

## **Les défis d'une formation universitaire clinique en logopédie.**

*Marie-Anne Schelstraete\* & Christelle Maillart\*\**

*\* Université catholique de Louvain et Université de Genève - \*\* Université de Liège*

### Introduction

Dans les pays où les formations universitaires et non universitaires en logopédie co-existent, il est courant d'entendre que les premières fournissent une formation théorique alors que les secondes offrent la formation pratique, ce qui conduit alors d'aucuns à conclure que la formation universitaire ne s'occupe guère de fournir les outils cliniques nécessaires à la pratique professionnelle. Or, à l'instar de toute formation clinique (psychologie, médecine, etc.), il s'agit là d'un défi essentiel sur lequel les programmes universitaires de logopédie ne peuvent se permettre de faire l'impasse : comment former au mieux des étudiants à la pratique clinique dans les différents domaines de la logopédie, dès lors qu'ils sont armés d'un bagage théorique et méthodologique de départ? On notera d'emblée que ce double bagage est déjà une partie de la solution: d'une part, une pratique clinique éclairée s'enracine dans un nombre non négligeable de connaissances médicales, psychologiques et linguistiques récentes et d'autre part, les principes de la méthodologie de l'observation et de l'expérimentation en sciences humaines constituent la charpente de l'intervention clinique. Former à la pratique clinique ne consiste en effet pas simplement à fournir les tests et expliquer les techniques de traitement, en donnant aux étudiants l'occasion de les appliquer. Il s'agit - et c'est probablement là le point le plus critique - d'apprendre aux étudiants à mobiliser les connaissances théoriques et méthodologiques acquises préalablement, lorsqu'ils utilisent ces tests et techniques. Ceci est d'autant plus important qu'à l'heure actuelle, le manque d'outils diagnostiques et de techniques de traitement validées est criant. En d'autres termes, l'objectif ultime d'une formation universitaire clinique est de former des cliniciens réflexifs, capables de gérer la complexité des situations cliniques et de prendre des décisions argumentées, en faisant preuve tout à la fois de créativité et de rigueur. La formation clinique ne vient pas s'ajouter à la formation théorique de base, comme une partie supplémentaire, sans lien réel avec la théorie mais, bien au contraire, elle se doit d'être étroitement articulée aux bases théoriques, qui vont lui servir de socle sur lequel elle va alors pouvoir se déployer.

Une des forces et des spécificités de la formation clinique universitaire est sa capacité à anticiper, grâce à sa relation privilégiée avec la recherche, les caractéristiques de la pratique clinique de demain. Ce faisant, elle ne peut se contenter de former des professionnels directement opérationnels mais doit les armer pour affronter les défis futurs auxquels ils seront confrontés. On peut, en effet, identifier deux défis majeurs pour les futurs cliniciens : d'une part, l'augmentation exponentielle des connaissances et des méthodologies et, d'autre part, le fait que les cliniciens seront de plus en plus fréquemment amenés à devoir justifier leurs actes et leurs décisions thérapeutiques. Ces deux défis sont complémentaires : les connaissances augmentent continuellement et les cliniciens peuvent de moins en moins ignorer ces nouvelles données. En effet, s'il y a quelques années, le clinicien avait une importante liberté en termes de choix thérapeutiques, il apparaît clairement qu'il va devoir apprendre à rendre des comptes sur l'efficacité des pratiques mises en œuvre. Dans les disciplines médicales, dans lesquelles les enjeux financiers sont bien plus importants – risque de procès ou de pertes de subvention –, cette évolution est déjà perceptible. Elle a donné lieu à la naissance de *l'Evidence Based Medecine*<sup>1</sup> une méthodologie permettant de réduire l'incertitude lors d'une décision clinique et d'aider au choix thérapeutique en se basant sur les meilleures preuves issues de la recherche et de l'expérience clinique. En logopédie, on parlera davantage d'*Evidence Based Practice*<sup>2</sup> (par la suite EBP).

Nous développons dans la suite de ce texte cette question de l'articulation théorie - pratique dans la formation clinique en logopédie pour deux points qui nous semblent essentiels : la démarche diagnostique et l'évaluation de l'efficacité d'un traitement, via, pour ce second point, une introduction à l'EBP.

### 1. Une formation clinique universitaire à la démarche diagnostique

A nos yeux, la démarche diagnostique en logopédie doit aujourd'hui faire face à deux problèmes majeurs : la complexité des pathologies relevant du domaine et le manque de connaissances actuelles, particulièrement sur l'étiologie et la trajectoire développementale de certaines pathologies.

---

<sup>1</sup> Les traductions françaises de ce terme sont multiples : *médecine factuelle*, *médecine basée sur les preuves*, *médecine basée sur les données probantes*, etc.

<sup>2</sup> Comme pour le terme dont il est issu, ce concept est traduit indifféremment par « *pratique factuelle* », « *pratique basée sur des preuves* », « *pratiques basée sur des faits / données probantes*, » etc. Ces différentes notions sont synonymes.

En premier lieu, on observe en effet que la plupart des pathologies rencontrées dans la pratique logopédique sont relativement complexes. Cette complexité tient d'une part au fait que les mécanismes sous-jacents sont en général multiples et en interrelations. Que l'on songe par exemple aux problèmes qui caractérisent un simple retard de langage oral : les traitements phonologiques, lexicaux et morpho-syntaxiques sont susceptibles d'être atteints, à des degrés divers et avec des profils particuliers selon les patients, leur histoire, leur entourage, etc.; de plus, ces difficultés ne seront probablement pas sans conséquence sur les traitements discursifs et pragmatiques (*cf.* par ex., Wetherell, Botting, & Conti-Ramsden, 2007) et, ultérieurement sur l'acquisition du langage écrit (*cf.* par ex. Bird, Bishop, & Freeman, 1995). D'autre part, nous sommes dans le domaine de l'humain, dans des pathologies qui touchent la communication et les apprentissages, et partant, sont susceptibles d'affecter - et d'être affectées par - les relations inter-personnelles, la construction de l'estime de soi et d'autres variables de nature psychologique. Ainsi, par exemple, même un problème somme toute très simple comme un trouble articulaire isolé sur un ou deux phonèmes peut engendrer du repli sur soi, de la timidité; dans le même ordre d'idées, on peut aussi parfois voir que des troubles du comportement viennent se greffer sur un trouble du langage qui engendrent des difficultés de communication et de compréhension (McCabe, 1995).

