

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2022-2023

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

**État des lieux des connaissances et des pratiques
de l'évaluation de l'efficacité du traitement
auprès des patients aphasiques post-AVC**

Présenté par *Chloé DURANCEAU*

Née le 07/04/1998

Président du Jury : Madame DEHÊTRE – Anne – Orthophoniste et chargée de cours

Directeur du Mémoire : Madame MOREL – Hortense – Orthophoniste et chargée de cours

Membres du jury : Madame POUTEAU – Claire - Orthophoniste et chargée de cours

ENGAGEMENT ÉTHIQUE

Je soussignée DURANCEAU Chloé, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à effectuer un état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels et futurs professionnels en orthophonie, au sujet de l'évaluation de l'efficacité du traitement, dans le cadre de la prise en soin des patients aphasiques post-AVC.

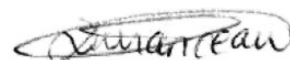
Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à : Nantes

Le : 14/04/2023

Signature



ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

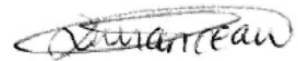
Engagement de non-plagiat

Je, soussignée DURANCEAU Chloé, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : Nantes

Le : 14/04/2023

Signature :



Je remercie Hortense MOREL, ma directrice de mémoire, pour ses conseils, son temps et sa confiance. Je n'aurais pu espérer de meilleur accompagnement pour ce projet et je lui en suis profondément reconnaissante.

Je remercie mes proches et toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide pendant ce travail. Merci pour leurs conseils et leur soutien qui ont été de véritables ressources.

Sommaire

Introduction.....	1
I. Partie théorique.....	2
1 . L'aphasie post-AVC.....	2
1.1 . Classification.....	2
1.2 . Sémiologie.....	2
1.3 . Impact sur la qualité de vie.....	4
1.4 . Prise en soin orthophonique de l'aphasie post-AVC.....	4
2 . EBP.....	6
2.1 . Définition.....	6
2.2 . EBP et orthophonie.....	8
2.3 . Freins.....	9
3 . Évaluation de l'efficacité du traitement.....	9
3.1 . Définition.....	9
3.2 . Obligation professionnelle.....	9
3.3 . Intérêts.....	10
3.4 . Procédés et outils.....	11
3.5 . Précautions méthodologiques.....	16
3.6 . Interprétation des données.....	19
3.7 . Évaluation de l'efficacité du traitement et aphasie post-AVC.....	20
II. Partie Méthodologique.....	21
1 . Problématiques et hypothèses.....	21
2 . Objectifs.....	22
2.1 . État des lieux des connaissances et des pratiques.....	22
3 . Questionnaires.....	22
3.1 . Population.....	22
3.2 . Construction.....	23
3.3 . Pré-test.....	25
3.4 . Diffusion.....	26
3.5 . Récolte et analyse des réponses.....	27
III. Résultats et Analyses.....	27
1 . Questionnaire à destination des professionnels.....	27
1.1 . Profils.....	27
1.2 . Pratique de l'évaluation de l'efficacité du traitement.....	29
1.3 . Connaissance de l'EBP et de l'évaluation de l'efficacité du traitement.....	34
1.4 . Conclusion sur les besoins spécifiques de la clinique.....	38
2 . Questionnaire à destination des étudiants.....	40
2.1 . Profils.....	40
2.2 . Formation initiale.....	40
2.3 . Expérience de stage.....	42
2.4 . Formation continue.....	43
2.5 . Conclusion.....	43
IV. Discussion.....	45
1 . Apports.....	45
1.1 . Intérêt pour les professionnels.....	46
1.2 . Intérêt pour les étudiants et la formation.....	47
1.3 . Apports de la confrontation des deux questionnaires.....	48
2 . Limites.....	49
Conclusion.....	50

Bibliographie	51
Annexes	57
Tableau 9 : <i>Quel est votre centre de formation ?</i>	57
Tableau 10 : <i>Comment estimez-vous votre niveau de formation ?</i>	58
Questionnaire à destination des professionnels.....	59
Questionnaire à destination des étudiants.....	68

Introduction

L'Accident Vasculaire Cérébral, correspondant à une interruption de l'afflux sanguin irriguant le cerveau et entraînant la mort de cellules cérébrales, touche environ 140 000 personnes en France par an (Société Française de NeuroVasculaire, 2018) et est la première cause de handicap acquis chez l'adulte, affectant principalement les aspects moteurs et langagiers (Chomel-Guillaume, 2021). Ces troubles langagiers, regroupés sous le nom d'aphasie post-AVC, peuvent toucher aussi bien le versant réceptif qu'expressif, ainsi que les modalités orale et écrite. Ils peuvent impacter divers niveaux de langage tels que la phonologie, le lexique, la sémantique, la morphosyntaxe et la pragmatique (Chomel-Guillaume, 2021).

L'hétérogénéité des profils de patients aphasiques est donc importante, ce qui rend nécessaire la personnalisation des prises en soin. Par ailleurs, les orthophonistes se doivent de proposer à leurs patients des preuves de l'efficacité des traitements qui leur sont proposés. Ainsi, il est possible pour les professionnels de s'appuyer sur l'Evidence Based Practice (EBP) et ses outils, dont l'évaluation de l'efficacité du traitement fait partie.

Cependant, des études ont démontré que l'EBP était difficilement implémentable dans la pratique clinique orthophonique (Dodd, 2007 ; O'Connor & Pettigrew, 2009 ; Vallino & Reilly, 2009 ; Maillart & Durieux, 2014 ; Durieux et al., 2015). Se pose alors la question de la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement, et plus particulièrement auprès des patients aphasiques post-AVC qui présentent des particularités propres à leur prise en soin et à leurs troubles. Un état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels et futurs professionnels semble donc indiqué pour comprendre la réalité et les besoins du terrain.

Dans un premier temps, la partie théorique redéfinira les termes du sujet. Ainsi, les particularités de l'aphasie post-AVC et de sa prise en soin orthophonique seront abordées, tout comme la définition et les objectifs de l'EBP et de l'évaluation de l'efficacité du traitement. Dans un second temps, la partie méthodologique mettra en avant la conception de l'enquête par questionnaires venant interroger les connaissances et les pratiques des professionnels et futurs professionnels au sujet de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC. Puis, une troisième partie abordera les résultats et leur analyse. Enfin, les apports et les limites de ce travail seront exposés dans la partie discussion avant de finir sur la conclusion et les perspectives que ce mémoire aura fait naître.

I. Partie théorique

1 . L'aphasie post-AVC

1.1 . Classification

La pluralité des tableaux aphasiques a conduit les chercheurs à concevoir des classifications pour mieux les appréhender. Les premiers modèles de classification de l'aphasie ont ainsi vu le jour au début du XIX^e siècle. De la conception anatomoclinique, alors prédominante, a découlé les courants localisationniste et associationniste, concevant le fonctionnement du cerveau de manière statique. L'avènement de l'imagerie cérébrale a permis de grands progrès dans la compréhension de l'organisation cérébrale fonctionnelle du langage et de la parole et il est aujourd'hui largement reconnu dans la littérature que c'est une organisation dynamique en réseaux distribués (Moritz-Gasser, 2022).

1.2 . Sémiologie

L'aphasie post-AVC touche les différents niveaux du langage, aussi bien en modalité orale qu'écrite. De même, les troubles peuvent atteindre différents étages du langage : les unités infra-lexicales (phonologie), le mot (lexico-sémantique et lexico-phonologique), la phrase (syntaxe et morphologie grammaticale) ainsi que le discours.

1.2.1 . Troubles de la production orale et écrite

Dans le cadre de l'aphasie, l'expression orale est avant tout touchée dans sa fluence, opposant les discours fluides, pouvant aller jusqu'à la logorrhée, aux discours non fluides, allant parfois jusqu'au mutisme.

L'anomie, aussi appelée manque du mot, est le trouble le plus fréquent dans l'aphasie post-AVC (Chomel-Guillaume, 2021) et vient entraver cette fluence. Elle peut se manifester par des latences, l'absence de réponse, un métadiscours ou encore par des paraphasies ou des erreurs. Ces dernières catégories peuvent être précisées en fonction de l'origine lexico-sémantique ou lexico-phonologique des altérations (Python & Sainson, 2022). Ainsi, dans le cas d'une atteinte principalement sémantique, on retrouvera des paraphasies sémantiques (substitutions avec un lien sémantique), des conduites d'approches sémantiques, des paraphasies verbales non-relées (substitutions sans lien sémantique ou phonologique) et des paraphasies fantastiques (substitutions extravagante sans lien avec la cible). Pour les atteintes à dominante lexico-phonologique, on retrouvera des paraphasies phonologiques, dont les paraphasies phonémiques (substitutions, ajouts, inversions ou omissions de phonèmes) et les

néologismes font partie. Les conduites d'approches phonologiques et les paraphasies formelles/morphologiques (substitutions phonologiquement proches) font aussi partie des troubles observables.

Quand ces paraphasies sont trop nombreuses, on parle alors de jargon qui peut être à prédominance sémantique ou phonémique. Enfin, il peut exister des paraphasies mixtes qui entretiennent à la fois un lien sémantique et phonologique avec la cible.

Cette anomalie a aussi des répercussions sur la production écrite et les manifestations qui en découlent sont équivalentes à celles observées à l'oral, appelées alors paraphrasies.

Au niveau de la phrase, un agrammatisme (simplification des structures grammaticales avec omission ou substitution de morphèmes grammaticaux libres et une absence de conjugaison) ou une dyssyntaxie (défaut de construction grammaticale avec des termes corrects mais mal employés) peuvent être observables à l'oral comme à l'écrit.

Au niveau des habiletés discursives, on peut observer en production écrite des troubles de la cohérence (liens entre les différentes parties de l'énoncé) et de la cohésion (marqueurs linguistiques qui permettent ces liens) du discours.

1.2.2 . Troubles de la compréhension orale et écrite

La compréhension peut être entravée à différents niveaux :

Au niveau infralexical, il peut exister une perturbation au niveau de la réception des sons. On peut alors parler de surdité verbale pure, touchant les sons de la parole, ou de surdité à la forme des mots. Les patients peuvent aussi avoir des difficultés à différencier des mots phonétiquement proches (confusion auditivo-phonologique).   l'écrit, des troubles de la reconnaissance visuelle (alexie agnosique) peuvent venir entraver la compréhension écrite ainsi que des erreurs visuelles (substitutions de lettres visuellement proches).

En ce qui concerne l'étage du mot, un déficit sémantique global – touchant les deux versants, production et compréhension, et les deux modalités, orale et écrite – peut être à l'origine de difficultés de compréhension. Une surdité à la signification des mots peut être observable à l'oral.

La compréhension de la phrase peut être perturbée à l'oral comme à l'écrit par des difficultés dans l'analyse des structures (indices morphosyntaxiques et règles grammaticales) ou dans le mapping (attribution des r les thématiques).

Enfin, certaines habiletés pragmatiques – accès aux métaphores, aux actes de paroles indirectes, à l'humour, à l'ironie, aux inférences et aux expressions idiomatiques – peuvent

être inaccessibles pour le sujet aphasique post-AVC, et peuvent venir entraver la bonne compréhension du discours (Sainson, 2018). À l'écrit, peuvent venir s'ajouter aussi des erreurs en lien avec la microstructure et la macrostructure du texte ainsi que des difficultés liées aux inférences nécessaires à sa bonne compréhension, mais qui peuvent être inaccessibles ou erronées chez le sujet aphasique post-AVC.

1.3 . Impact sur la qualité de vie

D'après une étude de Lam & Wodchis (2010) comparant 75 pathologies chez des patients dans un établissement de soins de longue durée en Ontario, l'aphasie est la pathologie présentant le plus fort impact négatif sur la qualité de vie liée à la santé et basée sur les préférences, avant le cancer ou la maladie d'Alzheimer.

En effet, elle limite grandement les activités de communication des personnes atteintes sur différents plans comme les échanges sociaux, les relations interpersonnelles et le rôle au sein d'un groupe (la place dans la famille par exemple), l'autonomie, les aspects administratifs ou de responsabilités ou encore les activités de loisir (Dorze & Brassard, 1995 ; Daviet et al., 2007). « Le trouble de langage et de la communication apparaît ainsi comme un facteur déterminant dans le processus d'isolement, de rupture des liens sociaux et entretient la dépression ; un cercle vicieux s'installe » (Benaim et al., 2007, p.286).

À ce jour, l'orthophonie est la seule prise en soin possible pour traiter l'aphasie post-AVC.

1.4 . Prise en soin orthophonique de l'aphasie post-AVC

La prise en soin orthophonique du sujet aphasique post-AVC s'échelonne sur les trois étapes post-AVC : la phase aiguë, la phase subaiguë et la phase chronique.

La phase aiguë correspond aux premiers jours suivant l'AVC. Le patient se trouve alors en Unité Neurovasculaire (UNV). Les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé (2002) préconisent une prise en charge précoce et appropriée au plus tôt afin de réduire le plus possible l'état de dépendance et de favoriser l'autonomie du sujet. Ces recommandations s'adressent directement aux orthophonistes qui doivent notamment mettre en place les premières évaluations des troubles du langage et de la communication et commencer la rééducation et l'accompagnement de l'entourage et des aidants. La tâche n'est cependant pas facile car l'état du patient est alors très instable : une récupération spontanée peut survenir aussi bien que des complications, auxquelles s'ajoutent la fatigue ainsi que de nombreux autres examens médicaux et intervenants (Peillon, 2022). De plus, les prises en

charge en UNV sont de courte durée ce qui laisse peu de temps aux professionnels avec leur patient.

Lorsque l'état général du patient est stabilisé, il entre alors dans la phase subaiguë. Cela correspond approximativement à une dizaine de jours après l'AVC jusqu'à environ 3 à 6 mois. Une réactivation spontanée des fonctions cognitives est alors possible (Peillon, 2022). Le patient peut alors être orienté vers un service de réadaptation et de rééducation (SSR, MPR) ou bien un retour à domicile peut être préconisé avec un suivi orthophonique en libéral ou en hôpital de jour. Le travail pluridisciplinaire est essentiel. Le rôle de l'orthophoniste est alors d'affiner l'évaluation des troubles et d'entamer une prise en soin visant la rééducation et la réhabilitation, quand cela est possible, et en mettant en œuvre des moyens de compensation lorsque cela s'avère nécessaire. Il participe aussi à l'éducation thérapeutique du patient et à l'accompagnement des aidants grâce au partage de connaissances et de conseils.

Au-delà de cette période, le patient entre dans la phase chronique. L'évolution est alors plus lente, s'étalant sur plusieurs années. La prise en charge orthophonique reste primordiale pour faire régresser les troubles et favoriser la récupération des capacités langagières (Basso cité par Peillon, 2022). La prise en soin se poursuit alors en libéral avec les mêmes objectifs qu'à la phase subaiguë, en visant à maintenir le rôle social et de communicant du patient pour favoriser sa réinsertion dans la société.

Chomel-Guillaume (2021) décrit différentes étapes dans l'élaboration du programme rééducatif. Tout d'abord, il faut déterminer les perspectives de récupération, c'est-à-dire dans quel mesure le traitement proposé va apporter une réponse positive. Ensuite, le clinicien doit établir les objectifs de la rééducation. Ces objectifs sont fixés communément avec le patient, en fonction de la sévérité et des domaines atteints (1.2 Sémiologie) ainsi que des besoins concrets de ce dernier, le but de la rééducation étant de réduire l'écart entre les incapacités du patient et ses aspirations. Ils sont clairement exposés au patient, ainsi que les moyens qui vont être mis en œuvre pour les atteindre, afin de rendre le patient acteur et d'entretenir sa motivation. Deux approches sont alors envisageables : une approche cognitive, orientée spécifiquement vers les déficits, ou une approche dite fonctionnelle ou cognitivo-pragmatique qui vise les déficits tout en prenant en compte le contexte. Le programme thérapeutique est ensuite défini par l'orthophoniste. Il choisit alors de proposer un traitement permettant d'acquérir de nouvelles procédures ou bien de favoriser l'apprentissage d'items spécifiques

(Schelstraete, 2011 ; Seron, 2016). C'est une étape cruciale car en posant les jalons de la thérapie, on donne la possibilité de l'évaluer par la suite.

Dans le cadre de l'aphasiologie :

il est rare [...] de pouvoir s'appuyer sur des programmes de remédiations généralisables à toutes les situations cliniques rencontrées. Le programme thérapeutique est donc généralement individualisé / personnalisé, défini par le clinicien qui est confronté à une incertitude concernant le fait que l'option choisie soit la meilleure pour le patient. (Chomel-Guillaume, 2021, p.213).

C'est pourquoi l'orthophoniste se doit d'évaluer l'efficacité de son traitement. Pour ce faire, l'Evidence Based Practice (EBP) est un outil à sa disposition, dans lequel on retrouve notamment l'étape de l'évaluation de l'efficacité du traitement.

2 . EBP

2.1 . Définition

L'EBP, Evidence Based Practice ou Pratique Basée sur les Preuves, consiste à puiser dans différentes sources d'informations pour prendre les décisions cliniques les plus éclairées possibles à chaque étape de la prise en soin du patient : anamnèse, formulation des hypothèses, acquisition outillée de données, analyse et diagnostic, décision partagée et intervention (Willems et al., s. d). Maillart & Durieux (2014) définissent les cinq étapes de la démarche EBP de la manière suivante :

- 1) Transformer le besoin d'informations en une question clinique précise. Pour cela il est possible d'utiliser la méthode PICO : Patient/Problème concerné, Interventions disponibles dans la littérature, Contrôle/Comparaison des différentes interventions et Objectifs à atteindre et paramètres pour prouver qu'il sont atteints.
- 2) Rechercher les meilleures preuves disponibles dans la littérature.
- 3) Évaluer de façon critique.
- 4) Prendre une décision en s'appuyant sur les quatre piliers de l'EBP.
- 5) Évaluer l'efficacité de la décision clinique ainsi que l'efficience personnelle à réaliser la démarche EBP.

Pour cela, le praticien peut s'appuyer sur quatre piliers qui sont exposés ci-après.

2.1.1. Les meilleures données de la recherche

D'après Willems et al., (s. d.), « Il s'agit d'identifier, au sein de la littérature scientifique, des données de qualité qui sont autrement dit valides, actuelles et pertinentes pour sa propre clinique. »

Pour cela, il est possible de classer les différentes études à disposition grâce à leur niveau de preuve. Voici les sources d'informations classées de la plus probante à la moins probante :

- Les synthèses cliniques et clinical guidelines (guide de pratique clinique), dans lesquelles une pathologie ou un trouble spécifique est abordé sous l'angle de différentes questions, en se basant sur des synthèses méthodiques de la littérature et des études primaires récentes. Dans le cas des guides de pratique clinique (clinical guidelines), on ajoute à cela l'avis d'experts et de patients. Dans les deux cas, les informations sont régulièrement mises à jour. (Willems et al., s. d.).
- Les synthèses méthodiques de la littérature, faites à partir de l'analyse d'études primaires qui abordent toutes une question commune.
- Les études primaires, dites de terrain :
 - Essais contrôlés randomisés ;
 - Études de cohorte ;
 - Études de cas cliniques.

