

RÉSUMÉ :

L'évaluation des pratiques dans le domaine de la santé est devenue obligatoire. Comment l'évaluation des pratiques orthophoniques est-elle possible ? Cet article propose les résultats d'un premier travail sur le sujet réalisé par une équipe de recherche de l'UNADREO pilotée par son conseil scientifique s'inspirant de la méthodologie de l'audit clinique recommandée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Cet audit a été réalisé sur le thème de l'intervention orthophonique dans les troubles de la compréhension d'un texte lu chez des enfants de CE2, à partir d'un cas proposé aux professionnels par le biais de la revue « L'Orthophoniste ».

MOTS-CLÉS :

Evaluation – Audit clinique – Compréhension écrite – Orthophonie – tests – ANAES

AUDIT CLINIQUE DE L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE DANS LES TROUBLES DE LA COMPRÉHENSION D'UN TEXTE LU CHEZ DES ENFANTS DE CE2

par Thierry Rousseau, Dominique Crunelle, Pierre Ferrand, Pierre-Yves Gilles, Jean-Michel Mazaux, Jean-Luc Nespoulous, Bernard Roubeau, Jacques Roustit, Shirley Vinter.

Equipe de Recherche Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie (ERU 1)

Thierry ROUSSEAU,
Dominique CRUNELLE,
Pierre FERRAND,
Pierre-Yves GILLES,
Jean-Michel MAZEAUX,
Jean-Luc NESPOULOUS,
Bernard ROUBEAU,
Jacques ROUSTIT,
Shirley VINTER
Équipe de Recherche
Union Nationale
pour le Développement
de la Recherche et de l'Évaluation
en Orthophonie (ERU 1)
BP 145
72303 Sablé Sur Sarthe cedex
unadreo@wanadoo.fr

SUMMARY :

Clinical study of speech and language therapy intervention in disorders of written comprehension of a text read by 8 year-old children.

Assessing clinical practice in health care has become necessary. How is this possible ? This article shows results of a study carried out by a research group from UNADREO, under the scope of its scientific committee and recommended by ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Speech and language therapy intervention in disorders of written comprehension of a text read by 8 year-old children was audited, starting from a case study published by the professional journal « L'Orthophoniste ».

KEY-WORDS :

Assessment – Clinical study – Written comprehension – Speech and language therapy – Tests – ANAES.

INTRODUCTION

La loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 a fait apparaître la notion d'évaluation des pratiques professionnelles*, en créant notamment l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM).

Cette notion d'évaluation a pris tout son poids lorsque la convention médicale signée en 1993 a introduit les références médicales opposables (RMO) qui instaurent un lien entre l'évaluation et la régulation des dépenses de santé.

Les ordonnances d'avril 1996 ont remplacé l'ANDEM par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) et le décret d'application de 1997 a renforcé le rôle de l'ANAES qui déborde désormais du milieu médical pour s'occuper de tout ce qui concerne la santé. Outre l'évaluation des pratiques professionnelles, l'ANAES est chargée de l'accréditation des établissements de santé publics et privés et d'émettre un avis scientifique et technique sur la liste des actes, prestations et fournitures remboursés par l'Assurance Maladie (hors médicament). Cela concerne donc la nomenclature des actes professionnels.

L'ANAES est un établissement public administratif de l'état (EPA) dirigé par un conseil d'administration composé de 32 membres titulaires : personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs des établissements de santé, de professionnels de santé libéraux, de représentants de l'Etat, de représentants des organismes d'assurance-maladie, de représentants des organismes mutualistes et de personnalités dont au moins un médecin proposé par le Conseil de l'Ordre. L'ANAES dispose d'un Conseil Scientifique organisé en deux sections : section évaluation et section accréditation.

Dans le domaine de l'évaluation, l'ANAES est amenée, à la demande de différents partenaires institutionnels (Direction des Hôpitaux, Direction Générale de la Santé, Direction de la Sécurité Sociale, Caisse Nationale d'Assurance Maladie) mais aussi d'organisations professionnelles, à établir des recommandations pour la pratique clinique, des références médicales et à évaluer les technologies.

Ces études d'évaluation vont s'appuyer sur l'analyse rigoureuse de la littérature scientifique et sur l'avis des professionnels de santé (études d'évaluation technologique, élaboration de recommandations et références médicales,...). Une des méthodes retenue est l'audit clinique ANDEM*.

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN ORTHOPHONIE

L'évaluation des pratiques et de leur efficacité est devenue non seulement obligatoire mais sans doute nécessaire*.

En pratique libérale les orthophonistes exercent sous convention, l'évaluation figure parmi les contraintes. La société rembourse les soins orthophoniques, en contrepartie elle demande que ces soins soient de qualité et que les professionnels mettent en place des approches qui ont montré leur intérêt et leur efficacité.