En second lieu, même si, comme nous le soulignons ci-dessus, les connaissances scientifiques connaissent un accroissement considérable depuis 2 ou 3 décennies, force est de constater que de nombreuses questions restent sans réponse: quelle est la cause du bégaiement, de l'autisme, de la dysphasie (pour autant qu'on puisse parler d'une seule cause et d'une pathologie unique)? Quelles sont les relations exactes entre troubles du comportement et troubles du langage oral chez le jeune enfant? Pourquoi certains enfants présentent-ils un manque du mot? Qui sont exactement ces enfants qui présentent des troubles pragmatiques mais ne sont ni vraiment autistes, ni tout à fait dysphasiques?, etc. Si pour le clinicien, de telles inconnues sont source d'inconfort dans la pratique professionnelle, elles le sont encore plus pour des étudiants en cours de formation. Il n'est effectivement en général pas simple pour un étudiant de se dire qu'il doit intégrer des connaissances en partie lacunaires et qui s'avéreront peut-être inexactes dans quelques années. C'est d'autant plus difficile que parfois, il va rencontrer des discours contradictoires (un auteur dit blanc alors que l'autre dit noir) ou flous (un troisième dit gris, sans vraiment argumenter) et que, se renseignant sur ce qui se fait sur le terrain, il rencontre des méthodes présentées comme "miracle". Pour faire face à ce problème de formation, il nous semble que, plus l'étudiant est autonome, capable de gérer la

complexité et de faire preuve d'esprit critique, mieux il sera armé pour affronter l'incertitude. Sans cela, la tentation sera grande de se replier sur des démarches toutes faites (des "méthodes"), pensées par d'autres pour des situations standards. Pour l'étape du diagnostic, le risque sera ainsi de voir le futur professionnel utiliser des batteries complètes, avec des parcours prédéterminés (e.g., si le patient échoue à telle épreuve, passer à telle épreuve), sans procéder à une analyse qualitative des erreurs si celle-ci n'est pas proposée dans la batterie; ou encore, on risque de le voir appliquer, pour une demande donnée (ex., suspicion de dyslexie), des bilans standards composés des deux ou trois mêmes tests, quels que soient le patient, son environnement, son histoire et le contexte de la demande.

Deux stratégies de formation nous semblent particulièrement importantes pour armer au mieux l'étudiant face au problème de la complexité et du manque de connaissances: l'entraînement des capacités hypothético-déductives et l'entraînement des capacités de flexibilité.

#### *A. Entraîner à la démarche hypothético-déductive*

A l'instar du chercheur qui souhaite mettre à l'épreuve une hypothèse, le clinicien qui doit répondre à une demande d'évaluation va très rapidement se retrouver dans une démarche hypothético-déductive : la plainte et le contexte dans lequel cette plainte émerge vont le conduire à supposer qu'il est éventuellement face à tel type de troubles; il va alors tenter de recueillir les informations lui permettant de valider ou d'infirmer sa supposition initiale. Par exemple, si la plainte concerne un enfant en deuxième année d'apprentissage du langage écrit qui rencontre, d'après son instituteur, de grandes difficultés en lecture et en orthographe, l'hypothèse d'une éventuelle dyslexie va naturellement s'imposer. La démarche consistera alors à recueillir suffisamment d'informations pour confirmer ou réfuter cette hypothèse, que ce soit dans l'anamnèse, l'entretien avec les parents ou dans les performances observées à certaines épreuves et complétées par l'observation clinique de l'enfant.

En premier lieu, pour pouvoir préciser et étoffer la plainte, le clinicien doit avoir une connaissance suffisante de la pathologie, de ce qu'elle est mais aussi de ce qu'elle n'est pas. En clinique logopédique, on est en effet en général face à des problèmes qualifiés, dans le domaine de la résolution de problèmes, de mal définis et ouverts (Richard, 1990), i.e. des problèmes dont l'état initial et/ou final ne sont que partiellement spécifiés, qui peuvent être résolus en empruntant plusieurs chemins et pour lesquels plusieurs solutions co-existent parfois. C'est dire toute l'importance de la démarche à adopter pour parvenir à une solution

qui sera satisfaisante. A l'aide de ses connaissances théoriques, le clinicien recueillera ainsi un ensemble d'informations lors de l'entretien, qu'il complétera le cas échéant par des éléments disponibles via d'autres sources. Dans le cas de l'exemple proposé ci-dessus, en mobilisant ses connaissances théoriques sur la dyslexie, le clinicien se renseignera sur la présence d'antécédents dans la famille - en langage écrit ou en langage oral-, sur le développement du langage oral de l'enfant, sur son histoire médicale (aspects sensoriels notamment mais pas uniquement), son parcours scolaire, la méthode d'apprentissage de la lecture, etc. Si d'autres bilans ont été effectués (e.g., intellectuel, neuropsychologique, psycho-affectif), le clinicien ira y chercher les informations qu'il juge pertinentes. L'ensemble de ces éléments lui permettra déjà de savoir si l'hypothèse de départ commence à se confirmer ou non.

