiaire (i.e. au milieu de l'intervention), immédiat (i.e. à la fin de l'intervention) différé (i.e. après un laps de temps sans intervention) ou lors de ces trois temps ?
- les modalités de passation des tâches proposées ;
- le nombre d'items nécessaires et les variables à contrôler (e.g. critères psycholinguistiques en langage).

La conception des lignes de base et les hypothèses concernant les résultats attendus sont directement liées aux connaissances théoriques du clinicien concernant les modèles théoriques, la pathologie et les données probantes concernant l'intervention choisie. L'élaboration pourra fortement varier selon la situation, mais le clinicien pourra également gagner en expertise via une meilleure connaissance des qualités et des faiblesses des différentes méthodologies (Ebbels, 2017).

### Illustrations cliniques

#### Lexique – organisation sémantique

Dans la ligne de base présentée ci-dessous, nous avons choisi une méthodologie par items spécifiques.

| Données concernant le patient                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                     |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|---------------------|---------------------|
| Elie - 10 ans                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                     |                     |
| Protocole de rééducation                                                                                                                                                                                                                            |          |           |                     |                     |
| Rééducation de l'organisation sémantique et de la représentation lexicale, avec des activités principalement sémantiques, à partir du protocole de Bragard et Maillart (2005). Un thème a été travaillé entre 3 et 6 séances selon les difficultés. |          |           |                     |                     |
| Résultats                                                                                                                                                                                                                                           |          |           |                     |                     |
| Cat. sémantique                                                                                                                                                                                                                                     | Pré-test | Post-test | Post-test différé 1 | Post-test différé 2 |
| Animaux (M1)                                                                                                                                                                                                                                        | 29/40    | 38/40     | 33/40               |                     |
| Vêtements (M1)                                                                                                                                                                                                                                      | 23/40    | 40/40     | 38/40               | 34/40               |
| M. de transport (M1)                                                                                                                                                                                                                                | 22/40    | 33/40     | 34/40               | 30/40               |
| Ecole et formes (M4)                                                                                                                                                                                                                                | 29/40    | 28/40     | 27/40               |                     |

### Analyse qualitative des résultats

Les résultats obtenus au post-test immédiat indiquent que pour toutes les catégories sémantiques, l'évolution est significative. Ceci implique que la thérapie proposée au patient a permis un progrès : les items travaillés sont désormais plus accessibles au niveau lexical.

Les post-tests différés (proposés à 3 mois ou à 10 mois) montrent un bon maintien.

### Langage écrit – apprentissage sans erreur et le transfert sur des mots morphologiquement proches

Les lignes de base permettent d'évaluer les progrès à la suite de l'intervention, mais cela est également un indicateur de la persistance des difficultés, des possibilités de transfert des compétences et de l'efficacité des moyens d'intervention pour un patient donné. Nous avons choisi d'illustrer ces éléments en fournissant le comparatif des résultats pour deux patients de même niveau scolaire et ayant réalisé le même protocole d'intervention à domicile.

#### Données concernant les patients

|                                                                        |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Victor – CM2                                                           | Zoé – CM2                                               |
| Trouble Spécifique des Apprentissages en lecture et en écriture sévère | Trouble Spécifique des Apprentissages en écriture léger |

#### Protocole de rééducation

|                                                                      |                                         |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Protocole à domicile pendant 7 semaines                              | Protocole à domicile pendant 8 semaines |
| Rééducation en parallèle au niveau de la morphologie dérivationnelle | Aucune rééducation en parallèle         |

#### Résultats

Mesure 1 (M1) : mots travaillés en séance

Mesure 2 (M2) : mots non travaillés mais morphologiquement proches des items travaillés

Mesure 4 (M4) : mots non travaillés et non morphologiquement proches des items travaillés (mesure contrôle)

