



Département d'Orthophonie  
Gabriel DECROIX

# **MEMOIRE**

En vue de l'obtention du  
Certificat de Capacité d'Orthophoniste  
présenté par

**Laurie DANA**

soutenu publiquement en juin 2019

**Pronostic orthophonique : analyse des conditions  
d'élaboration et de transmission par  
l'intermédiaire d'un questionnaire auprès  
d'orthophonistes**

MEMOIRE dirigé par

**Loïc GAMOT**, Orthophoniste, Département d'Orthophonie, Lille

**Sophie RAVEZ**, Orthophoniste, Département d'Orthophonie, Lille

Lille – 2019

---

## Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier mes directeurs de mémoire, M. Loïc Gamot et Mme Sophie Ravez, pour leur confiance, leur disponibilité ainsi que leurs conseils qui m'ont permis de réaliser ce mémoire.

Merci à tous les orthophonistes qui ont accepté de participer à cette étude. Merci pour votre intérêt et votre partage d'expérience.

Merci à ma famille et tout particulièrement à ma mère pour son aide précieuse. Merci à Audrey, Louise et Maëlle, pour leur soutien et leur présence durant ces cinq années d'étude. Merci à Jonas pour sa compréhension tout au long de cette année et merci à toutes les personnes qui m'ont aidée et encouragée, de près ou de loin, pendant l'élaboration de ce mémoire et l'ensemble de mes études d'orthophonie.

---

## **Résumé :**

Depuis la seconde moitié du vingtième siècle, les pratiques médicales ont évolué. Dorénavant, le dialogue et le partage d'informations sur l'état de santé du patient prennent une place importante dans la relation entre le médecin et son patient (Castra, 2015). La pratique du pronostic médical tend à se généraliser en dépit de sa complexité et de ses possibles retombées pour le patient (Janett-Pellegrini et Cantin, 2017). Nous avons cherché à analyser les conditions d'élaboration et de transmission du pronostic orthophonique afin de déterminer s'il existait des conclusions analogues en médecine et en orthophonie. Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête comportant cinq entretiens semi-directs préalables à la création d'un questionnaire en ligne. 292 orthophonistes ayant pour lieu d'exercice (ou dernier lieu d'exercice) la France y ont répondu. Les résultats montrent que la transmission du pronostic orthophonique n'est pas généralisée dans la profession et qu'il demeure méconnu et peu appliqué en France. L'élaboration du pronostic orthophonique est sujette à des difficultés. Le savoir-faire des orthophonistes sur le pronostic, bien que certain, nécessite d'être renforcé. Cette étude novatrice témoigne d'un besoin majeur dans le domaine du pronostic orthophonique et pourrait servir de base pour de futures recherches sur son application et son déploiement chez les orthophonistes.

## **Mots-clés :**

Orthophonie, pratiques professionnelles, enquête, questionnaire, pronostic orthophonique

## **Abstract :**

Since the second half of the twentieth century, medical practices have evolved. From now on, dialogue and sharing of information about the patient's state of health takes an important place in the relationship between the doctor and his patient (Castra, 2015). The practice of medical prognosis tends to become widespread despite its complexity and its possible consequences for the patient (Janett-Pellegrini et Cantin, 2017). We sought to analyze the conditions for development and transmission of the speech-language prognosis in order to determine whether similar conclusions could be found in medicine and speech-language pathology. To do this, we conducted a survey with five semi-direct interviews prior to the creation of an online questionnaire. 292 speech therapists practicing in France answered them. The results show that the transmission of speech-language prognosis is not widespread in the profession and remains little known and little applied in France. The development of speech-language prognosis are subject to difficulties. The speech therapists' know-how on the prognosis, although certain, needs to be strengthened. This groundbreaking study demonstrates a major need for speech-language prognosis and could serve as a basis for future research on its application and deployment in speech-language pathologists.

## **Keywords :**

Speech therapy, professional practice, survey, questionnaire, speech-language prognosis

---

# Table des matières

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique, buts et hypothèses.....</b>	<b>1</b>
1. Le pronostic en médecine.....	1
1.1. Définition, mise en place et cadre législatif du pronostic médical.....	2
1.1.1. Définition du pronostic.....	2
1.1.2. Cadre législatif du pronostic médical.....	2
1.1.3. Mise en place du pronostic médical.....	2
1.2. L'annonce du pronostic et ses conséquences.....	3
2. Le pronostic en orthophonie.....	3
2.1. Définition, cadre législatif et mise en place du pronostic orthophonique.....	3
2.1.1. Définition du pronostic orthophonique.....	3
2.1.2. Cadre législatif du pronostic orthophonique.....	3
2.1.3. Mise en place du pronostic orthophonique.....	4
2.1.4. Liens établis entre le pronostic médical et le pronostic orthophonique.....	4
2.2. L'élaboration du pronostic en orthophonie.....	5
2.2.1. Les différentes visées thérapeutiques.....	5
2.2.2. Les informations théoriques.....	5
2.2.3. Les informations cliniques.....	5
2.2.4. Les informations extérieures.....	6
2.3. L'actualisation du pronostic.....	6
2.3.1. Les progrès.....	6
2.3.2. L'efficacité du traitement.....	6
2.4. Intérêts et limites du pronostic orthophonique.....	6
2.4.1. Intérêts du pronostic orthophonique.....	6
2.4.2. Limites du pronostic orthophonique.....	7
3. Buts et hypothèses de l'étude.....	7
<b>Méthode.....</b>	<b>7</b>
1. Choix de la méthode.....	8
1.1. Préalables à l'enquête.....	8
1.2. L'enquête.....	8
1.3. Élaboration de l'enquête.....	8
1.4. Les différents biais.....	9
1.4.1. Formulation des questions.....	9
1.4.2. Autres biais.....	9
2. Population d'étude.....	9
2.1. Population choisie pour l'enquête.....	9
2.2. La population choisie pour les entretiens.....	10
3. Préparation des entretiens.....	10
3.1. Choix de l'entretien semi-directif.....	10
3.2. Établissement du guide d'entretien.....	10
4. Réalisation des entretiens.....	10
4.1. Recueil et cadre de l'entretien.....	10
4.2. Synthèse et exploitation de données.....	11
5. Préparation du questionnaire.....	11
5.1. Élaboration et conception du questionnaire.....	11
5.2. Diffusion du questionnaire.....	11
5.3. Exploitation de données.....	12
<b>Résultats.....</b>	<b>12</b>
1. Présentation de l'échantillon.....	12
1.1. Région d'exercice et ville d'obtention du diplôme.....	12

---

1.2.Durée de la formation initiale.....	13
1.3.Le mode d'exercice.....	13
<b>2.La transmission du pronostic orthophonique.....</b>	<b>13</b>
2.1.La mise en évidence de questionnements sur les résultats et la durée attendus de la prise en charge orthophonique.....	14
2.1.1.La présence de questionnements.....	14
2.1.2.Pour quel type de patients ?.....	14
2.1.3.Pour quels types de pathologies ?.....	15
2.2.Qui évoque le pronostic ?.....	16
2.2.1.Évocation du pronostic orthophonique.....	16
<b>3.La mise en application du pronostic orthophonique.....</b>	<b>16</b>
3.1.La réponse aux questionnements.....	17
3.1.1.La difficulté à répondre aux questionnements.....	17
3.1.2.Difficulté de réponse et type de patients.....	17
3.1.3.Difficulté de réponse et type de pathologies.....	17
3.1.4.Origine des difficultés de réponse.....	18
3.2.Connaissance du pronostic orthophonique et mise en pratique.....	19
3.2.1.Connaissance du pronostic orthophonique.....	19
3.2.2.Connaissance et évocation du pronostic orthophonique.....	19
3.2.3.Connaissance du pronostic et difficulté de réponse.....	20
3.2.4.Évocation et difficulté de réponse.....	20
3.2.5.Connaissance, évocation et difficulté de réponse.....	21
3.2.6.Les différents avis sur le pronostic orthophonique.....	22
<b>4.Pronostic et savoir-faire.....</b>	<b>22</b>
4.1.Qu'est ce que le pronostic orthophonique selon vous ?.....	22
4.2.Sur quoi faut-il s'appuyer, selon vous, pour le mettre en place ?.....	23
4.3.Transmission des objectifs au début de la prise en charge.....	23
4.4.Détermination de la fin de traitement.....	24
<b>Discussion.....</b>	<b>25</b>
1.Principaux résultats et liens avec les hypothèses.....	25
1.1.Une transmission du pronostic orthophonique encore non généralisée.....	25
1.2.Des difficultés d'élaboration du pronostic orthophonique.....	26
1.3.Un savoir faire à renforcer.....	27
2.Critiques méthodologiques.....	28
3.Perspectives d'études.....	30
<b>Conclusion.....</b>	<b>30</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>34</b>
Annexe n°1 : Guide d'entretien.....	34
Annexe n°2 : Entretien n°1.....	34
Annexe n°3 : Entretien n°2.....	34
Annexe n°4 : Entretien n°3.....	34
Annexe n°5 : Entretien n°4.....	34
Annexe n°6 : Entretien n°5.....	34
Annexe n°7 : Exemple de questionnaire modifié.....	34
Annexe n°8 : Questionnaire définitif.....	34
Annexe n°9 : Évocation du pronostic et lieu d'obtention du diplôme.....	34
Annexe n°10 : Évocation du pronostic et durée de la formation initiale.....	34
Annexe n°11 : Évocation du pronostic et mode d'exercice.....	34

# Introduction

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose » (Code de la Santé publique, 2012).

Lors d'une prise en charge, les médecins sont souvent amenés à se prononcer sur l'état et le devenir du patient. Pour ce faire, ils formulent un pronostic, c'est-à-dire une estimation de la durée et de l'évolution probable d'un trouble à la suite du traitement (Le Robert mobile, 2019). En accord avec les lois (Code de la Santé publique, 2012 ; Loi n°2002-303 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, 2002 ; Plan Cancer, 2014), les médecins se doivent d'annoncer à leurs patients leur pronostic. Néanmoins, sa pratique, qui tend à se généraliser, reste encore peu répandue dans la sphère médicale en raison de sa complexité et de ses possibles retombées pour le patient (Jannett-Pellegrini et Cantin, 2017).

Le pronostic orthophonique répond à la même définition que le pronostic médical à la différence qu'il n'est pas vital mais fonctionnel. Néanmoins, la littérature à son sujet se fait plus rare. Le pronostic orthophonique est-il connu et généralisé en France ? Les thérapeutes y ont-ils recouru lors de la prise en charge ? Sa transmission et sa conception sont-elles sujettes aux mêmes difficultés que celles rencontrées en médecine ?

L'objectif de ce mémoire est d'analyser les conditions d'élaboration et de transmission du pronostic orthophonique au moyen d'une enquête réalisée auprès d'orthophonistes ayant pour lieu d'exercice (ou dernier lieu d'exercice) la France. Si nous établissons un parallèle avec le pronostic médical, nous pouvons émettre les hypothèses que la transmission du pronostic orthophonique n'est pas généralisée en France, que son établissement est sujet à des difficultés et que le savoir-faire des orthophonistes sur le pronostic orthophonique bien que certain, nécessite d'être renforcé.