Le recueil de ces informations n'est bien évidemment pas suffisant pour clore la démarche hypothético-déductive. Un examen objectif des performances du patient dans différentes situations est indispensable, à l'aide d'outils normés et standardisés, qui seront complétés si nécessaire par des épreuves cliniques. A partir du faisceau d'éléments recueillis lors de l'entretien, il s'agira en un premier temps de sélectionner les tests permettant de se faire une première idée des difficultés présentées par le patient et de ses points forts: des tests dits de "première ligne" seront ainsi choisis en fonction des caractéristiques du patient et de la situation. Si ces tests mettent effectivement en évidence des difficultés, il y aura probablement lieu de les approfondir en utilisant une deuxième sélection de tests, effectuée à partir de l'analyse des résultats des tests de première ligne (*cf.* Schelstraete, 2003 pour une présentation plus complète de la démarche). Ainsi, dans le cas de l'enfant exposé ci-dessus, une série de tests assez simples et de passation rapide seront proposés pour objectiver un éventuel déficit en lecture et en orthographe. Si ce déficit est effectivement mis en évidence, en deuxième ligne, on complétera par des tests permettant de préciser la nature de ce déficit (e.g., lecture à voix haute de pseudo-mots pour évaluer la voie d'assemblage en lecture, dictée de mots irréguliers pour évaluer la voie d'adressage en orthographe) et mettre en évidence d'éventuels troubles associés (e.g., graphisme) ou sous-jacents (e.g., métaphonologie). L'observation clinique de l'enfant permettra aussi de suspecter d'autres problèmes, comme par exemple des difficultés en langage oral, des difficultés attentionnelles ou d'inhibition, une limitation intellectuelle, problèmes que le clinicien jugera ou non suffisants pour proposer que d'autres bilans soient ou non effectués.

Il nous semble important, lors de la formation à la démarche hypothético-déductive, de sensibiliser l'étudiant au fait que, dans certains cas, il ne sera pas possible de poser un

diagnostic précis, faute d'avoir récolté suffisamment d'informations permettant d'infirmier ou de confirmer l'hypothèse de départ. Par exemple, dans le cas de la demande d'un bilan pour difficultés en langage écrit prise comme illustré précédemment, il se peut que les informations récoltées ne permettent pas d'affirmer avec certitude qu'on est face à un problème de dyslexie. L'enfant est par exemple en début d'apprentissage, la méthode de lecture est de type "globale" et l'on observe en plus des troubles attentionnels. Pour prendre un autre exemple, lors d'une demande pour suspicion de dysphasie, il n'est pas non plus rare que le bilan débouche sur une hypothèse : l'enfant présente effectivement un retard de langage important, on retrouve des signes de persistance et de sévérité classiquement cités dans la littérature mais pas tous (troubles de la réception/compréhension, erreurs phonologiques nombreuses, instables et atypiques, difficultés touchant la morphologie flexionnelle) mais, par ailleurs, la rééducation dont l'enfant a bénéficié jusqu'à présent ne semble pas des plus adéquates (bain de langage, peu ciblée et peu intensive). Le clinicien posera alors l'hypothèse de dysphasie, qui sera à confirmer, en fonction de l'évolution de l'enfant suite à une prise en charge spécifique et adaptée. Le même cas de figure pourra aussi se présenter lorsqu'il s'agit de conclure si un jeune enfant de 2;6 ans présente ou non un retard de langage et dans bien d'autres circonstances encore. Le clinicien doit donc être aussi formé à de telles situations d'incertitude, qui font partie intégrante de sa profession. Il doit pouvoir recueillir de manière argumentée les informations en faveur de l'hypothèse - et là, l'identification des facteurs de risque aura toute son importance (ex., antécédents familiaux, retard de langage, difficultés en métaphonologie pour la dyslexie). La connaissance de la littérature scientifique actuelle est donc déterminante (*cf.* EBP *infra*).

On retrouve dans cette démarche diagnostique le fonctionnement du chercheur face à une hypothèse qu'il a formulée. Cette caractéristique fondamentale de l'évaluation en logopédie justifie donc pleinement la présence dans la formation de cours de méthodologie de l'observation et de l'expérimentation, de psychométrie, de psychologie cognitive, parmi bien d'autres, même si pour l'étudiant, ils lui semblent fort éloignés de son projet de formation professionnel et de ses intérêts pour la clinique logopédique. Recontextualiser les apprentissages de base, mieux présenter les objectifs et les choix de formation dès les premières années pourraient être des solutions intéressantes pour que l'étudiant perçoive plus clairement et plus rapidement l'intérêt de ces outils théoriques et méthodologiques, et l'intérêt d'une formation à la recherche scientifique.

L'étudiant ne voit pas toujours non plus l'intérêt de passer un temps considérable à l'évaluation, qu'il estime déséquilibré par rapport aux heures de formation consacrées aux traitements. Il est donc important de bien lui faire comprendre qu'un traitement sera d'autant plus ajusté - et ajustable en cours de route- que l'évaluation des points faibles et points forts du patient aura été effectuée avec soin. Une évaluation minimaliste suivie de l'application d'un traitement standard est certes un schéma rassurant pour un étudiant en cours de formation; il n'est toutefois en aucun cas un gage d'une pratique clinique de niveau universitaire.