2.1.2. L'expertise du clinicien

L'expertise du clinicien, à ne pas confondre avec son expérience, est constituée de quatre éléments (Willems et al., s.d.) :

- l'expertise interpersonnelle, qui correspond aux connaissances sur le patient ;
- l'expertise scientifique, qui regroupe les connaissances théoriques et techniques du praticien ;
- la connaissance du contexte, dans lequel prend part la rééducation ;
- et le raisonnement clinique, qui inclut les savoirs théoriques et procéduraux concernant la prise en soin.

2.1.3. Les caractéristiques du patient

La littérature montre que l'efficacité des traitements est sous-tendue en partie par de nombreuses variables liées au patient. Une partie de ces variables concerne le tableau clinique, comme les comorbidités ou l'expression des troubles, et d'autres sont en lien directement avec le patient et son environnement, par exemple sa motivation ou les facteurs

socio-culturels. Ceci met en avant le besoin d'adapter le traitement au patient singulier qui se présente au praticien.

De plus, le patient vient avec ses propres valeurs, ses préférences et ses objectifs qu'il est important de prendre en compte et d'intégrer dans la prise en soin. Cette démarche implique un réel partenariat entre l'orthophoniste et son patient, actif dans la prise de décision clinique (Willems et al., s. d.).

2.1.4 . Le contexte

Le contexte est aussi à prendre en compte tant aux niveaux organisationnel qu' institutionnel mais aussi socioculturel (Willems et al., s. d.).

Selon Watson et al (2018), il existe huit facteurs externes pouvant influencer les modalités de la prise en soin : les influences professionnelles (comme les syndicats et les groupes professionnels), le soutien politique, le climat social, les différentes infrastructures locales, le cadre juridique et politique, le climat relationnel, les caractéristiques de la population ciblée, le contexte économique et les financements des soins.

2.2 . EBP et orthophonie

Pour Reilly (2004), de nombreux problèmes se posent dans la pratique clinique orthophonique et l'EBP peut aider les cliniciens à y répondre.

En effet, la littérature scientifique est en constante augmentation et il est primordial que les orthophonistes puissent évaluer les informations robustes et pertinentes pour leur pratique. De même, leur accès ainsi que leur compréhension, encore compliqués actuellement (2.3 Freins), sont d'une importance capitale.

Malgré les progrès de la recherche en orthophonie, il subsiste des décalages entre la littérature scientifique et la réalité de la pratique clinique. Cela peut se traduire par de nombreux questionnements autour de l'efficacité des traitements, encore sans réponse à ce jour. L'EBP offre alors aux cliniciens des moyens pour pallier au manque d'information et pour conserver une rigueur professionnelle.

En résumé, l'EBP est un outil visant à appuyer l'intérêt de la pratique orthophonique, comme pour de nombreuses autres professions médicales et paramédicales. Elle offre des outils aux professionnels afin que ces derniers ne se fient pas à leur seule intuition clinique mais aient une assise théorique et scientifique suffisante pour justifier leur décision clinique. Pour Plante (2004), cela est un signe de maturation disciplinaire. Bien entendu, l'objectif n'est pas d'enlever leur libre arbitre ou leur créativité aux orthophonistes. Comme le formule Reilly

(2004), « L'orthophonie combinera toujours à la fois « l'art » et la « science », l'astuce est de trouver le bon équilibre » (p.117).

C'est donc dans cette optique que depuis quelques années la profession d'orthophoniste tente de s'inscrire dans une démarche d'EBP.

2.3 . Freins

Malgré une volonté de s'inscrire dans cette démarche, des études comme celles de Dodd (2007), O'Connor & Pettigrew (2009), Vallino & Reilly (2009), Maillart, C., & Durieux, N. (2014) et Durieux et al., (2015) ont mis en évidence de nombreuses barrières à l'implémentation de l'EBP dans la clinique orthophonique. Les points soulevés sont la méconnaissance de l'EBP, le manque de temps, le manque d'informations fiables sur certains sujets, le manque de compétences, la difficulté d'accès aux ressources et aux outils nécessaires, le coût (par exemple, les ressources payantes ou le temps de recherche non rémunéré) et l'impression de restriction que les professionnels rencontrent face à un cadre rigoureux qui leur semble rigide et directif.

3 . Évaluation de l'efficacité du traitement

3.1 . Définition

Grâce aux informations recueillies lors du bilan initial, ainsi qu'à ses qualités professionnelles, l'orthophoniste décide d'un traitement pour son patient. Cependant, comme l'expliquent Olswang et Bain (1994), de telles décisions ne sont pas figées et demandent à être réévaluées. Le praticien a besoin de savoir si les techniques et les cibles qu'il utilise sont appropriées et si la thérapie a des effets sur le patient (Olswang & Bain, 1994). Le moyen de répondre à ces questions cliniques est ce qu'on pourrait définir comme l'évaluation de l'efficacité du traitement. Au-delà d'évaluer les progrès du patient, on veut savoir si ceux-ci sont le fruit du traitement administré. Cette évaluation comporte différentes phases : le choix d'un outil d'évaluation et sa construction au besoin, la collecte des données et les paramètres qui lui sont associés, l'interprétation des résultats et la restitution au patient.

3.2 . Obligation professionnelle

L'évaluation de l'efficacité du traitement est une composante de la prise en soin du patient qui est inscrite dans le référentiel de compétences et dans le référentiel d'activités des orthophonistes publiés dans le Bulletin officiel N°32 du 5 septembre 2013. Elle fait donc partie des obligations professionnelles de l'orthophoniste.

De plus, cet aspect de la prise en soin apparaît aussi dans des codes éthiques d'associations internationales de professionnels tels que dans le Statement on SLT Professional Profile de l'European Speech and Language Therapy Association (2021) qui stipule que l'orthophoniste doit fournir des évaluations et des preuves d'efficacité des soins prodigués.

3.3 . Intérêts

En premier lieu, cette évaluation permet de vérifier par des données quantitatives l'effet du traitement et donc d'aller au-delà de l'impression clinique (Martinez-Perez et al, 2021) et de valider l'intuition professionnelle par des preuves.

De plus, elle fait partie intégrante du processus de décision clinique grâce à la base de données recueillies (Olswang & Bain, 1994 ; Martinez-Perez et al, 2021). Elle donne donc au praticien la possibilité de choisir le traitement le plus efficace et le plus adapté parmi un grande diversité d'interventions possibles (Bouchard cité par Duboisindien & Cattini, 2021). Cela permet, entre autres, d'éviter les effets de mode et les prétendus remèdes miracles (Seron, 2016).

De même, l'évaluation doit être régulière pour donner à l'orthophoniste la possibilité de s'adapter à l'évolution de son patient (Howard et al., 2014 ; Maillart & Durieux, 2014 ; Martinez Perez et al., 2015 ; Chomel-Guillaume, 2021) ou à l'apparition d'effets négatifs (Martinez-Perez et al, 2021, Bouchard cité par Duboisindien & Cattini, 2021).

Cette évaluation permet également d'examiner la spécificité du traitement, c'est-à-dire de juger si les changements observés sont bien le fruit du traitement et ne sont pas dus à d'autres variables (Seron, 2016 ; Duboisindien & Cattini, 2021 ; Martinez-Perez et al, 2021).

En outre, les données recueillies servent aussi de contrôle de qualité pour les tierces parties, comme l'entourage, la caisse d'assurance maladie, etc. (Olswang & Bain, 1994 ; Vallino & Reilly, 2009 ; Bouchard cité par Duboisindien & Cattini, 2021) et permettent de justifier la mise en place, la prolongation ou l'arrêt d'une thérapie (Vallino & Reilly, 2009 ; Sainson & Bolloré, 2022).

Elle peut aussi servir à renforcer l'adhésion et la motivation du patient à son traitement en le rendant acteur (Chomel-Guillaume, 2021 ; Sainson & Bolloré, 2022), c'est pourquoi il est nécessaire d'inclure un retour au patient suite à l'analyse des résultats.

Enfin, cette évaluation permet de porter attention aux potentiels transferts et effets de généralisation qui peuvent avoir lieu pendant le traitement (Martinez Perez et al., 2015, Seron, 2016).

Pour toutes ces raisons, il paraît donc primordial de mettre en place une évaluation de l'efficacité du traitement.

3.4 . Procédés et outils

Pour évaluer l'efficacité d'un traitement, il s'agit donc, dans un premier temps, de collecter des données sur les capacités du patient. Pour rappel, le traitement orthophonique peut avoir deux visées : l'apprentissage d'une stratégie ou bien l'apprentissage d'items spécifiques.

Les méthodologies présentées dans la section suivante concernent seulement l'étude de cas unique, forme plus adaptée au suivi des patients aphasiques post-AVC. En effet, l'hétérogénéité des profils au sein de cette pathologie est trop importante pour constituer des cohortes homogènes, cela est vrai dans le domaine de la recherche et se reflète dans la réalité clinique. En outre, les études de cas unique sont spécifiques au déficit à traiter et au traitement qui est appliqué (Franklin, 1997). De plus, elles sont adéquates pour fournir des preuves empiriques de l'efficacité du traitement car elles prennent en compte les variables indépendantes. Enfin, elles sont particulièrement adaptées, en termes d'organisation, à la réalité de la pratique clinique quotidienne (Perdices & Tate, 2009).

De nombreux procédés sont donc à la disposition des praticiens pour effectuer l'évaluation du traitement choisi. Cependant, ces différentes méthodologies n'ont pas le même niveau de preuve. Les sections suivantes abordent ces différentes méthodologies, du niveau de preuve le plus faible au plus robuste.

3.4.1 . Anecdotes et expérience clinique

Si l'expérience clinique est très fréquemment utilisée dans la pratique orthophonique comme ressource (Ebbels, 2017), cela ne semble pas suffisant pour établir scientifiquement l'efficacité du traitement. En effet, nous avons vu que l'expérience fait partie de l'expertise clinique mais n'en est pas la seule source. De plus, les connaissances implicites liées à l'expérience sont le fruit de l'apprentissage de schémas et de régularités statistiques, or ces caractéristiques ne se retrouvent pas dans la pratique clinique du fait de l'hétérogénéité entre chaque patient et l'expression diversifiée d'une même pathologie (Willems et al, s. d.).

L'expérience et le vécu des professionnels n'est pas à renier mais il ne constitue pas une preuve assez robuste de l'efficacité du traitement.

3.4.2 . Bilan d'évolution et tests standardisés

On peut observer dans la pratique clinique que le bilan d'évolution, aussi appelé bilan de renouvellement, et les tests standardisés peuvent être utilisés par certains comme outil pour objectiver les progrès du patient. Cependant, d'après Duboisdindien & Cattini (2021), ce type de bilan ne peut pas être utilisé comme évaluation de l'efficacité du traitement. En effet, son but est de rendre compte de manière générale de la progression (ou non) des patients suite à la prise en soin orthophonique. Cette forme d'évaluation n'est donc pas sensible aux changements dans le temps et aux acquisitions de compétences car ce n'est pas une évaluation assez fine et spécifique. De plus, elle n'a pas été conçue pour établir de lien de causalité entre les résultats d'évaluation et les interventions proposées (Schelstraete, 2011). En outre, dans le domaine de l'aphasiologie, les bilans ont une visée classificatoire : leur but est de déterminer quel type d'aphasie et de déficits le patient présente. Cela n'est pas compatible avec l'évaluation de l'efficacité du traitement qui se trouve être plus en lien avec le projet thérapeutique (Seron, 2016). Enfin, il s'agit d'une évaluation normée ce qui va à l'encontre de la démarche EBP qui se base sur les données collectées auprès d'un patient spécifique (Duboisdindien & Cattini, 2021).

3.4.3 . Changement de critères

Le changement de critères, expliqué par Martinez Perez et al. (2021), consiste à travailler progressivement un objectif en le découpant en critères à atteindre. Dans ce cadre, le critère précédemment validé constitue le point de contrôle du nouveau critère. Dans la pratique clinique cela paraît chronophage, aussi une version plus flexible est suggérée par les auteurs dans laquelle les orthophonistes doivent porter attention à la concordance entre l'évolution de leur patient et la complexification croissante des activités proposées. Cette concordance se caractérise par une chute du taux de réussite à l'introduction de la complexification qui finit par se résorber et d'une évolution positive du patient.

3.4.4 . L'analyse de la structure des erreurs

Cette méthodologie observationnelle postule que lorsque le traitement vise l'apprentissage d'une méthodologie, alors cela induit un changement dans les erreurs produites par le patient. Cela peut impacter leur nature ou leur fréquence (Seron, 2016). De manière générale, Franklin (1997) évoque un changement qualitatif du langage du patient.

3.4.5. *ABAB ou suspension de la thérapie ou alternance des traitements*

Le modèle ABAB correspond à l'alternance entre des phases d'observation (A) et des phases de traitement (B). Le principe est que les résultats chutent lorsque le traitement n'est pas administré et qu'ils progressent quand il l'est, prouvant ainsi son efficacité. Or, un arrêt du traitement sans justification valable est éthiquement interdit. En outre, des progrès pourraient tout à fait être observables en phase A grâce à d'autres facteurs que la thérapie (Tableau 2: Les biais) (Schelstraete, 2011 ; Seron, 2016).

Une alternative éthiquement envisageable est l'alternance des traitements. La phase d'observation devient ainsi une phase de traitement portant sur un autre déficit ne mettant pas en jeu les mêmes processus afin que l'évaluation ne soit pas biaisée. Si Martinez-Perez et al, (2021) considèrent que cette méthodologie n'est pas idéale d'un point de vue académique, elle se rapproche plus de la réalité clinique orthophonique.

3.4.6. *Le contrôle sous interférence*

Cette méthodologie, décrite par Seron (2016), part du principe que le traitement a entraîné l'apprentissage d'une procédure. Si on neutralise l'utilisation de cette procédure grâce à des interférences, on peut observer l'efficacité du traitement. En effet, si le patient réussit la tâche sans avoir recours à la procédure acquise via le traitement, c'est que ce n'est pas le traitement qui est à l'origine de la réussite du patient à cette tâche et, par conséquent, ce n'est pas lui qui est efficace.

3.4.7. *Mesures pré et post-intervention*

Les mesures pré et post-intervention consistent à évaluer, via une tâche spécifique, les compétences du patient avant et après l'administration du traitement. Si cette méthodologie propose des mesures concrètes de l'évolution du patient, elle ne permet cependant pas de déterminer si les progrès observés sont dus au traitement ou à d'autres effets (Tableau 2: Les biais) (Perdices & Tate, 2009 ; Ebbels, 2017).

3.4.8. *Lignes de base*

L'outil privilégié dans la littérature est celui des lignes de base (LDB) (Schelstraete, 2011 ; Howard et al., 2014 ; Nickels et al., 2015 ; Seron, 2016 ; Chomel-Guillaume, 2021 ; Sainson & Bolloré, 2022). Les lignes de base peuvent être définies comme des « coups de sonde », soit une évaluation effectuée à différents moments de la thérapie dont le but est de donner une image à un instant T des compétences du patient dans un domaine bien spécifique.

On parle alors de variables dépendantes pour désigner les résultats mesurés et de variable indépendante pour parler du traitement (Thompson, 2006).

Une ligne de base est caractérisée a minima par la passation d'une même tâche proposée au moins deux fois en pré-thérapie, afin de constater la stabilisation des compétences du patient avant le traitement, puis une fois au minimum en post-thérapie, afin de comparer l'évolution avant/après traitement (Ebbels, 2017).

- **Typologies LDB**

Dans la littérature, de nombreux types de lignes de base sont décrits avec de nombreuses appellations mais recouvrant souvent les mêmes méthodologies. La présente section suit le découpage proposé par Schelstraete (2011) et repris par Seron (2016), Ducrot Gardet et al. (2022) et Sainson & Bolloré (2022). Les lignes de base y sont divisées en deux sous-catégories, correspondant aux deux visées possibles du traitement orthophonique : celles portant sur l'apprentissage d'items spécifiques et celles portant sur l'apprentissage d'une stratégie (Tableau 1).

Lorsque les lignes de base concernent l'apprentissage d'items spécifiques, elles sont alors composées de deux listes d'items. La première comprend les items soumis à un apprentissage et la deuxième comprend des items appariés à la première liste mais qui ne seront pas spécifiquement travaillés pendant la rééducation. Si les progrès sont observés sur la première liste mais pas sur la deuxième, on peut conclure à l'efficacité du traitement. En revanche, si des progrès sont observés sur les deux listes, alors on ne peut pas conclure à l'efficacité du traitement.

Les lignes de base relatives à l'apprentissage d'une stratégie sont dotées de trois listes. Les deux premières reprennent les caractéristiques vues précédemment auxquelles on ajoute une liste d'items contrôles qui ne sont pas concernés par la stratégie apprise. Si des progrès apparaissent uniquement sur la première liste, la stratégie n'est pas encore intégrée. Si des progrès se font uniquement sur les deux premières listes, alors il y a efficacité du traitement car la stratégie est généralisée aux items non travaillés. En revanche, si des progrès apparaissent sur la dernière liste, cela est en défaveur de l'efficacité du traitement.

Tableau 1: Récapitulatif des lignes de base

Type de lignes de base	Caractéristiques	Résultats attendus
LDB portant sur l'apprentissage d'items spécifiques	Liste 1 : items travaillés en séance Liste 2 : items appariés à la liste 1, non travaillés	Progrès liste 1 : efficacité du traitement Progrès liste 1 + liste 2 : non efficacité du traitement (progrès dus à autre chose)
LDB portant sur l'apprentissage d'une stratégie	Liste 1 : items travaillés en séance Liste 2 : items appariés à la liste 1, non travaillés Liste 3 : items hors stratégie, non travaillés	Progrès liste 1 : stratégie pas encore acquise Progrès liste 1 + liste 2 : efficacité du traitement (généralisation) Progrès liste 1 + liste 2 + liste 3 : non efficacité du traitement (progrès dus à autre chose)

Ce qui différencie la robustesse des différentes lignes de base présentes dans la pratique clinique et dans la littérature sont les précautions méthodologiques employées, qui garantissent une évaluation authentique de l'efficacité du traitement (3.5 Précautions méthodologiques). En outre, l'utilisation des lignes de base ne serait pas pleinement efficace si elles n'étaient pas mises en relation avec le quotidien du patient et ses attentes personnelles.