Après avoir défini le contexte théorique sur lequel nous avons fondé notre réflexion, nous présenterons la méthodologie utilisée pour préparer notre enquête. Nous présenterons par la suite, les résultats les plus pertinents de cette enquête. Enfin, nous mettrons en regard les résultats obtenus à la lumière de nos hypothèses et nous exposerons les limites et les principaux apports de notre étude.

## Contexte théorique, buts et hypothèses

Cette partie théorique a pour objectif, une fois la notion de pronostic définie, de mettre en regard le pronostic médical et le pronostic orthophonique au vu d'une application des bonnes pratiques médicales existantes au domaine de l'orthophonie.

### 1. Le pronostic en médecine

Après avoir rappelé le cadre législatif du pronostic médical, nous verrons de quelle façon ce dernier est établi et annoncé aux patients. Puis, nous présenterons les difficultés et conséquences liées à sa conception et sa formulation.

#### 1.1. Définition, mise en place et cadre législatif du pronostic médical

##### 1.1.1. Définition du pronostic

Selon le dictionnaire médical du site internet Doctissimo (2019), le pronostic se définit comme étant la « prévision de l'évolution probable ou de l'issue d'une maladie, basée sur la connaissance de l'évolution habituelle de la maladie, qui se combine avec la prise en compte de facteurs pouvant influencer cette évolution ». Le Robert mobile (2019) ajoute dans sa définition, la notion de durée et définit le pronostic comme étant « le jugement que porte un médecin sur la durée et l'issue d'une maladie ».

### **1.1.2. Cadre législatif du pronostic médical**

Le pronostic médical s'inscrit dans un ensemble de lois relatives au droit du malade d'avoir accès aux informations sur son état de santé. Ainsi, l'article 35 du Code de la Santé publique (2012) stipule que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ». La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et le troisième Plan Cancer établi en 2014 témoignent de l'évolution des pratiques médicales. Dorénavant, la relation entre le médecin et son patient est sous-tendue par le dialogue et le partage d'informations concernant l'état de santé du patient (Castra, 2015). Le médecin n'est plus le seul décisionnaire de la prise en charge. Les décisions sont prises conjointement avec le patient qui peut exprimer ses choix.

### **1.1.3. Mise en place du pronostic médical**

Les médecins sont souvent appelés à concevoir et à transmettre le pronostic de leur patient afin de prédire l'évolution de la maladie et d'établir les soins. Ainsi, pour mettre au point le pronostic, les médecins prennent en compte un ensemble de facteurs tels que le diagnostic, la gravité de la maladie, le stade et l'évolution de cette dernière, les comorbidités éventuelles associées, l'état du patient mais encore ses éventuelles ressources. La difficulté de la pose du pronostic peut alors varier (Ladouceur, 2017). Il semble, de plus, que le degré de proximité avec le patient joue un rôle important lors de la pose du pronostic par le médecin. Plus le lien entre ce dernier et le patient est fort et moins le pronostic sera précis (Christakis, Smith, Parkes et Lamont, 2000 ; White, Reid, Harris, Harries et Stone, 2016).

Pour parvenir à améliorer la précision du pronostic lors de l'évaluation clinique, les médecins disposent de plusieurs outils et techniques d'approche :

- La première technique d'approche est nommée le « flair clinique ». Il s'agit d'une intuition subjective acquise par les médecins au fil de leurs expériences personnelles. Ce « flair clinique » leur permettrait d'estimer correctement la mortalité de leurs patients (Ladouceur, 2017).
- La seconde technique d'approche est basée sur l'autoévaluation du patient. Cette technique, qui prend en compte la perception du patient ainsi que son ressenti par rapport à sa maladie, a pour avantage de faire réfléchir le patient et de le placer au cœur de la réflexion médicale (Janett-Pellegrini et Cantin, 2017).
- Enfin, de nombreuses échelles pronostiques permettent aux médecins d'affiner leur pronostic médical. Ces échelles sont utilisées par les médecins afin d'évaluer les capacités fonctionnelles du patient (Janett-Pellegrini et Cantin, 2017).

## **1.2. L'annonce du pronostic et ses conséquences**

Concernant la formulation du pronostic en médecine, celle-ci est également sujette à de nombreuses difficultés. Jannet-Pellegrini et Cantin (2017) précisent que, souvent, « la réflexion

pronostique n'est même pas amorcée ». De nombreuses hypothèses sur les origines de cet évitement ont été mises en avant. Ce phénomène d'évitement, touchant la formulation d'un pronostic ainsi que sa communication au patient et à ses proches, serait dû aux incertitudes liées aux nombreuses variables prises en compte lors de la pose du pronostic, aux erreurs répétées faites par les médecins sur leur pronostic et également aux possibles retombées du pronostic sur la vie du patient et de ses proches (Christakis, 1999).

L'annonce du pronostic peut impacter la prise en charge. Selon l'hypothèse du self-fulfilling prophecy ou « prophétie auto-réalisatrice », l'annonce du pronostic pourrait avoir une influence sur l'évolution du patient. Un pronostic erroné ou transmis de façon non optimale engendrerait d'importants traumatismes auprès du patient et de son entourage (Janett-Pellegrini et Cantin, 2017). En revanche, lorsque le pronostic est partagé avec le patient, celui-ci se révèle beaucoup plus impliqué dans sa prise en charge et l'évolution de sa maladie est améliorée (Braham, Masmoudi et Jaoua, 2007).

## **2. Le pronostic en orthophonie**

Dans cette partie, nous allons présenter, après avoir déterminé le cadre législatif du pronostic orthophonique, les éléments permettant aux orthophonistes de concevoir et actualiser le pronostic orthophonique.

### **2.1. Définition, cadre législatif et mise en place du pronostic orthophonique**

#### **2.1.1. Définition du pronostic orthophonique**

Le pronostic orthophonique répond à la même définition que le pronostic médical à la différence que celui-ci n'est pas vital mais uniquement fonctionnel dans la mesure où il n'établit pas les chances de survie d'un malade en cas de maladie ou suite à un accident mais plutôt dans la mesure où il concerne l'état fonctionnel de l'organisme ainsi que ses capacités d'évolution et de récupération (Dictionnaire numérique Cordial, 2019)

#### **2.1.2. Cadre législatif du pronostic orthophonique**

Plusieurs textes de lois encadrent et guident la profession d'orthophoniste. Nous avons analysé les textes officiels auxquels les orthophonistes doivent se référer. Il s'agit du Bulletin Officiel n°32 (2013) et de la Convention Nationale (2014). Au cours de nos recherches, nous avons constaté que dans aucun des textes officiels, il n'est explicitement mentionné l'obligation d'établir ou de communiquer le pronostic au patient. Néanmoins, tous mentionnent l'obligation de clarté et de transparence permettant à l'orthophoniste de procurer les soins les plus optimaux possibles.

Ainsi, le Bulletin Officiel n°32 (2013) stipule que « l'orthophoniste doit savoir émettre et réajuster un pronostic orthophonique à partir du diagnostic réalisé, du trouble constaté, de son degré de sévérité, d'hypothèses d'évolution probables des troubles et des effets attendus de l'intervention en orthophonie ». L'obligation porte ici sur la capacité des orthophonistes à réaliser un pronostic mais non sur l'obligation à l'établir ou à le transmettre aux patients.

Dans la Convention Nationale (2014), il est mentionné que « les orthophonistes libéraux ou salariés placés sous le régime de la présente convention, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur profession et à

maintenir leur activité dans des limites telles que les malades bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science ».

La loi relative à l'information du patient stipulée dans l'article 35 du code de la Santé publique (2012) ne concerne, quant à elle, que les professions médicales.

L'établissement du pronostic fait donc partie des compétences professionnelles des orthophonistes. Communiquer un pronostic valide peut ainsi s'apparenter à une obligation dans la mesure où cela est manifeste d'une clarté et d'une transparence exigées par les textes de lois.

### **2.1.3. Mise en place du pronostic orthophonique**

En orthophonie, le pronostic est mis en place avant le traitement. Pour l'établir, les praticiens s'appuient sur différents éléments tels que l'anamnèse, les informations connues sur la pathologie, les difficultés objectivés lors du bilan, les résultats probables de la prise en charge et l'implication du patient lors de sa prise en charge (Bulletin Officiel n°32, 2013). Le pronostic permet à l'orthophoniste de justifier sa prise en charge, de définir les objectifs ainsi que les méthodes utilisées lors de la prise en charge. Il permet d'anticiper la fin du traitement et constitue un pilier de l'alliance thérapeutique (Schelstraete, Bragard, Collette, Nossent et Van Schendel, 2011).

### **2.1.4. Liens établis entre le pronostic médical et le pronostic orthophonique**

L'orthophonie est une discipline paramédicale. Du fait de ce statut, ces professionnels ne peuvent agir que sur prescription préalable d'un médecin. Cette discipline s'inscrit donc dans la continuité de la prise en charge médicale. Les rôles et responsabilités du médecin et des orthophonistes sont donc entrecroisés (Journal Officiel n°251, 2017).

Dans le cadre de la prescription médicale, il est stipulé dans l'Article R4341-2 du Code de la santé publique (2004) que « l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins ». Il est également mentionné que l'orthophoniste doit par ailleurs communiquer au médecin prescripteur « toute information pouvant l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution ».

Le diagnostic orthophonique est donc « post » ou « para » diagnostic médical. Il porte sur l'évolution d'une pathologie qui a été diagnostiquée préalablement par le médecin ou dont le diagnostic différentiel a été établi à la suite de bilans complémentaires prescrits par le médecin. Le pronostic orthophonique communiqué au médecin prescripteur et au patient se fera donc sur l'évolution de cette même pathologie. Ainsi, le pronostic peut être différé si des informations théoriques, cliniques ou extérieures sont manquantes tels qu'une absence de connaissance sur 'une pathologie ou encore une pathologie ne nécessitant pas d'intervention orthophonique, un défaut de plainte ou de données anamnestiques ou encore une absence de comptes rendus médicaux ou paramédicaux.

## **2.2. L'élaboration du pronostic en orthophonie**

### **2.2.1. Les différentes visées thérapeutiques**

A la suite du bilan, l'orthophoniste établit un compte-rendu de bilan orthophonique adressé au patient ainsi qu'au médecin prescripteur. Celui-ci doit contenir les éléments mis en évidence lors du bilan, la pathologie en lien avec la nomenclature, l'intensité et les répercussions des troubles (Code la de Santé Publique, 2004 ; Coquet et Ferrand, 2013). Ces

éléments sont accompagnés d'éléments qualitatifs et quantitatifs relatifs au patient tels que son comportement durant le bilan, ses capacités préservées ou son adaptation qui viennent préciser le pronostic et permettent à l'orthophoniste d'établir la visée thérapeutique (Coquet et Ferrand, 2013).