### *B. Entraîner les capacités de flexibilité et de réaction à la nouveauté*

La formation clinique des étudiants doit leur permettre de traiter avec une certaine aisance les cas simples et les symptômes fréquents (ce qui en soi sont déjà des objectifs d'apprentissage non négligeables) mais ne peut se limiter à cela. Il est important de les former à des cas complexes, incluant notamment une dimension multidisciplinaire. Pour ces cas, les chemins diagnostiques classiques ou les outils existants peuvent se révéler insuffisants. Il sera alors essentiel de recourir à des analyses plus pointues des erreurs, à des observations cliniques fines ou à l'élaboration d'outils d'évaluation plus ciblés, certains pouvant même être conçus ou adaptés pour le cas en question. Les capacités d'analyse, de flexibilité et de créativité des futurs professionnels sont alors essentielles. Ces capacités doivent être stimulées et entraînées lors de la formation (initiale ou continue): étant donné qu'elles sont spécifiques au domaine, on peut difficilement attendre des étudiants qu'ils soient d'emblée aptes à les mobiliser de manière adéquate et rapide face à des situations cliniques qui, de surcroît, sont peu familières pour eux. Parmi les outils pédagogiques utiles à cet entraînement, on notera que l'utilisation des cartes conceptuelles, seul ou en groupe, dans un contexte d'apprentissage par résolution de problème peut s'avérer particulièrement utile (Mok, Whitehill, & Dodd, 2008).

La carte conceptuelle est « une représentation graphique d'un domaine de la connaissance tel que perçu par un ou plusieurs individus. Cette perception – évolutive – établit des liens entre des concepts – interconnexions sémantiques– selon des règles plus ou moins formelles. » Laflamme (2008, p. 8). Les concepts sont donc représentés par des noeuds et reliés entre eux par des liens qui précisent la nature de la relation, à l'instar par exemple des conceptions du lexique en terme de réseau sémantique. Laflamme (*op. cit.*) relève différents atouts à ce type de formalisation : pour réaliser une carte conceptuelle, l'étudiant doit d'abord activer ses connaissances antérieures dans ce domaine pour ensuite y « mettre de l'ordre » en proposant une représentation hiérarchique de sa compréhension actuelle du sujet. La formalisation de ce

rappel favorise l'intégration de nouvelles connaissances. Le niveau de détail d'une carte conceptuelle varie selon le degré d'expertise de son auteur : un expert réalise souvent des formes plus dépouillées car il peut plus facilement identifier et relier les éléments essentiels d'une situation, limitant ainsi le « bruit » qu'occasionne un niveau de détails trop élevé (Laflamme, 2008).

La réalisation de cartes conceptuelles est intéressante pour la résolution de problèmes cliniques. En partant par exemple d'une vignette clinique, l'étudiant est amené à en identifier les éléments pertinents, à les mettre en lien et à proposer une solution illustrée par un schéma. Appliqué à l'illustration du diagnostic de dyslexie, l'exercice pourra par exemple conduire un groupe d'étudiants à regrouper sous un noeud supérieur des noeuds subordonnés correspondant aux signes de dyslexie (avec éventuellement une hiérarchie, en fonction du degré de certitude ou de la nature de ces signes) et sous un autre noeud les éléments qui font penser que le diagnostic de dyslexie n'est pas la solution, avec peut-être aussi encore un autre noeud reliant des éléments qui semblent intéressants à prendre en considération, en précisant à chaque fois la nature des liens entre les différents noeuds identifiés.

Pour entraîner les étudiants à être flexibles, il est intéressant d'ajouter des conditions supplémentaires, plus ou moins pertinentes pour le cas proposé. Ainsi, si ce dernier concerne un patient de 5 ans présentant des difficultés de langage oral, on peut demander aux étudiants de compléter une carte en ajoutant des variantes telles que « Et s'il avait 2 ans de moins ? », « Et si ses parents étaient bilingues ? », « Si sa maman aimait le yoga ? ». Certaines de ces conditions modifient le diagnostic ou la prise en charge, alors que d'autres en sont indépendantes. La carte conceptuelle permet ainsi de visualiser les ressources mobilisées par l'étudiant pour le cas (ex. le nombre d'éléments identifiés, le nombre et la qualité des liens réalisés) mais aussi les ressources mobilisables, c'est-à-dire non requises par la situation précise mais que l'étudiant est capable d'évoquer (illustrées sur la carte par des liens précédés de la mention « SI »...). Notre expérience nous permet d'affirmer que si la qualité clinique des étudiants diffère parfois peu dans la résolution d'une vignette clinique simple et dans la réalisation de la carte conceptuelle correspondante, c'est la quantité et la qualité des ressources mobilisables qui va permettre de distinguer les étudiants, et partant d'évaluer leurs capacités de flexibilité. Ceci permettra donc d'identifier ceux qui ont d'autant plus besoin de entraîner de telles capacités.



Le recours aux cartes conceptuelles n'est évidemment pas la seule façon d'entraîner la flexibilité. Par exemple, on peut systématiquement, lors de la remise d'un plan d'intervention, imposer de développer deux ou trois variantes (ex., Modification du temps disponible pour réaliser l'objectif – *et si vous n'avez plus que 10 minutes au lieu des 30 prévues ?* -, modification des capacités attentionnelles de l'enfant - *et si l'enfant n'est pas collaborant ?* ; etc.). L'important est d'inciter les étudiants, le plus fréquemment possible, à envisager d'autres variantes et à ne pas se contenter d'une réponse unique. Plus l'étudiant aura entraîné cette démarche, moins il se sentira démuné face à de nouveaux éléments.

## 2. L'évaluation de l'efficacité de la pratique logopédique

Former l'étudiant à une démarche précise et rigoureuse lui permettant d'évaluer de manière autonome l'efficacité des décisions cliniques qu'il prendra est également un des objectifs de la formation à la clinique logopédique. La pratique clinique logopédique ne consiste en effet pas à appliquer de manière mécanique un traitement systématique pour un problème donné (ex. entraîner la métaphonologie pour tout problème de dyslexie). Au contraire, après avoir appliqué la démarche hypothético-déductive illustrée ci-dessus, le clinicien construira un plan d'intervention spécifique, personnalisé. L'efficacité de ce plan n'étant pas d'emblée connue, le clinicien doit avoir les moyens d'évaluer la pertinence de ses décisions, en étant à même de vérifier s'il a pris les bonnes décisions, si le patient fait des progrès grâce au traitement mis en place et si, par conséquent, il semble légitime d'arrêter le traitement. Ainsi, la question de l'évaluation de l'efficacité des traitements logopédiques se pose différemment selon le moment de traitement. Trois moments clés peuvent être distingués : 1) le choix initial du traitement, 2) le maintien ou les réajustements opérés en cours de traitement, 3) la décision de l'arrêt du traitement.