• **Lien entre LDB et vie quotidienne**

Pour Willems et al :

Dans cet exercice [des lignes de base], le clinicien ne doit toutefois pas perdre de vue l'objectif final de ses soins, autrement dit les éléments de qualité de vie ou de fonctionnement sur lesquels le patient souhaitait lui-même observer des résultats. Encore une fois, cela nécessite de croire en son patient et en sa capacité d'évaluer la qualité des soins qui lui sont proposés. (Willems et al., s. d.)

En effet, afin de donner toute leur dimension à leurs résultats, les lignes de base sont à mettre en lien avec les observations et les évaluations écologiques de la vie quotidienne (Seron, 2016). Parmi elles, on retrouve les observations directes – qui, pour des raisons de coûts et d'organisation, sont surtout possibles en structure de soin – les questionnaires d'auto-évaluation – aussi appelés Patient-Reported Outcomes Measures ou PROMs (Sainson &

Bolloré, 2022) – ou encore la réalisation d'un but défini ancré dans le quotidien du patient et déterminé en amont avec l'orthophoniste (Seron, 2016 ; Martinez Perez et al., 2021). En outre, il est intéressant de s'appuyer sur les critères de généralisation et de transfert des résultats ainsi que sur le maintien des apports du traitement qui sont aussi des outils mesurant l'efficacité du traitement, dans l'optique où la prise en soin auprès des patients aphasiques post-AVC vise notamment une amélioration et un maintien de la communication dans la vie quotidienne (Poirier et al., 2021 ; Sainson & Bolloré, 2022).

3.5 . Précautions méthodologiques

Pour Schelstraete (2011), la construction de l'évaluation de l'efficacité du traitement consiste à choisir une tâche ainsi que les items qui lui sont associés puis d'adopter le type de lignes de base qui convient. Ainsi, la tâche choisie pour servir d'évaluation doit être pertinente au regard des objectifs du traitement. Elle doit également être sensible, c'est-à-dire qu'elle doit être apte à mesurer l'évolution du patient. Cette sensibilité entretient un rapport avec (Seron 2016 ; Martinez Perez et al., 2021) :

- ✓ le nombre de données récoltées : plus leur nombre est élevé, plus la tâche est sensible, (Martinez Perez et al., 2015) ;
- ✓ leur type ;
- ✓ et la cotation utilisée lors de l'évaluation : par exemple, la présence de commentaires qualitatifs ou la prise en compte du temps.

Au sein de la tâche, il est impératif que les items soient appariés en termes de variables psycholinguistiques, de mécanismes sollicités et de difficultés (Schelstraete, 2011 ; Martinez Perez et al., 2015 ; Sainson & Bolloré, 2022).

De manière générale, il est nécessaire que l'évaluation soit valide, en d'autres termes qu'elle mesure bien ce qu'elle doit mesurer, et qu'elle soit fiable, c'est-à-dire que les résultats restent stables – par exemple si deux orthophonistes différents font passer la même évaluation – (Martinez Perez et al., 2021).

Enfin, il est primordial de s'assurer de la stabilité des lignes de base pré-thérapeutiques avant d'entamer le traitement, ceci afin d'effectuer une analyse correcte des résultats obtenus par la suite. Seron (2016) recommande un minimum de quatre lignes de base pré-thérapeutiques. Dans le cas où l'instabilité persiste, il conseille alors de faire une moyenne des différentes mesures effectuées pour établir le niveau de performance avant traitement.

Les modalités concernant l'administration de l'évaluation de l'efficacité du traitement sont aussi soumises à des précautions méthodologiques. De nombreux auteurs recommandent la passation de la tâche évaluative en double aveugle (Seron, 2016 ; Ebbels, 2017), c'est-à-dire que le patient ne sait pas qu'il est dans une phase d'évaluation et que l'orthophoniste qui fait passer les évaluations n'est pas celui qui administre le traitement. Cependant, cette précaution semble peu compatible avec la réalité clinique en termes d'organisation et de coût. En revanche, la fréquence à laquelle les lignes de base sont administrées est un élément clef de la robustesse de l'évaluation de l'efficacité du traitement et est facilement contrôlable par le clinicien. Pour Thomson (2006), des mesures régulières répétant les mêmes procédures permettent d'examiner la variabilité du comportement, de même que la pente, le niveau et la tendance des variables dépendantes, c'est-à-dire des résultats.

Enfin, comme l'explique Thompson (2006), il est important de préserver la validité interne de l'évaluation. La validité interne, c'est savoir que les résultats obtenus sont le fruit de l'évaluation et non d'effets extérieurs. Les précautions méthodologiques vues précédemment ainsi que la possibilité de répliquer l'évaluation maintiennent cette validité interne. En outre, il est primordial de connaître les différents biais pouvant survenir au moment de l'évaluation de l'efficacité du traitement afin de les prévenir et ne pas se laisser abuser par eux. En effet, si ces biais ne sont pas fondamentalement nuisibles, s'ils apportent de réelles améliorations dans les performances du patient et l'aident à éprouver ses difficultés, en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité du traitement, ils posent un problème et doivent être neutralisés. Dans le cas contraire, le risque serait de noter des progrès qui n'existent pas ou bien de les imputer de manière erronée au traitement (Schelstraete, 2011). Le Tableau 2 ci-dessous répertorie les biais les plus pertinents dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC.

Tableau 2: Les biais

Nom	Définition
L'effet de la récupération spontanée (Seron, 2016)	Évolution positive spontanée qui se fait naturellement, seule et sans stimulation particulière.
L'effet de la pratique / du sondage (Howard et al., 2014 ; Ebbels, 2017)	Progrès en lien avec la répétition d'une tâche qui entraîne une forme d'apprentissage « plaqué » sans réelle amélioration de la cible.

L'effet de régression à la moyenne (Howard et al., 2014 ; Ebbels, 2017)	Phénomène dans lequel les résultats très bons ou très mauvais tendent à se rapprocher de la moyenne quand un test est soumis plusieurs fois. Cette tendance est à mettre en lien avec la variation inter-individuelle des résultats, c'est-à-dire que pour une même tâche, les résultats ne seront pas similaires à chaque passation.
L'effet placebo (Schelstraete, 2011)	Évolution du patient due au fait qu'il se sent pris en charge, sans rapport avec les impacts réels du traitement.
L'effet à long terme d'un traitement antérieur (Schelstraete, 2011)	Les effets d'un traitement peuvent survenir un certain temps après que celui-ci ait pris fin. Si un nouveau traitement est démarré, il est possible que ce qui est mesuré soit les résultats du traitement antérieur et non ceux du traitement actuel.
L'effet Rosenthal ou Pygmalion (Schelstraete, 2011 ; Seron, 2016)	Appelé aussi prophétie auto-réalisatrice en psychologie, cela correspond aux attentes que le clinicien, et possiblement l'entourage, placent dans le traitement. Ils observent donc des changements là où ils s'attendent à en trouver. Cela peut aller jusqu'à la réalisation concrète de ces attentes.
L'effet Hawthorne (Seron, 2016)	Progrès dus au fait que le patient se sait évalué, il sait que l'attention est portée sur lui.
Effet plancher / Effet plafond (Franklin, 1997 ; Seron, 2016)	Les résultats obtenus ne sont pas fiables car la tâche est soit trop dure (effet plancher), soit trop aisée (effet plafond) et ils ne reflètent pas les réelles capacités du patient.
L'effet de charme (Howard et al., 2014)	L'évolution est due aux contacts répétés avec le thérapeute.
Réalisme naïf (Martinez-Perez et al, 2021)	Le praticien considère que ses observations correspondent à la réalité. « En clinique, cela se traduit par l'interprétation hâtive et erronée

de certains indices comme étant la marque d'une amélioration réelle » (Martinez-Perez et al, 2021, p.2)

3.6 . Interprétation des données

Les données ainsi récoltées doivent ensuite faire l'objet d'une analyse statistique (Schelstraete, 2011 ; Howard et al., 2014 ; Martinez Perez et al., 2015 ; Nickels et al., 2015 ; Ebbels, 2017).

Un terme important en analyse statistique est l'auto-corrélation. Il y a auto-corrélation lorsque les résultats de chaque séance de traitement ne sont pas indépendants. En d'autres termes, Howard et al. (2014) expliquent que « [...] si, dans l'ensemble, un participant obtient de bons résultats lors d'une session, est-il plus susceptible d'obtenir de bons résultats lors de la session suivante que s'il avait obtenu de mauvais résultats lors de la session précédente ? » (p.14) Dans le cadre du traitement orthophonique, on s'attend à ce que les résultats d'une séance soient en lien avec la séance précédente.

Deux techniques d'analyse existent actuellement dans la littérature : visuelle et statistique. On peut leur ajouter la significativité clinique afin de mettre les résultats en lien avec la vie quotidienne du patient.

3.6.1 . Analyse visuelle

L'analyse visuelle est une technique fréquente en clinique. Pour Nickels et al. (2015), si elle est nécessaire, elle reste malgré tout insuffisante. En effet, elle permet de visualiser et d'interpréter rapidement l'évolution du patient car elle s'appuie sur des représentations graphiques simples ce qui, de plus, facilite le partage des résultats avec le patient. Cependant, c'est une méthode d'analyse assez pauvre, qui n'est pas robuste à l'auto-corrélation. Elle ne permet pas non plus de démontrer de manière fiable la présence d'un effet du traitement à cause des nombreux biais qui peuvent interférer dans l'analyse, le risque étant de conclure à la présence d'un effet quand il n'y en a pas ou inversement.

3.6.2 . Analyse statistique

L'analyse statistique est plus rigoureuse car elle est soumise à des règles de fonctionnement et de répliquabilité (Perdices & Tate, 2009). Elle consiste à comparer les résultats du patient à différents moments à l'aide d'outils statistiques et de déterminer si un changement statistiquement significatif est apparu (Martinez Perez et al., 2021). Plusieurs tests statistiques existent, comme le pourcentage de chevauchement des données (Martinez

Perez et al., 2021), le TAU-U (Martinez Perez et al., 2021) ou le test de Mc Nemar (Franklin, 1997 ; Schelstraete, 2011 ; Martinez Perez et al., 2021 ; Sainson & Bolloré, 2022) pour n'en citer que quelques uns parmi ceux présents dans la littérature. Cependant, et même si cela n'est pas impossible, il apparaît plus compliqué de faire entrer ce type de tests dans le quotidien de la pratique clinique orthophonique.

3.6.3 . Significativité clinique

Pour de nombreux auteurs (Howard et al., 2014 ; Martinez Perez et al., 2021), la significativité clinique correspond à une vraie différence notée dans la vie du patient faisant suite au traitement. Elle est variable d'un individu à l'autre et dépend de la personnalité, des conditions de vie et des objectifs fonctionnels fixés en amont avec le praticien. Elle se mesure de manière qualitative mais aussi quantitative grâce à des outils qui se veulent écologiques comme l'échelle GAS (Goal Attainment Scaling) dont le but est de coter les progrès dans les objectifs choisis avec le patient de 0 (absence de progrès voire détérioration) à 5 (progrès supérieur au niveau attendu). Cette méthodologie semble plus adaptée à la réalité clinique des orthophonistes.

3.7 . Évaluation de l'efficacité du traitement et aphasie post-AVC

L'efficacité des traitements en aphasiologie a été sujet à de nombreux débats, mais pour Best & Nickels (2000), ce qui est primordial c'est de se concentrer sur la situation spécifique à chaque patient.

Dans leur étude, Fucetola et al., (2005) décrivent un système expérimental mis en place en 2001 appelé EBAC pour Evidence Based Aphasia Clinic. Ce système est basé sur les principes de l'EBP et suit la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ainsi que la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF). Cette structuration a donc amené l'EBAC à s'intéresser aussi bien aux déficits spécifiques du patient qu'à sa participation à la vie (sociale, personnelle, professionnelle...). En suivant ces principes, l'EBAC propose une démarche centrée sur l'adaptation de techniques spécifiques, issues de la littérature avec un haut niveau de preuve, aux déficits spécifiques d'un patient et ce à différents niveaux cognitifs. Elle s'appuie sur les principes exposés dans les sections précédentes, à savoir la recherche systématisée dans la littérature des meilleurs outils de traitement dont l'efficacité a été reconnue, la sélection rigoureuse d'un traitement pour un patient en particulier en fonction de ses caractéristiques personnelles (lésions, déficits, objectifs ...) et l'évaluation de l'efficacité de ce traitement grâce à différents moyens

comprenant notamment les lignes de base. Si le projet est d'une assez grande ampleur dans sa réalisation technique, il démontre néanmoins qu'une démarche EBP, incluant l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC, est réalisable et pertinente dans la pratique clinique.

II. Partie Méthodologique

1 . Problématiques et hypothèses

Comme de nombreuses professions de santé, l'orthophonie se tourne de plus en plus vers la démarche EBP pour faire des propositions de soins justes et adaptées à chaque patient. Cela est notamment pertinent dans le domaine de l'aphasie car la généralisation de la recherche à la pratique clinique est difficile, voire impossible, au vu de l'hétérogénéité des patients. L'évaluation de l'efficacité du traitement entre pleinement dans cette démarche en venant questionner l'impact d'un traitement spécifique. Elle oblige le clinicien à remettre en question ses propositions thérapeutiques et à s'adapter continuellement aux spécificités de son patient.

Or, il apparaît que l'implémentation de l'EBP est difficilement mise en place dans la pratique clinique (Dodd, 2007 ; O'Connor & Pettigrew, 2009 ; Vallino & Reilly, 2009 ; Maillart & Durieux, 2014 ; Durieux et al., 2015). Qu'en est-il de l'étape de l'évaluation de l'efficacité du traitement, et plus particulièrement auprès des patients aphasiques post-AVC qui présentent des particularités propres à leurs troubles et à leur prise en soin ?

Si des obstacles se dressent sur le chemin des cliniciens, il serait intéressant de les mettre en avant afin que chacun puisse en prendre connaissance et que les institutions – Centres de Formation Universitaire en Orthophonie et Organismes de Formation Continue – puissent proposer des solutions, au niveau de la formation et des outils, pour que chaque orthophoniste se sente en mesure de mettre en place cette évaluation de l'efficacité du traitement.

Deux hypothèses majeures ont découlé de cette problématique :

- Hypothèse 1 : Il existe des barrières à la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC.
- Hypothèse 2 : L'une de ces barrières concerne le manque de connaissances théoriques et pratiques à ce sujet, chez les professionnels et chez les étudiants.

2 . Objectifs

2.1 . État des lieux des connaissances et des pratiques

2.1.1 . Comment ?

Afin de répondre à ces hypothèses, un état des lieux des connaissances et des pratiques sur l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès de patients aphasiques post-AVC a été effectué via deux questionnaires abordant les versants de la clinique et de la formation : un à l'attention des professionnels et un à l'attention des futurs professionnels en dernière année d'étude d'orthophonie.

2.1.2 . Pourquoi ?

Comme vu dans la partie 2.3 Freins, il existe de nombreux obstacles à l'implémentation de l'EBP dans la pratique clinique. Or, l'évaluation de l'efficacité du traitement entre dans les étapes de cette démarche.

De plus, la prise en soin des patients aphasiques post-AVC est un suivi particulier avec des critères qui lui sont propres : type d'AVC, délai entre la survenue et la prise en soin, déficits observés... Toutes ces modalités viennent aussi contraindre et influencer la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement.

En outre, l'évaluation de l'efficacité du traitement entre dans les obligations cliniques des orthophonistes : qu'en est-il de la réalité clinique ?

Il semble donc pertinent de venir interroger les connaissances et les pratiques des professionnels et futurs professionnels à ce sujet et de s'interroger sur d'éventuels freins ou méconnaissances afin de mieux comprendre la réalité du terrain. Cela permettrait de faire émerger d'éventuelles pistes, notamment au niveau de la formation, pour les aider dans l'implémentation de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès de leurs patients aphasiques post-AVC.

3 . Questionnaires

3.1 . Population

3.1.1 . Questionnaire à l'attention des professionnels

En ce qui concerne le questionnaire à l'attention des professionnels, ont été inclus : les orthophonistes exerçant sur le territoire français et prenant en charge des patients aphasiques

post-AVC entrant dans l'AMO 15.7. Ont été exclus tout autre professionnel ainsi que les orthophonistes ne prenant pas en charge de patients aphasiques.

3.1.2. Questionnaire à l'attention des étudiants de M2

Pour le questionnaire à l'attention des étudiants, ont été inclus : les étudiants en M2 des Centres de Formation Universitaires d'Orthophonie (CFUO) de France. Ont été exclus les étudiants en orthophonie des années inférieures ainsi que les étudiants d'autres filières et les orthophonistes diplômés.

3.2 . Construction

3.2.1. Composition et ordre

Les questionnaires de ce mémoire ont été construits via le logiciel LimeSurvey version Nantes Université.

Le questionnaire à destination des professionnels est composé de 38 questions divisées en quatre parties : les informations préalables, la pratique de l'évaluation de l'efficacité du traitement, la connaissance de l'EBP et de l'évaluation de l'efficacité du traitement et la conclusion sur les besoins spécifiques de la clinique.

Dans un souci de neutralité, la pratique a été questionnée en premier lieu afin de récolter des réponses qui ne soient pas influencées par la partie interrogeant les connaissances. En effet, comme l'explique Parizot (2012), l'ordre des questions et les réponses proposées influencent le répondant car elles le mettent dans un certain état d'esprit.

Le questionnaire à destination des étudiants est quant à lui composé de 26 questions distribuées en cinq groupes : les informations préalables, la formation initiale, les expériences de stage, les formations continues et la conclusion.

Dans les deux questionnaires, certains groupes de questions ont été filtrés en fonction des réponses précédentes du répondant afin de lui proposer une expérience du questionnaire plus personnalisée en fonction de ses caractéristiques (Parizot, 2012).

3.2.2. Types de questionnaire

Les questionnaires de ce mémoire sont des questionnaires auto-administrés, c'est-à-dire que les répondants y participent de manière autonome, sans la présence d'un enquêteur pour recueillir les réponses. Bien que cette méthodologie puisse présenter certains biais (influence d'une tierce personne, non contrôle des conditions de passation), elle offre de nombreux avantages comme une plus grande liberté dans la passation (pas d'influence de la

part de l'enquêteur, possibilité de répondre en plusieurs fois et à son rythme), un coût de recherche moindre (Parizot, 2012) et une diffusion facilitée par les technologies actuelles.