Victor :

|    | Pré-test |             | Post-test immédiat |             | Post-test différé |             |
|----|----------|-------------|--------------------|-------------|-------------------|-------------|
|    | Lecture  | Orthographe | Lecture            | Orthographe | Lecture           | Orthographe |
| M1 | 34/42    | 18/42       | 42/42              | 42/42       | 42/42             | 37/42       |
| M2 | 19/21    | 13/21       | 18/21              | 15/21       | 20/21             | 16/21       |
| M4 | 19/21    | 8/21        | 20/21              | 13/21       | 21/21             | 13/21       |

Zoé :

|    | Pré-test |                   | Post-test immédiat |                   | Post-test différé |                   |
|----|----------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|    | Lecture  | Ortho-<br>graphie | Lecture            | Ortho-<br>graphie | Lecture           | Ortho-<br>graphie |
| M1 | 39/42    | 10/42             | 42/42              | 41/42             | 41/42             | 36/42             |
| M2 | 18/21    | 3/21              | 19/21              | 15/21             | 19/21             | 14/21             |
| M4 | 21/21    | 2/21              | 20/21              | 3/21              | 21/21             | 6/21              |

### Comparaison entre les deux patients

Pour Victor, nous notons un maintien des performances à 100 % en lecture et à 75 % en orthographe après 3 mois sans intervention. Il n'y a pas d'éléments nous permettant de supposer un éventuel transfert pour les mots morphologiquement proches, malgré le travail réalisé en séance au niveau de la morphologie dérivationnelle.

Pour Zoé, le maintien des performances est de 83 % après trois mois sans intervention. De plus, nous notons un maintien aussi bon pour la liste-transfert que sur les mots de la même famille (transfert à 57 % entre le pré-test et le post-test immédiat) alors qu'elle n'a pas bénéficié de rééducation au niveau de la conscience morphologique. Cela est certainement à mettre en lien avec son bon niveau langagier.

Ces lignes de base ont donc permis de contrôler l'efficacité de l'intervention pour chaque patient mais également de préciser les réponses différentes à celle-ci selon le profil initial. C'est une source d'informations non négligeable en ce qui concerne les résultats que l'on peut attendre au travers de la même intervention.

### ◆ L'AUTO-ÉVALUATION

L'auto-évaluation est la dernière étape de l'EBP : c'est une remise en question de la part du clinicien envers son travail. L'auto-évaluation trouve sa place dans ce que Kamhi (2011) appelle un équilibre à trouver entre la certitude et l'incertitude. Le clinicien doit avoir suffisamment confiance en ses propres compétences vis-à-vis de son patient, tout en ayant conscience de sa subjectivité. Maillart & Durieux (2012) parlent de la démarche clinique comme d'un outil réflexif qui doit permettre des allers-retours entre ce qui a été observé, pensé, créé, travaillé et les résultats obtenus pour le patient. Prendre un temps d'analyse sur le cheminement effectué permet de corriger ce qui le mérite. L'intérêt est également de pouvoir formaliser des documents qui pourront être utilisés ultérieurement pour des patients avec des problématiques similaires.

Sackett suggère de pratiquer l'auto-évaluation à chaque étape de l'EBP et propose quelques questions permettant d'évaluer sa pratique (voir Maillart & Durieux (2012) pour une traduction). Dans le même esprit, Brackenbury (2008) parle de l'usage des auto-évaluations régulières pour juger des fondements théoriques et de la formalisation de l'intervention.

Dans notre pratique, nous utilisons des grilles d'auto-évaluation afin de nous questionner à la fois sur le fond et sur la forme (voir Annexe B). Cela permet de prendre un temps d'analyse et de garder une trace écrite des problèmes rencontrés en ce qui concerne la méthodologie de recherche, la construction des lignes de base, l'élaboration des protocoles de rééducation, etc. C'est également l'occasion de dégager d'autres questions cliniques qui vont générer elles-mêmes de nouvelles recherches et l'acquisition de nouvelles connaissances. Nous considérons cette étape-clé afin de bénéficier au mieux du travail réalisé.