Par ailleurs, l'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients doit être un souci constant pour tout orthophoniste. Le développement de plus en plus rapide de nouvelles technologies et de nouveaux tests doit le conduire à s'interroger sur le caractère approprié de certaines stratégies diagnostiques préventives et thérapeutiques qu'il utilise pour soigner ses patients.

Le problème de l'orthophonie réside dans le fait que, de par sa jeunesse, sa culture résolument clinique et surtout de par l'absence de structure officielle de recherche, elle ne dispose pas de suffisamment de travaux publiés et scientifiquement recevables montrant l'efficacité des pratiques. Comme c'est souvent le cas dans les sciences humaines, les études sont assez complexes à mettre en place, vue la multitude des facteurs mis en jeu. C'est pourtant sur ces travaux qu'il est nécessaire de s'appuyer pour revendiquer de nouvelles compétences voire pour conserver des compétences anciennes.

C'est la raison pour laquelle, en 1999, à la demande de la Fédération Nationale des Orthophonistes, l'UNADRIO s'est transformée en UNADREO (Union Nationale pour le Développement de la Recherche et de l'Evaluation en Orthophonie) avec vocation à

* Matillon, 1992

* 1993

* Etienne, 1991

être l'interlocuteur de l'ANAES en qualité de Société Savante et à initier des actions de recherche sur le thème de l'évaluation. En effet, l'ANAES s'appuie généralement sur les travaux des Sociétés Savantes qu'elle sollicite également pour la nomination d'experts ou pour la détermination de thèmes d'évaluation.

Chaque année l'ANAES consulte les différents partenaires en leur demandant de faire des propositions de thèmes pour établir des recommandations pour la pratique clinique. En 2000 le thème de « l'indication de l'orthophonie dans les troubles du langage oral chez l'enfant » a été proposé par une organisation non orthophonique et retenu par l'ANAES. L'UNADREO a pu proposer des « experts » qui ont participé aux travaux de l'ANAES pour l'élaboration de recommandations cliniques qui viennent d'être publiées. Nous avons alors une nouvelle fois constaté l'insuffisance de références montrant d'une part un certain consensus voire une certaine homogénéité dans les modalités d'une intervention orthophonique et d'autre part l'efficacité de telle ou telle approche thérapeutique. Ceci n'est évidemment pas fait pour faciliter la tâche de nos experts.

Pour éviter à l'avenir ce type de désagrément qui pourrait avoir de fâcheuses conséquences sur nos domaines de compétence, le Conseil Scientifique de l'UNADREO a décidé pour 2001 de répondre à la demande de l'ANAES qui sollicitait un thème pour l'élaboration de recommandations cliniques et parallèlement de lancer une recherche sur ce thème.

Il paraissait difficile d'initier une recherche de type fondamental compte-tenu des moyens et de la structure de l'UNADREO. Le Conseil Scientifique a préféré une recherche de type appliqué en s'inspirant d'une méthodologie préconisée par l'ANAES : l'audit clinique.

LA MÉTHODE DE L'AUDIT CLINIQUE

L'audit médical est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du professionnel de santé à des références admises dans le but d'améliorer la qualité des pratiques et des soins délivrés aux patients*.

C'est une activité d'évaluation essentiellement tournée vers la pratique et qui semble la mieux adaptée à la complexité de la médecine ambulatoire*.

Son objectif est d'identifier les occasions, les circonstances propices à l'amélioration de la qualité des soins et de fournir les moyens de la réaliser.

L'ANAES distingue sept étapes :

I) Constituer un groupe de professionnels, promoteur de l'audit.

II) Choisir une activité à évaluer.

III) Déterminer les critères de l'évaluation.

En ce qui concerne les critères retenus pour l'évaluation, ils doivent être :

- valides : aptes à mesurer les paramètres qu'ils sont censés mesurer,
- quantifiables : mesurables, sur des échelles pouvant être : nominales (binaires : oui/non, présent/absent, ... ou à plusieurs catégories : gaucher/droitier/ambidextre ; dyslexique/dysorthographique/dyscalculique), ordinales (pas du tout, un peu, beaucoup, entièrement), d'intervalles (scores numériques),
- fiables : aptes à mesurer de façon précise et reproductibles,
- sensibles : aptes à mesurer les variations,
- spécifiques : caractéristiques de l'activité évaluée

Un nombre limité de critères (une dizaine) suffit pour une évaluation de qualité sur un sujet donné.

IV) Définir les références souhaitées.