Les visées thérapeutiques varient en fonction des pathologies et peuvent être regroupées en plusieurs catégories que sont l'éducation précoce, l'éducation, la rééducation ou réhabilitation, la démutisation, la réadaptation et le maintien (Nomenclature Générale des Actes Professionnels, 2019). Les visées thérapeutiques varient donc en fonction des pathologies et de leur degré d'incurabilité associé aux spécificités du patient (état, évolution, comorbidités, etc.). Ainsi, pour certaines pathologies où la visée thérapeutique concerne le maintien et l'adaptation, le pronostic vital et fonctionnel posé par le médecin est d'emblée négatif. Il convient alors à l'orthophoniste de préciser, entre autres, que la dégradation est irréversible et que le travail aura pour but de retarder le déclin des fonctions de communication mais qu'il permettra également d'accompagner l'entourage et visera l'adaptation du patient à ses nouvelles conditions de vie (Le Dorze et Michallet 1999 ; Sancho et Boisson, 2006).

### **2.2.2. Les informations théoriques**

Afin d'établir un pronostic, les orthophonistes s'appuient sur diverses informations. Les informations théoriques constituent la première source d'information. Elles regroupent l'ensemble des éléments connus pour une pathologie donnée : ses caractéristiques et ses possibilités de traitements et de récupération. Ces informations sont issues de diverses sources telles que la littérature scientifique (Schelstraete et al., 2011). Les orthophonistes se doivent donc de se mettre à jour leurs connaissances scientifiques et de prendre en considération leurs éventuelles limites tels que les progrès éventuels faits par la science (Bulletin Officiel n°32, 2013).

### **2.2.3. Les informations cliniques**

Les informations cliniques constituent le second type d'information sur lesquelles les orthophonistes peuvent s'appuyer afin d'établir le pronostic. Ces informations regroupent les données issues de la demande et du besoin formulés par le patient, des éléments provenant de l'anamnèse et de l'analyse quantitative et qualitative des résultats obtenus lors des différents tests effectués au cours du bilan (Bulletin Officiel n°32, 2013). Deux types d'évaluation existent. L'évaluation normative ainsi que l'évaluation descriptive. L'évaluation normative atteste du trouble et de sa sévérité et met en évidence l'écart significatif du patient par rapport aux normes d'âge. Lors de la pose du pronostic, celle-ci permet de préciser la durée, la fréquence et la visée thérapeutique. L'évaluation descriptive permet de déterminer le profil du patient et apporte à l'orthophoniste des renseignements concernant les capacités du patient, ses difficultés et son degré de motivation lors de la pose du pronostic (Djedid, 2012). Lors de l'évaluation, l'orthophoniste pourra analyser les différents éléments faisant suspecter un éventuel trouble (morphologie, motricité, comportement, etc...) au moyen d'outils spécifiques tels que les tests standardisés, les enregistrements audio et vidéo ainsi que les corpus (Bulletin Officiel n°32, 2013).

### **2.2.4. Les informations extérieures**

La troisième source d'informations sur lesquelles les orthophonistes peuvent s'appuyer pour établir le pronostic comprend les données issues des documents médicaux ou comptes

rendus que l'orthophoniste peut obtenir lors de l'entretien avec le patient, son entourage familial, social et professionnel (traitements effectués, diagnostics posés, prises en charge effectuées, etc.) ainsi que le niveau d'implication de la famille (Schelstraete et al., 2011). Ces informations lui permettent de déterminer, le plus précisément possible, l'état clinique et l'évolution de la pathologie du patient mais également son degré de connaissance à ce sujet.

## **2.3. L'actualisation du pronostic**

### **2.3.1. Les progrès**

Grâce à son expertise clinique, l'orthophoniste sera à même d'analyser et de juger la pertinence de sa prise de décision. Si les progrès sont présents et mis en évidence au fil des séances, au vu des appréciations des proches ou encore lors des bilans de renouvellement, l'orthophoniste pourra décider de travailler avec le patient sur l'objectif suivant ou décidera, sinon, de mettre un terme à la prise en charge si ces derniers ont tous été atteints. Dans l'hypothèse où les progrès ne seraient pas suffisants, il lui sera ainsi possible de revenir sur ses décisions et ainsi réajuster le pronostic et le plan de traitement (Schelstraete et al., 2011)

### **2.3.2. L'efficacité du traitement**

Le pronostic, une fois posé au terme du bilan peut être actualisé régulièrement en fonction de l'efficacité du traitement. Pour qu'un traitement soit efficace, la collaboration avec les proches est indispensable. L'efficacité du traitement dépend, de plus, de la pertinence de la technique employée, de l'implication du patient et de son entourage mais également de l'adaptation de l'orthophoniste (Bulletin Officiel n°32, 2013 ; Schelstraete et al., 2011). Tout ceci explique la difficulté d'établir et de mettre à jour un pronostic en orthophonie.

Le respect des termes du contrat thérapeutique (rendez-vous honorés, fréquence des séances satisfaisante, etc.) mettant en évidence l'adéquation de la prise en charge proposée mais également les préférences du patient, permettent de déterminer, lorsque la décision de fin de prise en charge se pose, si ce dernier sera en mesure de maintenir les effets du traitement et de les transférer dans la vie quotidienne (Schelstraete et Maillart, 2012).

## **2.4. Intérêts et limites du pronostic orthophonique**

### **2.4.1. Intérêts du pronostic orthophonique**

Le pronostic orthophonique permet à l'orthophoniste de justifier sa prise en charge, de définir les objectifs ainsi que les méthodes utilisées lors de la prise en charge. Il permet également d'anticiper la fin du traitement et constitue un pilier de l'alliance thérapeutique (Schelstraete et al., 2011).

Le pronostic s'inscrit également dans une démarche éthique. Lors de la transmission des résultats au patient ainsi qu'à son entourage, il en va de la responsabilité du thérapeute de fournir du sens aux évaluations et d'aider le patient à saisir l'intégralité des mesures le concernant (Grégoire, 2011).

Lors d'une prescription pour un traitement, lorsque un temps est consacré à la compréhension pour le patient de ce même traitement, celui-ci est bien plus opérant quel que soit le niveau social du patient (Kumar et Miller, 1970). Nous avons également vu que lorsqu'un patient est tenu au courant des alternatives possibles concernant la prise en charge de sa pathologie, ses progrès ainsi que son adhésion à cette dernière sont majorés (Bastian, Valdeyron et Vaquier, 2001). Kwiatkowski et Shriberg (1998) ont identifié, quant à eux, un

lien entre la motivation du patient lors de la poursuite d'une tâche difficile et l'étendue des progrès. Le manque de motivation lors d'une tâche serait associée à de faibles progrès. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est née de ces recherches et un parallèle peut être fait avec l'établissement et la transmission du pronostic. Cette pratique s'inscrit dans le concept d'empowerment ou autonomisation et vise à accroître la compétence et le pouvoir du patient en le rendant acteur au travers de décisions prises sur sa vie et sa maladie (Marchand, 2014).

#### **2.4.2. Limites du pronostic orthophonique**

L'annonce du pronostic orthophonique peut impacter la prise en charge. Comme nous l'avons vu précédemment, un pronostic erroné ou transmis de façon non optimale peut engendrer d'importants traumatismes auprès du patient et de son entourage (Janett-Pellegrini et Cantin, 2017). Il semble, de plus, que le degré de proximité avec le patient joue un rôle important lors de la pose du pronostic par le médecin. Plus le lien entre ce dernier et le patient est fort et moins le pronostic sera précis (Christakis et al., 2000 ; White et al., 2016).

### **3. Buts et hypothèses de l'étude**

Ce mémoire a pour objectif d'analyser les conditions d'élaboration et de transmission du pronostic orthophonique au moyen d'une enquête réalisée auprès d'orthophonistes ayant pour lieu d'exercice (ou dernier lieu d'exercice), la France. Cette enquête est composée de cinq entretiens semi-directifs préalables à la réalisation d'un questionnaire en ligne.

Si nous établissons un parallèle avec le pronostic médical, nous pouvons faire l'hypothèse que les mêmes difficultés seront rencontrées lors de la mise en place du pronostic orthophonique. Notre première hypothèse, H1, est que la transmission du pronostic orthophonique n'est pas généralisée chez les orthophonistes. La seconde, H2, que son élaboration est sujette à des difficultés. Notre troisième hypothèse, H3 est que le savoir-faire des orthophonistes sur le pronostic orthophonique est certain mais qu'il nécessite d'être renforcé.

## **Méthode**

Dans cette partie, nous exposerons la méthode utilisée afin de répondre à la problématique et aux hypothèses soulevées par ce mémoire. Nous expliquerons le choix d'utilisation de l'entretien et du questionnaire inhérents à l'enquête. Puis, nous détaillerons les procédés ayant permis le choix des sujets, la préparation et la réalisation des entretiens semi-directifs. Nous présenterons ensuite les méthodes d'analyse de ces entretiens. Nous ferons de même avec le questionnaire.

### **1. Choix de la méthode**

Afin de répondre à notre problématique et de recueillir les informations les plus objectives possibles, la mise en place d'une enquête, comprenant des entretiens semi-directifs préliminaires et un questionnaire en ligne, nous semblait être la plus appropriée.

En effet, le questionnaire et l'entretien font tout deux partie de la méthodologie de l'enquête et demeurent complémentaires et interdépendants (Lallemant, 2016).

## **1.1. Préalables à l'enquête**

Avant de réaliser l'enquête, la partie théorique de ce mémoire a été réalisée entièrement. Ceci nous a permis d'approfondir nos connaissances sur le pronostic, qu'il soit médical ou orthophonique et nous a servi de substrat théorique lors de l'élaboration des questions incluses dans le guide d'entretien et le questionnaire.

## **1.2. L'enquête**

L'enquête se définit comme « l'étude d'une question faite en réunissant des témoignages et des expériences » (Larousse, 2019). Cette méthode, selon Blanchet et Gotman (1992) constitue le choix privilégié permettant d'analyser le sens que les individus concèdent à leur pratique. L'objectif de ce mémoire étant d'analyser les conditions d'élaboration et de transmission du pronostic, cette méthode nous a semblé la plus adaptée pour répondre à notre problématique.

## **1.3. Élaboration de l'enquête**

Notre enquête s'est déroulée en cinq étapes :

- La première étape consistait en l'établissement d'un guide d'entretien destiné aux entretiens semi-directifs et dont les questions étaient basées sur les éléments mis en évidence dans la partie théorique.
- La seconde étape a été consacrée à la passation des entretiens semi-directifs de cinq orthophonistes ainsi que l'analyse de ces entretiens.
- Lors de la troisième étape, nous avons mis au point le questionnaire définitif. Pour ce faire, nous avons combiné les informations théoriques obtenues dans la partie théorique aux réponses des orthophonistes obtenues lors des entretiens semi-directifs. Ces éléments nous ont permis d'établir les items (ou choix) de réponses.
- La quatrième étape consistait à diffuser le questionnaire auprès d'un maximum d'orthophonistes correspondant à la population d'étude. Cela a été rendu possible par son partage sur les réseaux sociaux.
- Enfin, dans une cinquième et dernière étape, nous avons analysé et synthétisé l'ensemble des résultats du questionnaire final au moyen de tableaux, graphiques et d'analyses statistiques.

## **1.4. Les différents biais**

Afin d'obtenir les réponses les plus justes et objectives possibles tout au long de l'enquête, nous avons dû veiller à contrôler les biais pouvant se retrouver dans le guide d'entretien et le questionnaire.