### ◆ CONCLUSION

L'évaluation clinique est un réel défi pour l'orthophoniste qui doit prendre de nombreuses décisions tout en tenant compte des contraintes pratiques (Dockrell & Marshall, 2014). Si la recherche a déjà pu mettre en évidence le décalage entre les connaissances scientifiques et les pratiques des thérapeutes (Haute Autorité de Santé, 2005), mais également dans la profession (Durieux *et al.*, 2016; McCurtin, 2015), il a été montré que cela est également le cas au niveau de l'évaluation clinique (Huang *et al.*, 1997; Kerr *et al.*, 2003).

Afin de fournir les meilleurs soins au patient, il est primordial que le clinicien prenne appui sur des données probantes en veillant à :

- connaître les outils, leurs utilités et leurs limites (Betz *et al.*, 2013; McCauley & Swisher, 1984; Spaulding, 2012) ;
- être demandeur d'outils d'évaluation valides, fidèles, sensibles et spécifiques (Leclercq & Veys, 2014) ;
- utiliser les outils adaptés à une situation donnée (Lefebvre & Trudeau, 2005; McCauley & Swisher, 1984; McCauley, 1996) ;
- appuyer les projets thérapeutiques sur des modèles théoriques ou des interventions éprouvées (Law *et al.*, 2008; Maillart & Durieux, 2012) ;
- vérifier l'efficacité de l'intervention proposée en maximisant le contrôle expérimental (Bain, 1998; Blackenbury, 2008; Ebbels, 2017; Wambaugh, 2007) ;
- s'autoévaluer (Dollaghan, 2007; Maillart & Durieux, 2012).

Le travail à réaliser est important de par le manque d'outils d'évaluation critériée ou dynamique à disposition (Dockrell & Marshall, 2014; McCauley, 1994). Si leur conception est un réel défi, le clinicien dispose de ressources pour s'adapter aux nouvelles demandes qui lui sont faites. La pratique clinique peut être enrichie par des méthodes scientifiques, ce qui fait tout l'intérêt de l'Evidence-Based Practice et de la Practice-Based Evidence. Nous espérons avoir pu démontrer l'apport de ces démarches via les vignettes cliniques mais, surtout, que c'est une pratique tout à fait accessible, à condition de se laisser le temps de procéder étape par étape.

## **C**hapitre 2 L'évaluation clinique

---

L'évaluation clinique est certainement un des éléments par lequel il est pertinent de commencer étant donné qu'il s'agit d'un processus dynamique engendrant un « effet domino » : connaissance du profil du patient > choix thérapeutiques > moyens d'intervention > mesure de l'efficacité > auto-évaluation > adaptation. La pratique orthophonique ne pourra être que valorisée par la mise en place de méthodologies scientifiques.

◆ **BIBLIOGRAPHIE**

- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (2017a). Aphasia (Practice Portal). Retrieved from [www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Aphasia/](http://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Aphasia/)
- AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION. (2017b). Assessment Tools, Techniques, and Data Sources. Retrieved from <https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Late-Language-Emergence/Assessment-Tools-Techniques-and-Data-Sources/>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2016). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Health Sciences France.
- 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>
- BAKER, E., & MCLEOD, S. (2011). Evidence-Based Practice for Children With Speech Sound Disorders - Part 2 Application to Clinical Practice. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 42, 140–151.
- BÉTRANCOURT, P. (2010). Evaluation de la pratique professionnelle du bilan orthophonique... c'est parti ! L'orthophoniste, 301, 9–11.
- BÉTRANCOURT, P. (2006). Evaluation des pratiques, démarche mesurée et rigoureuse. L'orthophoniste, 263, 6.
- MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR DE LA RECHERCHE ET DE LA RECHERCHE (2013). *Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités (Bulletin officiel n° 32)*.
- BETZ, S., EICKHOFF, J., & SULLIVAN, S. (2013). Factors Influencing the Selection of Standardized Tests for the Diagnosis of Specific Language Impairment. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 44(April), 133–147. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2012/12-0093\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012/12-0093))
- BRAGARD, A., & MAILLART, C. (2005). Evaluation et rééducation de l'organisation sémantique chez l'enfant : étude d'un cas clinique. *Glossa, Unadreo*, 94, 48–69.
- BRAGARD, A., SCHELSTRAETE, M.-A., COLLETTE, E., & GRÉGOIRE, J. (2010). Évaluation du manque du mot chez l'enfant : données développementales récoltées auprès d'enfants francophones de 7 à 12 ans. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 60(2), 113–127. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.11.003>
- BYNG, S., & BLACK, M. (1995). What makes a therapy? Some parameters of therapeutic intervention in aphasia. *European Journal of Disorders of Communication: The Journal of the College of Speech and Language Therapists, London*, 30(3), 303–16.
- CAESAR, L. G., & KOHLER, P. D. (2009). Tools Clinicians Use: A Survey of Language Assessment Procedures Used by School-Based Speech-Language Pathologists. *Communication Disorders Quarterly*, 30(4), 226–236. <https://doi.org/10.1177/1525740108326334>
- CAMILLERI, B., & LAW, J. (2013). Dynamic assessment of word learning skills of pre-school children with primary language impairment. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(5), 507–516. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.847497>