Pour définir les références, l'ANAES retient la méthodologie suivante :

- convocation d'un comité d'organisation en demandant aux sociétés savantes concernées par le thème de proposer des noms. La mission de ce comité est de délimiter le thème, de proposer les membres qui composeront le groupe de travail et de choisir les questions auxquelles le groupe de travail devra répondre,

* ANAES, 1999

* Matillon, 1991

- mise en place du groupe de travail composé d'experts, qui sera chargé de rédiger les recommandations au cours de différentes conférences et en s'appuyant également sur les données de la littérature scientifique,
- soumission de ces recommandations à un comité de lecture défini également sur proposition du comité d'organisation.

Ces références font inévitablement apparaître la notion de normes qui a tendance à faire peur aux professionnels. Il convient de préciser ce que l'on entend par norme. Pour chaque critère il existe un seuil au-delà duquel un processus de soins étudié au moyen de ce critère est jugé acceptable. En deçà il ne l'est pas. Ce seuil constitue la norme des soins pour ce critère. Ces normes peuvent être idéales : la meilleure qualité dans les meilleures conditions ou empiriques : niveaux minima acceptables tenant compte de l'exhaustivité (a-t-on fait tout ce qui était nécessaire ?) et de l'utilité (tout ce qui a été fait était-il nécessaire ?).

V) Recueillir les données.

VI) Analyser les résultats obtenus en les comparant aux les références choisies et identifier l'action qui permettra de modifier les comportements.

VII) Améliorer la pratique et mesurer les modifications apportées par le changement de comportement.

APPLICATION DE LA MÉTHODE DE L'AUDIT CLINIQUE À L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE DANS LES TROUBLES DE LA COMPRÉHENSION D'UN TEXTE LU CHEZ LES ENFANTS DE CE2

I) Constitution d'un groupe de professionnels

Le Comité Directeur de l'UNADREO a confié à son Conseil Scientifique le soin de réaliser des actions d'évaluation ; c'est donc lui qui a constitué le groupe de pilotage de cet audit. Le Conseil Scientifique, nommé par le Comité Directeur, est formé de personnalités ayant une compétence dans le domaine de l'évaluation. Il est composé d'orthophonistes et de non-orthophonistes.

II) Choix d'une activité à évaluer

Les troubles du langage écrit et leur prise en charge thérapeutique sont actuellement au cœur de nombreux débats et font l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics, tant au niveau des tutelles de la santé que de l'éducation nationale (rapport Ringard (2000) en particulier).

Il est donc apparu souhaitable au Conseil Scientifique de retenir ce thème du langage écrit en le ciblant très précisément pour ne pas prendre le risque de couvrir tout le champ de l'orthophonie.

Le thème plus particulier de la compréhension d'un texte lu a été choisi car la prise en charge de ses éventuels troubles nécessite toute la spécificité de l'intervention orthophonique qui ne peut alors se réduire, par exemple, à une intervention au niveau de la phonologie ou de la métaphonologie.

La population des enfants de CE2 (8-9 ans) a été retenue car il s'agit de la première année du 2^{ème} cycle des apprentissages scolaires au début de laquelle la lecture (et la compréhension de textes) est réputée acquise.

L'activité à évaluer est donc : « l'intervention orthophonique dans les troubles de la compréhension d'un texte lu chez les enfants de CE2 ».

III) Détermination des critères de l'évaluation

Il a été décidé d'évaluer la procédure diagnostique et la procédure thérapeutique par rapport à un cas venant consulter un orthophoniste.

Cette présentation de cas a été soumise pour critiques à un certain nombre d'orthophonistes, ce qui a conduit au choix du cas proposé en annexe.

Pour retenir les différents critères, le cas a été présenté à des étudiants de 4^{ème} année d'orthophonie du centre de formation de Lille au cours de séances de travaux dirigés sous forme d'un questionnement ouvert. A partir des réponses obtenues, les critères sont présentés pour cet audit essentiellement sous forme de questions fermées quantifiées de façon ordinale.

Compte tenu de l'hétérogénéité des approches orthophoniques, le Conseil Scientifique a, malgré tout, souhaité introduire des questions ouvertes pour obtenir un certain nombre d'autres critères qui sont mesurés de façon nominale ou numérique.

IV) Définition des références

Bien que la prise en charge orthophonique des troubles de la compréhension écrite ait été décrite par de nombreux auteurs, les références n'ont pas été définies pour cet audit. En effet, si l'ANAES retient ce thème dans le cadre des recommandations de bonne pratique, elle définira ces références en suivant la méthodologie définie au paragraphe précédent.

V) Recueil des données

Nous avons choisi de recueillir les données à grande échelle, c'est-à-dire sur l'ensemble du territoire français par le biais d'un questionnaire (annexe) diffusé par la presse orthophonique à un grand nombre d'orthophonistes.