Lors du choix du traitement, il importe de connaître les différentes alternatives thérapeutiques existantes et leurs efficacités. L'apport de données externes sur la validité des traitements pouvant être proposés, issues de la littérature scientifique, se révèle alors une aide précieuse pour guider le choix thérapeutique. Ce n'est pas la seule source disponible d'informations : l'expérience clinique du thérapeute peut également se révéler précieuse. Les études qui se sont penchées sur la question du raisonnement clinique montrent que les cliniciens fonctionnent principalement par analogie en comparant les caractéristiques d'une situation clinique à celles d'autres situations qu'ils ont précédemment gérées (Sternberg, 2007). De

même, lors de l'évaluation en cours de thérapie ou en fin de traitement, il apparaît important de disposer d'éléments externes, objectivables permettant d'aider à la décision. Il s'agira d'être capable de juger correctement de données issues de la littérature (Face à des données contradictoires, comment évaluer le degré de fiabilité de plusieurs publications ? Sur la(es)quelle(s) se baser?), de pouvoir mesurer précisément et d'interpréter les effets d'une rééducation mise en place chez un patient précis - la technique des lignes de base dont nous parlerons plus loin est une piste intéressante – et enfin, de pouvoir argumenter ses choix thérapeutiques.

A chacun de ces moments, les caractéristiques du patient et ses préférences sont prises en compte. Lors du choix du traitement, un patient correctement et complètement informé des alternatives possibles peut faire part de son avis quant à certains types ou certaines modalités de traitement (préférences quant à la fréquence, la méthode, etc.). En cours de traitement, l'adhésion au traitement (assiduité, implication, etc.) est une variable importante à prendre en considération pour mesurer l'adéquation de la prise en charge proposée. Enfin, lorsque se pose la question de l'arrêt du traitement, l'avis du patient nous renseigne sur sa capacité à pouvoir maintenir les effets du traitement. La question du transfert des acquis dans la vie quotidienne doit également être évoquée. En effet, on n'envisagera pas d'arrêter un traitement sans avoir vérifié si les effets mesurés dépassaient bien le seul cadre du cabinet du thérapeute.

Ces différentes démarches ont été conceptualisées dans l'*Evidence based practice (EBP)*. Avec Dollaghan (2007), on définira cette démarche comme étant "l'intégration consciente, explicite et appropriée 1) des meilleures preuves externes venant de la **recherche** ; 2) des meilleures preuves internes venant de **l'expérience clinique** et 3) des meilleures preuves concernant **les préférences d'un patient** correctement et complètement informé ». Pour souligner la triple origine des preuves, Dollaghan (2007) propose de parler de E<sup>3</sup>BP. Nous aborderons brièvement dans la suite de cet article les trois types de preuves en nous basant notamment sur l'excellente synthèse de Dollaghan<sup>3</sup>.

#### *A. Les preuves/ données probantes issues de la recherche – E<sup>1</sup>*

La consultation des recherches publiées dans la littérature internationale est une source d'informations importantes, tant lors de la pose d'un diagnostic que lors du choix d'un traitement. Les données publiées ont augmenté de façon exponentielle ces dernières années,

---

<sup>3</sup> Le lecteur intéressé par une présentation plus détaillée, en français, consultera Maillart & Durieux (2011).

ce qui complexifie nettement la démarche de recherche. Il est donc important d'adapter une méthodologie stricte pour trier efficacement l'importante masse de données disponibles sans passer à côté d'informations pertinentes. Il apparaît que la meilleure façon d'obtenir des réponses précises est de formuler une question clinique ciblée. Pour nous y aider, des chercheurs (Straus & Sackett, 1998 ; Sackett et al., 2000) ont défini un principe reprenant les éléments indispensables à la formulation d'une question clinique de qualité : le principe PICO. Celui-ci est l'abréviation de quatre mots clés – Patient – Intervention – Contrôle – Objectif. Le « Patient » précise les caractéristiques du patient ou du problème posé ; l'élément « Intervention » réfère aux programmes d'intervention, méthodes, approches thérapeutiques ou diagnostic évalués ; le « Contrôle » définit le niveau de base ou le type de mesure servant de point de comparaison pour la méthode choisie et enfin, l'« Objectif » détermine les objectifs à atteindre.

Ainsi, à des questions trop vagues telles que « *Quel est le meilleur traitement pour les enfants dysphasiques ?* », « *Est-ce que c'est mieux de faire une thérapie individuelle ou de groupe chez des enfants bègues ?* » seront préférées les questions ciblées telles que « *Est-ce que le modelage (I) est plus efficace que la reformulation des énoncés de l'enfant (C) pour augmenter la complexité grammaticale (O) des énoncés d'enfants dysphasiques d'âge scolaire (P) ?* » ou « *Est-ce que la prise en charge collective (I) est plus efficace que la prise en charge individuelle (C) pour diminuer le nombre de blocage (O) des énoncés d'enfants bègues d'âge pré-scolaire (P) ?* ». Les exemples précédents sont davantage liés à la prise en charge mais la même logique s'applique pour le diagnostic. Par exemple, « *Est-ce que l'ELO (I) est plus efficace (O) que la NEEL (C) pour identifier des enfants présentant une dysphasie (P) ?* » ou « *Quelle est l'efficacité (O) des estimations parentales de l'intelligibilité (I) en comparaison avec une épreuve de répétition de pseudo-mots (c) pour le diagnostic des enfants à risque de trouble du langage (P) ?* ». On le voit, cette démarche demande un certain entraînement mais facilite, par la suite, la recherche d'information. Il suffit alors d'entrer comme mots clés pour la recherche les termes identifiés via la démarche PICO.