- DAVIAULT, D. (2011). L'émergence et le développement du langage chez l'enfant. Chenelière Education.
- DEAN, E. C., HOWELL, J., WATERS, D., & REID, J. (1995). Metaphon: A metalinguistic approach to the treatment of phonological disorder in children. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 9(1), 1–19. <https://doi.org/10.3109/02699209508985318>
- DOCKRELL, J. E., & MARSHALL, C. R. (2014). Measurement Issues: Assessing language skills in young children. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(2), 116–125. <https://doi.org/10.1111/camh.12072>
- 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>
- DOLLAGHAN, C. A. (2007). *The Handbook for Evidence-Based Practice in Communication Disorders*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- DURIEUX, N., PASLEAU, F., PIAZZA, A., DONNEAU, A.-F., VANDENPUT, S., & MAILLART, C. (2016). Information behaviour of French-speaking speech-language therapists in Belgium: results of a questionnaire survey. *Health Information & Libraries Journal*, 33(1), 61–76. <https://doi.org/10.1111/hir.12118>
- EBBELS, S. H. (2017). Intervention research: Appraising study designs, interpreting findings and creating research in clinical practice. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19(3), 218–231. <https://doi.org/10.1080/17549507.2016.1276215>
- EMANUEL, R., CHIAT, S., & ROY, P. (2007). Evaluation of the clinical decisions made for 2 year olds referred for speech and language therapy: a follow up study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42(s1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/13682820601171514>
- FUCHS, L. S., COMPTON, D. L., FUCHS, D., HOLLENBECK, K. N., HAMLETT, C. L., & SEETHALER, P. M. (2011). Two-Stage Screening for Math Problem-Solving Difficulty Using Dynamic Assessment of Algebraic Learning. *Journal of Learning Disabilities*, 44(4), 372–380. <https://doi.org/10.1177/0022219411407867>
- GAUL BOUCHARD, M.-E., FITZPATRICK, E. M., & OLDS, J. (2009). Analyse psychométrique d'outils d'évaluation utilisés auprès des enfants francophones, 33(3), 129–139.
- GLASPEY, A., & STOEL-GAMMON, C. (2007). A dynamic approach to phonological assessment. *Advances in Speech Language Pathology*, 9(4), 286–296. <https://doi.org/10.1080/14417040701435418>
- GREEN, L. (2008). Making research relevant: If it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence? *Family Practice*, 25, 20–24. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmn055>
- GRIGORENKO, E. L. (2009). Dynamic Assessment and Response to Intervention: Two Sides of One Coin. *Journal of Learning Disabilities*, 42(2), 111–132. <https://doi.org/10.1177/0022219408326207>
- HASSON, N., DODD, B., & BOTTING, N. (2012). Dynamic assessment of sentence structure (DASS): Design and evaluation of a novel procedure for the assessment of syntax in children with language impairments. *International Journal of Language and COMMUNICATION DISORDERS*, 47(3), 285–299.