En fonction du cas présenté, nous avons demandé aux orthophonistes de répondre au questionnaire en ayant en tête la question suivante : « Qu'est-ce que je fais quand je suis face à un tel cas ? ». Il est demandé aux praticiens qui le veulent, de retourner, anonymement, leurs réponses au siège de l'UNADREO.

A l'inverse de ce que préconise habituellement l'ANAES, nous n'avons pas choisi de comparer dès le départ l'exercice et les normes. La raison en est qu'il existe peu, comme nous l'avons dit, de « référentiels orthophoniques », de normes donc, et que plusieurs types d'approches diagnostiques et thérapeutiques sont sans aucun doute possibles pour une même pathologie. Nous avons pensé que commencer par définir des normes serait un procédé manquant d'exhaustivité voire d'objectivité et nous avons préféré d'abord tenter de faire un inventaire des procédures existantes pour ensuite les soumettre soit à un groupe d'experts* soit au crible d'une évaluation scientifique.

VI) Résultats

1 - Population

Par le biais de la revue « L'Orthophoniste », le questionnaire a été adressé à 5500 professionnels. 107 questionnaires ayant été remplis ont été retournés à l'UNADREO (1,95%) 102 par des femmes (95,32%) et 5 par des hommes (4,68%).

L'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste par ces orthophonistes s'étale de 1968 à 2000, la moyenne est 1985 (écart-type : 9), ce qui signifie que 2/3 des orthophonistes ayant répondu ont été diplômés entre 1975 et 1993. La répartition selon le lieu d'obtention du CCO est la suivante : Paris (31,77%), Lyon (13,08%), Nantes (8,41%), Lille (7,47%), Nancy, Tours (6,54%), Montpellier (5,60%), Marseille, Toulouse (4,67%), Nice (1,86%), Bordeaux, Strasbourg (0,93%), Besançon (0%), sans réponse (7,47%).

34,58% des orthophonistes sont titulaires d'un diplôme supplémentaire, autre que le CCO, allant du DEUG au DEA, principalement en psychologie et en sciences du langage.

18,70 % ont suivi une formation complémentaire (gepalm, gestion mentale, instituteur,...).

78,50% exercent en libéral, 11,20% ont un exercice mixte, 9,3 % exercent en qualité de salariés, les autres n'ont pas répondu.

La répartition des réponses selon le lieu d'exercice professionnel est la suivante : Région Parisienne (20,56%), Rhône-Alpes (14,01%), Provence-Côte d'Azur (13,08%), Midi-Pyrénées (9,34%), Nord (6,54%), Picardie, Pays de Loire, Bretagne, Lorraine-Champagne-Ardennes (5,60%), Bourgogne (4,67%), Charente-Poitou (3,73%), Centre (2,8%), Alsace, Aquitaine, Normandie (0,93%).

2 - Informations complémentaires recueillies

Nous avons souhaité savoir quelles informations complémentaires à l'examen clinique, les orthophonistes souhaitaient obtenir auprès des parents, du médecin ou auprès d'autres intervenants. Diverses propositions leur furent soumises et il leur fut demandé s'ils jugeaient l'information très importante (cotée 4 au dépouillement), importante

* cf la méthodologie de l'ANAES, 1999

(cotée 3), peu importante (2) ou pas du tout importante (1).

a) informations recueillies auprès des parents.

Toutes les informations proposées sont considérées comme importantes (moyenne = 3,165), 19 des items sur 24 dépassant 3. L'item jugé le plus important concerne le développement du langage, le moins important est l'âge de la propreté. Les écarts-types et les histogrammes montrent un relatif consensus entre professionnels : certaines informations sont considérées importantes par tous les orthophonistes, d'autres par une partie seulement.

Le regroupement des items a posteriori par analyse factorielle avec l'examen des corrélations entre les réponses données sur les 24 items permet de dégager 6 facteurs importants :

- items du domaine éducatif ou scolaire qui représentent 22,3% de la variance,
- items médicaux : 11,8 % de la variance,
- items relatifs à l'attention-compréhension : 7,3 % de la variance,
- items développementaux : 7,1 % de la variance,
- items relatifs à la sphère psychologique : 5,5 % de la variance,
- items relatifs au comportement à la maison.

Ces facteurs présentent entre eux des corrélations assez modestes, c'est-à-dire que l'importance accordée à une facette ne préjuge pas de celle accordée à d'autres. On note cependant une corrélation entre les items du domaine éducatif et ceux relatifs à l'attention-compréhension.

Nous avons pris comme variables dépendantes les facteurs dégagés précédemment afin d'identifier d'éventuels prédicteurs de l'importance accordée à tel ou tel secteur. On relève les faits suivants :

- aucune différence significative selon le centre de formation,
- l'année d'obtention du CCO est faiblement corrélée au facteur aspect développemental pris davantage en compte par les orthophonistes récemment diplômés,
- une différence selon le type d'exercice : les orthophonistes salariés s'attachent plus aux aspects scolaires et ceux ayant un exercice mixte aux aspects psychologiques,
- les orthophonistes titulaires d'autres diplômes accordent plus d'importance au facteur attention-compréhension.