Trois autres règles élémentaires facilitent également la recherche de données valides :

- 1) *Ne pas regarder au mauvais endroit.* Les sources non contrôlées ou susceptibles d'être concernées par des biais subjectifs ou des conflits d'intérêt (ex. site d'une méthode) doivent être évités ;

- 2) *Chercher électroniquement, sur des sites de haute qualité.* Un des critères de qualité important de la valeur d'une publication est le fait qu'elle soit relue et validée par plusieurs pairs ou experts (peer reviewing). Cette caractéristique est rarement d'application pour les livres mais elle s'applique systématiquement à certaines revues référencées électroniquement. Des sites tels que *Pubmed.org - Guidelines.org - asha.org* sont des points de départ utiles.
- 3) *Regarder aux bons endroits, dans le bon ordre.* Toutes les études n'ont pas le même niveau de validité. Certains critères (ex. le fait que les études soient relues et validées par des pairs, les caractéristiques méthodologiques ou statistiques) rendent certaines études plus crédibles, plus fiables, que d'autres. La recherche sera donc d'autant plus efficace qu'elle se basera sur des études fiables (ex. *méta-analyse*). L'utilisation des résumés (abstract) des articles permet normalement au clinicien averti de juger de la qualité de l'étude proposée.

#### *B. Les preuves/ données probantes issues de la pratique clinique – E<sup>2</sup>*

A ce stade, il s'agit d'adapter les recommandations issues de E<sup>1</sup> aux spécificités de patients individuels. Les informations liées à un patient particulier sont préférées aux informations générales. On décrit différentes informations : le traitement choisi, l'intensité et la fréquence du traitement, les biais observés. Dans cette démarche, il est important de tenir compte des caractéristiques du patient (ressources financières du milieu, nombre et durée possible des séances) mais aussi de nos caractéristiques personnelles, à savoir de nos propres connaissances, de nos compétences et de notre expertise. Face à l'évolution des connaissances, il paraît de plus en plus difficile de pouvoir développer un niveau de compétence correct dans tous les domaines. La compétence professionnelle, en logopédie comme dans d'autres disciplines, ne peut faire l'impasse sur une auto-évaluation et une réflexion plus globale sur ses propres champs d'expertise ou d'incompétence. Une façon de pouvoir situer ses propres compétences dans un champ précis est de comparer l'efficacité des précédentes prises en charge de différents patients aux observations de la littérature.

Pour ces raisons, la récolte de données objectives sur l'efficacité d'une prise en charge s'avère un outil indispensable pour nourrir la réflexion du clinicien sur sa pratique. Plusieurs alternatives concernant le choix de la mesure sont possibles (Olswang & Bain, 1994). Le clinicien peut travailler selon une méthodologie test-retest en proposant un bilan identique à différents moments de son intervention (bilan initial, avant la prise en charge – puis bilan

d'évolution en cours de prise en charge). Dans ce cas, les mesures recueillies sont comparées à des normes, aux différents moments de l'évaluation. Cette démarche n'est pas toujours assez précise pour évaluer l'effet d'un traitement car les mesures peuvent se révéler trop grossières pour mesurer des effets spécifiques. Ainsi, si le traitement a principalement consisté en un entraînement à la morphologie verbale, une mesure globale de production morphosyntaxique qui ne comprendrait que deux ou trois items sur cette dimension précise peut se révéler peu sensible aux progrès liés à l'intervention. Par ailleurs, le fait de procéder par test-retest sur un matériel d'évaluation risque à terme d'invalider des normes. Des effets d'apprentissage sur des tests existent et ont été décrits dans la littérature (Grégoire, 2004). Une autre alternative consiste à utiliser des mesures critériées (un seuil à atteindre). Se pose alors la difficulté de déterminer des critères suffisamment sensibles pour détecter des changements développementaux subtils. Enfin, le recours à la méthodologie des lignes de base paraît être une alternative efficace. À l'aide de ce type d'outil - construit sur mesure par le clinicien en fonction de ce qui est travaillé dans l'intervention-, les performances du patient sont évaluées en début d'intervention sur un aspect très ciblé du traitement (ex. les erreurs phonologiques d'assourdissement, la lecture de mots irréguliers, l'utilisation des prépositions en production orale, etc) et réévaluées à l'aide du même matériel après un certain nombre de séances (cf. Lories & Schelstraete, 2000 ; Van Rompaey, 2000; Schelstraete, Bragard, Collette, Nossent & Van Schendel, 2011).