- HASSON, N., & JOFFE, V. (2007). The Case for Dynamic Assessment in Speech and Language Therapy. *Child Language Teaching and Therapy*, 23(1), 9–25. <https://doi.org/10.1177/0265659007072142>
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. (2005). *L'Évaluation des Pratiques Professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé*.
- HUANG, R.-J., HOPKINS, J., & NIPPOLD, M. A. (1997). Satisfaction with standardized language testing: A survey of speech-language pathologists. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28(1), 12–29. <http://dx.doi.org.proxy.library.vanderbilt.edu/10.1044/0161-1461.2801.12>
- KAMHI, A. G. (2011). Epilogue - Balancing Certainty and Uncertainty in Clinical Practice. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 42(1), 59. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2009/09-0034\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2009/09-0034))
- KERR, M. A., GUILDFORD, E., & BIRD, E. K. (2003). Standardized Language Test Use: A Canadian Survey, 27(1).
- KERSNER, M. (2012). The decision-making process in speech and language therapy. In *Speech and language therapy. The decision-making process when working with children* (pp. 5–15).
- LAFAY, A., & CATTINI, J. (en révision). Analyse psychométrique d'outils d'évaluation mathématique utilisés auprès des enfants francophones. *The Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*.
- LAW, J., CAMPBELL, C., ROULSTONE, S., ADAMS, C., & BOYLE, J. (2008). Mapping practice onto theory: the speech and language practitioner's construction of receptive language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(3), 245–263. <https://doi.org/10.1080/13682820701489717>
- LECLERCQ, A. L., & VEYS, E. (2014). Réflexions sur le choix de tests standardisés lors du diagnostic de dysphasie. *ANAE - Approche Neuropsychologique Des Apprentissages Chez l'Enfant*, 26(131).
- LECOCQ, P. (1996). L'É. CO.S.SE: une épreuve de compréhension syntaxico-sémantique. Presses Universitaires du Septentrion.
- LEFEBVRE, P., & TRUDEAU, N. (2005). L'orthophoniste et les tests normalisés. *Fréquences*, 17(2), 17–20.
- LIDZ, C., & PEÑA, E. (2009). Response to Intervention and Dynamic Assessment: Do We Just Appear to Be Speaking the Same Language? *Seminars in Speech and Language*, 30(2), 121–133. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1215719>
- LIMBRICK, N., MCCORMACK, J., & MCLEOD, S. (2013). Designs and decisions: The creation of informal measures for assessing speech production in children. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(3), 296–311. <https://doi.org/10.3109/17549507.2013.770552>
- LOF, G. L. (2011). Science-based practice and the speech-language pathologist. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(3), 189–196. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.528801>
- MAILLART, C., & DURIEUX, N. (2012). Une initiation à la méthodologie « Evidence-Based Practice »: Illustration à partir d'un cas clinique. In *Les dysphasies: de l'évaluation à la rééducation* (Elsevier M, pp. 129–152).

- MACLEOD, A. A. N., SUTTON, A., SYLVESTRE, A., THORDARDOTTIR, E., & TRUDEAU, N. (2014). Outil de dépistage des troubles du développement des sons de la parole : bases théoriques et données préliminaires Screening. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 38(1), 40–56.
- 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. J., & FEY, M. E. (2017). Introduction to Treatment of Language Disorders in Children. In Baltimore (Ed.), *Treatment of language disorders in children* (pp. 1–23). Brookes P.
- MCCAULEY, R. (1994). Familiar Strangers: Criterion-Referenced Measures in Communication Disorders. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 27, 122–131. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2702.122>
- MCCAULEY, R. J. (1989). Measurement as a dangerous activity. *Journal of the Ohio Speech and Hearing Association*, 13(1), 29–32.
- MCCAULEY, R. J., & SWISHER, L. (1984). Use and misuse of norm-referenced tests in clinical assessment: a hypothetical case. *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 49(4), 338–48. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/6389982>
- 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. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(6), 1178–1189. <https://doi.org/10.1111/jep.12385>
- O'CONNOR, S., & PETTIGREW, C. M. (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/10.1080/13682820802585967>
- PARISSE, C., & LE NORMAND, M.-T. (2007). Une méthode pour évaluer la production du langage spontané chez l'enfant de 2 à 4 ans. *Glossa, Unadreo*, 97, 10–30.
- PETERSEN, D. B., ALLEN, M. M., & SPENCER, T. D. (2014). Predicting Reading Difficulty in First Grade Using Dynamic Assessment of Decoding in Early Kindergarten: A Large-Scale Longitudinal Study. *Journal of Learning Disabilities*, 49(2), 200–215. <https://doi.org/10.1177/0022219414538518>
- PICKSTONE, C., GOLDBART, J., MARSHALL, J., REES, A., & ROULSTONE, S. (2009). A systematic review of environmental interventions to improve child language outcomes for children with or at risk of primary language impairment. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 9(2), 66–79. <https://doi.org/j.1471-3802.2009.01119.x>
- PIÉRART, B. (2005). Nature et fonctions des bilans. In *Les bilans de langage et de voix - fondements théoriques et pratiques* (Masson, pp. 7–13).
- ROULSTONE, S., PETERS, T. J., GLOGOWSKA, M., & ENDERBY, P. (2008). Predictors and outcomes of speech and language therapist's treatment decisions. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(3), 146–155. <https://doi.org/10.1080/17549500801894362>
- ROULSTONE, S. (2015). Exploring the relationship between client perspectives, clinical expertise and research evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(3), 211–221. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1016112>