Il convient de considérer ces éléments prédicteurs avec prudence compte tenu des effectifs réduits.

b) informations recueillies auprès du médecin.

L'importance moyenne des 5 items est comprise entre 2,64 et 2,10. Par conséquent les informations demandées au médecin sont jugées moins importantes que celles demandées aux parents, ce qui semble conforter les données précédentes selon lesquelles les informations médicales ne sont pas jugées prioritaires.

On note une forte corrélation entre les items et une dispersion assez forte mais pas de prédicteurs. Dispersion et corrélation fortes signifient que certains orthophonistes considèrent le médecin comme un partenaire important, ou du moins les aspects médicaux comme des éléments importants, d'autres ne semblent pas partager ce point de vue.

c) informations recueillies auprès d'autres personnes

Les demandes vont vers le secteur éducatif (62,50 %), le secteur psychologique (22,32%), le secteur médical (12,50 %) et le secteur social (2,68%).

3 – Pertinence accordée aux outils d'évaluation

Une liste d'outils d'évaluation a été proposée aux professionnels qui devaient déterminer le degré de pertinence qu'ils leur accordaient et éventuellement la raison pour laquelle ils jugeaient un outil peu ou pas pertinent.

La cotation pour l'analyse a été la suivante : très pertinent = 4, pertinent = 3, très peu pertinent = 2, pas du tout pertinent = 1.

Les données sont les suivantes, par ordre décroissant de pertinence :

- lecture de lettres, syllabes, mots, etc. (hors test référencé) : 3,19 (écart-type = 1,18)
- dictée de lettres, syllabes, mots, etc. (hors test référencé) : 3,14 (1,22)

- Empan (chiffres, mots, logatomes) : 2,73 (1,47)
- Une curieuse aventure : 2,43 (1,57)
- Signes diversement orientés de Borel-Maisonny : 2,33 (1,36)
- O52 de Khomsi : 2,26 (1,66)
- Tests Chevrié-Muller : 2,02 (1,67)
- Batterie d'Évaluation du Langage Écrit (B.E.L.E.C.) : 1,9 (1,76)
- L'Alouette : 1,85 (1,36)
- Test des barrages de Zazzo : 1,62 (1,54)
- Lecture de Mots et Compréhension (L.M.C.) de Khomsi : 1,61 (1,86)
- Épreuve de COMpréhension Syntaxico SÉmantique (E.CO.S.SE.) : 1,59 (1,76)
- Test de Vocabulaire Actif et Passif (T.V.A.P.) de Deltour : 1,47 (1,57)
- Jeannot et Georges : 1 (1,28)
- Progressive Matrice de Raven : 0,48 (0,98)
- Frostig : 0,21 (0,68)

On note une grande étendue de la pertinence accordée aux outils mais seuls 2 outils sont considérés comme pertinents (>3). Les dispersions importantes témoignent d'un faible consensus sur les outils, sauf pour les 3 les plus prisés. La faible valeur moyenne provient de réponses très variables d'un orthophoniste à l'autre.

L'analyse factorielle permet de dégager 4 facteurs a posteriori, non corrélés, qui peuvent correspondre au classement selon les familles de tests :

- facteur 1 : évaluation générale (batteries, tests de raisonnement, attention tels P.M., L.M.C., B.E.L.E.C., E.CO.S.SE., test des barrages de Zazzo,...) : 21,70 % d'explication de la variance,
- facteur 2 : aspects instrumentaux, déchiffrage (lecture-dictée de lettres, syllabes, mots, signes Borel,...) : 14,1 % de la variance,
- facteur 3 : langage oral (T.V.A.P., Chevrié-Muller,...),
- facteur 4 : lecture à haute voix (Jeannot et Georges, l'Alouette,...).

La recherche de prédicteurs par le biais des corrélations montre des différences significatives sur le facteur 1 (évaluation générale) en fonction du centre de formation.

Il existe aussi une différence ($p=.03$) selon le type d'exercice professionnel sur le facteur 2 (instrumental) et une tendance ($p=.06$) sur le facteur 4 (lecture à haute voix) : les libéraux considèrent l'aspect instrumental moins important que les mixtes et les salariés trouvent le facteur lecture à haute voix moins pertinent que les libéraux.

Les motifs de non-utilisation de certains outils sont les suivants :

- test inconnu : 45,91 % des causes citées,
- manque de validité : 20,56 %,
- ancienneté : 9,58 %,
- durée de passation : 5,35 %,
- complexité : 2,54 %,
- prix : 0,56 %,
- autres : 15,50 %.