3.2.3 . *Forme des questions*

- **Questions de fait et d'opinion**

À ce sujet, Singly (2016) explique que « La question de fait tente de cerner une dimension de la pratique, et la question d'opinion demande un jugement sur cette pratique, ou même sur une idée en général. » (p.36). Dans les présents questionnaires, les questions sont principalement de fait et interrogent les connaissances et la pratique des orthophonistes et des étudiants en orthophonie autour de l'EBP et de l'évaluation de l'efficacité des traitements, plus particulièrement auprès des patients aphasiques post-AVC. Quelques questions de jugement ont aussi été intégrées afin de connaître l'opinion des orthophonistes concernant la place et l'importance de l'EBP et de l'évaluation de l'efficacité du traitement, cela afin d'observer d'éventuelles idées préconçues.

- **Questions ouvertes et fermées**

Les questions fermées ont été privilégiées dans les questionnaires car les réponses récoltées sont plus faciles et rapides à traiter. Cependant, quelques questions ouvertes ont été utilisées dans certains cas. Elles ont été notamment choisies lorsque les réponses ne pouvaient pas être répertoriées en liste au vu de leur multiplicité (par exemple : « De quelle.s formation.s s'agit-il ? »), lorsqu'une demande de précision était souhaitée (par exemple : « Vous avez choisi « Autre », merci de préciser votre réponse : ») et lorsque les mots et formulations des répondants étaient l'objet d'intérêt de la réponse (par exemple : « Quels moyens utilisez-vous pour effectuer cette évaluation de l'efficacité du traitement ? » ou « Quelles formes prenait cette évaluation de l'efficacité du traitement ? ») (Parizot, 2012 ; Singly, 2016). Certaines questions ont pu être construites avec la double caractéristique ouverte/fermée : le répondant devait alors choisir parmi un nombre de réponses fermées mais pouvait ajouter des précisions dans un espace de texte adjoint.

- **Questions liées à des articles**

De nombreuses questions du questionnaire à destination des professionnels ont été construites et inspirées par la lecture d'articles, notamment en ce qui concerne la troisième partie « Connaissance de l'EBP et de l'évaluation de l'efficacité du traitement ». Cette partie s'est ainsi construite en écho aux études de Nail-Chiwetalu & Bernstein Ratner, 2007 ;

Carballo et al., 2008 ; Guo et al., 2008 ; O'Connor & Pettigrew, 2009 ; Durieux et al., 2013 et Durieux et al., 2015, notamment en ce qui concerne la liste des contraintes suspectées dans l'implémentation de l'évaluation de l'efficacité du traitement qui est liée à celle de l'implémentation de l'EBP décrite par ces auteurs.

L'intérêt de cette construction est de pouvoir comparer les réponses aux questions similaires afin de voir si les tendances observées dans ces études se retrouvent dans la population interrogée dans ce mémoire.

3.3 . Pré-test

Les questionnaires ont été soumis à un pré-test afin de tester la compréhension des items (Gros, 2022). Pendant cette phase, des volontaires correspondants aux critères des populations interrogées ont passé le questionnaire et ont répondu aux questions suivantes :

- Combien de temps avez-vous mis pour répondre à ce questionnaire ?
- Le trouvez-vous trop long/trop court ?
- Le trouvez-vous complet ?
- Y a-t-il des items qui n'ont pas été clairs ?
- Autres commentaires ?

En ce qui concerne le questionnaire à l'attention des professionnels, quatre orthophonistes ont été recrutées, deux travaillant en libéral et les deux autres en structure, avec des dates et des lieux d'obtention de diplôme variés.

Pour le questionnaire à l'attention des étudiants, sept étudiantes en M1 d'orthophonie de Nantes se sont portées volontaires. Bien que le questionnaire s'intéresse aux étudiants de dernière année, dans la maquette des études d'orthophonie les cours des UE 5.7.1 et 5.7.2 se déroulent respectivement en fin de L3 et début de M1. De ce fait, les M1 ont répondu au pré-test en cours d'UE 5.7.2, mais ce biais reste limité car le vocabulaire et les connaissances sont assez équivalentes à celles des M2 pour pouvoir répondre en phase de pré-test où ce qui importe principalement est la forme et la compréhension du questionnaire.

Cette phase a permis de faire des corrections et des modifications sur les questionnaires. Les principales rectifications ont porté sur la correction de coquilles, la reformulation de questions pour des raisons de compréhension, le changement de format de certaines questions (exemple : tableau devenu question à choix unique), d'ajout d'options de réponses (exemple : ajout de la mention pour les diplômés de moins d'un an), la reprogrammation des conditions d'apparition de certaines questions et/ou réponses, le choix

de rendre certaines questions de conclusion non-obligatoires afin de favoriser un plus grand nombre de réponses (par allègement des contraintes) et la suppression de deux questions jugées finalement peu pertinentes.

3.4 . Diffusion

La diffusion des questionnaires s'est faite par le biais d'internet. En effet, cela permettait de toucher un grand nombre de professionnels et d'étudiants tout en limitant le temps et le coût de la passation (Gros, 2022 ; Parizot, 2012). Plusieurs canaux ont été utilisés et l'aide des syndicats régionaux, des secrétariats des CFUO, des associations locales d'étudiants ainsi que des groupes Facebook professionnels a été sollicitée.

En effet, dans un premier temps ce sont les syndicats régionaux d'Auvergne (SORAURA), de Bourgogne (SROB), de Bourgogne-Franche-Comté (SROBFC), de Bretagne (SIOB), de Guadeloupe (SDOG), de Guyane (SROG), des Hauts-de-France (SOHF), de Martinique (SDOM), de Normandie (SRON), de Nouvelle Aquitaine (SIONA), de Nouvelle-Calédonie (SONC), de la Région Occitanie (SOROCC), des Pays de Loire (SROPL), de Polynésie Française (SOPF), de Provence Alpes Côte d'Azur (SDORPACAC), de la Réunion (SORR), du Val de Loire (SORC-VDL) ainsi que le Syndicat Interdépartemental des Orthophonistes (SDOP) qui ont été contactés pour le questionnaire à destination des professionnels et les secrétariats des CFUO pour le questionnaire à destination des étudiants.

Dans un second temps, les deux questionnaires ont été diffusés via les groupes Facebook suivants : Ch'tis...Z'Orthos, EBP en logopédie/orthophonies, Gwada orthos, Les orthos de Corse, Les orthos de la Drôme, Les ortho du loiret, Les Orthos du Var, Les Orthos et la Neuro, Les tests ortho en neuro, Mémoires en Orthophonie, Mezeg al Lavar / Bigoud'Orthos - Les Orthophonistes de Bretagne, Orth'Haute-Savoie, ORTHO-73, Orthophonie et PEC neuro, Orthophonistes à Paris et en Île de France, Orthophonistes autrement, Orthophonistes d'Aquitaine, Orthophonistes de Franche-Comté, Orthophonistes de Guyane, Orthophonistes de l'Ain, Orthophonistes des Landes, Orthophonistes du 13, Orthophonistes du Calvados, Orthophonistes du Maine-et-Loire, orthophonistes et etudiants orthophonistess, Orthophonie et PEC neuro, orthophonistes France, Orthophonistes Pays de la Loire, Orthophonistes Vaucluse 84, Orthos d'Alsace (67-68). Certains de ces groupes ont fait l'objet d'une ou deux relances afin de récolter un maximum de réponses, le taux d'exposition à une demande de participation influant sur sa réalisation.

Pour le questionnaire à destination des étudiants, un troisième moyen de diffusion a été mis en place grâce à l'envoi de mail ou de messages aux associations locales d'étudiants en orthophonie. Les associations suivantes ont été contactées avec succès : ABFO (Bordeaux), ACEOL (Lille), AEMO13 (Marseille), AEOL (Lyon), AFON (Nancy), AFON (Nice), ALEOP (Poitiers), APEO (Paris), ATEO (Toulouse), ATFO (Tours), BABORD (Brest), Dis-Lalie (Montpellier), ETOC! (Caen), GEOD (Besançon), GEPETO (Amiens), LE BOUC (Clermont-Ferrand), METAFOR (Strasbourg), OREIL (Limoges), OREO (Rouen).

3.5 . Récolte et analyse des réponses

Les réponses aux questionnaires ont été récoltées entre le 13 octobre 2022 et le 31 janvier 2023. Initialement, les questionnaires ne devaient être ouverts que jusqu'au 8 janvier 2023 avec pour objectif d'obtenir entre 100 et 110 réponses. Ces nombres avaient été estimés suite à la lecture de mémoires précédents proposant des questionnaires dans le domaine de l'aphasiologie. La période d'accès a été prolongée car l'occasion s'est présentée dans le planning prévisionnel. Au final, 111 réponses ont été récoltées pour le questionnaire à destination des professionnels et 133 pour le questionnaire à destination des étudiants.

L'analyse des résultats est descriptive, effectuée à l'aide de l'outil statistique proposé sur LimeSurvey version Nantes Université et du logiciel libreoffice Calc, ainsi que qualitative en ce qui concerne les questions ouvertes amenant des réponses libres. En outre, des nuages de mots ont été générés via le site <https://wordart.com> afin de rendre compte de la fréquence de citation de ces réponses libres, la taille indiquant l'importance de la réponse (plus le nombre de citations est important, plus la réponse est visuellement grande).

III. Résultats et Analyses

1 . Questionnaire à destination des professionnels

1.1 . Profils

111 orthophonistes en exercice sur le sol français et recevant des patients aphasiques post-AVC ont répondu au questionnaire. Parmi ces répondants, 95,5 % sont des femmes contre 4,5 % d'hommes. L'âge varie de 24 et 62 ans avec une moyenne de 36 ans. Ces orthophonistes ont obtenu leur diplôme entre 1982 et 2022 et proviennent principalement de centres de formation en Belgique (15,32 %), et plus particulièrement de Liège, ainsi que des CFUO de Paris, Tours et Lille. Le taux de représentation des autres CFUO est de moins de

10 %, exceptés celui de Poitiers qui n'est pas représenté ainsi que les CFUO dont aucune promotion n'a encore été diplômée à ce jour.

En ce qui concerne les lieux d'exercice (Tableau 3), la majorité des professionnels interrogés indique travailler en libéral, et plus d'un quart en service de réadaptation et rééducation. De plus, parmi ces réponses se trouvent 13,51 % de travailleurs en exercice mixte.

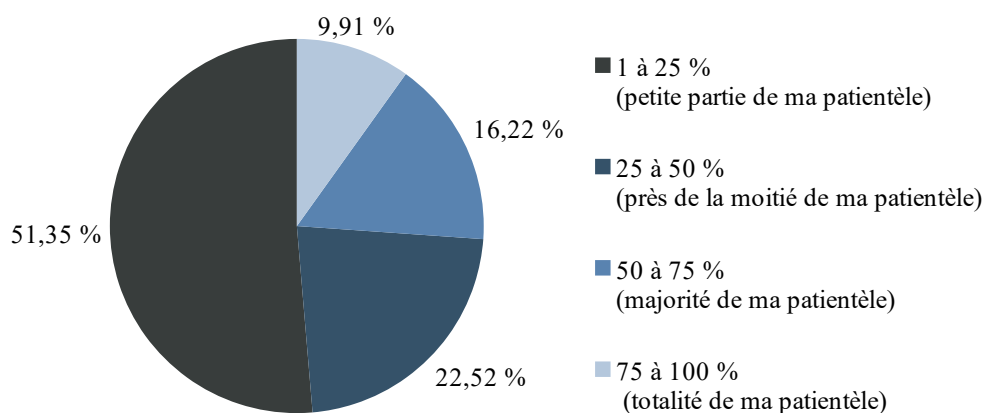
Tableau 3: Répartition sur les lieux d'exercice des orthophonistes

Réponses	Décompte	Pourcentage
Service hospitalier en phase aiguë	14	12,61 %
Service hospitalier en consultation	6	5,41 %
Service de réadaptation et rééducation	31	27,93 %
En libéral	83	74,77 %
Autre	3	2,70 %
Total brut	137	100 %

En outre, pour ce qui est de leur répartition en fonction du zonage concernant la densité d'orthophonistes présents sur un territoire (d'après la carte d'Atlasanté pour le compte de toutes les Agences Régionales de Santé, s. d.), la majeure partie des répondants se situe en zone intermédiaire et l'ensemble des zones est représenté.

Enfin, la part de patients aphasiques post-AVC dans la patientèle des répondants représente majoritairement une petite partie seulement de cette dernière (Figure 1).

Figure 1: Combien de patients atteints d'aphasie post-AVC prenez-vous en charge par an ?



Pour finir, les participants ont été interrogés sur une éventuelle implication dans la formation initiale en orthophonie en tant qu'enseignant et 83,78 % ont répondu ne pas intervenir auprès des étudiants dans quelque domaine que ce soit.

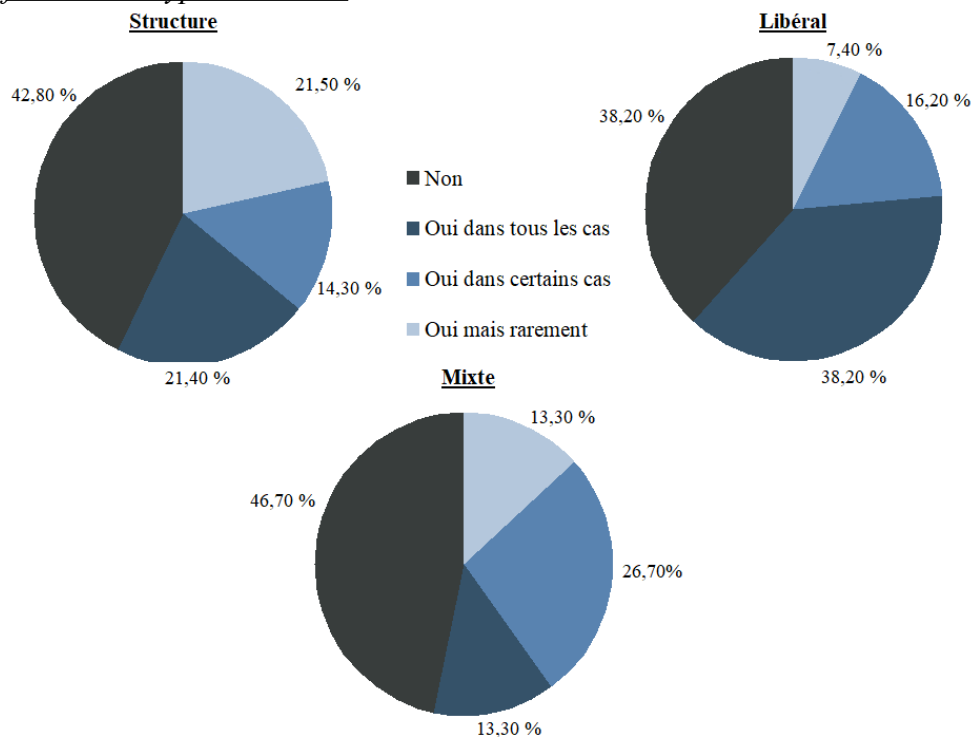
1.2 . Pratique de l'évaluation de l'efficacité du traitement

1.2.1 . Mise en place

En ce qui concerne la pratique de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC, la majorité des répondants (40,54 %) indique ne pas la mettre en place dans leur clinique contre seulement 30,63 % qui la pratiquent de manière systématique.

Ces nombres peuvent être répartis en fonction du type d'exercice pour voir si ces derniers ont un impact sur l'implémentation de cette pratique (Figure 2). Ainsi, ce sont 42,8 % des orthophonistes travaillant en salariat qui ne mettent pas en place d'évaluation de l'efficacité du traitement contre 21,4 % qui la mettent systématiquement en place. Dans le domaine du libéral, les orthophonistes se répartissent de manière égale entre la mise en place systématique et la non mise en place de cette démarche évaluative. Enfin, en ce qui concerne l'exercice mixte, les orthophonistes sont 46,7 % à ne pas mettre en place d'évaluation de l'efficacité du traitement contre 13,3 % à le faire de manière systématique. On peut donc penser que le lieu d'exercice vient impacter la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC, notamment en ce qui concerne les exercices salarial et mixte.

Figure 2: *Mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement en fonction du type d'exercice*



Pour le reste des participants, la pratique de l'évaluation de l'efficacité du traitement est mise en place dans certains cas ou rarement. Cette dernière catégorie d'orthophonistes a alors été interrogée sur les modalités qui influent la réalisation de cette évaluation, comprenant le lieu d'exercice, le type d'aphasie, le délai entre l'AVC et la prise en soin et les compétences évaluées. Le Tableau 4 ci-dessous récapitule le pourcentage de réponses par modalités ainsi que les réponses libres majoritaires qui leur sont associées afin de les préciser en fonction de la mise en place ou non de l'évaluation de l'efficacité du traitement.

Tableau 4: Lien entre l'implémentation de l'efficacité du traitement et les modalités d'application

Modalités	Mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement		Non mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement	
	Pourcentage de réponses	Réponses libres associées	Pourcentage de réponses	Réponses libres associées
Compétences évaluées	68,75 %	<ul style="list-style-type: none"> - Production orale - Production écrite - Compréhension orale - Compréhension écrite - Accès lexical - Anomie - Morphosyntaxe - Fonctions exécutives - Communication 	34,38 %	<ul style="list-style-type: none"> - Compétences discursives - Morphosyntaxe - Compétences pragmatiques - Fonctions exécutives - Système sémantique - Langage écrit
Délai entre l'AVC et la prise en soin	43,75 %	<ul style="list-style-type: none"> Réponses très variables - Fin de prise en charge 	12,50 %	-Phase aiguë
Type d'aphasie	28,12 %	Réponses très variables	18,75 %	<ul style="list-style-type: none"> - Aphasie globale - Aphasie de compréhension - Aphasie non-fluente
Lieux d'exercice	12,50 %	Représentation équivalente entre le libéral et la structure	34,38 %	- Libéral

Autre	6,25 %	<ul style="list-style-type: none"> - En fonction du temps de disponibilité - Appui sur le bilan d'évolution plutôt qu'une évaluation 	21,88 %	<ul style="list-style-type: none"> - En fonction du temps de disponibilité - Rééducation courte - Patient isolé socialement - Cas de bilinguisme
-------	--------	--	---------	--

Il apparaît ainsi que les compétences évaluées sont le facteur qui influence le plus la mise en place ou non de l'évaluation de l'efficacité du traitement.

Afin de compléter la compréhension de la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement dans la pratique clinique, il a été demandé aux répondants s'ils utilisaient cette démarche évaluative pour d'autres pathologies que l'aphasie post-AVC (Figure 3) et 60,36 % l'utilisent en effet dans d'autres circonstances. Il est à noter que parmi ces personnes, seulement 16,4 % ne pratiquent pas l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès de leurs patients aphasiques post-AVC. On peut donc penser que, généralement, les orthophonistes ne mettent pas moins en place l'évaluation de l'efficacité du traitement lorsque cela entre dans le cadre d'une aphasie post-AVC que pour une autre pathologie.