- SCHELSTRAETE, M.-A. (2011). Méthodologie de l'intervention clinique. In *Traitements du Langage Oral Chez L'enfant* (pp. 29–56). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-71450-4.00002-8>
- SPAULDING, T. J. (2012). Comparison of severity ratings on norm-referenced tests for children with specific language impairment. *Journal of Communication Disorders*, 45(1), 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2011.11.003>
- SYLVESTRE, A., & DESMARAIS, C. (2015). Stimuler le développement langagier des jeunes enfants : état des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie. *ANAE - Approche Neuropsychologique Des Apprentissages Chez l'Enfant*, 135, 180–187.
- SYLVESTRE, A., CRONK, C., ST-CYR TRIBBLE, D., & PAYETTE, H. (2002). Vers un modèle écologique de l'intervention orthophonique auprès des enfants. *Journal of Speech Language Pathology and Audiology*, 26(4), 180–196.
- THIBAUT, M.-P. & HELLOIN, M.-C. (2006). Batterie informatisée pour l'examen du langage oral et écrit chez l'enfant de 3 à 6 ans. Mont-Saint-Aignan : Orthomotus.
- THIBAUT, M.-P., LENFANT, M., & HELLOIN, M.-C. (2012). *Bilan informatisé pour l'examen du langage et des compétences transversales chez l'enfant de 8 à 11 ans*. Mont-Saint-Aignan : Orthomotus.
- ROBERTS, M. Y., & KAISER, A. P. (2011). The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions: A Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0055\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0055))
- VETTER D. K. (1988). Designing informal assessment procedures. In D. E. Yoder, & R. D. Kent (Eds.), *Decision making in speech-language pathology*. (pp. 192 – 193) . Philadelphia, PA : B. C. Decker
- VYGOTSKY, L. S., 1978, IN M. COLE, V. JOHN-STEINER, S. SCRIBNER AND E. SOUBERMAN (Eds), *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes* (Cambridge, MA: Harvard University Press), pp. 89–90.
- WAMBAUGH, J. L. (2007). The evidence-based practice and practice-based evidence nexus. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 14(2002), 14–18.
- ZIPOLI, R. P., & KENNEDY, M. (2005). Evidence-Based Practice Among Speech-Language Pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 208. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2005/021\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2005/021))

### ◆ ANNEXE A : RÉCAPITULATIF DES PREUVES POUR LE PROTOCOLE DE RÉÉDUCATION EN GUIDANCE PARENTALE

Sylvestre, A., & Desmarais, C. (2015):

En intervention précoce, il s'agit de mettre en place un contexte favorable au développement des capacités de l'enfant en renforçant les compétences éducatives de son entourage.

Les deux principaux ingrédients actifs du développement langagier sont l'interaction parent-enfant et la stimulation du langage. Les interactions doivent être : suffisamment fréquentes, chaleureuses et sensibles aux initiatives de communication.