### **1.4.1. Formulation des questions**

Lors de la réalisation de notre enquête, la formulation des questions se devait d'être contrôlée. Giezendanner (2012), nous apprend que le choix des mots a toute son importance. En effet, ces derniers ne doivent pas, d'une part, comporter de formulation auto-dépréciatrice mais se doivent aussi d'être réfléchis de manière à ne pas braquer les participants. Enfin, la polarisation du questionnaire ne doit pas laisser transparaître d'hypothèses.

L'intitulé précis de notre mémoire n'a jamais été dévoilé, de même que le terme de « pronostic orthophonique » n'a été explicitement mentionné qu'à l'avant dernière question de

l'entretien et du questionnaire afin que les réponses précédemment obtenues soient les plus justes possibles.

#### **1.4.2. Autres biais**

De nombreux autres biais pouvaient influencer les réponses des orthophonistes. Ces biais pouvaient se trouver au niveau des questions elles-mêmes, au niveau de l'agencement de ces questions ou encore, de façon plus globale, au sein même du questionnaire. Le biais de désirabilité sociale correspond à la tendance que le participant peut avoir de répondre en fonction de ce qui est socialement accepté et revendiqué. La réaction de prestige, constitue le choix d'une réponse diffusant une image positive (Giezendanner, 2012). L'effet de Halo se retrouve lorsque une question A peut avoir une influence sur la question B qui la suit. La réponse à la question B est alors influencée par la réponse de la question A (Giezendanner, 2012). Nous avons veillé à réduire au maximum cet effet dans notre questionnaire en posant le moins de questions possibles sous-tendues par une précédente réponse. Enfin, pour l'hypothèse visible et l'effet d'attente qui correspondent aux réponses données en fonction de ce que le répondant perçoit comme attendu par le chercheur (Giezendanner, 2012), nous avons pris soin de ne pas mentionner explicitement l'intitulé de notre mémoire et de ne pas orienter nos questions vers nos hypothèses.

## **2. Population d'étude**

Dans cette partie, nous allons expliquer le choix de la population d'étude.

### **2.1. Population choisie pour l'enquête**

La population d'étude sélectionnée se devait d'être concernée par notre étude et encline à répondre à nos interrogations (Blanchet et Gotman, 1992). Notre objectif étant de déterminer et d'analyser les conditions d'élaboration et de formulation du pronostic, la population d'étude pouvait concerner l'ensemble des orthophonistes existants. Au début de notre travail de recherche, nous souhaitions limiter la population d'étude aux orthophonistes exerçant en France en cabinet libéral et quelque soit le pays d'obtention du diplôme. Nous avons finalement fait le choix d'inclure tous les modes d'exercice (libéral, salarial ou mixte) afin d'obtenir un échantillon représentatif de la population d'orthophonistes. Les deux critères d'exclusion ayant été retenu étant le lieu d'exercice actuel (ou le dernier lieu d'exercice) qui se devait d'être la France et la non connaissance du sujet et des hypothèses de notre mémoire.

### **2.2. La population choisie pour les entretiens**

Nous avons sélectionné cinq orthophonistes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'enquête afin de faire passer les entretiens semi-directifs. Concernant le nombre retenu, nous avons arrêté notre choix sur cinq car ce nombre nous semblait suffisant pour nous permettre de recueillir les réponses et informations permettant de réaliser le questionnaire final. Les cinq orthophonistes ont été contactées selon un mode d'accès direct (Blanchet et Gotman, 1992). Toutes étaient d'anciennes maîtres de stage. Un message informel concernant notre mémoire leur a été envoyé par mail ou par téléphone. L'ensemble des orthophonistes que nous avons contactées ont accepté de participer aux entretiens. L'échantillon d'étude final comprenait cinq orthophonistes, exclusivement des femmes exerçant en Île-de-France en cabinet libéral. Parmi elles, deux ont obtenu leur diplôme en

Belgique et les trois autres en France (Paris et Nancy). L'année d'obtention de leur diplôme s'étendait de 1989 à 2013.

### **3. Préparation des entretiens**

Dans cette partie nous allons expliquer comment les entretiens ont été préparés.

#### **3.1. Choix de l'entretien semi-directif**

Il existe trois types d'entretien que sont l'entretien directif, semi-directif et libre qui offrent chacun un degré de liberté différent (Fenneteau, 2015). Notre choix s'est arrêté sur le second car il semblait convenir au mieux pour répondre à la problématique de notre étude et nous permettait d'orienter, sans les limiter, les discours des orthophonistes. Néanmoins, dans nos entretiens semi-directifs, l'ordre des questions se devait d'être respecté afin d'éviter tout biais possible comme détaillé précédemment.

#### **3.2. Élaboration du guide d'entretien**

Le guide d'entretien est un document utilisé par le chercheur lors d'un entretien. Il lui indique les différents thèmes et questions qui doivent être abordés lors de ce dernier et se doit d'être structuré (Fenneteau, 2015). Le guide d'entretien a été élaboré à partir de nos hypothèses et éléments mis en évidence dans la partie théorique de ce mémoire. Il comprenait la présentation de l'entretien, composé des remerciements, du thème et objectifs du mémoire ainsi que des conditions matérielles et de confidentialité. L'intégralité des questions du guide d'entretien (A1) ainsi que les réponses des participantes sont présentées en annexes (A2, A3, A4, A5, A6).

### **4. Réalisation des entretiens**

Dans cette partie nous allons expliquer comment les entretiens ont été réalisés.

#### **4.1. Recueil et cadre de l'entretien**

Les entretiens ont été menés entre le 12 et le 18 février 2019. La durée moyenne des entretiens était de 40 minutes. Le plus court a duré 20 minutes et le plus long 55 minutes. Tous les entretiens ont été réalisés par téléphone, ce qui était le plus pratique pour les orthophonistes. La transcription a été faite par ordinateur afin que cette dernière soit la plus précise possible. Par ailleurs, avant de débiter chaque entretien, nous avons reprécisé la thématique de notre mémoire ainsi que les modalités de confidentialité et d'arrêt (il leur a été précisé qu'il était possible d'arrêter l'entretien à tout moment). Nous avons précisé que l'intitulé exact du mémoire et de plus amples informations leur seraient fournis à la fin du mémoire afin d'éviter que les réponses ne comportent des biais. Les orthophonistes ont été informées qu'elles pourraient être tenues au courant des résultats du mémoire, une fois ce dernier terminé. Lors de nos entretiens, nous nous sommes adaptés aux réponses et aux éventuelles questions des participants afin d'établir l'échange le plus juste possible et d'éviter les redondances ou les erreurs de compréhension.

## **4.2. Synthèse et exploitation de données**

Les entretiens ont été retranscrits de façon littérale ce qui nous a permis de modifier ou supprimer les questions qui portaient à confusion ou inutiles mais également d'enrichir et de dégager des tendances de réponses permettant de mettre au point les différents items de réponse du questionnaire. La version finale du questionnaire est présentée en annexe (A7).

## **5. Préparation du questionnaire**

Dans cette partie nous allons détailler la préparation du questionnaire.

### **5.1. Élaboration et conception du questionnaire**

Notre questionnaire a été réalisé en ligne sur LimeSurvey (<https://www.limesurvey.org/fr/>). Il s'agit d'un site web permettant de créer des questionnaires en ligne et de présenter les résultats sous forme d'analyse et de tableaux statistiques. Pour des raisons de protection de données personnelles, un outil comme Google Form (<https://www.google.fr/intl/fr/forms/about/>) ne pouvait être utilisé. Toutes les données recueillies dans le questionnaire étaient donc anonymisées. Avant de répondre aux questions, les orthophonistes ont pu lire une note d'information précisant le contexte de notre travail de recherche, le nombre de questions, le temps nécessaire à la complétion du questionnaire ainsi que la garantie d'anonymat. Notre questionnaire était composé de 31 questions pour un temps moyen établi à une vingtaine de minutes environ. En fonction des réponses aux questions, les orthophonistes avaient accès à des questions différentes afin d'adapter le plus possible le questionnaire au profil de l'orthophoniste et d'éviter de poser des questions auxquelles il ne pourrait pas répondre. Toutes les questions étaient obligatoires mais, afin de limiter les non-réponses, nous avons choisi de proposer principalement des questions fermées à choix multiples et/ou unique, tout en laissant parfois la possibilité de proposer une réponse « Autres ». Seule une question était ouverte.

### **5.2. Diffusion du questionnaire**

Le questionnaire a été réalisé entre le mois de janvier et le mois de mars 2019 et a été diffusé courant mars 2019. Il est resté en ligne durant 2 semaines. Pour plus de visibilité et afin d'accroître le nombre de réponses, il a été partagé sur un maximum de groupes Facebook en rapport avec l'orthophonie et dont l'accès était restreint aux orthophonistes ayant pu prouver qu'ils étaient étudiants ou diplômés en orthophonie. Nous avons également pu envoyer le lien du questionnaire à tous les maîtres de stage référencés au Département d'Orthophonie de Lille.

### **5.3. Exploitation de données**

Notre échantillon était composé de 292 orthophonistes, ce qui correspond au nombre de questionnaires complétés dans leur intégralité. Pour déterminer la marge d'erreur de notre échantillon, nous nous sommes basés sur les 25607 orthophonistes exerçant en France (Data.Drees, 2019). Nous avons fixé le niveau de confiance à 95% qui est la norme utilisée (Giezendanner, 2018). La marge d'erreur que nous avons obtenue est de 6% ce qui nous permet d'affirmer que nos résultats reflètent, à plus ou moins 6%, l'opinion de la population.

Afin d'analyser les données recueillies, nous avons utilisé le logiciel Microsoft Excel qui nous a permis d'établir la base de données grâce à laquelle nous avons pu croiser nos données et créer nos tableaux ainsi que nos graphiques.

Afin d'interpréter au mieux nos données, nous avons utilisé le test du Chi2 pour calculer l'association entre nos variables. Les résultats de ce test sont interprétés comme suit : si  $p < 0,05$ , la différence est significative. Si  $p > 0,05$ , elle n'est pas significative. Lorsque  $p < 0,01$ , la différence est considérée comme très significative.

## Résultats

Dans cette partie nous allons présenter les résultats les plus pertinents issus de notre questionnaire. Après avoir présenté les principales caractéristiques de notre échantillon, nous montrerons dans quelle mesure la transmission du pronostic orthophonique est généralisée en France, puis nous décrirons les conditions d'élaboration du pronostic orthophonique, enfin, nous porterons notre regard sur le savoir-faire des orthophonistes au sujet du pronostic orthophonique.