Figure 3: *Pathologies citées pour lesquelles sont mis en place une évaluation de l'efficacité du traitement*



Il en découle que l'évaluation de l'efficacité du traitement est mise en place dans le cadre de nombreuses pathologies mais qu'elle se concentre principalement sur les troubles du langage écrit.

1.2.2. Outils

Une grande variété d'outils utilisés dans la pratique clinique a été citée (Figure 4). Deux outils sont principalement employés : les bilans et tests normés et les lignes de base.

Pour les premiers, cela regroupe le renouvellement de passation de bilans ou de tests normés antérieurs ainsi que le bilan de renouvellement à proprement parler.

Figure 4: *Outils mentionnés pour l'évaluation de l'efficacité du traitement*



Bien que les lignes de base, outil le plus robuste recommandé par la littérature, soient fréquemment citées, il subsiste une méconnaissance de l'inadaptabilité des bilans et tests normés en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité du traitement.

1.2.3. Contraintes

Les orthophonistes ne réalisant pas d'évaluation de l'efficacité du traitement auprès de leurs patients aphasiques post-AVC ont été interrogés sur les contraintes les empêchant de la mettre en place (Figure 5).

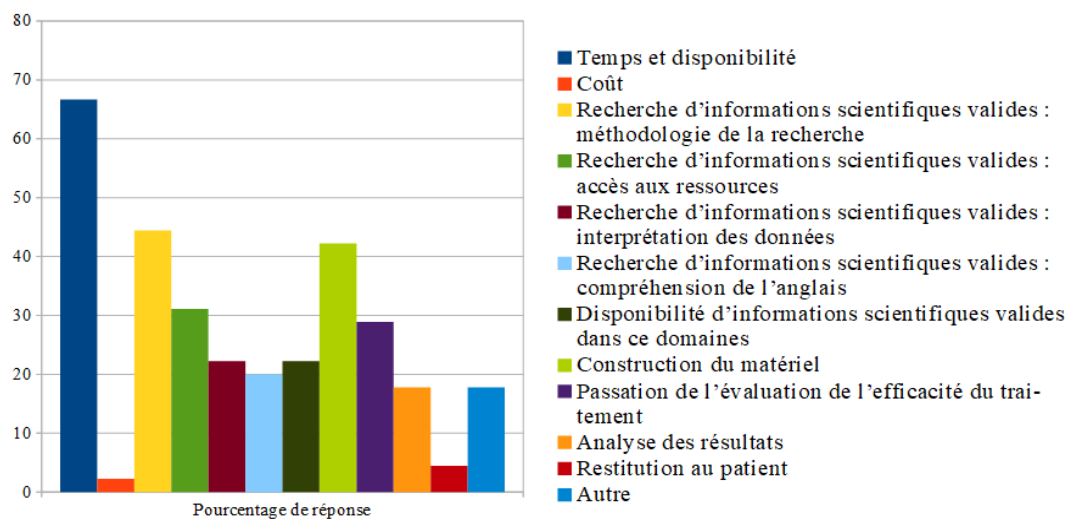
En premier lieu, c'est « Temps et la disponibilité » qui a été choisi par 66,67 % des répondants. Les réponses libres associées évoquent les aspects chronophages des passations, le temps partagé entre les différents lieux d'exercice, entre les patients ou le temps alloué à un patient en particulier, avec des prises en charge parfois très courtes ou fluctuantes.

Dans un second temps, la méthodologie de la recherche en ce qui concerne les informations scientifiques valides a été fortement désignée comme contraignante. Les réponses libres évoquent ici le manque de connaissances autour de l'évaluation de l'efficacité du traitement, un manque de méthodologie pure et l'aspect chronophage de cette démarche. De même, la construction du matériel a aussi été sélectionnée et mise en très forte relation avec le temps que cela prenait.

Ensuite viennent les questions de l'accès aux ressources, la passation de l'évaluation de l'efficacité du traitement et, dans une moindre mesure, l'interprétation des données en lien avec la recherche d'informations scientifiques, la disponibilité de ces informations, la compréhension de l'anglais ainsi que l'analyse des résultats de leur évaluation de l'efficacité du traitement.

En outre, certains orthophonistes ont évoqué le fait qu'ils ne recevaient pas assez de patients aphasiques post-AVC pour mettre en place une démarche d'évaluation de l'efficacité du traitement, ainsi que le manque de formation et de connaissances à ce sujet. De même, il existe une inquiétude chez certains concernant la perte de liberté dans la pratique clinique et l'incohérence à appliquer des résultats de recherche d'une population étrangère sur leurs patients francophones.

Figure 5: Quelles sont les contraintes qui vous empêchent de mettre en place une évaluation de l'efficacité du traitement ?



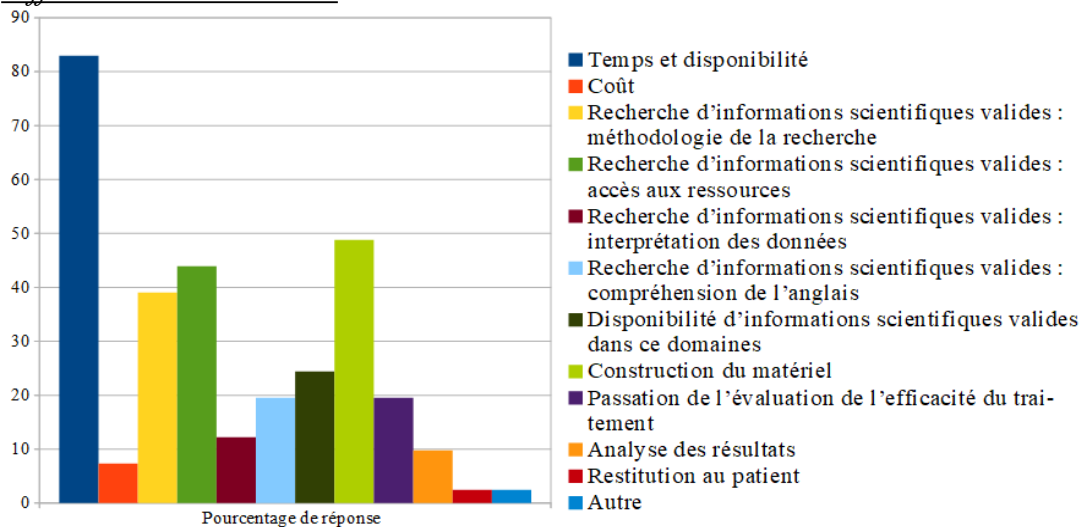
Les orthophonistes mettant en place une évaluation de l'efficacité du traitement auprès de leurs patients aphasiques post-AVC de manière systématique ou ponctuelle ont aussi été interrogés sur les contraintes rencontrées dans sa réalisation (Figure 6). 62,12 % des répondants concernés affirment rencontrer des contraintes contre 37,88 % qui disent ne pas en rencontrer. La principale contrainte choisie est « Temps et disponibilité ». Les orthophonistes évoquent notamment le temps de préparation, de rédaction, de recherche et de passation. L'organisation particulière à l'hôpital est aussi abordée car, s'il existe des temps dédiés pour cette évaluation de l'efficacité du traitement, de nouveaux patients arrivent tous les jours et leur état est très fluctuant, ce qui ne facilite pas sa réalisation. En outre, l'évolution, différente entre les patients et fluctuante pour un même individu, est citée comme contrainte temporelle. La construction du matériel est le deuxième élément le plus contraignant pour les répondants et est fortement mis en relation avec le temps que cela demande.

Au niveau de la recherche d'informations scientifiques valides, la méthodologie de la recherche et l'accès aux ressources posent aussi de réels problèmes pour les orthophonistes,

presque autant que la construction d'un matériel pour évaluer l'efficacité du traitement. Non loin derrière, on retrouve aussi comme obstacle la disponibilité d'informations scientifiques valides dans ce domaine, la compréhension de l'anglais et la passation de l'évaluation de l'efficacité du traitement.

Enfin, dans une moindre mesure, les orthophonistes notent comme contraintes l'analyse des résultats de leur évaluation de l'efficacité du traitement et le coût d'une telle démarche évaluative.

Figure 6: *Quelles contraintes rencontrez vous dans la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement ?*



On observe ainsi que les mêmes contraintes sont rencontrées par les professionnels mettant en place l'évaluation de l'efficacité du traitement que par ceux ne la mettant pas en place, à savoir : le temps et la disponibilité, la construction d'un matériel dédié, la méthodologie de la recherche et l'accès aux ressources. En outre, ces résultats peuvent être mis en relation avec ceux des études concernant les freins à l'implémentation de l'EBP dans la pratique orthophonique (2.3 Freins) car ils soulèvent sensiblement les mêmes points.

1.3 . Connaissance de l'EBP et de l'évaluation de l'efficacité du traitement

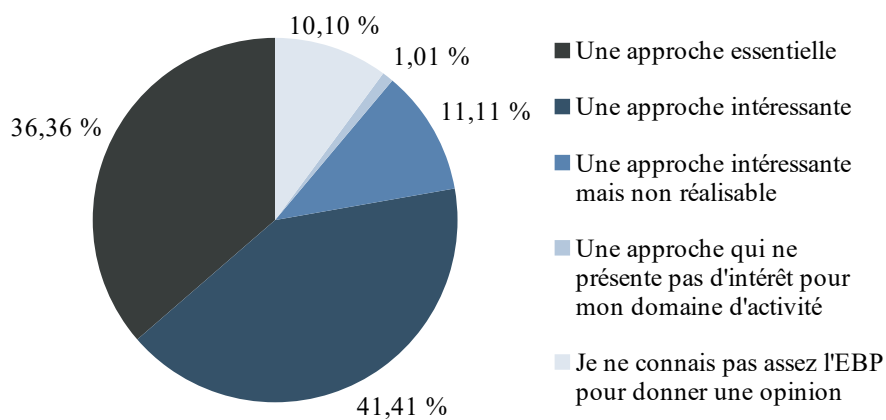
1.3.1. L'EBP

En ce qui concerne la connaissance de l'EBP, la majeure partie des répondants (89,19 %) affirme en avoir déjà entendu parler auparavant et 66,67 % ont déjà suivi un cours ou une conférence à ce sujet. Ces résultats peuvent être mis en relation avec des études antérieures posant la même question. Ainsi en 2009, Vallino & Relly indiquaient que 94 % de leur population d'étude avaient déjà entendu parler de l'EBP (378 professionnels australiens)

contre 12 % dans l'étude de Durieux et al. (2013 ; 2015) auprès de 415 logopèdes belges. La connaissance de l'EBP semble donc disparate en fonction des territoires.

En outre, cette approche est majoritairement qualifiée d'intéressante et/ou d'essentielle par les orthophonistes (Figure 7). Dans l'étude de Durieux et al. (2015) qui adressait sensiblement la même question à ses répondants, les résultats étaient en faveur d'une connaissance insuffisante pour qualifier l'importance de l'EBP. La connaissance de l'EBP semble donc se diffuser au domaine de la clinique orthophonique et sa valeur reconnue par les professionnels.

Figure 7: Comment évalueriez-vous l'importance de cette approche ?

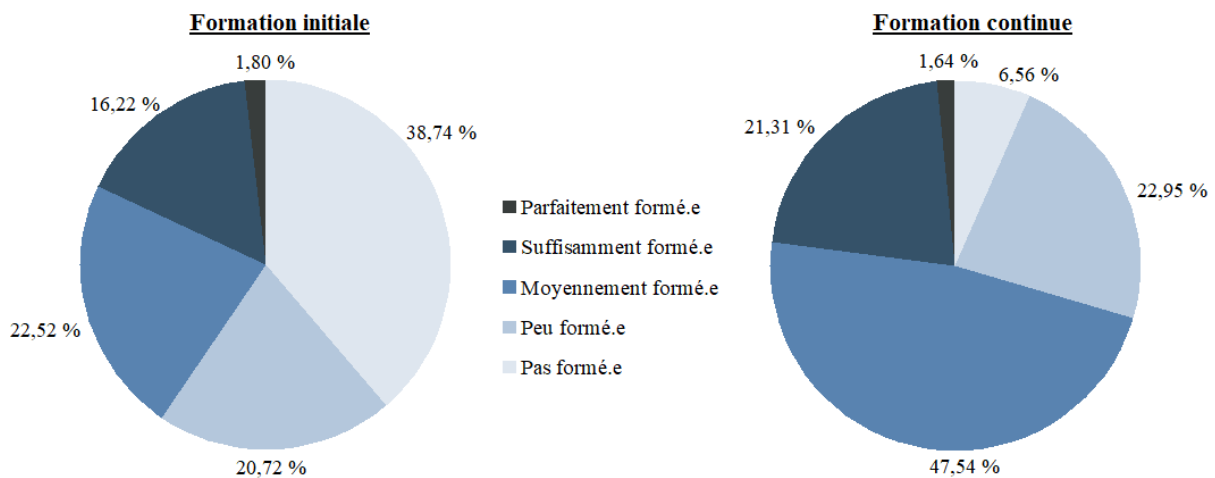


1.3.2. L'évaluation de l'efficacité du traitement

Pour ce qui est de l'évaluation de l'efficacité du traitement, l'aspect d'obligation légale est fortement mis de côté (8,11 %) alors que la qualification de nécessaire pour la pratique clinique est largement exprimée (87,39 %).

De plus, les orthophonistes ne se sentent majoritairement pas formés au sujet de l'évaluation de l'efficacité du traitement en formation initiale alors que la tendance atteint le « moyennement formé.e.s » concernant leurs formations continues (Figure 8).

Figure 8: Comment évalueriez-vous votre niveau de formation au sujet de l'évaluation de l'efficacité du traitement ?



Dans le domaine de l'aphasiologie, la répartition est assez similaire entre les orthophonistes ayant suivi ou non une formation continue à ce sujet depuis leur diplôme. Pour les 52,25 % d'orthophonistes ayant suivi l'une de ces formations, ces dernières ont été de l'ordre de plusieurs jours, allant parfois jusqu'à une semaine complète. De plus, près de la moitié (46,55 %) de ces répondants estime que l'évaluation de l'efficacité du traitement a souvent été évoquée, contre 18,97 % qui n'en ont pas entendu parler en formation continue. Les formations en aphasiologie évoquant l'évaluation de l'efficacité du traitement les plus citées sont (par ordre décroissant de fréquence de citation) :

- Les formations dispensées par Neuroformations, parmi lesquelles on retrouve notamment celles de Joffrey Trauchessec, de Claire Sainson, d'Antoine Renard, les colloques annuels élaborés par l'organisme et la formation « Bilan et Intervention Orthophonique dans les Pathologies Neurologiques et Neurodégénératives » ;
- Les formations de Magali Diaz, et plus particulièrement la formation « Aphasie : développez votre expertise » ;
- Le DU de réhabilitation neuropsychologique de Sorbonne Université ;
- Les formations de Dominique Benichou et de Philippe Van Eeckhout, et plus particulièrement celles traitant de la TMR (Thérapie Mélodique et Rythmée) ;
- Les formations de Sophie Chomel-Guillaume ;
- Les formations de Sylvie Moritz-Gasser, dont « Orthophonie et Chirurgie éveillée » et « Intervention orthophonique de la personne aphasique » ;
- Et les formations de Sonia Michalon.

En ce qui concerne les formations continues spécifiques à l'évaluation de l'efficacité du traitement, les participants répondent majoritairement qu'ils n'en ont pas suivies (85,59 %). Pour les 14,41 % s'étant formés, ils citent les formations suivantes (par ordre décroissant de fréquence de citation) :

- La formation « Neurologie et Aphasie » de Claire Sainson ;
- Le MOOC sur l'EBP proposé par l'Université de Liège ;
- La formation « Aphasie : développez votre expertise » de Magalie Diaz ;
- Et dans une moindre mesure sont citées les formations Gnosia dont « L'évaluation et projets thérapeutiques dans les TSLE (lecture) : vers une pratique orthophonique probante », celle d'Antoine Renard sur les APP, le DU de réhabilitation neuropsychologique, la formation de Sophie Chomel-Guillaume, ainsi que celles de Sylvie Moritz-Gasser, de Trecy Martinez-Perez et de Fanny Wavreille. Un participant évoque aussi une formation faite dans le cadre de sa pratique au Québec auprès d'enfants d'âge scolaire au sein d'écoles primaires.

Là aussi, les répondants estiment avoir majoritairement passé plusieurs jours de formation à ce sujet (1 à 3 jours pour 50 % d'entre eux).

On constate donc un nombre important de formations consacrées au domaine de l'aphasiologie et abordant l'évaluation de l'efficacité du traitement. De même, l'intérêt pour l'évaluation de l'efficacité du traitement est en plein essor et quelques formations existent d'ores et déjà et commencent à être suivies par les professionnels.

1.3.3 . Lignes de base

En ce qui concerne plus particulièrement les lignes de base, qui sont recommandées dans la littérature pour l'évaluation de l'efficacité du traitement, plus de la majorité des participants (81,98 %) indique en avoir déjà entendu parler. Pour la formation théorique à propos de cet outil, elle semble se faire en formation initiale (46,15 %), en formation continue (31,87 %) ou par les propres moyens des professionnels (21,98 %). Cependant, la majorité des répondants confient ne pas avoir été formés de manière pratique aux lignes de bases (Tableau 5).

Tableau 5: *Vous avez été formé.e à cet outil de manière pratique :*

Réponses	Décompte	Pourcentage
Oui, en formation initiale	24	26,37 %
Oui, en formation continue	18	19,78 %
Oui, par moi-même	21	23,08 %
Non	38	41,76 %
Total Brut	101	100 %

Pour finir, et afin d’approfondir la question de la formation théorique et pratique à ce sujet, il a été demandé aux participants de préciser les formations continues concernées dont voici la liste des principales à avoir été citées (par ordre décroissant de fréquence de citation) :

- Les formations de Magalie Diaz dont « Développez votre expertise » ;
- Le MOOC EBP de l’Université de Liège ;
- Les formations de Joffrey Trauchessec ;
- Le DU de réhabilitation neuropsychologique de Sorbonne Université ;
- Les formations Gnosia ;
- Et dans une égale mesure les formations Sylvie Moritz-Gasser, Sonia Michalon, Chron’ortho, Gilles Leloup et Trecy Martinez-Perez.

1.4 . Conclusion sur les besoins spécifiques de la clinique

Pour conclure, 84,68 % des répondants souhaitent améliorer leur pratique de l’évaluation de l’efficacité du traitement auprès de leurs patients aphasiques post-AVC. Pour ce faire, leurs besoins en lien avec la réalité clinique ont été questionnés et il apparaît que les principales demandes reposent sur le temps, l’organisation, des outils et un besoin de formation.