Par ailleurs, différents biais doivent être évoqués. Citons le biais d'attente vis-à-vis du traitement, soit le fait qu'avoir investi du temps et de l'énergie dans la mise en place d'un projet thérapeutique nous rend moins objectif quant à la mesure de son efficacité. En étant à la fois intervenant et évaluateur, les conditions classiques de double aveugle ne sont pas respectées. Une solution applicable en clinique est de croiser les évaluateurs et les thérapeutes; en d'autres termes, que la personne qui soit responsable d'une prise en charge ne soit pas celle qui l'évalue directement. Lorsqu'on travaille en équipe, cette solution est facile à mettre en œuvre : il suffit de croiser les évaluations et les prises en charge entre deux thérapeutes. Un autre concept, classique en psychologie, est également important à prendre en considération. Il s'agit de la dissonance cognitive. Ce concept fait référence à l'état de tension désagréable dans lequel peut se trouver un individu face à des cognitions « connaissances, opinions ou croyances sur l'environnement, sur soi ou sur son propre comportement » (Festinger, 1957) incompatibles entre elles. Dès lors, cet individu mettra en œuvre des stratégies inconscientes visant à restaurer un équilibre cognitif. On peut raisonnablement se

poser la question de l'ouverture d'esprit dont on peut faire preuve pour examiner objectivement des données concernant une méthode, une formation ou une approche thérapeutique dans laquelle on a énormément investi, en temps de formation ou même financièrement – via l'achat d'un matériel coûteux. Le risque existe, pour éviter un conflit cognitif désagréable, qu'on soit plus sensible aux informations qui confortent son choix et nettement moins prêt à remettre en cause son jugement face à des données plus négatives.

### *C. Les preuves / données probantes issues des préférences des patients- E<sup>3</sup>*

La prise en compte des caractéristiques du patient et de son entourage est essentielle pour le bon déroulement d'une prise en charge. L'influence de facteurs cachés et de facteurs subjectifs sur l'acceptation, le rejet ou la compliance du patient par rapport aux recommandations de soin est connue depuis longtemps (Borrell - Carrio et al., 2004). Une prise en charge sera donc d'autant plus efficace que le patient l'aura librement choisie et acceptée. Ceci présuppose une compréhension mutuelle des risques et bénéfices d'une éventuelle intervention par rapport au contexte plus large de la vie du patient. Le clinicien doit tenter de comprendre ce que le patient juge bon pour lui. Ce jugement peut se baser sur des faits non accessibles au clinicien (amis, internet, expérience personnelle, etc.) ou des circonstances présentes (besoins sociaux, biologiques, etc.) et peut évoluer tout au long du traitement. Pour gérer au mieux ces aspects et faciliter l'adhésion au traitement, le clinicien doit tenter de présenter clairement et honnêtement les bénéfices relatifs aux thérapies mais aussi les risques et les coûts des différentes alternatives, ce qui n'est pas toujours simple. Une bonne façon d'amorcer la discussion avec le patient peut être de lui faire chiffrer les avantages et inconvénients qu'il voit à chaque type d'intervention. Sauf s'il y a des avantages clairs à une option thérapeutique, il semble préférable de suivre les préférences du patient.

Chercher à comprendre les préférences d'un patient et en tenir compte n'est pas une démarche aisée. Elle implique parfois le recours à des analyses qualitatives, non habituelles en logopédie. L'entretien avec le patient peut être utile et doit être mis en lien avec d'autres sources de preuves telles que l'observation du comportement du patient lors d'essais thérapeutiques. Tout ceci nécessite d'avoir construit une relation de confiance avec le patient et son entourage. Cette relation est primordiale. Ainsi, la qualité de la relation thérapeutique rapportée par des patients dépressifs est le meilleur prédicteur du devenir clinique (Blatt & Zuroff, 2005). Plus particulièrement, les patients qui sentaient chez le clinicien, dès le début

du traitement, de l'empathie, un regard positif et de la congruence présentaient une meilleure évolution clinique.

En conclusion, la démarche E<sup>3</sup>BP est un outil d'aide à la décision clinique. Celle-ci est un processus dynamique qui, pour être efficace, doit intégrer les nouvelles informations issues de la recherche, de la pratique clinique et du patient lui-même.

### Conclusions

Former de futurs professionnels à une pratique flexible et réflexive est un des enjeux fondamentaux de la formation clinique en logopédie. Parce qu'elle prépare les étudiants à des démarches d'analyse, de recherche, de synthèse et de critique, la formation universitaire semble particulièrement adaptée à cet enjeu. Cette formation a d'ailleurs fortement évolué : plus personne ne pense actuellement qu'on peut former des futurs cliniciens dans des cours magistraux, exclusivement théoriques. De nouveaux outils pédagogiques sont maintenant fréquemment utilisés (cartes conceptuelles, approche par résolution de problèmes (Visconti, 2010), études de cas, port-folio, etc.). L'articulation théorie-clinique est mieux documentée, notamment dans l'optique de favoriser une démarche en adéquation avec les principes de l'EBP (Leslie & Coyle, 2010; Spek, 2010; Wolter, Corbin-Lewis, Shelf & Elswelner, 2010). Les aspects relationnels (ex. relation avec le patient, son entourage, les autres professionnels, (cf. le référentiel de compétences logopédiques, Maillart et al., 2010) sont pris en compte et travaillés, même si ces aspects restent encore difficiles à appréhender.

De tels changements de paradigme doivent systématiquement être évalués, afin de vérifier leur adéquation avec les objectifs poursuivis et de réajuster si nécessaire. Au-delà des avantages indéniables de l'EBP, il est important de garder en tête certaines limites : différents obstacles peuvent entraver l'adoption d'une pratique clinique dans une logique EBP (Dodd, 2007; Skeat & Roddam, 2010). Parmi ceux-ci, outre la difficulté à changer les mentalités, les attitudes, on relève le temps consacré à la recherche des preuves scientifiques perçu comme passé au détriment du temps à consacrer au patient, la difficulté à accéder à des bases de données, à les utiliser de manière efficace et enfin le manque d'indications dans la recherche pour répondre à certaines questions. La formation à la recherche et à l'EBP en cours de parcours académique paraît être une des solutions pour contrecarrer ces obstacles (Zipoli &

Kennedy, 2005), de même que la constitution de groupes de cliniciens qui travaillent dans un même domaine, la réalisation de synthèse de littérature par des experts du domaine et enfin le soutien des associations professionnelles au développement d'une pratique basée sur l'EBP (Skeat & Roddam, 2010). Il est donc important de développer chez les étudiants, outre des compétences de recherche et de synthèse de la littérature, des compétences relationnelles leur permettant de travailler en groupe et de les aider à développer un projet de formation professionnelle qui les incitera à s'impliquer activement dans une association professionnelle.