### 1. Présentation de l'échantillon

Dans cette partie, nous allons décrire les principales caractéristiques de notre échantillon

#### 1.1. Région d'exercice et ville d'obtention du diplôme

Région d'exercice	Effectif	Pourcentage	Ville d'obtention du diplôme	Effectif	Pourcentage
Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine	9	3.08%	Amiens	8	2.74%
Auvergne-Rhône-Alpes	36	12.32%	Besançon	2	0.68%
Bourgogne-Franche-Comté	7	2.40%	Bordeaux	3	1.03%
Bretagne	13	4.45%	Brest	0	0.00%
Centre-Val de Loire	5	1.71%	Caen	3	1.03%
Corse	0	0.00%	Clermont-Ferrand	0	0.00%
Grand Est	8	2.74%	<b>Lille</b>	<b>101</b>	<b>34.59%</b>
Guadeloupe	1	0.34%	Limoges	0	0.00%
Guyane française	0	0.00%	Lyon	18	6.16%
<b>Hauts-de-France</b>	<b>86</b>	<b>29.45%</b>	Marseille	5	1.71%
Île-de-France	39	13.36%	Montpellier	14	4.79%
La Réunion	3	1.03%	Nancy	12	4.11%
Martinique	2	0.68%	Nantes	9	3.08%
Mayotte	0	0.00%	Nice	6	2.05%
Normandie	10	3.42%	Paris	30	10.27%
Nouvelle-Aquitaine	21	7.19%	Poitiers	2	0.68%
Occitanie	24	8.22%	Rennes	0	0.00%
Pays de la Loire	14	4.79%	Rouen	1	0.34%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	14	4.79%	Strasbourg	5	1.71%
<b>Total</b>	<b>292</b>	<b>100%</b>	Toulouse	11	3.77%

Tours	15	5.14%
Autre	47	16.10%
<b>Total</b>	<b>292</b>	<b>100%</b>

**Tableau 1. Région d'exercice et ville d'obtention du diplôme**

L'échantillon se compose de 292 orthophonistes répartis sur l'ensemble du territoire français à l'exception de la Corse, de Mayotte et de la Guyane française. La section «autre» regroupe les orthophonistes n'ayant pas obtenu leur diplôme en France.

### 1.2. Durée de la formation initiale

	Formation en 3 ans	Formation en 4 ans	Formation en 5 ans	Total
Effectif	24	195	26	245
Pourcentage	9,79%	79,59%	10,61%	100%

**Tableau 2. Durée de la formation initiale**

Les orthophonistes ont dû indiquer la tranche-années d'obtention de leur diplôme. Nous avons ainsi pu regrouper les orthophonistes en durée de formation (1964-1989=3 ans ; 1990-2017=4ans ; 2018=5 ans). Les orthophonistes ayant indiqué « autre » à la question « dans quelle ville de France avez-vous obtenu votre diplôme ? » n'ont pas été inclus car leur durée de formation diffère de celle de la France.

### 1.3. Le mode d'exercice

	Exercice salarié	Exercice libéral	Exercice mixte	Je n'exerce pas/plus	Total
Effectif	46	223	22	1	292
Pourcentage	15,75%	76,37%	7,53%	0,34%	100%

**Tableau 3. Mode d'exercice**

Le mode d'exercice le plus représenté est l'exercice libéral à 76,37% (N=233).

## 2. La transmission du pronostic orthophonique

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats en lien avec la transmission du pronostic orthophonique. Nous allons tout d'abord mettre en évidence la présence de questionnements par les patients ou par leurs proches sur les résultats ou la durée attendus de la prise en charge. Nous présenterons ensuite les résultats concernant l'évocation du pronostic orthophonique. Nous avons croisé les données de notre échantillon afin de déterminer si l'évocation du pronostic orthophonique différait selon les caractéristiques de notre échantillon. Aucun lien statistique n'a été trouvé. Les résultats de ces croisements sont présentés en annexes (A8, A9, A10)

## 2.1. La mise en évidence de questionnements sur les résultats et la durée attendus de la prise en charge orthophonique

### 2.1.1. La présence de questionnements

	Questionnements sur les résultats attendus de la prise en charge		Questionnements sur la durée attendue de la prise en charge	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui, systématiquement	42	14.38%	42	14.38%
<b>Oui, mais pas systématiquement</b>	<b>233</b>	<b>79.79%</b>	<b>240</b>	<b>82,19%</b>
Non	17	5.82%	10	3,42%
<b>Total</b>	<b>292</b>	<b>100,00%</b>	<b>292</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 4. Présence de questionnements

94,17% (N=275) des orthophonistes ont déjà été confrontés aux questionnements des patients ou de leurs proches sur les résultats attendus de leur prise en charge orthophonique et 96,75% (N=282) aux questionnements sur sa durée. La différence de questionnements entre la durée et les résultats attendus n'est pas significative ( $p=0.8$ ).

### 2.1.2. Pour quel type de patients ?

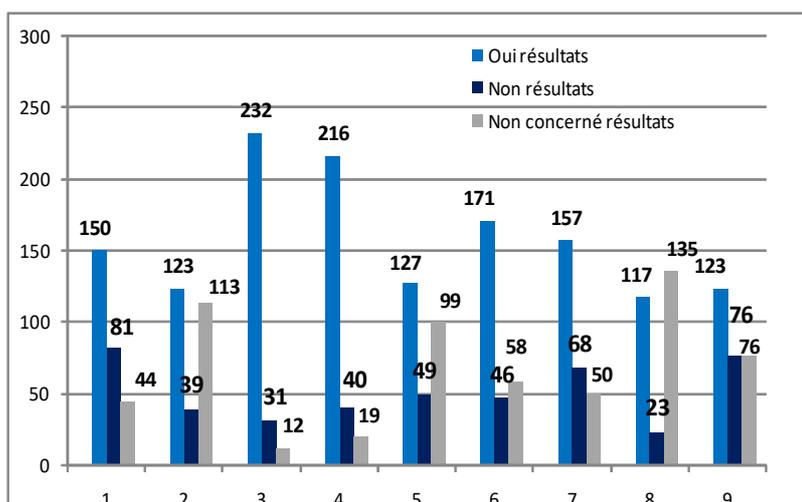
	Questionnements sur les résultats attendus de la prise en charge		Questionnements sur la durée attendue de la prise en charge	
	Effectif	% des oui	Effectif	% des oui
Patients adultes	127	46,18%	91	32,27%
L'entourage de patients adultes	97	35.27%	54	19,15%
Patients enfants	16	5.82%	54	19,15%
<b>L'entourage de patients enfants</b>	<b>240</b>	<b>87.27%</b>	<b>254</b>	<b>90,07%</b>
<b>Total</b>	<b>480</b>		<b>453</b>	

Tableau 5. Questionnements et type de patients

Le questionnaire sur les résultats attendus de la prise en charge orthophonique provient de l'entourage des patients enfants chez 87,27% (N=240) des orthophonistes y étant confrontés (N=275). Concernant le questionnaire sur la durée attendue de la prise en charge orthophonique, il provient de l'entourage des patients enfants chez 90,07% (N=254) des orthophonistes y étant confrontés (N=282).

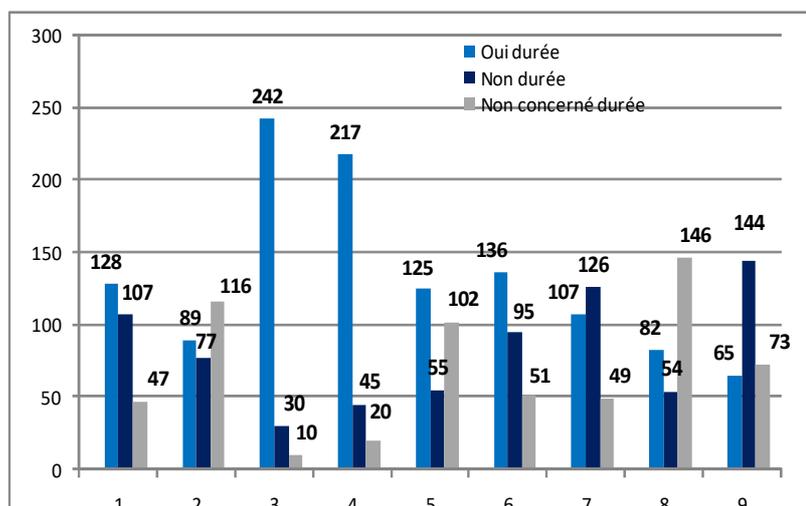
Chez les patients enfants et contrairement à tous les autres types de patients, le questionnaire concerne davantage la durée attendue de la prise en charge que ses résultats. Cette différence est significative ( $p<0.01$ ).

### 2.1.3. Pour quels types de pathologies ?



1 : Déglutition et fonctions OMF 2 : La phonation 3 : Les troubles du langage oral 4 : Les troubles du langage écrit 5 : La dyscalculie et autres troubles du raisonnement mathématique 6 : Les troubles d'origine neurologique non dégénératifs 7 : Les troubles d'origine neurologique dégénératifs 8 : Le bégaiement 9 : Le langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux

Figure 1. Type de pathologies et questionnements sur les résultats de la prise en charge



1 : Déglutition et fonctions OMF 2 : La phonation 3 : Les troubles du langage oral 4 : Les troubles du langage écrit 5 : La dyscalculie et autres troubles du raisonnement mathématique 6 : Les troubles d'origine neurologique non dégénératifs 7 : Les troubles d'origine neurologique dégénératifs 8 : Le bégaiement 9 : Le langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux

Figure 2. Type de pathologies et questionnements sur la durée de la prise en charge

Les figures 1 et 2 représentent le nombre d'orthophonistes confrontés ou non à un questionnaire sur les résultats et sur la durée attendus de la prise en charge en fonction des pathologies. Les orthophonistes ne prenant pas en charge les troubles indiqués ont pu répondre « non concerné ».

Nous pouvons voir que le questionnaire concerne l'intégralité des pathologies traitées en orthophonie, autant sur la durée que sur les résultats de la prise en charge.

Concernant les résultats attendus de la prise en charge, il provient principalement des troubles du langage oral (N=232). Ce questionnaire est par ailleurs, le moins présent pour les troubles de la déglutition et des fonctions oro-myo-faciales (N=81).

Concernant le questionnaire sur la durée attendue de la prise en charge, il provient principalement des troubles du langage oral (N=242). Ce questionnaire est par ailleurs, le

moins présent pour les pathologies du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (N=144).

Les différences sont significatives pour les troubles de la déglutition et des fonctions oro-myo-faciales ( $p<0.05$ ), les troubles de la phonation ( $p<0.01$ ), les troubles d'origine neurologique non dégénératifs ( $p<0.01$ ), les troubles d'origine neurologique dégénératifs ( $p<0.01$ ), le bégaiement ( $p<0.01$ ) ainsi que les troubles du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux ( $p<0.01$ ). Le questionnement est donc plus nombreux pour les résultats que pour la durée attendus de la prise en charge.

## 2.2. Qui évoque le pronostic ?

### 2.2.1. Évocation du pronostic orthophonique

	Effectif	Pourcentage
Oui	88	30,14%
<b>Non</b>	<b>204</b>	<b>68,86%</b>
<b>Total</b>	<b>292</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 6. Évocation du pronostic orthophonique

	Nb réponses	% des Non
Je pense qu'il n'est pas possible de le faire	30	14,70%
Je pense qu'il est préférable d'attendre plusieurs séances pour l'envisager	105	51,47%
<b>Je pense qu'il est difficile de l'envisager pour certaines pathologies</b>	<b>138</b>	<b>67,64%</b>
Je pense qu'il est difficile de l'envisager pour certains patients	99	48,52%
Autre	18	8,82%
<b>Total</b>	<b>390</b>	

Tableau 7. Origine de l'absence d'évocation du pronostic orthophonique

68,86% (N=204) des orthophonistes n'évoquent pas le pronostic orthophonique au début de la prise en charge. Le type de patients, le type de pathologies et la précocité d'établissement constituent des freins à la pose du pronostic au début de la prise en charge. Seule une minorité de répondants (N=30) a indiqué qu'il n'était pas possible d'établir le pronostic : ceci nous apprend que les orthophonistes sont en mesure d'élaborer un pronostic orthophonique au début de la prise en charge mais que cela est sujet à des difficultés.