Les orthophonistes expriment un besoin de temps pour lire et synthétiser les données de la recherche ainsi que pour la construction et la passation de l’évaluation de l’efficacité du traitement. Certains répondants expliquent qu’il leur est nécessaire d’avoir du temps pour que cette démarche évaluative entre dans leur organisation et devienne une habitude compatible avec leur pratique.

En lien avec ce besoin d’organisation temporelle, on retrouve aussi un besoin d’organisation plus large qui concerne notamment la facilitation de l’accès aux informations (langues et coût), la facilitation de l’implémentation de l’EBP dans le quotidien de la pratique clinique orthophonique et, en ce qui concerne les structures médico-sociales, la possibilité d’un

meilleur suivi en centre et l'adhésion de la direction à cette démarche évaluative qui demande certains aménagements.

Les participants sont aussi en demande d'outils « clé en main » qui faciliteraient la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement. Ces outils devraient être adaptables (au patient et au contexte), rapides, concrets, avec une trame efficace et donnant des objectifs clairs et précis. Plusieurs participants ont évoqué l'éventualité d'avoir des outils du type Cérébro, qui est une plateforme en ligne à destination des orthophonistes proposant des ressources dans le domaine de la cognition.

De même, les orthophonistes ayant participé à cette étude sont en demande de recommandations de bonnes pratiques et de synthèses cliniques au sujet de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès de patients aphasiques post-AVC, ainsi que de conseils et d'exemples en lien avec les différents types d'AVC.

Enfin, il existe un besoin de formation qui concerne aussi bien les formations continues que les formations initiales. Il y a notamment une demande concernant les sujets de l'EBP en lien avec l'aphasie et l'intégration des aidants dans cette démarche.

De même, les participants souhaiteraient que soient abordés en formation les apports de la recherche scientifique actuelle en ce qui concerne l'efficacité des thérapies et les méthodes alternatives à celle des lignes de base.

La possibilité d'être formé sur des outils ou protocoles est aussi au cœur de leur demande. Leur intérêt porte notamment sur des outils informatiques, rapides, personnalisables et qui soient des outils d'évaluation ou permettant de créer ou d'adapter ses propres évaluations ou lignes de base.

De même, les répondants souhaiteraient qu'on leur expose des exemples simples, concrets et qui soient reproductibles par la suite. L'idée serait de mettre en place une mise en pratique fonctionnelle adaptée au contexte de la pratique clinique avec de nombreuses répétitions.

Ils évoquent aussi l'idée de stages et d'études de cas cliniques. En ce qui concerne la formation initiale, la possibilité de mettre en place des TD (Travaux Dirigés) à ce sujet est évoquée.

De plus, un accompagnement dans la construction de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des personnes aphasiques post-AVC serait aussi souhaité.

En outre, la possibilité d'échanger avec d'autres professionnels, par zones géographiques ou en fonction du contexte de travail (salarial/libéral), fait partie des demandes en termes de formation.

Enfin, la question de l'accessibilité reste un point fondamental pour de nombreux répondants et porte sur :

- La possibilité d'avoir des formations gratuites ou financées par les employeurs ;
- Les modalités d'accès comme la visio ou les formations en ligne ;
- Des formations plus courtes ;

Un point particulier concerne les orthophonistes des DOM-TOM qui demandent à être désenclavés et pris en compte en ce qui concerne l'accessibilité des formations.

Pour conclure, dans les réponses libres, quelques répondants évoquent leur inquiétude au sujet de l'assujettissement des orthophonistes à ce genre de pratique, ce qui peut expliquer leur réticence à la mettre en place. D'autres participants, au contraire, y voient un intérêt pour leur pratique et la profession, évoquant même cette démarche comme justification possible pour l'ouverture de nouveaux postes en milieu hospitalier.

2 . Questionnaire à destination des étudiants

2.1 . Profils

133 étudiants de dernière année d'orthophonie répondant aux critères d'inclusion ont répondu au questionnaire. 96,99 % d'entre eux sont des femmes pour 3,01 % d'hommes. Les âges sont répartis entre 21 et 50 ans avec une moyenne de 24 ans. L'ensemble des Centres de Formations Universitaires en Orthophonie (CFUO) sont représentés à l'exception de Toulouse et Poitiers. De plus, une représentation légèrement plus importante de la promotion de Nantes est à noter (Annexe – Tableau 9).

2.2 . Formation initiale

Au niveau de la formation initiale, il a été demandé aux étudiants d'estimer leur niveau de formation au sujet de la rééducation de l'aphasie post-AVC, de l'EBP, de l'évaluation de l'efficacité du traitement et plus particulièrement de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des personnes aphasiques post-AVC (Annexes – Tableau 10).

Il apparaît que les étudiants se sentent majoritairement (60,15 %) suffisamment formés en ce qui concerne la rééducation de l'aphasie post-AVC.

Dans le domaine de l'EBP, le ressenti est partagé entre le « moyennement formé.e » (41,85 %) et une tendance à se sentir suffisamment formé (33,08 %).

Cependant, lorsqu'on aborde le domaine de l'évaluation de l'efficacité du traitement, cette dynamique se perd. En effet, les étudiants se sentent majoritairement moyennement formés sur le sujet (36,84 %), voire peu formés (25,56 %) ou alors au contraire suffisamment formés (24,06 %).

Enfin, en ce qui concerne plus particulièrement l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC, le sentiment d'être bien formé est moins présent avec 36,84 % des étudiants qui se sentent moyennement formés, 27,82 % qui estiment être peu formés et tout de même 18,05 % qui répondent ne pas être formés sur le sujet.

On peut donc constater que le sentiment d'être bien formé baisse de sujet en sujet bien que la répartition sur les différentes réponses soit de plus en plus diffuse, ce qui exprime une hétérogénéité des impressions des étudiants.

En ce qui concerne les Travaux Dirigés (TD) au sujet de l'évaluation de l'efficacité du traitement, la majorité des étudiants (64,66 %) est d'accord pour dire qu'ils n'en reçoivent pas, et ce tous domaines confondus. Il a été demandé aux 35,34 % d'étudiants ayant suivi ce type d'enseignement de définir la forme qu'y prenait l'évaluation du traitement (Figure 9).

Figure 9: *Formes de l'évaluation de l'efficacité du traitement expérimentées en TD*



Pour ce qui est des TD au sujet de l'évaluation de l'efficacité des traitements auprès des patients aphasiques post-AVC, la majeure partie des répondants confie ne pas avoir été formée à ce sujet (90,23 %). Pour les 9,77 % restants, l'évaluation de l'efficacité du traitement au cours de ces enseignements était en lien avec des études de cas cliniques et prenait principalement la forme de ligne de base, d'appui sur l'EBP et de passation de bilan.

Dans les deux cas, on observe que les lignes de base, recommandées dans la littérature pour l'évaluation de l'efficacité du traitement, sont largement représentées dans les réponses. Cependant, même si c'est dans une moindre mesure, on constate aussi que les bilans de renouvellement sont cités comme outils pour l'évaluation de l'efficacité du traitement.

2.3 . Expérience de stage

Les étudiants ont ensuite été interrogés sur leurs expériences de stage. 93,23 % des répondants ont effectué un stage auprès de patients aphasiques post-AVC, majoritairement en libéral ou en Service de Réadaptation et Rééducation (Tableau 6).

Tableau 6: Dans quel.s type.s de structure avez-vous effectué ce stage ?

Réponses	Décompte	Pourcentage
Service hospitalier en phase aiguë	39	31,45 %
Service hospitalier en consultation	29	23,39 %
Service de réadaptation et rééducation	93	75 %
En libéral	93	75 %
Autre ¹	2	1,61 %
Total brut	256	100 %

Au cours de ces stages, seulement 25,81 % des étudiants ont observé des temps d'évaluation de l'efficacité du traitement et 16,13 % ont eu l'occasion de la pratiquer. L'évaluation de l'efficacité prenait différentes formes dont les principales sont exposées dans la Figure 10 ci-dessous (2).

Figure 10: Formes de l'évaluation de l'efficacité du traitement observées et/ou pratiquées en stage auprès des patients aphasiques post-AVC



1. Les deux réponses « autre » correspondent à des expériences auprès de patients aphasiques post-AVC en EHPAD et en HAD.

2. La notion d' « Autres » recouvre ici divers éléments comme l'entretien avec les familles, les auto-questionnaires, l'intérêt pour la qualité de vie du patient ou encore l'appui sur des indicateurs statistiques (chaque proposition n'étant citée qu'une seule fois).

On peut constater que les lignes de base, fortement recommandées par la littérature en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité du traitement, est l'outil le plus observé et pratiqué en stage par les étudiants de dernière année. Par ailleurs, on note que le bilan de renouvellement est largement cité, ce qui va dans le sens des résultats obtenus au questionnaire à destination des professionnels concernant les outils utilisés lors de l'évaluation de l'efficacité du traitement.

2.4 . Formation continue

Au niveau de la formation continue, la presque totalité des répondants affirme ne pas avoir suivi de formation dans le domaine de l'aphasiologie. Une seule personne a répondu par l'affirmative et cela concernait un séminaire sur l'aphasie proposé par le SDOM (Syndicat Départemental des Orthophonistes de Martinique) pour lequel le participant a jugé que l'évaluation de l'efficacité du traitement n'y était que rarement abordée.

Dans le domaine de l'efficacité du traitement, 6 étudiants ont participé à une formation traitant de ce sujet. Ces derniers ont majoritairement assisté au MOOC sur l'EBP proposé par l'Université de Liège et une personne a suivi une formation à ce sujet dans le domaine du langage oral et une autre dans le domaine du langage écrit.

2.5 . Conclusion

Pour conclure, 60,15 % des étudiants ayant répondu au questionnaire affirment ne pas se sentir prêts, une fois diplômés, à mettre en place l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès de leurs patients aphasiques post-AVC.

Pour ces étudiants, il existe un besoin de formation encore important pour différents aspects de cette démarche, tant au niveau pratique que théorique.

Au niveau des cours magistraux (Tableau 7), la passation de l'évaluation et l'analyse des résultats sont les deux plus importantes demandes. Non loin derrière, on retrouve la construction du matériel utile à l'évaluation de l'efficacité du traitement ainsi que l'interprétation des données (dans le cadre de la recherche d'informations scientifiques valides). Les étudiants souhaitent aussi être plus formés en ce qui concerne la restitution des résultats aux patients et sur l'accès aux ressources dans le cadre de la recherche d'informations scientifiques valides. Enfin, dans une moindre mesure, les étudiants sollicitent aussi de plus amples informations au sujet de la méthodologie de la recherche et de l'aide pour la compréhension de l'anglais.

Tableau 7: *Sur quel.s aspect.s souhaiteriez-vous être plus formé.e. en cours magistraux ?*

Réponses	Décompte	Pourcentage
Recherche d'informations scientifiques valides : méthodologie de la recherche	11	13,75 %
Recherche d'informations scientifiques valides : accès aux ressources	25	31,25 %
Recherche d'informations scientifiques valides : interprétation des données	40	50 %
Recherche d'informations scientifiques valides : compréhension de l'anglais	4	5 %
Construction du matériel	48	60 %
Passation de l'évaluation de l'efficacité du traitement	55	68,75 %
Analyse des résultats	54	67,50 %
Restitution au patient	24	30 %
Autre	0	0 %
Total brut	261	100 %

En ce qui concerne les TD et la formation pratique (Tableau 8), on retrouve sensiblement les mêmes besoins. Ainsi, les demandes principales concernent la passation de l'évaluation de l'efficacité du traitement, l'analyse des résultats ainsi que la construction du matériel utile à cette démarche. La restitution des résultats aux patients est aussi un point important dans la demande de formation des étudiants. Enfin, dans une moindre mesure, ils souhaiteraient aussi plus de temps de formation à propos de la recherche d'informations scientifiques valides sur le sujet en ce qui concerne l'interprétation des données, l'accès aux ressources et la méthodologie de la recherche en elle-même. Seule la compréhension de l'anglais ne fait pas l'objet d'une demande de formation particulière.

Tableau 8: *Sur quel.s aspect.s souhaiteriez-vous être plus formé.e. en travaux dirigés ?*

Réponses	Décompte	Pourcentage
Recherche d'informations scientifiques valides : méthodologie de la recherche	5	6,25 %
Recherche d'informations scientifiques valides : accès aux ressources	9	11,25 %

Recherche d'informations scientifiques valides : interprétation des données	15	18,75 %
Recherche d'informations scientifiques valides : compréhension de l'anglais	0	0 %
Construction du matériel	63	78,75 %
Passation de l'évaluation de l'efficacité du traitement	68	85 %
Analyse des résultats	63	78,75 %
Restitution au patient	44	55 %
Autre	0	0 %
Total brut	267	100 %

En revanche, même s'ils ne se sentent pas prêts, les répondants ont tout de même tendance à vouloir mettre en place une évaluation de l'efficacité du traitement auprès de leurs patients aphasiques une fois diplômés. En effet, la grande majorité (87,97 %) aimerait la mettre en place, 8,27 % sont certains de la mettre en place et seulement 3,76 % savent qu'ils n'utiliseront pas cette démarche. Ces derniers ont été interrogés sur les raisons de cette décision. Il en ressort que l'évaluation de l'efficacité du traitement, et particulièrement les lignes de base, sont trop chronophages. En outre, un des répondant indiquent qu'il ne souhaite pas prendre en charge ce type de patients.

Cette différence entre le fait de ne pas se sentir prêt à mettre en place une évaluation de l'efficacité du traitement et la volonté de la mettre en place met en lumière le fait que, si l'importance de l'EBP et de l'évaluation de l'efficacité des traitements est mise en avant au cours de la formation initiale, ces domaines ne sont pour autant pas approfondis. Ainsi, comme le soulignent plusieurs participants en commentaire libre, les étudiants cernent l'importance de ces notions mais n'en ont pas la maîtrise.

IV. Discussion

1 . Apports

Le développement de l'EBP ces dernières décennies dans de nombreux pays, ainsi que la mise en avant de la nécessité de faire une évaluation de l'efficacité du traitement, nous ont poussés à nous questionner sur la réalité du terrain en France, et plus particulièrement auprès des patients aphasiques post-AVC qui présentent des particularités de prise en soin propre à

leur pathologie. Les hypothèses de ce mémoire sont validées car l'état des lieux effectué a bien mis en évidence l'existence de barrières à l'implémentation de l'évaluation de l'efficacité du traitement, parmi lesquelles on retrouve notamment un manque de formation. Il a donc exploré les difficultés et les besoins inhérents à la pratique clinique orthophonique et à la formation afin de fournir des pistes pour améliorer cette dernière.

1.1 . Intérêt pour les professionnels

En effet, comprendre la réalité du terrain et les problématiques rencontrées par les orthophonistes dans leur pratique clinique quotidienne pourra permettre d'orienter les formations qui leur sont proposées afin que ces dernières puissent leur donner des clefs pour surmonter ces obstacles et implémenter l'évaluation de l'efficacité du traitement.

Ainsi, le temps est notamment le plus gros facteur contraignant les professionnels dans la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement. En ce sens, les demandes des professionnels portent sur des aspects méthodologiques mais aussi sur des formations pratiques et sur la prise en main d'outils rapides, concrets et adaptables.

On a vu se développer ces dernières années des formations abordant la question de l'évaluation de l'efficacité du traitement de manière assez générale et théorique (III.1.3 Connaissance de l'EBP et de l'évaluation de l'efficacité du traitement). Pour approfondir ce sujet, des formations ciblées pourraient être intéressantes en ce qui concerne :

- **Le type d'exercice**, car les contraintes rencontrées ne sont pas les mêmes. En effet, la fréquence et le nombre de séances, la phase post-AVC du patient au moment de la prise en soin, les objectifs de rééducation, les moyens à disposition du professionnel (possibilités de faire des prises en soin de groupe, d'investir dans un matériel spécialisé, de faire des formations, de travailler avec la famille et les aidants) sont influencés par le type d'exercice.
- **Les outils** de l'évaluation de l'efficacité du traitement, avec des formations comprenant les lignes de base mais aussi les outils en lien avec la vie quotidienne – qui pourraient être plus facilement implémentables dans un premier temps – et abordant le cas des bilans de renouvellement afin de mettre fin à la confusion persistante de son rôle.
- **La mise en pratique** de toutes les données théoriques afin de donner du sens et des clefs de mise en place concrètes dans le quotidien de la pratique clinique.
- **Les domaines langagiers**, car les compétences observées au cours de l'évaluation de l'efficacité du traitement influencent sa réalisation ou non auprès des patients aphasiques

post AVC. Ainsi, l'évaluation de l'efficacité du traitement peut sembler plus facile à mettre en place dans certains domaines car les professionnels les appliquent parfois auprès d'autres pathologies (par exemple, le langage oral ou écrit que l'on peut retrouver dans les troubles du neurodéveloppement). La méthodologie peut, de ce fait, être transposable et la préparation moins chronophage. En outre, des domaines comme les compétences pragmatiques ou la morphosyntaxe peuvent apparaître plus difficiles à évaluer formellement sans formation préalable.

Des formations plus spécifiques commencent ainsi déjà à se développer comme « Intégrer l'EBP dans l'évaluation et le traitement de l'aphasie » ou « Prise en soin du Patient Aphasique à la lumière de l'EBP : Bienvenue à bord d'EBP Airlines » qui sont proposées par Charlotte Fernandez et Marine Guenzatti, mais elles sont encore assez méconnues des professionnels.

En ce qui concerne les outils rapides, concrets et adaptables, il est à souligner que de nombreux matériels et ressources ont été développés en ce sens ces dernières années. En effet, les éditeurs de matériels prennent en compte la démarche EBP dans la conception de leurs outils, notamment en ce qui concerne les dernières données de la recherche et, de plus en plus, l'évaluation de leur efficacité. On peut ainsi citer comme exemple le site Cérébro – évoqué dans le questionnaire par quelques professionnels – qui regroupe des ressources, du matériel, des applications et des formations au sujet des troubles neurologiques et neuro-développementaux. Les sites LangageOral.com et LangageEcrit.com, plus répandus auprès des professionnels, proposent aussi depuis récemment un module pour la conception des lignes de base. Si les matériels construits dans une démarche EBP sont plus généralement tournés vers la rééducation, des outils pour l'évaluation de l'efficacité du traitement tendent à se développer et ne demandent qu'à être connus des professionnels.

L'existence de formations et de matériels spécifiques encore peu connus des professionnels témoigne de la lenteur de l'implémentation de cette démarche dans la pratique clinique et de l'écart entre l'avancée de la recherche dans ce domaine et la réalité du terrain.