Insistons, pour terminer sur le fait que notre rôle est de permettre aux étudiants d'être avant tout conscients des limites de leurs connaissances et de leurs compétences et de les outiller pour pouvoir les dépasser. Rappelons donc pour conclure, l'importance de la formation continue.

### Références bibliographiques

- Bird, J., Bishop, D.V.M., & Freeman, N. (1995). Phonological awareness and literacy development in children with expressive phonological impairments. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 38, 446 - 462.
- Blatt, S.J. & Zuroff, D.C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health, *Clinical Psychological Review*, 25, 459-486.
- Borrell – Carrio, F., Suchman, A.L. & Epstein, R.M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2, 576-582.
- Dodd, B. (2007). Evidence-based practice and speech-language pathology: Strengths, weaknesses, opportunities and threats. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 59, 118 - 129.
- Dollaghan, C. (2007). *The handbook for Evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing
- Festinger, L., 1957, *A theory of cognitive dissonance*, Stanford University Press, 1957 - p.9



- Gilliam S.L. & Gilliam, R.B. (2006). *Making evidence-based decisions about child Language Intervention in Schools*. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37, 304-315.
- Grégoire, J. (2004). *L'examen de l'intelligence de l'adulte*. Liège : Mardaga.
- Laflamme (2009). Les cartes conceptuelles Un outil pour soutenir l'acquisition des connaissances. Montréal, CA : Université de Montréal. [http://www.omagos.be/documents/Les\\_cartes\\_conceptuelles.pdf](http://www.omagos.be/documents/Les_cartes_conceptuelles.pdf) ; Consulté le 14 mars 2011.
- Leslie, P. & Coyle, J. L. (2010). Promoting clinical effectiveness with postgraduate students. In H. Roddam & J. Skeat (Eds.) *Embedding evidence-based practice in speech and language therapy : International examples*. Chichester, U.K. : Wiley & Sons, pp. 36 - 42.
- Lories, G. & Schelstraete, M.-A. (2000). La ligne de base, *Cahiers de la SBLU*, 4, 7-10.
- Maillart, C., Grevesse, P. & Sadzot, A. (2010). Elaboration d'un référentiel de compétence en logopédie/orthophonie. In Ammar Adil Sbihi, M. (Ed.). *AIPU 2010 Réformes et changements pédagogiques dans l'enseignement supérieur*, CD-Rom.
- Maillart, C & Durieux N. (2011). Recommandations internationales en matière de prise en charge de la dysphasie. Présentation de la méthodologie Evidence based Practice « EBP ». In C. Maillart & M.-A. Schelstraete (Eds.). *Actes du colloque "Dysphasies"*, ULg, Novembre 2010. Fernelmont : Editions Modulaires Européennes, collection "Proximités".
- McCabe, P. (2005). Social and behavioral correlates of preschoolers with specific language impairment. *Psychology in the School*, 42, 373 – 387.
- Mok, C., Whitehill, T., & Dodd, B. (2008). Problem-Based Learning, Critical Thinking and Concept Mapping in Speech-Language Pathology Education: A Review. *International Journal of Speech Language Pathology*, 10, 438-448
- Olswang, L.B. & Bain, B. (1994). Data collection: monitoring children's treatment progress. *American Journal of Speech Language Pathology*, 3, 55-66.
- Richard, J.-F. (1990). *Les activités mentales. Comprendre, raisonner trouver des solutions*. Paris : Armand Colin.

- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Schelstraete, M.-A. (2003). « Tests de 1ère ligne ou de 2ème ligne ? ». *Cahiers de la SBLU*, 15, 14-15.
- Schelstraete, M.-A., Bragard, A., Collette, E., Nossent, C., & Van Schendel, C. (2011). Les traitements des troubles du langage oral chez l'enfant. Paris : Masson.
- Skeat, J. & Roddam, H. (2010). What are the barriers to EBP in speech and language therapy? In H. Roddam & J. Skeat (Eds.) *Embedding evidence-based practice in speech and language therapy : International examples*. Chichester, U.K. : Wiley & Sons, pp. 16 - 24.
- Spek, B. (2010). Teaching undergraduates to become critical and effective clinicians. In H. Roddam & J. Skeat (Eds.) *Embedding evidence-based practice in speech and language therapy : International examples*. Chichester, U.K. : Wiley & Sons, pp. 27 - 35.
- Sternberg, R., J. (2007). *Manuel de psychologie cognitive : du laboratoire à la vie quotidienne*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Straus, S.E. & Sackett, D.L. (1998). Getting research findings into practice: using research findings in clinical practice. *British Medical Journal*, 317, 339-342.
- Van Rompaey, M. (2000). Ligne de base : illustration clinique par M.. *Cahiers de la SBLU*, 4, 11-12.
- Visconti, C. F. (2010). Problem-based learning: Teaching skills for evidence-based practice. *Perspectives on Issues in Higher Education*, 13, 27 - 31.
- Wetherell, D., Botting, N. & Conti-Ramsden, G. (2007). Narrative skills in adolescents with a history of SLI in relation to non-verbal IQ scores. *Child Language Teaching and Therapy*, 23, 95 – 113.
- Wolter, J. A., Corbin-Lewis, K., Self, T., & Elswelier, A. (2010). An evidence-based practice model across the academic and clinical settings. *Communication Disorders Quarterly*, 20, 1-15.

Zipoli, R. P. & Kennedy, M. (2005). Evidence-based practice among speech-language pathologists : Attitudes, utilization, and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14, 208 - 220.