## 3. La mise en application du pronostic orthophonique

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats en lien avec l'élaboration et la transmission du pronostic orthophonique. Nous allons tout d'abord mettre en évidence les difficultés à répondre aux questionnements des patients et de leurs proches sur les résultats et la durée attendus de la prise en charge orthophonique, puis nous verrons le lien entre ces difficultés, la connaissance du pronostic orthophonique et son évocation.

### 3.1. La réponse aux questionnements

#### 3.1.1. La difficulté à répondre aux questionnements

	Difficulté à répondre aux questionnements sur les résultats attendus de la prise en charge		Difficulté à répondre aux questionnements sur la durée attendue de la prise en charge	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	191	69,45%	169	59,92%
Non	84	30,54%	113	40,07%
<b>Total</b>	<b>275</b>	<b>100,00%</b>	<b>282</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 8. Difficulté de réponse aux questionnements

Face aux questionnements sur les résultats attendus de la prise en charge, 69,45% (N=191) des orthophonistes ont indiqué avoir des difficultés à y répondre. Les difficultés touchent 59,92% (N=169) des répondants concernant la durée attendue de la prise en charge.

La différence est significative ( $p<0.05$ ). Les orthophonistes ont donc plus de difficultés à répondre aux questionnements sur les résultats que sur la durée attendue de la prise en charge orthophonique.

### 3.1.2. Difficulté de réponse et type de patients

	Difficulté de réponse sur les résultats		Difficulté de réponse sur la durée	
	Effectif	% des Oui	Effectif	% des Oui
Patients adultes	74	38,74%	58	34,31%
L'entourage de patients adultes	60	31,41%	31	18,34%
Patients enfants	22	11,51%	33	19,52%
<b>L'entourage de patients enfants</b>	<b>124</b>	<b>64,92%</b>	<b>137</b>	<b>81,06%</b>
<b>Total</b>	<b>280</b>		<b>259</b>	

Tableau 9. Difficulté de réponse et type de patients

64,92% (N=124) des orthophonistes ayant des difficultés à répondre aux questionnements sur les résultats attendus de la prise en charge et 81,06% (N=137) des orthophonistes ayant des difficultés à répondre aux questionnements sur la durée attendue de la prise en charge déclarent que ces difficultés sont rencontrées lorsque le questionnaire provient de l'entourage des patients enfants.

Pour les patients adultes, les orthophonistes ont davantage de difficultés à répondre au questionnaire sur la durée que sur les résultats attendus de la prise en charge. Cette différence est significative ( $p<0.01$ ).

### 3.1.3. Difficulté de réponse et type de pathologies

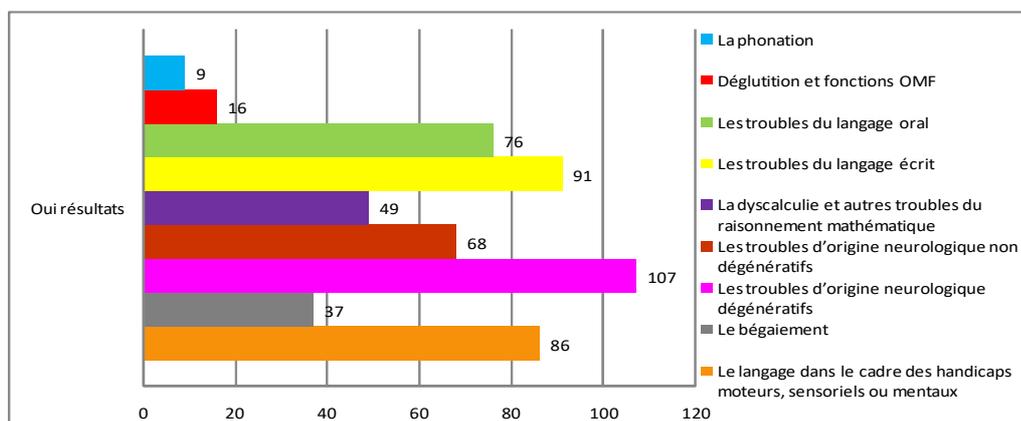


Figure 3. Difficultés de réponse résultats et type de pathologies

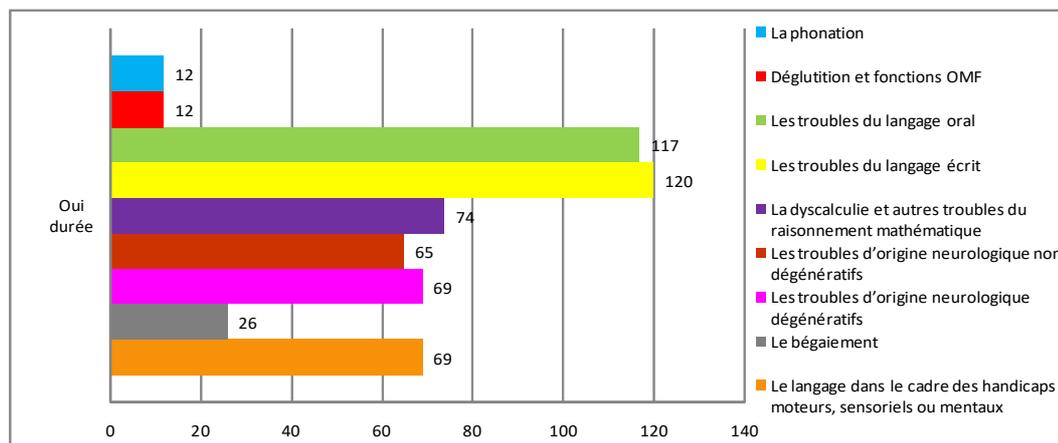


Figure 4. Difficultés de réponse durée et type de pathologies

Nous pouvons voir, sur les figure 3 et 4, que les orthophonistes ont des difficultés à répondre aux questionnements, quelle que soit sa nature, pour tous les types de pathologies traitées en orthophonie. Ces difficultés sont plus réduites pour les troubles de la déglutition et de la phonation. Les orthophonistes ont davantage de difficultés à répondre aux questionnements concernant les résultats attendus de la prise en charge pour les troubles neurologiques dégénératifs (N=107) tandis que pour la durée, ces difficultés sont rencontrées principalement pour les troubles du langage écrit (N=120).

Pour les troubles du langage oral ( $p < 0.01$ ), les troubles du langage écrit ( $p < 0.05$ ), et la dyscalculie et autres troubles du raisonnement mathématique ( $p < 0.05$ ), les différences sont significatives. Les difficultés sont davantage rencontrées face à un questionnement concernant la durée attendue de la prise en charge que concernant les résultats.

Pour les troubles neurologiques d'origine dégénérative, la différence est significative ( $p < 0.01$ ). Les difficultés sont davantage rencontrées face à un questionnement concernant les résultats attendus de la prise en charge que concernant la durée.

### 3.1.4. Origine des difficultés de réponse

		Effectif	%
Résultats	Lorsque l'on me demande de déterminer avec précision les résultats attendus de la prise en charge	150	54,54%
	Lorsque je dois communiquer à des patients/proches les résultats attendus de la prise en charge	25	9,00%
	<b>Lorsque l'on me questionne sur une absence d'évolution d'un trouble</b>	<b>108</b>	<b>39,27%</b>
	Autre	19	6,90%
<b>Total résultats</b>		<b>302</b>	
Durée	Le questionnement intervient trop tôt dans la prise en charge	114	40,42%
	<b>On me demande de déterminer précisément une durée</b>	<b>137</b>	<b>48,58%</b>
	Je dois communiquer cette durée à des patient/proches	11	3,90%
	On me questionne sur rééducation qui semble durer trop longtemps	64	22,69%
	Autre	6	2,12%
<b>Total durée</b>		<b>332</b>	

Tableau 10. Origine des difficultés

Chez 54,54% (N=150) des orthophonistes, les difficultés à répondre au questionnaire surviennent lorsqu'il leur est demandé de déterminer avec précision les résultats attendus de la prise en charge. Concernant la durée attendue de la prise en charge, les difficultés trouvent leur origine chez 48,58% (N=137) des orthophonistes lorsqu'il leur est demandé de déterminer avec précision une durée.

Une minorité d'orthophonistes rencontre des difficultés lors de la communication des résultats (9,00%) et de la durée (11%) aux patients ou à leurs proches.

## 3.2. Connaissance du pronostic orthophonique et mise en pratique

### 3.2.1. Connaissance du pronostic orthophonique

	Effectif	Pourcentage
Oui	132	45,20%
Non	160	54,79%
<b>Total</b>	<b>292</b>	<b>100,00%</b>

Tableau 11. Connaissance du pronostic orthophonique

A la question « connaissez-vous le pronostic orthophonique ? », 45,20% (N=132) des orthophonistes répondent par l'affirmative. 54,79%, (N=160) par la négative.

Plus de la moitié des orthophonistes ne connaissent pas le pronostic orthophonique.

### 3.2.2. Connaissance et évocation du pronostic orthophonique

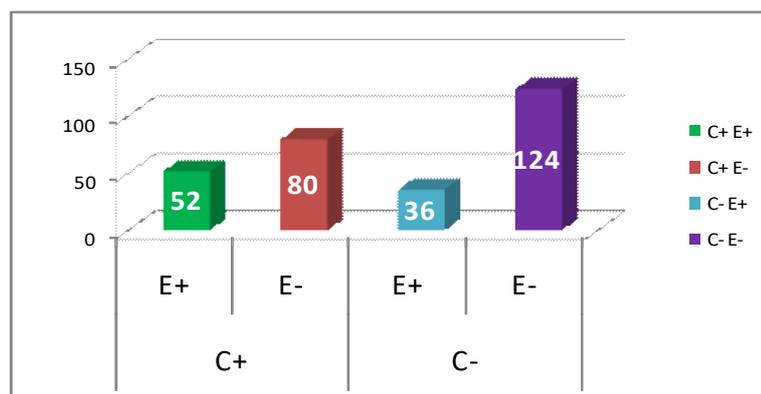


Figure 5. Connaissance et évocation du pronostic orthophonique

Sur la figure, on a noté C+ les orthophonistes qui connaissent le pronostic, C- ceux qui ne le connaissent pas, E+ ceux qui évoquent le pronostic en début de prise en charge et E- ceux qui ne l'évoquent pas.

Parmi les 132 orthophonistes qui connaissent le pronostic orthophonique, 80 (60,60%) ne l'évoquent pas au début de la prise en charge.

Parmi les 160 orthophonistes qui ne connaissent pas le pronostic orthophonique, 124 (77,50%) ne l'évoquent pas au début de la prise en charge.