4 – Domaines évalués avec les outils précédemment cités et utilisés

72 % des orthophonistes ayant répondu à ce questionnaire, qui à partir de ce niveau comporte des questions ouvertes, disent évaluer la compréhension écrite, mais aussi la lecture à haute voix (70 %) et la compréhension orale (64 %).

De nombreux autres domaines sont considérés comme étant évalués :

- les capacités mnésiques par 58 % des professionnels,
- les voies lexicales : 48 %,
- le langage oral (phonologie – syntaxe) : 40 %,
- la production d'écrit : 38 %,
- l'attention : 32 %,
- le stock lexical : 28 %,
- la discrimination auditive et visuelle : 20 %,
- la logique et le raisonnement : 12 %,

- la métaphonologie : 12 %,
- sont encore cités : l'orientation temporo-spatiale, le comportement, la latéralité

5 – Autres techniques d'évaluation utilisées.

24 % des orthophonistes disent, en plus, explorer les capacités logico-mathématiques, utiliser certains outils non cités comme le L2MA (12 %) ou des épreuves particulières comme le classement d'images séquentielles (10 %), l'expression écrite (8 %).

De nombreux autres outils sont cités de manière individuelle ou par 2 ou 3 professionnels (batterie ORLEC de Lobrot, tests de Sadek-Khalil, tests RV, logiciels,...).

D'autres ont considéré que l'examen de la métaphonologie ou l'examen de la production d'écrit n'étaient pas réalisés avec les épreuves listées puisqu'ils ont proposé ces épreuves en supplément.

6 – Eléments quantitatifs et qualitatifs du bilan conduisant à élaborer un projet thérapeutique.

38 % des orthophonistes consultés considèrent qu'un écart significatif par rapport à la norme des enfants de même âge ou de même niveau pédagogique aux tests utilisés est l'élément essentiel qui va les inciter à proposer une intervention thérapeutique. Pour 30 %, les difficultés concerneront la compréhension écrite, pour 26 % l'expression orale, pour 18 % la compréhension orale, pour 14 % la lecture à haute voix.

Parmi les éléments conditionnant l'intervention orthophonique, 26 % citent la motivation de l'enfant, 18 % la motivation de la famille, 10 % le comportement de l'enfant par rapport à l'écrit.

Des difficultés spécifiques en lecture (stratégie de lecture, atteinte spécifique des voies lexicales) sont un élément déterminant pour 20 % des orthophonistes.

La présence de troubles mnésiques et la présence de confusions-inversions sont jugées importantes par 12 % des professionnels.

7 – Objectifs thérapeutiques.

L'objectif thérapeutique, lorsqu'il est indiqué, vise pour 16 % des réponses à restaurer la compréhension d'un texte lu. 14 % citent comme objectif d'instaurer une bonne stratégie de lecture par un travail sur les voies lexicales (surtout la voie d'assemblage).

Citons également la diminution de la souffrance de l'enfant face à la lecture, l'investissement dans l'écrit, la récupération d'un niveau scolaire adéquat.

8 – Modalités de la démarche thérapeutique.

20 % des orthophonistes qui ont répondu disent effectuer un travail sur la compréhension écrite sans autre précision et 16 %, de la même manière, sur la compréhension orale.

18 % disent travailler, plus précisément, sur le code (passage de l'oral à l'écrit) alors que d'autres (16 %) parlent d'un travail sur les voies d'assemblage et d'adressage.

L'expression orale (phonologie, syntaxe, lexique) est abordée par 18 % des professionnels, la conscience phonologique, la mémoire par 12 %, la perception (auditive, visuelle, kinesthésique) par 10 %.

64 % des orthophonistes effectuent pour ce genre de trouble 1 à 2 séances par semaine ; seuls 6 % adaptent la fréquence à l'intensité des troubles.

Le jeu est privilégié par 26 %, l'utilisation de l'informatique par 18 %.

De nombreuses autres approches et outils sont cités de manière isolée.

Les parents sont plus ou moins directement associés à la rééducation par 48 % des orthophonistes, les enseignants par 40 %, médecins et assistantes sociales par 2 % seulement.

Ce sont les expériences professionnelles qui, pour 48 % des cas, sont à l'origine du choix de l'approche thérapeutique, les sources théoriques pour 26 %, la qualité des outils pour 10 %.

9 – Données entraînant une modification de l'intervention thérapeutique ou permettant de considérer qu'elle est adéquate.