1.2 . Intérêt pour les étudiants et la formation

Dans leur étude de 2013, Durieux et al. expliquent que la formation universitaire est connectée à ce qui se passe sur le terrain et c'est pourquoi il est intéressant d'aller interroger la pratique clinique. En effet, les difficultés que rencontrent les professionnels aujourd'hui pourront être réduites, voire éliminées, demain grâce à une formation adéquate et adaptée à la réalité des futurs professionnels.

Ainsi, il semble essentiel d'aborder et d'approfondir au cours de la formation initiale les notions d'EBP, d'évaluation de l'efficacité du traitement et plus particulièrement l'évaluation de l'efficacité en fonction d'une pathologie, comme l'aphasie post-AVC. Si cela semble être de plus en plus le cas au vu des réponses des étudiants, la formation a tendance à aborder le versant théorique et n'explore que très peu les aspects pratiques.

Cependant, l'expérience et la pratique semblent être des atouts essentiels pour favoriser la mise en place de cette démarche évaluative. L'idée est que les étudiants formés et entraînés, de manière théorique et pratique, à une démarche pendant leurs études seront plus à même de l'appliquer en tant que professionnels sur le terrain (Durieux et al., 2013). Ici, les étudiants soulignent notamment leurs besoins en ce qui concerne la passation en elle-même et l'analyse des résultats. En outre, il pourrait être intéressant de mieux informer les étudiants sur les possibilités de formations continues qui leur sont souvent ouvertes. Ils pourraient ainsi compléter leurs connaissances en fonction de leurs besoins particuliers.

1.3 . Apports de la confrontation des deux questionnaires

L'un des intérêts d'avoir sondé deux populations différentes à propos d'un même sujet est de pouvoir mettre en relation, dans la mesure du possible, leurs réponses pour faire émerger de nouvelles informations. Ainsi, cette section abordera la question de la formation, des outils de l'évaluation de l'efficacité du traitement et les contraintes au regard des réponses apportées aux deux questionnaires.

En ce qui concerne la formation initiale, on peut constater une évolution sur la question de l'évaluation de l'efficacité du traitement. En effet, si les professionnels ne se sentaient pas ou insuffisamment formés à ce sujet, on relève que les actuels étudiants de M2 se sentent moyennement ou peu formés. La différence n'est pas franche mais existe et laisse à voir un développement des formations à ce sujet. Cependant, il est à souligner qu'il concerne principalement les aspects théoriques et que la pratique est encore assez peu mise en avant.

Pour ce qui est des outils d'évaluation de l'efficacité du traitement, on peut voir que deux d'entre eux se détachent des autres, aussi bien chez les professionnels que chez les étudiants : les lignes de base et les bilans de renouvellement. Comme expliqué dans la partie théorique (3.4.2 Bilan d'évolution et tests standardisés), les bilans de renouvellement ne sont pas adaptés à cette démarche évaluative. On constate que du point de vue de la formation, cet outil est finalement peu abordé auprès des étudiants en tant qu'évaluation de l'efficacité du traitement. La formation initiale est proche des dernières données de la recherche et elle

évoque plus volontiers les lignes de base. Cependant, il est fréquent que ces bilans soient observés et/ou pratiqués sur les lieux de stage comme évaluation de l'efficacité du traitement. Il est alors important de souligner l'intérêt de la réciprocité et du partage entre maître de stage et étudiant lors des stages, car c'est un des canaux de diffusion des connaissances des dernières données de la recherche pour les professionnels. De même, il est impératif d'éviter toute confusion chez les étudiants sur le rôle du bilan de renouvellement afin que ces derniers soient utilisés à bon escient.

Enfin, les orthophonistes ont été questionnés sur les contraintes rencontrées dans la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement. La même liste de contraintes a été présentée aux étudiants – exceptées les contraintes de temps et de coût qui ne relèvent pas de la formation – en leur demandant sur quels aspects ils souhaiteraient être plus formés de manière théorique et pratique. Il en ressort que les étudiants ont un besoin de formation plus important sur les aspects au cœur même de la démarche : construction du matériel, passation et analyse des résultats ; alors que pour les professionnels, si on retrouve la contrainte de la construction, ce sont principalement les questions de méthodologie de la recherche et d'accès aux ressources qui les mettent en difficultés. On peut donc penser que les étudiants actuels sont mieux préparés sur ces points concernant la recherche d'informations scientifiques valides que ne l'ont été les professionnels et que ces derniers, fort de leurs années d'expérience, sont plus à même de gérer les aspects pratiques de cette démarche évaluative.

2 . Limites

Le nombre de réponses atteint aux deux questionnaires permet de faire une étude qualitative intéressante mais non généralisable à la population d'orthophonistes et d'étudiants en orthophonie de France. L'intérêt se restreint donc ici à faire ressortir des pistes de réflexion en ce qui concerne la formation grâce à l'échantillon de réponses récoltées.

Au niveau de la construction des questionnaires, les parties interrogeant l'EBP et les contraintes rencontrées dans la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement ont été construites grâce à d'autres études : Nail-Chiwetalu & Bernstein Ratner, 2007 ; Carballo et al., 2008 ; Guo et al., 2008 ; O'Connor & Pettigrew, 2009 ; Durieux et al., 2013 ; Durieux et al., 2015. Or, les populations étudiées dans ces études ne sont pas les mêmes et seules quelques questions ont été reprises dans les questionnaires de ce mémoire. La comparaison entre les résultats est donc à nuancer. De plus, les questions concernant les contraintes de l'évaluation de l'efficacité du traitement ont été inspirées de celles relevées pour l'EBP.

L'évaluation de l'efficacité du traitement étant une étape de cette démarche, il était logique que les contraintes générales de l'EBP soient retrouvées dans ce cas particulier. Mais certaines contraintes non interrogées existent peut-être et sont à mettre au jour.

Enfin, les orthophonistes ayant fait leurs études à l'étranger mais exerçant en France ont été intégrés dans la population cible alors que les étudiants faisant leurs études à l'étranger n'ont pas été retenus. Il pourrait être intéressant dans une prochaine étude d'ouvrir plus largement les critères d'inclusion afin de faire une comparaison entre les formations dispensées dans différents pays, afin de voir les avancées de chacun au sujet de l'évaluation de l'efficacité du traitement, et plus particulièrement auprès des patients aphasiques post-AVC.

Conclusion

Un état des lieux des connaissances et des pratiques de l'évaluation de l'efficacité du traitement dans le cadre de la prise en soin des patients aphasiques post-AVC a été effectué auprès des professionnels et futurs professionnels en orthophonie. Cette étude a permis de démontrer que des barrières existent dans l'implémentation de cette démarche, et qu'elles concernent notamment la formation, aussi bien d'un point de vue théorique que pratique. En effet, si les professionnels comme les étudiants ont connaissance de ce qu'est l'EBP, cette tendance diminue en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité du traitement, et plus particulièrement encore dans le cadre de la prise en soin des patients aphasiques post-AVC. Ainsi, si les contraintes des professionnels concernent en premier le temps et la disponibilité, elles portent aussi sur un besoin de formation théorique et méthodologique, tandis que les étudiants sont en forte demande d'une formation portant plus sur les aspects pratiques et concrets de la démarche d'évaluation de l'efficacité du traitement.

Ces résultats découlent d'un panel de répondants non représentatif de la population des professionnels et futurs professionnels en orthophonie de France, mais ils offrent toutefois des pistes de réflexions pour contribuer à une offre de formation toujours plus proche de la réalité clinique et de ses besoins. En outre, il serait intéressant dans de futures études d'augmenter le nombre de répondants pour une meilleure représentativité, mais aussi d'inclure des étudiants et des professionnels en orthophonie et en logopédie d'autres pays afin de pouvoir comparer les différentes avancées et méthodes d'enseignement pour, idéalement, apprendre de tous afin d'améliorer la formation de chacun.

Bibliographie

- Atlasanté pour le compte de toutes les Agences Régionales de Santé. (s. d.). *CartoSanté— Indicateurs : Cartes, données et graphiques*. Consulté le 15 juin 2022, à l'adresse https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=zonage_conv.z_orthoph&view=map12
- Benaim, C., Lorain, C., Pélissier, J., & Desnuelle, C. (2007). Dépression, qualité de vie et aphasie. In *Aphasies et aphasiques* (p. 283-289). Elsevier Masson.
- Best, W., & Nickels, L. (2000). From theory to therapy in aphasia : Where are we now and where to next ? *Neuropsychological Rehabilitation*, 10. <https://doi.org/10.1080/096020100389147>
- Carballo, G., Mendoza, E., Fresneda, M. D., & Muñoz, J. (2008). La práctica basada en la evidencia en la logopedia española : Estudio descriptivo. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28(3), 149-165. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(08\)70053-6](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(08)70053-6)
- Chomel-Guillaume, S. (2021). *Les aphasies : Évaluation et rééducation*. Elsevier Masson.
- Daviet, J.-C., Muller, F., Stuit, A., Darrigrand, B., & Mazaux, J.-M. (2007). Communication et aphasie. In *Aphasies et aphasiques* (p. 76-86). Elsevier Masson.
- Dodd, B. (2007). Evidence-Based Practice and Speech-Language Pathology : Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats. *Folia phoniatica et logopaedica : official organ of the International Association of Logopedics and Phoniatics (IALP)*, 59, 118-129. <https://doi.org/10.1159/000101770>
- Dorze, G. L., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9(3), 239-255. <https://doi.org/10.1080/02687039508248198>
- Duboisindien, G. & Cattini, J. (2021) UE.5.1.3. – *Intervention orthophonique dans le cadre des troubles du langage oral – Master 1* [Cours magistraux – Travaux Dirigés] – Département Universitaire d'Orthophonie de Bretagne – Université de Bretagne Occidentale

- Ducrot Gardet, S., Antonini Lombardi, M., Pont, C., & Delage, H. (2022). Application de l'approche EBP dans l'intervention chez l'enfant : Quelle efficacité des thérapies logopédiques / orthophoniques ? *Glossa*. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:163187>
- Durieux, N., Pasleau, F., Vandenput, S., & Maillart, C. (2013). Les orthophonistes utilisent-ils les données issues de la recherche scientifique ? Analyse des pratiques afin d'ajuster la formation universitaire en Belgique. *Glossa*. <https://www.glossa.fr/index.php/glossa/article/view/588>
- Durieux, N., Pasleau, F., Piazza, A., Donneau, A.-F., Vandenput, S., & Maillart, C. (2015). Information behaviour of French-speaking speech-language therapists in Belgium : Results of a questionnaire survey. *Health information and libraries journal*, 33. <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>
- European Speech and Language Therapy Association. (2021). *ESLA's Statement on SLT Professional Profile*. <https://eslaeurope.eu/practice/>
- Franklin, S. (1997). Designing Single Case Treatment Studies for Aphasic Patients. *Neuropsychological Rehabilitation*, 7(4), 401-418. <https://doi.org/10.1080/713755544>
- Fucetola, R., Tucker, F., Blank, K., & Corbetta, M. (2005). A process for translating evidence-based aphasia treatment into clinical practice. *Aphasiology*, 19, 411-422. <https://doi.org/10.1080/02687030444000859>
- Gros, A. (2022). Conception d'enquêtes et de questionnaires. In *Manuel de recherche en orthophonie* (p. 98-103). De Boeck Supérieur.
- Guo, R., Bain, B. A., & Willer, J. (2008). Results of an assessment of information needs among speech-language pathologists and audiologists in Idaho. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 96(2), 138-144. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.96.2.138>

- Haute Autorité de Santé. (2002). *Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral (AVC)*. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272446/fr/accident-vasculaire-cerebral-avc-prise-en-charge-paramedicale-dans-une-unite-de-soins
- Howard, D., Best, W., & Nickels, L. (2014). Optimising the design of intervention studies : Critiques and ways forward. *Aphasiology*, 29, 526-562. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.985884>
- Lam, J. M. C., & Wodchis, W. P. (2010). The relationship of 60 disease diagnoses and 15 conditions to preference-based health-related quality of life in Ontario hospital-based long-term care residents. *Medical Care*, 48(4), 380-387. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181ca2647>
- Maillart, C., & Durieux, N. (2014). Evidence-based practice : Fondements et réflexions sur l'apport en clinique. *Langage et Pratiques*, 53. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/167662>
- 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. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/184602>
- Martinez Perez, T., Geurten, M., & Willems, S. (2021). Collecter des données sur l'évolution du patient pour augmenter son efficacité thérapeutique en orthophonie. *ANAE: Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 173. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/260676>
- Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2013). *Annexe 1 Certificat de capacité d'orthophoniste—Référentiel d'activités* (BO n°32 du 5 septembre 2013). <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo32/ESRS1317552D.htm>
- Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2013). *Annexe 2 Certificat de capacité d'orthophoniste—Référentiel de compétences* (BO n°32 du 5 septembre 2013). <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/bo/13/Hebdo32/ESRS1317552D.htm>

- Moritz-Gasser, S. (2022). Langage et Cerveau : Une organisation dynamique en réseaux distribués. In *Neurologie et Orthophonie : Tome 1 : Théorie et évaluation des troubles acquis de l'adulte* (p. 16-24). De boeck supérieur.
- Nail-Chiwetalu, B., & Bernstein Ratner, N. (2007). An assessment of the information-seeking abilities and needs of practicing speech-language pathologists. *Journal of the Medical Library Association*, 95(2), 182-e57. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.95.2.182>
- Nickels, L., Best, W., & Howard, D. (2015). Optimising the ingredients for evaluation of the effects of intervention. *Aphasiology*, 29, 619-643. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.1000613>
- O'Connor, S., & Pettigrew, C. (2009). The barriers perceived to prevent the successful implementation of evidence-based practice by speech & language therapists. *International journal of language & communication disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 44, 1018-1035. <https://doi.org/10.1080/13682820802585967>
- Olswang, L., & Bain, B. (1994). *Data Collection Monitoring Children's Treatment Progress*. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0303.55>
- Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. In *L'enquête sociologique* (p. 93-113). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-93.htm>
- Peillon, A. (2022). Accident vasculaire cérébral. In *Neurologie et Orthophonie : Tome 1 : Théorie et évaluation des troubles acquis de l'adulte* (p. 446-461). De Boeck Supérieur.
- Perdices, M., & Tate, R. (2009). Single-subject designs as a tool for evidence-based clinical practice : Are they unrecognised and undervalued? *Neuropsychological rehabilitation*, 19, 904-927. <https://doi.org/10.1080/09602010903040691>
- Plante, E. (2004). Evidence based practice in communication sciences and disorders. *Journal of Communication Disorders - J COMMUN DISORD*, 37, 389-390. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.04.001>

- Poirier, S.-È., Fossard, M., & Monetta, L. (2021). The efficacy of treatments for sentence production deficits in aphasia: A systematic review. *Aphasiology*, 37(1), 122-142. <https://doi.org/10.1080/02687038.2021.1983152>
- Python, G., & Sainson, C. (2022). Evaluation du lexique : Production et compréhension. In *Neurologie et Orthophonie : Tome 1 : Théorie et évaluation des troubles acquis de l'adulte* (p. 76-89). De boeck supérieur.
- Reilly, S. (2004). The challenges in making speech pathology practice evidence based. *Advances in Speech Language Pathology*, 6(2), 113-124. <https://doi.org/10.1080/14417040410001708549>
- Sainson, C. (2018). Théorie et Évaluation des troubles pragmatiques (aspects lexicosémantiques, discursifs, inférentiels et communicationnels). In *Les aphasies—Tome I* (p. 213-240). Rééducation orthophonique.
- Sainson, C., & Bolloré, C. (2022). Pratique clinique orthophonique fondées sur des preuves en neurologie : EBP. In *Neurologie et Orthophonie : Tome 2 : Prise en soins des troubles acquis de l'adulte* (p. 27-40). De boeck supérieur.
- Sainson, C., & Bolloré, C. (2022). Un outil de pratique clinique fondée sur des preuves : Les lignes de base. In *Neurologie et Orthophonie : Tome 2 : Prise en soins des troubles acquis de l'adulte* (p. 41-52). De boeck supérieur.
- Schelstraete, M.-A. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant : Interventions et indications cliniques*. Elsevier Masson.
- Seron, X. (2016). L'évaluation de l'efficacité du traitement et de la prise en charge des patients. In *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte : Tome 2—Rééducation* (p. 51-76). De Boeck Supérieur.
- Singly, F. (2016). *Le questionnaire*. Armand Colin.
- Société Française de NeuroVasculaire. (2018). *Campagne Presse SFNV 2018—AVC, Nous sommes tous concernés*. sfnv. <https://www.societe-francaise-neurovasculaire.fr/avc-nous-sommes-tous-concernes>

- Thompson, C. K. (2006). Single subject controlled experiments in aphasia : The science and the state of the science. *Journal of Communication Disorders*, 39(4), 266-291. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2006.02.003>
- Vallino, L., & Reilly, S. (2009). Evidence-based health care : A survey of speech pathology practice. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 6. <https://doi.org/10.1080/14417040410001708530>
- Watson, D., Adams, E., Shue, S., Coates, H., McGuire, A., Chesher, J., Jackson, J., & Omenka, O. (2018). Defining the external implementation context: An integrative systematic literature review. *BMC health services research*, 18, 209. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3046-5>
- Willems, S., Maillart, C., Martinez Perez, T., & Durieux, N. (s. d.). *Psychologue et orthophoniste : L'EBP au service du patient* [MOOC]. Consulté 24 mars 2022, à l'adresse <https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/psychologue-et-orthophoniste-lebp-au-service-du-patient/>

Annexes

Tableau 9: Quel est votre centre de formation ?

Réponses	Décompte	Pourcentage
Amiens	4	3,01 %
Besançon	10	7,52 %
Bordeaux	8	6,02 %
Brest	5	3,76 %
Caen	6	4,51 %
Clermont-Ferrand	7	5,26 %
Limoges	4	3,01 %
Lille	2	1,50 %
Lyon	10	7,52 %
Marseille	5	3,76 %
Montpellier	4	3,01 %
Nancy	9	6,77 %
Nantes	20	15,04 %
Nice	5	3,76 %
Paris	15	11,28 %
Poitiers	11	8,27 %
Rouen	2	1,50 %
Strasbourg	6	4,51 %
Toulouse	0	0 %
Tours	0	0 %
Total brut	133	100 %

Tableau 10: *Comment estimez-vous votre niveau de formation ?*

	Rééducation aphasie post- AVC	EBP	Évaluation de l'efficacité du traitement	Évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC
Parfaitement formé.e	3,01 %	5,26 %	3,76 %	2,26 %
Suffisamment formé.e	60,15 %	33,08 %	24,06 %	15,04 %
Moyennement formé.e	30,08 %	41,35 %	36,84 %	36,84 %
Peu formé.e	6,02 %	18,05 %	25,56 %	27,82 %
Pas formé.e	0,75 %	2,26 %	9,77 %	18,05 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

(pourcentage de réponses par niveau en fonction des domaines)

Ce questionnaire s'inscrit dans un travail de mémoire de fin d'année au Centre de Formation en Orthophonie de Nantes, pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste.