La différence est significative ( $p < 0.01$ ). Le fait de connaître le pronostic orthophonique n'est pas lié à une augmentation de son évocation mais ne pas le connaître favorise son absence d'évocation.

### 3.2.3. Connaissance du pronostic et difficulté de réponse

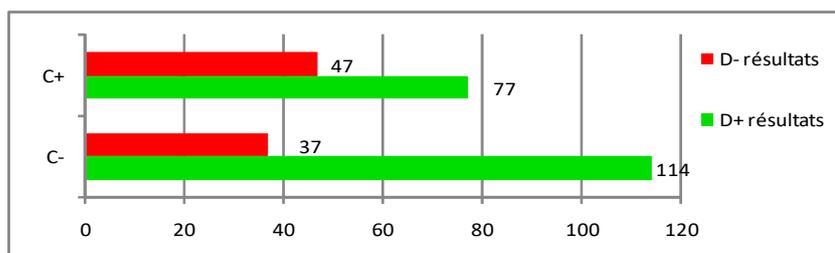


Figure 6. Connaissance du pronostic et difficulté de réponse résultats

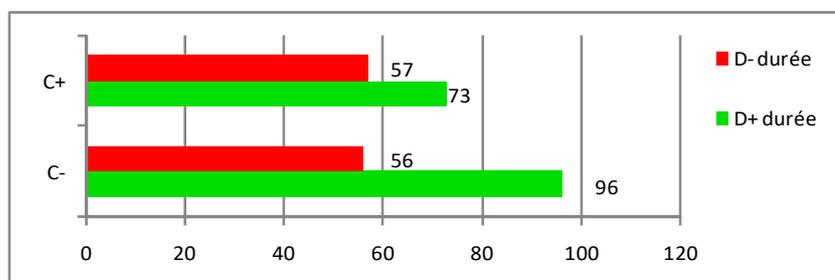


Figure 7. Connaissance du pronostic et difficulté de réponse durée

Sur la figure 6 et 7, on a noté C+ les orthophonistes qui connaissent le pronostic, C- ceux qui ne le connaissent pas, D+ résultats ceux qui avaient des difficultés à répondre aux questionnements concernant les résultats de la prise en charge, D- résultats ceux qui n'en avaient pas. D+ durée ceux qui avaient des difficultés à répondre aux questionnements concernant la durée de la prise en charge et D- durée ceux qui n'en avaient pas.

77 (40,31%) orthophonistes connaissant le pronostic orthophonique (N=132) ont des difficultés à répondre au questionnement concernant les résultats de la prise en charge orthophonique. Ces difficultés sont rencontrées chez 114 (59,68%) orthophonistes qui ne connaissent pas le pronostic orthophonique (N=160). Cette différence est significative ( $p < 0.05$ ). Le fait de connaître le pronostic orthophonique n'empêche pas la survenue de difficultés lors du questionnement sur les résultats mais le fait de ne pas le connaître favorise ces difficultés.

73 (43,19%) des orthophonistes connaissant le pronostic orthophonique (N=132) ont des difficultés à répondre au questionnement concernant la durée de la prise en charge orthophonique. Ces difficultés sont rencontrées chez 96 (56,80%) des orthophonistes ne le connaissant pas. Cette différence n'est pas significative ( $p = 0.2$ ). La connaissance du pronostic orthophonique n'est pas significativement liée aux difficultés de réponses concernant la durée attendue de la prise en charge orthophonique.

### 3.2.4. Évocation et difficulté de réponse

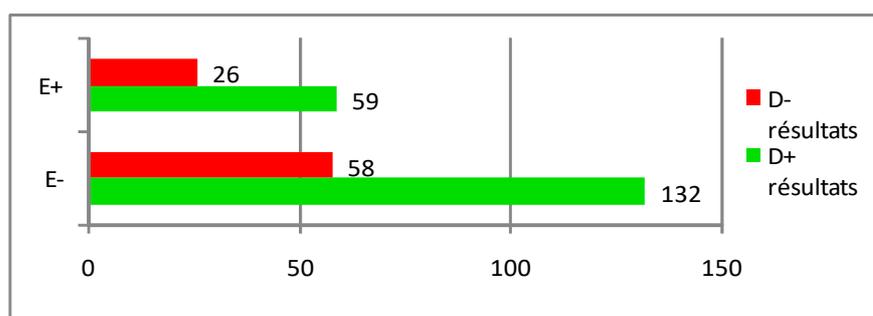


Figure 8. Évocation et difficulté de réponse résultats

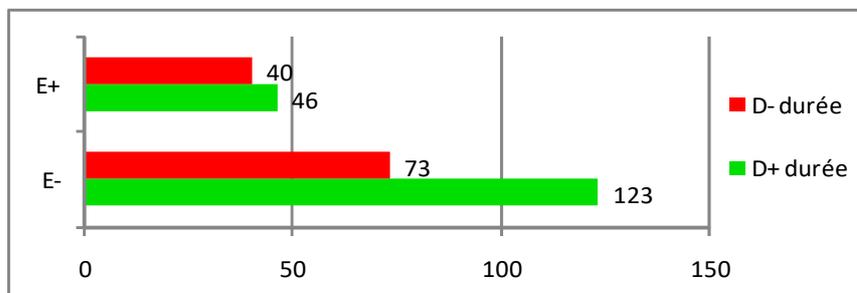


Figure 9. Évocation et difficulté de réponse duré

59 (30,89) orthophonistes qui évoquent le pronostic au début de la prise en charge (N=88) ont des difficultés à répondre au questionnement concernant les résultats attendus de la prise en charge, 132 (69,10%) orthophonistes qui n'évoquent pas le pronostic au début de la prise en charge (N=204) ont des difficultés à répondre au questionnement concernant les résultats attendus de la prise en charge. La différence n'est pas significative ( $p=0.9$ ). Autrement dit, le fait d'évoquer ou non le pronostic orthophonique au début de la prise en charge n'est pas significativement lié à des difficultés pour répondre au questionnement sur les résultats attendus de la prise en charge orthophonique.

46 (27,21) orthophonistes qui évoquent le pronostic au début de la prise en charge ont des difficultés à répondre au questionnement concernant la durée attendue de la prise en charge, 72,78% (N=123) orthophonistes qui n'évoquent pas le pronostic au début de la prise en charge ont des difficultés à répondre au questionnement concernant la durée attendue de la prise en charge. La différence n'est pas significative ( $p=0.1$ ). Autrement dit, le fait d'évoquer ou non le pronostic orthophonique au début de la prise en charge n'est pas significativement lié à des difficultés à répondre au questionnement sur la durée attendue de la prise en charge orthophonique.

### 3.2.5. Connaissance, évocation et difficulté de réponse

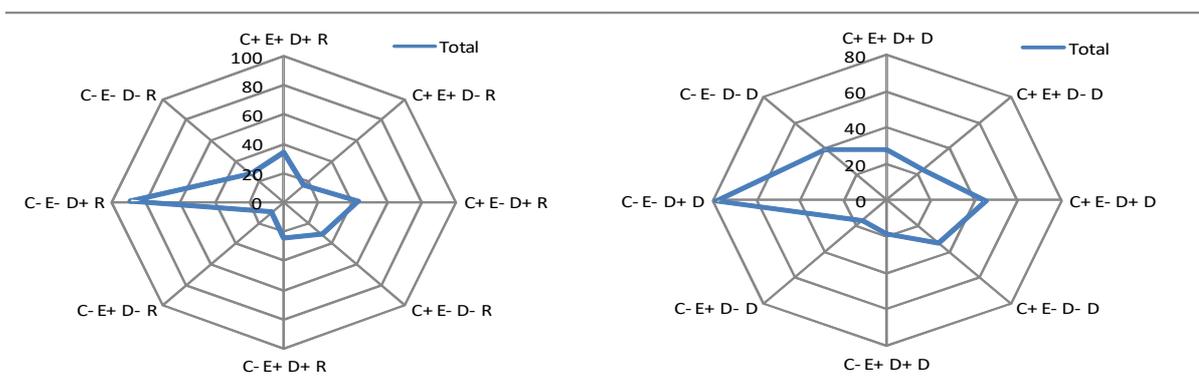


Figure 10. Connaissance, évocation et difficultés

Nous pouvons voir que le plus grand nombre de difficultés concernant les résultats de la prise en charge (N=89) est retrouvé chez les orthophonistes qui ne connaissent ni n'évoquent le pronostic orthophonique. Le moins de difficulté concernant les résultats de la prise en charge (N=10) est retrouvé chez les orthophonistes qui ne connaissent pas mais évoquent le pronostic orthophonique.

Le plus grand nombre de difficultés concernant la durée de la prise en charge (N=78) est retrouvé chez les orthophonistes qui ne connaissent ni n'évoquent le pronostic orthophonique. Le moins de difficultés concernant les résultats de la prise en charge (N=16) est retrouvé chez les orthophonistes qui ne connaissent pas mais évoquent le pronostic orthophonique.

### 3.2.6. Les différents avis sur le pronostic orthophonique

Les orthophonistes ont dû répondre à la question « Quel est votre avis sur le pronostic orthophonique ? ». Les choix de réponse recouvraient plusieurs aspects généraux du pronostic orthophonique. L'objectif était de recueillir, à la fin du questionnaire, les avis des répondants sur divers éléments du pronostic orthophonique que nous n'avions pas pu aborder précédemment dans notre questionnaire.

	Effectif	%
<b>L'expérience clinique aide beaucoup lors de la pose du pronostic</b>	<b>217</b>	<b>74,32</b>
Il est difficile à préciser en raison d'un nombre trop important de paramètres	156	53,42
Il permet d'avoir une idée sur les résultats attendus de la prise en charge	150	51,37
Il permet d'avoir une idée sur la durée probable de la prise en charge	104	35,62
La conception du pronostic est source de difficultés	107	36,64
La transmission du pronostic au patient ou à ses proches est source de difficultés	101	34,59
Le risque de faire une erreur en établissant un pronostic constitue un frein à son établissement	149	51,03
Les conséquences psychologiques que peut générer l'annonce du pronostic au(x) patient/proche(s) est un frein à son établissement	105	35,96
Les capacités métacognitives du patient aident à l'établissement du pronostic	80	27,4
La transmission du pronostic est un élément qui favorise la rééducation	74	25,34
Autre	12	4,11

**Tableau 12. avis sur le pronostic orthophonique**

Nous pouvons voir que la conception et la transmission du pronostic orthophonique sont sources de difficultés chez, respectivement, 36,64% et 34,59% des orthophonistes interrogés.

## 4. Pronostic et savoir-faire

Dans cette partie nous allons décrire les éléments en lien avec le savoir-faire des orthophonistes sur le pronostic orthophonique.

### 4.1. Qu'est ce que le pronostic orthophonique selon vous ?

Les 132 orthophonistes ayant répondu à l'affirmatif à la question « connaissez-vous le pronostic orthophonique ? » ont eu à répondre à la question suivante : « pouvez-vous en donner une courte définition ? (environ une phrase) ». Nous avons analysé les réponses données et les avons regroupées par idée similaire.