C'est l'amélioration significative des résultats après re-test qui est le facteur permettant de considérer que la thérapie a été un succès ou, dans le cas inverse, de considérer

qu'il faut modifier le type de prise en charge (pour 52 % des réponses). Les autres données évoquées sont : une amélioration des résultats scolaires (44 %), l'enfant qui notifie lui-même son succès (18 %), une amélioration notée au cours des séances (16 %). Peuvent être pris en compte également une autonomie accrue de l'enfant en lecture, un gain de confiance, la satisfaction des parents.

L'absence de motivation de l'enfant est un signe de nécessité de modification de la thérapie pour 16 % des professionnels et l'absence de progrès pour 10 %.

10 – Remarques faites par les répondants.

Elles sont peu nombreuses : citons la difficulté d'analyser un cas « sur papier » pour 12 % des répondants.

CONCLUSION

Cet audit clinique, le premier du genre dans le domaine de l'orthophonie, permet de se rendre compte du « fonctionnement » des professionnels par rapport à un cas précis de difficulté de compréhension d'un texte lu. Nous avons choisi de livrer les données recueillies sans les interpréter ni même les commenter. Cependant, trois points nous apparaissent importants à souligner :

- le faible pourcentage de professionnels ayant répondu à cet audit,
- la préférence pour des outils d'évaluation non standardisés,
- la diversité des approches thérapeutiques mises en œuvre, principalement guidées par l'expérience professionnelle.

Ces trois points, en particulier, mériteraient d'être analysés en profondeur car, pour chacun d'eux, plusieurs hypothèses causales peuvent être avancées. Nous avons pris pour parti de ne pas tenter d'interprétation, préférant éventuellement laisser ce travail à un groupe ad hoc.

Nous souhaitons, auparavant, que les résultats présentés permettent à chacun de réfléchir à sa pratique d'une part mais aussi à la pratique orthophonique de manière générale et également sur la pertinence de l'évaluation de l'une et de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

- ANAES (1999). *L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles.* Paris : ANAES.
- ANDEM (1993). *L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire. L'audit clinique.* Paris : ANDEM.
- ETIENNE J. (1991). Evaluation et pratique médicales. Conclusions. In : *Ordre des médecins. 3^{ème} congrès international d'éthique médicale.* Paris.
- MATILLON Y. (1992). Evaluation en médecine : les missions de l'ANDEM. *Lyon Chirurgie*, 88.
- MATILLON Y. (1991). Qu'est-ce que l'évaluation ? In : *Ordre des médecins. 3^{ème} congrès internationale d'éthique médicale.* Paris.

Présentation de cas

Anamnèse

A la fin du premier trimestre scolaire, Paul, 8 ans 3 mois, en classe de CE2 vient consulter, sur les conseils de son institutrice et sur prescription médicale, pour «des difficultés de compréhension des textes qu'il lit ».

Il a 2 frères de 13 et 10 ans, une sœur de 3 ans.

Il vit en milieu urbain, avec ses parents d'origine française qui sont tous deux employés de bureau (niveau bac).

Il n'a aucun problème de santé particulier (pas de troubles sensoriels, neurologiques...) et aucun trouble de l'expression n'a été repéré à ce jour.

Son adaptation à l'école et de manière générale dans les milieux familial et extra scolaire est bonne.

Il n'a, jusqu'alors, bénéficié d'aucune rééducation et n'a jamais redoublé même si le CP a été difficile et que depuis il est « à la traîne ».

Evaluation scolaire

Son institutrice lui a remis, à l'intention de l'orthophoniste, son profil de l'évaluation à l'entrée au CE2 2000 (épreuves de français) du Ministère de l'Education Nationale réalisée en début d'année :

| CHAMPS STANDARDS DE FRANÇAIS | ELEVE | | | CLASSE | | |
|--------------------------------|----------------|----------------|---------------|--------|-----|----|
| | SR | SE | NR | SR | SE | NR |
| Compréhension (F1) | 38,1% 16/42 | 50,0% 21/42 | 11,9% 5/42 | 65% | 28% | 7% |
| Connaissance du code (F2) | 45,2% 19/42 | 54,8% 23/42 | 0,0% 0/42 | 66% | 32% | 2% |
| Production d'écrits (F3) | 70,0% 7/10 | 30,0% 3/10 | 0,0% 0/10 | 70% | 30% | 1% |
| ENSEMBLE DES ITEMS DE FRANÇAIS | 44,7% 42/94 | 50,0% 47/94 | 5,3% 5/94 | 66% | 30% | 4% |

SR = Score Réussite

SE = Score Echec

NR = Non Réponse

Questions aux orthophonistes

Le questionnaire qui suit débute par quatre grandes questions fermées, assorties de propositions sur lesquelles vous pourrez vous positionner. Des cases vides ont été prévues à la fin de chaque question, pour que vous puissiez compléter la liste des propositions, si vous le jugez utile. Cinq questions ouvertes vous sont ensuite proposées (dans la mesure du possible, formulez vos réponses hiérarchiquement : du plus important vers le moins important).