Deux étapes sont nécessaires :

- responsivity : réceptivité au message de l'enfant, détection et interprétation juste des signaux de communication de l'enfant.
- responsiveness : réactivité au message de l'enfant, offrir une réponse prompte et contingente tout en étant centrée sur les intérêts de l'enfant

Deux techniques ont particulièrement fait leur preuve :

- expansion : répétition d'une partie ou de la totalité de la production de l'enfant en y ajoutant un ou plusieurs mots ou morphèmes
- modèle verbal : répétition appropriée d'une partie ou de la totalité de la production de l'enfant

La capacité du parent à adapter son niveau à celui de l'enfant mais, également, ses attentes est étroitement liée à la qualité de la stimulation langagière fournie.

Forme de l'intervention précoce :

1. l'intervenant agit avec l'enfant pour fournir un modèle au parent
2. le parent interagit avec l'enfant sous la supervision de l'intervenant
3. le parent met en place les techniques dans les routines quotidiennes

Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011):

Les parents ont plusieurs rôles dans le développement du langage de leur enfant. Quatre variables de l'interaction parent-enfant sont déterminantes :

- la quantité d'interactions
- la réactivité/réponse aux intentions de communication de l'enfant
- la quantité et la qualité de l'apport linguistique
- l'utilisation de stratégies de soutien

Les interventions langagières fournies par les parents impactent les compétences linguistiques expressives et réceptives, le lexique passif et actif, la morphosyntaxe en expression et le taux de communication

Les effets de l'intervention sont présents comme pour les enfants avec déficience intellectuelle que sans déficience intellectuelle.

L'accompagnement parental a des effets sur les stratégies linguistiques utilisées et surtout la réactivité (réponse aux intentions de communication).

Plusieurs implications spécifiques pour les pratiques liées aux interventions linguistiques peuvent être tirées de cette revue :

- les interventions devraient se concentrer sur les interactions communicatives sociales entre les parents et les enfants
- les parents devraient apprendre à utiliser le modèle langagier et les expansions
- les parents devraient être entraînés à la maison et via des routines quotidiennes
- l'accompagnement parental peut être efficace pour une grande partie d'enfants présentant un déficit langagier (y compris avec une déficience intellectuelle)
- la formation des parents à raison d'une séance par semaine peut être suffisante

### ♦ ANNEXE B : GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION

Selon la démarche réalisée, le clinicien répond aux différentes questions par oui ou par non. Si la réponse est négative, il est nécessaire de justifier sa réponse et de noter une éventuelle solution pour permettre la mise en place de moyens plus efficaces ultérieurement.

|                                                                                         |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| La question clinique posée était-elle pertinente et bien formulée ?                     | OUI | NON |
|                                                                                         |     |     |
| Les sources consultées étaient-elles les meilleures au vu de la question posée ?        | OUI | NON |
|                                                                                         |     |     |
| Les articles scientifiques ont-ils été analysés de manière critique ?                   | OUI | NON |
|                                                                                         |     |     |
| La décision clinique a-t-elle tenu compte des données de la littérature ?               | OUI | NON |
|                                                                                         |     |     |
| La décision clinique a-t-elle tenu compte de l'expertise clinique ?                     | OUI | NON |
|                                                                                         |     |     |
| La décision clinique a-t-elle tenu compte des préférences du patient ?                  | OUI | NON |
|                                                                                         |     |     |
| Les lignes de base se sont-elles avérées adaptées ?                                     | OUI | NON |
|                                                                                         |     |     |
| Le protocole semble-t-il fiable et valide ?                                             | OUI | NON |
|                                                                                         |     |     |
| Les ingrédients actifs ont-ils été clairement déterminés ?                              | OUI | NON |
|                                                                                         |     |     |
| Une révision des lignes de base et/ou du protocole de rééducation est-elle nécessaire ? | OUI | NON |
|                                                                                         |     |     |
| <b>Commentaires supplémentaires :</b>                                                   |     |     |
|                                                                                         |     |     |