Les responsables du projet sont Chloé Duranceau, étudiante en M2, et Hortense Morel, directrice du mémoire et orthophoniste.

Le but ?

Faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnels.le.s et futur.e.s professionnel.le.s autour de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC.

Pour qui ?

Vous êtes :

- un.e orthophoniste ;
- exerçant sur le territoire français ;
- recevant des patients aphasiques post-AVC.

Alors ce questionnaire s'adresse à vous !

Le questionnaire dure 10 à 15 min et est disponible jusqu'au 8 janvier 2023.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à vous adresser à :

DURANCEAU Chloé : chloe.duranceau@etu.univ-nantes.fr

MOREL Hortense : hortense.darcangues@chu-nantes.fr

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

Partie A: Informations préalables

A1. Êtes-vous :

Femme

Homme

Autre

A2. Quel est votre âge ?

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40



- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68
- 69



- 70
- 71
- 72
- 73
- 74
- 75

A3. Année d'obtention de votre diplôme :

- 2022
- 2021
- 2020
- 2019
- 2018
- 2017
- 2016
- 2015
- 2014
- 2013
- 2012
- 2011
- 2010
- 2009
- 2008
- 2007
- 2006
- 2005
- 2004
- 2003
- 2002
- 2001
- 2000



- 1970
- 1969
- 1968
- 1967
- 1966
- 1965
- 1964
- 1963
- 1962
- 1961
- 1960
- 1959
- 1958
- 1957
- 1956
- 1955
- 1954



- 1999
- 1998
- 1997
- 1996
- 1995
- 1994
- 1993
- 1992
- 1991
- 1990
- 1989
- 1988
- 1987
- 1986
- 1985
- 1984
- 1983
- 1982
- 1981
- 1980
- 1979
- 1978
- 1977
- 1976
- 1975
- 1974
- 1973
- 1972
- 1971



A4. Lieu d'obtention de votre diplôme :

Pour les professionnels les ayant étudié dans un autre pays que la France, merci de préciser le pays et la ville d'étude

- Amiens
- Besançon
- Bordeaux
- Brest
- Caen
- Clermont-Ferrand
- Limoges
- Lille
- Lyon
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris
- Poitiers
- Rennes
- Rouen
- Strasbourg
- Toulouse
- Tours
- Autre

Autre

A5. Vous exercez en :

- Service hospitalier en phase aiguë
- Service hospitalier en consultation



- Service de réadaptation et rééducation
- En libéral
- Autre

A6. Vous avez choisi "Autre", merci de préciser votre réponse :

A7. Dans quels type.s de zone.s exercez-vous ?

Pour consulter la carte de zonage de l'ARS :

https://cartosante.atlasante.fr/#?c=indicateur&i=zonage_conv.z_orthopl&view=map12

- Très sous dotée
- Sous dotée
- Intermédiaire
- Très dotée
- Sur dotée

A8. Combien de patients atteints d'aphasie post-AVC prenez-vous en charge par an ?

- 1 à 25 % (petite partie de ma patientèle)
- 25 à 50 % (près de la moitié de ma patientèle)
- 50 à 75 % (majorité de ma patientèle)
- 75 à 100 % (totalité de ma patientèle)

A9. Avez-vous suivi une/des formation.s depuis le diplôme en lien avec l'aphasiologie ?

- Oui
- Non

A10. Si oui, l'évaluation de l'efficacité du traitement a-t-elle été évoquée dans cette/ces formation(s) ?

- Oui systématiquement
- Oui souvent
- Oui mais rarement
- Non



A11. De quelle.s formation.s s'agit-il ?

A12. Combien de temps de formation estimez-vous avoir suivi à ce sujet :

- Moins d'une journée de formation
- 1 à 3 jours de formation
- 4 à 7 jours de formation
- Plus d'une semaine de formation
- Autre

Autre

A13. Avez-vous suivi une/des formation(s) depuis le diplôme en lien avec l'évaluation de l'efficacité du traitement ?

- Oui
- Non

A14. De quelle.s formation.s s'agit-il ?



A15. Combien de temps de formation estimez-vous avoir suivi à ce sujet :

- Moins d'une journée de formation
- 1 à 3 jours de formation
- 4 à 7 jours de formation
- Plus d'une semaine de formation
- Autre

Autre

A16. Intervenez-vous dans un ou plusieurs Centre.s de Formation Universitaire en Orthophonie (quel que soit le domaine) ?

- Oui
- Non

Partie B: Pratique de l'évaluation de l'efficacité du traitement

B1. Pratiquez-vous l'évaluation de l'efficacité du traitement avec vos patients aphasiques post-AVC ?

- Oui dans tous les cas
- Oui dans certains cas
- Oui mais rarement
- Non

B2. Si vous ne pratiquez pas l'évaluation de l'efficacité du traitement de manière systématique, quelles sont les modalités pour lesquelles vous la mettez en place ?

Si vous avez coché "Autre", merci de préciser votre réponse.

Lieu d'exercice

Commentaire

Type d'aphasie

Commentaire



Délai entre l'AVC et la prise en soin

Commentaire

Compétences évaluées

Commentaire

Autre

Commentaire

B3. Et quelles sont les modalités pour lesquelles vous ne la mettez pas en place ?

Si vous avez coché "Autre", merci de préciser votre réponse.

Lieux d'exercice

Commentaire

Type d'aphasie

Commentaire

Délai entre l'AVC et la prise en soin

Commentaire

Compétences évaluées

Commentaire

Autre

Commentaire



B4. Quels moyens utilisez-vous pour effectuer cette évaluation de l'efficacité du traitement ?

B5. Rencontrez-vous des contraintes dans la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès de vos patients aphasiques post-AVC ?

Oui

Non

B6. Quelles sont les contraintes qui vous empêchent de mettre en place une évaluation de l'efficacité du traitement ?

Si vous avez coché "Autre", merci de préciser votre réponse.

Temps et disponibilité

Commentaire

Coût

Commentaire

Recherche d'informations scientifiques valides : méthodologie de la recherche

Commentaire

Recherche d'informations scientifiques valides : accès aux ressources

Commentaire

Recherche d'informations scientifiques valides : interprétation des données

Commentaire



Recherche d'informations scientifiques valides : compréhension de l'anglais



Commentaire

Disponibilité d'informations scientifiques valides dans ce domaine



Commentaire

Construction du matériel



Commentaire

Passation de l'évaluation de l'efficacité du traitement



Commentaire

Analyse des résultats



Commentaire

Restitution au patient



Commentaire

Autre



Commentaire

B7. Quelles sont les contraintes que vous rencontrez dans la mise en place de l'évaluation de l'efficacité du traitement ?

Si vous avez coché "Autre", merci de préciser votre réponse.

Temps et disponibilité



Commentaire



Coût



Commentaire

Recherche d'informations scientifiques valides : méthodologie de la recherche



Commentaire

Recherche d'informations scientifiques valides : accès aux ressources



Commentaire

Recherche d'informations scientifiques valides : interprétation des données



Commentaire

Recherche d'informations scientifiques valides : compréhension de l'anglais



Commentaire

Disponibilité d'informations scientifiques valides dans ce domaine



Commentaire

Construction du matériel



Commentaire

Passation de l'évaluation de l'efficacité du traitement



Commentaire

Analyse des résultats



Commentaire



Restitution au patient

Commentaire

Autre

Commentaire

B8. Pratiquez-vous l'évaluation de l'efficacité du traitement pour d'autres pathologies que l'aphasie post-AVC ?

Si oui, lesquelles ?

Oui Non

Partie C: Connaissance de l'EBP et de l'évaluation de l'efficacité du traitement

C1. Avez-vous déjà entendu parler de l'EBP (Evidence Based Practice), aussi appelé Pratique Basée sur les Preuves ?

Oui Non

C2. Comment évalueriez-vous l'importance de cette approche ?

Une approche essentielle

Une approche intéressante

Une approche intéressante mais non réalisable

Une approche qui ne présente pas d'intérêt pour mon domaine d'activité

Je ne connais pas assez l'EBP pour donner une opinion.

C3. Avez-vous déjà suivi un cours ou assisté à une conférence sur l'EBP ?

Oui Non



C4. D'après vous, l'évaluation de l'efficacité du traitement est-elle :

Une obligation légale

Nécessaire pour la pratique clinique

Facultative pour la pratique clinique

Sans intérêt pour la pratique clinique

C5. Au niveau de la formation initiale, comment évalueriez-vous votre niveau de formation au sujet de l'évaluation de l'efficacité du traitement :

Parfaitement formé.e

Suffisamment formé.e

Moyennement formé.e

Peu formé.e

Pas formé.e

C6. Même question pour vos formations continues :
La "formation continue" concerne ici les formations effectuées en dehors du Centre de Formation Universitaire en Orthophonie.

Parfaitement formé.e

Suffisamment formé.e

Moyennement formé.e

Peu formé.e

Pas formé.e

C7. Avez-vous déjà entendu parler de l'outil des lignes de base ?

Oui Non

C8. Vous avez été formé.e à cet outil de manière théorique :
La "formation continue" concerne ici les formations effectuées en dehors du Centre de Formation Universitaire en Orthophonie.

Oui, en formation initiale

Oui, en formation continue

Oui, par moi-même Non

C9. Vous avez été formé.e à cet outil de manière pratique :
La "formation continue" concerne ici les formations effectuées en dehors du Centre de Formation Universitaire en Orthophonie.

Oui, en formation initiale



- Oui, en formation continue
- Oui, par moi-même
- Non

C10. De quelle.s formation.s continue.s s'agit-il ?

Partie D: Conclusion sur les besoins spécifiques de la clinique

D1. Souhaiteriez-vous améliorer votre pratique de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès de vos patients aphasiques post-AVC ?

- Oui
- Non

D2. Quels sont vos besoins pour atteindre cet objectif ?

D3. Quelles seraient vos attentes en matière de formation à propos de l'évaluation de l'efficacité du traitement pour un patient aphasique post-AVC ?



D4. Avez-vous d'autres remarques ou suggestions ?

Je vous remercie de m'avoir accordé quelques minutes de votre temps !

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, merci d'envoyer un mail à l'adresse suivante : chloe.duranceau@etu.univ-nantes.fr

Ce questionnaire s'inscrit dans un travail de mémoire de fin d'année au Centre de Formation en Orthophonie de Nantes, pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste.

Les responsables du projet sont Chloé Duranceau, étudiante en M2, et Hortense Morel, directrice du mémoire et orthophoniste.

Le but ?

Faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des professionnel.le.s et futur.e.s professionnel.le.s autour de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC.

Pour qui ?

Vous êtes un.e étudiant.e :

- en dernière année d'orthophonie ;

- inscrit.e dans une Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de France.

Alors ce questionnaire s'adresse à vous !

Le questionnaire dure 5 à 10 min et est disponible jusqu'au 8 janvier 2023.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à vous adresser à :

DURANCEAU Chloé : chloe.duranceau@etu.univ-nantes.fr

MOREL Hortense : hortense.darcangues@chu-nantes.fr

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.



Partie A: Informations préalables

A1. Êtes-vous :

Femme

Homme

Autre

A2. Quel est votre âge ?

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40





- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64
- 65
- 66
- 67
- 68
- 69



- 70
- 71
- 72
- 73
- 74
- 75

A3. Quel est votre centre de formation ?

Si vous avez fréquenté plusieurs CFUO merci d'indiquer celui dans lequel vous avez passé le plus de temps de formation.

- Amiens
- Besançon
- Bordeaux
- Brest
- Caen
- Clermont-Ferrand
- Limoges
- Lille
- Lyon
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris
- Poitiers
- Rennes
- Rouen
- Strasbourg
- Toulouse
- Tours



Partie B: Formation initiale

B1. Comment estimez-vous votre niveau de formation :

	Parfaitement formé	Suffisamment formé	Moyennement formé	Peu formé	Pas formé
Dans le domaine de la rééducation de l'aphasie post-AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le domaine de l'EBP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le domaine de l'évaluation de l'efficacité du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans le domaine plus spécifique de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2. Avez-vous eu une formation pratique de l'évaluation de l'efficacité du traitement en TD (Travaux Dirigés) tous domaines confondus ?

Oui

Non

B3. Quelles formes prenait cette évaluation de l'efficacité du traitement ?

B4. Avez-vous eu une formation pratique en TD (Travaux Dirigés) sur l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès d'un patient aphasique post-AVC ?

Oui

Non

B5. Quelles formes prenait cette évaluation de l'efficacité du traitement ?



Partie C: Expériences de stage

C1. Avez-vous déjà effectué un ou des stage(s) auprès de patients aphasiques post-AVC ?

Oui

Non

C2. Dans quels type.s de structure avez-vous effectué ce.s stage.s ?

Service hospitalier en phase aiguë (ex : UNV)

Service hospitalier en consultation (ex : hôpital de jour)

Service de réadaptation et rééducation (ex : MPR, SSR)

Libéral

Autre

C3. Vous avez choisi "Autre", merci de préciser votre réponse :

C4. Pendant ce.s stage.s, avez-vous vu et/ou pratiqué l'évaluation de l'efficacité du traitement ?

Oui

Non

Observé

Pratiqué

C5. Quelles formes prenait cette évaluation de l'efficacité du traitement ?



Partie D: Formations continues

D1. Avez-vous participé à une/des formation(s) continue(s) dans le domaine de l'aphasiologie ?

La "formation continue" concerne ici les formations effectuées en dehors du Centre de Formation Universitaire en Orthophonie.

Oui
Non

D2. Si oui, l'évaluation de l'efficacité du traitement a-t-elle été évoquée dans cette/ces formation(s) ?

Oui systématiquement
Oui souvent
Oui mais rarement
Non

D3. De quelle.s formation.s s'agit-il ?

D4. Avez-vous participé à une/des formation(s) continue(s) à propos de l'évaluation de l'efficacité du traitement ?

La "formation continue" concerne ici les formations effectuées en dehors du Centre de Formation Universitaire en Orthophonie.

Oui
Non

D5. Si oui, dans quels domaine.s ?

Déglutition
Phonation
Fonctions oro-myo-faciales et oralité
Langage oral
Langage écrit
Cognition mathématique
Trouble d'origine neurologique (hors aphasie post-AVC)
Bégaiement et autres troubles de la fluence



Communication et langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques, et de la surdité

Autre

Autre

Partie E: Conclusion

E1. Au vu de votre formation théorique et pratique, vous sentez-vous prête.e à mettre en place une évaluation de l'efficacité du traitement avec vos patients aphasiques post-AVC ?

Oui
Non

E2. Si non, sur quels aspects souhaiteriez-vous être plus formé.e **en cours magistraux** ?

Recherche d'informations scientifiques valides : méthodologie de la recherche
Recherche d'informations scientifiques valides : accès aux ressources
Recherche d'informations scientifiques valides : interprétation des données
Recherche d'informations scientifiques valides : compréhension de l'anglais
Construction du matériel
Passation de l'évaluation de l'efficacité du traitement
Analyse des résultats
Restitution au patient
Autre

E3. Vous avez choisi "Autre", merci de préciser votre réponse :

E4. Même question pour les TD (Travaux Dirigés) ?

Recherche d'informations scientifiques valides : méthodologie de la recherche



- Recherche d'informations scientifiques valides : accès aux ressources
- Recherche d'informations scientifiques valides : interprétation des données
- Recherche d'informations scientifiques valides : compréhension de l'anglais
 - Construction du matériel
- Passation de l'évaluation de l'efficacité du traitement
- Analyse des résultats
- Restitution au patient
- Autre

E5. Vous avez choisi "Autre", merci de préciser votre réponse :

E6. Pensez-vous que vous mettez en place cette évaluation de l'efficacité du traitement auprès de vos patients aphasiques post-AVC ?

- Oui, je suis certain.e de la faire
- Oui, j'aimerais le faire
- Non, je ne le ferai pas

E7. Si non, pourquoi ?

E8. Avez-vous d'autres remarques ou suggestions ?



Je vous remercie de m'avoir accordé quelques minutes de votre temps !

Si vous souhaitez recevoir les résultats de l'étude, merci d'envoyer un mail à l'adresse suivante : chloe.duranceau@etu.univ-nantes.fr

Titre du Mémoire : État des lieux des connaissances et des pratiques de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC.

RÉSUMÉ

L'orthophonie se tourne de plus en plus vers l'Evidence-Based Practice (EBP) pour faire des propositions de soins justes et adaptées à chaque patient et l'évaluation de l'efficacité du traitement entre pleinement dans cette démarche. Cependant, des études ont déjà démontré que l'EBP était difficilement mise en place dans la pratique clinique. Via un état des lieux auprès de professionnels et futurs professionnels, ce mémoire a mis en évidence l'existence de barrières similaires dans l'implémentation de l'évaluation de l'efficacité du traitement auprès des patients aphasiques post-AVC. On y retrouve de manière prépondérante la question de la formation. Ainsi, si les principales contraintes des professionnels sont le temps et la disponibilité, elles portent aussi sur un besoin de formation théorique et méthodologique, tandis que les étudiants sont en forte demande d'une formation portant sur les aspects pratiques et concrets de la démarche d'évaluation de l'efficacité du traitement. Ce travail a pour objectif de donner des pistes de réflexion quant à la formation en faisant émerger les difficultés et les besoins rencontrés dans la pratique clinique et dans la formation initiale.

MOTS-CLÉS : ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU TRAITEMENT ; EVIDENCE-BASED PRACTICE ; APHASIE POST-AVC

ABSTRACT

Speech and language therapy is increasingly turning to Evidence-Based Practice (EBP) to make accurate care proposals adapted to each patient and the investigation of the efficacy of treatment is part of this approach. However, studies have already demonstrate that EBP implementation in clinical practice is difficult. Through a state of the art, questioning the professionals and future professionals, this dissertation highlights the existence of similar barriers in the investigation of the efficacy of treatment to post-stroke aphasia patients. We find the issue of training predominantly. Thus, if the constraints of the professionals relate first to time and availability, they also relate to a need for theoretical and methodological training, while the students ask for training about the practical and concrete aspects about the investigation of the efficacy of treatment. The purpose of this work is to provide ideas for the training by bringing difficulties and needs encountered in clinical practice, and in initial training, out.

KEY WORDS : EVIDENCE-BASED PRACTICE ; POST-STROKE APHASIA ; INVESTIGATION OF THE EFFICACY OF THE TREATMENT