Pour toutes ces questions, il vous est demandé de répondre le plus spontanément et le plus sincèrement possible, en fonction de votre expérience clinique.

- 1) Quelles informations complémentaires recueilleriez-vous (pour chacune des lignes, mettre une croix dans la case qui convient)
 - a) auprès des parents ?

| INFORMATIONS | Très important | Important | Peu important | Pas du tout important |
|---|----------------|-----------|---------------|-----------------------|
| Conditions néonatales | | | | |
| Développement psychomoteur | | | | |
| Age de la propreté | | | | |
| Comportement alimentaire | | | | |
| Qualité du sommeil | | | | |
| Développement du langage | | | | |
| Latéralisation | | | | |
| Perception de la situation par l'enfant | | | | |
| Autres bilans qui ont été (ou qui vont être) faits | | | | |
| Age et conditions de la scolarisation | | | | |
| Méthode d'apprentissage de la lecture | | | | |
| Réussite scolaire dans les autres matières | | | | |
| Relation avec l'institutrice | | | | |
| Intérêt pour l'école | | | | |
| Niveau de lecture en fin de CP | | | | |
| Comportement par rapport aux histoires lues ou entendues | | | | |
| Compréhension des histoires qu'on lui raconte | | | | |
| Comportement de l'enfant avec ses parents | | | | |
| Qualité de la compréhension et de l'attention à la maison | | | | |
| Motivation des parents par rapport à la consultation | | | | |
| Comportement à la maison | | | | |
| Comportement des parents durant la rencontre | | | | |
| Activités extra scolaires | | | | |
| Antécédents familiaux de difficultés scolaires | | | | |

b) auprès du médecin ?

| INFORMATIONS | Très important | Important | Peu important | Pas du tout important |
|---|----------------|-----------|---------------|-----------------------|
| Médecin prescripteur (médecin de famille habituel, pédiatre,...) | | | | |
| Présence d'une demande spécifique concernant la rééducation orthophonique | | | | |
| Informations concernant le milieu de vie de l'enfant | | | | |
| Maladies de la petite enfance | | | | |
| Vérification des renseignements fournis par les parents (néonatalité, développement psychomoteur,...) | | | | |

c) auprès d'autres personnes ? (précisez)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2) Sur quels outils s'appuierait votre démarche d'évaluation ?

Pour chacune des lignes, mettre une croix dans la case qui vous convient. Dans la mesure du possible, indiquer les motifs : ancienneté, validité, durée de passation, complexité, prix, etc..., qui vous font considérer qu'un outil est non pertinent ou très peu pertinent.

| OUTILS | Très pertinent | Pertinent | Très peu pertinent | Non pertinent |
|--------------------|----------------|-----------|--------------------|---------------|
| B.E.L.E.C. | | | | |
| Jeannot et Georges | | | | |
| L'Alouette | | | | |

| OUTILS | Très pertinent | Pertinent | Très peu pertinent | Non pertinent |
|--|----------------|-----------|--------------------|---------------|
| E.CO.S.S.E. | | | | |
| 052 de Khomsi | | | | |
| T.V.A.P. | | | | |
| Tests Chevrié-Muller | | | | |
| Frostig | | | | |
| Test de barrage de Zazzo | | | | |
| PM de Raven | | | | |
| Signes diversement orientés de Borel-Maisonny | | | | |
| Empan (chiffres, mots, logatomes) | | | | |
| Lecture de lettres, syllabes, mots, non mots, phrases, petits textes (hors test référencé) | | | | |
| Dictée de lettres, syllabes, mots, non mots, phrases, petits textes (hors test référencé) | | | | |

- Quels domaines évaluez-vous avec ces outils ?

- Utiliseriez-vous d'autres techniques d'évaluation ? (lesquelles ?)

3) Quels éléments **quantitatifs** et **qualitatifs** du bilan vous conduiraient à élaborer un projet thérapeutique ? En vue de quels objectifs ?

4) Quelles seraient les modalités de votre démarche thérapeutique ?

- organisation matérielle (fréquence, contenu, supports,...) des séances.
- partenaires de la rééducation (au niveau familial, scolaire, social,...)
- qu'est-ce qui a guidé ce choix ? (source théorique, qualité des outils, expériences personnelles,...)

5) Sur quelles données **quantitatives** et **qualitatives** modifieriez-vous éventuellement votre intervention ou considéreriez-vous que c'est un succès ?

6) Remarques et suggestions éventuelles

Vous êtes : un homme / une femme

Région d'exercice :

Année d'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste : à :

Type d'exercice : libéral / salarié / mixte

Formation autre qu'orthophonie :