Définition donnée	Effectif	Pourcentage
<b>Le pronostic permet de déterminer l'évolution des troubles</b>	<b>47</b>	<b>35,60%</b>
Il s'agit d'une prévision sur la durée et sur l'évolution d'un trouble	28	21,21%
Il s'agit des résultats espérés à l'issue de la prise en charge	24	18,18%
Il s'agit d'une prévision sur la durée de la prise en charge	10	7,57%
Le pronostic est l'accès aux objectifs fixés	9	6,81%
Il s'agit des choses que peut apporter la prise en charge	3	2,27%
Il s'agit de l'analyse des domaines pouvant ou non être rééduqués	2	1,51%
C'est le fait d'associer les difficultés à une pathologie	2	1,51%

Le fait de déterminer s'il y a prise en charge ou non	1	0,75%
C'est un diagnostic de trouble relatif au domaine de l'orthophonie exclusivement	1	0,75%
C'est la zone proximale de développement à atteindre	1	0,75%
C'est le plan thérapeutique	1	0,75%
Réponses inexploitable	3	2,27%
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau 13. Définitions du pronostic orthophonique données par les orthophonistes le connaissant**

Nous avons pu constater que le pronostic orthophonique est défini pour 35,60% (N=47) des orthophonistes comme une prévision de l'évolution des troubles pris en charge. Seulement 21,21% (N=28) mentionnent la notion de durée et de résultat de la prise en charge. 6% (N=8) d'entre elles nous ont donné une définition incorrecte ou trop éloignée de celle du pronostic orthophonique.

#### **4.2. Sur quoi faut-il s'appuyer, selon vous, pour le mettre en place ?**

<b>Éléments permettant la réalisation du pronostic orthophonique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Expérience clinique de la pathologie et des possibilités de récupération</b>	<b>274</b>	<b>93,83%</b>
Connaissances théoriques acquises à propos de la pathologie et des possibilités de récupération	252	86,30%
Éléments provenant des épreuves réalisées lors du bilan orthophonique	246	84,24%
Observation d'une évolution	240	82,19%
Éléments provenant de l'anamnèse	231	79,45%
Données issues des bilans extérieurs	213	72,94%
Respects des termes établis lors du contrat thérapeutique	145	49,65%

**Tableau 14. Éléments permettant la réalisation du pronostic orthophonique**

A la question « selon-vous, quels éléments permettent d'établir un pronostic orthophonique ? », 93,83% (N=274) des interrogés ont répondu « l'expérience clinique de la pathologie et des possibilités de récupération ». Pour la majeure partie des orthophonistes, le pronostic orthophonique est encore le fruit d'une expérience clinique primordiale.

#### **4.3. Transmission des objectifs au début de la prise en charge**

Les orthophonistes devaient indiquer s'il transmettaient leurs objectifs aux patients au début de la prise en charge.

<b>Transmission des objectifs</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Oui</b>	<b>254</b>	<b>86,98%</b>
<b>Non</b>	38	13,01%
<b>Total</b>	<b>292</b>	<b>100,00%</b>

**Tableau 15. Transmission des objectifs**

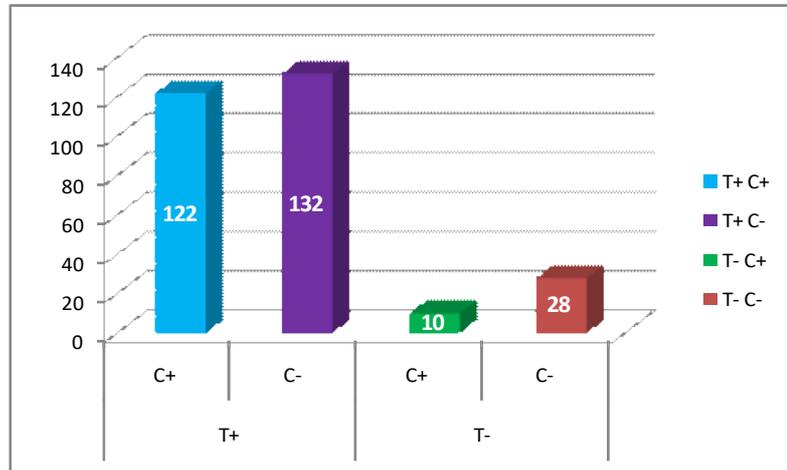
86,98% (N=254) des orthophonistes transmettent leurs objectifs aux patients au début de la prise en charge.

	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Je préfère attendre d'avoir du recul, sur les troubles, au fil des séances</b>	<b>27</b>	<b>71,05%</b>

Je pense qu'il est préférable de ne pas fixer d'objectifs	3	7,89%
Je pense qu'il est difficile de fixer des objectifs	12	31,57%
Je ne trouve pas utile de transmettre ses objectifs aux patients	5	13,15%
Autre	5	13,15%

**Tableau 16. Raisons évoquées non transmission des objectifs**

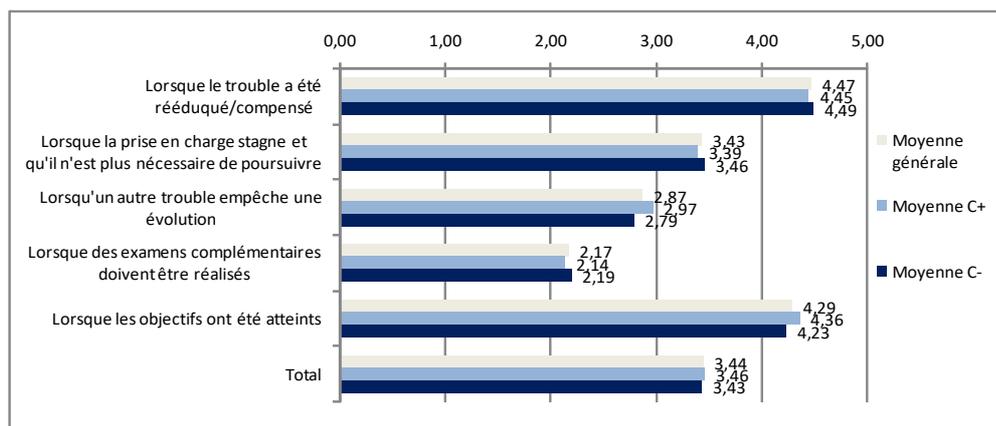
Les raisons évoquées par les 13,01% (N=38) ne les transmettant pas sont à 71,05% (N=7,89) la volonté d'attendre et d'avoir du recul sur les troubles au fil des séances.



**Figure 11. connaissance du pronostic et transmission des objectifs**

Sur la figure, on a noté C+ les orthophonistes qui connaissent le pronostic, C- ceux qui ne le connaissent pas, T+ ceux qui transmettent leurs objectifs aux patients au début de prise en charge et T- ceux qui ne les transmettent pas. Parmi les 38 orthophonistes qui ne transmettent pas d'objectifs au début de la prise en charge, 28 (73,68%) ne connaissent pas le pronostic orthophonique. Cette différence est significative ( $p < 0,05$ ). Le fait de ne pas connaître le pronostic orthophonique favorise le fait de ne pas transmettre d'objectif au début de la prise en charge.

#### 4.4. Détermination de la fin de traitement



**Figure 12. détermination de la fin de traitement**

A la question « A quel moment considérez-vous qu'une prise en charge est terminée ? » les orthophonistes pouvaient répondre selon une échelle de Lickert (jamais, rarement, parfois, souvent, toujours). Nous avons établi un score de réponse, 1=jamais, 2=rarement, 3=parfois, 4=souvent, 5=toujours. Puis nous avons fait la moyenne pondérée des ces réponses. Les

orthophonistes ayant répondu oui à la question « connaissez-vous le pronostic orthophonique ? » sont représentés par C+ sur la figure, ceux ne le connaissant pas par C-.

La moyenne totale est de 3,44. Elle est de 3,46 pour les orthophonistes connaissant le pronostic et de 3,43 pour les orthophonistes ne le connaissant pas.

## Discussion

Dans cette partie, nous allons tout d'abord rappeler les principaux résultats de notre questionnaire et les mettre en lien avec nos hypothèses de départ. Pour chacune des trois hypothèses, nous avons croisé les données pertinentes et avons pu établir un certain nombre de conclusions que nous présentons par la suite. Enfin, nous développerons les critiques et limites de cette étude et proposerons une perspective de poursuite de ce mémoire.

### 1. Principaux résultats et liens avec les hypothèses

Dans notre étude, nous avons émis les hypothèses que la transmission du pronostic orthophonique n'était pas généralisée dans la profession (H1), que son élaboration était sujette à des difficultés (H2) et que le savoir-faire des orthophonistes sur le pronostic orthophonique était certain mais qu'il nécessitait d'être renforcé (H3).

#### 1.1. Une transmission du pronostic orthophonique encore non généralisée

Dans ce travail de recherche, nous avons émis l'hypothèse que la transmission du pronostic orthophonique n'était pas généralisée dans la population des orthophonistes. **Cette hypothèse H1 est validée.**

Notre enquête a permis de mettre en évidence que 68,28 % des orthophonistes n'évoquent pas le pronostic au début de la prise en charge malgré la présence d'un questionnement quasi systématique de la part des patients et de leur entourage sur la durée (96,57% des orthophonistes interrogés) et les résultats attendus de leur prise en charge (94,17% des orthophonistes interrogés), donc sur le pronostic orthophonique. Le lieu d'obtention du diplôme, le nombre d'années de formation et le mode d'exercice n'ont pas d'influence sur l'évocation de ce pronostic.

Nous pouvons voir par ailleurs que ces questionnements ne sont pas répartis également suivant le type de pathologies et suivant le type de patients.

Quelle que soit la nature du questionnement, il provient principalement de l'entourage des patients enfants (87,27 % sur les résultats et 90,07 % sur la durée). Les patients enfants questionnent peu les orthophonistes sur l'évolution de leur trouble (5,82%) mais significativement plus ( $p < 0.01$ ) sur la durée de la prise en charge (19,15%). Les enfants préfèrent donc avoir une estimation de leur temps de traitement que de leurs progrès.

Nous pouvons constater que les questions sur l'estimation probable de la durée de la prise en charge orthophonique concerne peu les pathologies neurodégénératives (N=126) dont la visée thérapeutique est le maintien, et peu les troubles du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (N=144) dont la visée thérapeutique est l'éducation (Nomenclature Générale des Actes Professionnels, 2019). Or nous avons vu que pour les pathologies du maintien, le pronostic était d'emblée négatif (Le Dorze et Michallet 1999 ; Sancho et Boisson, 2006). Il se pourrait donc que les patients soient en mesure d'avoir une

idée de leur pronostic et que cette idée se traduirait par une absence de questionnement. Cette faculté d'autoévaluation du patient peut servir d'approche lors de l'établissement du pronostic (Janett-Pellegrini et Cantin, 2017) et permettrait sans doute de diminuer les difficultés des orthophonistes à estimer l'évolution et/ou la durée probable du trouble. Néanmoins, peu d'orthophonistes semblent savoir que les capacités métacognitives du patient peuvent aider à l'établissement du pronostic orthophonique (27,4% des orthophonistes interrogés) et que la transmission du pronostic orthophonique constitue un élément qui favorise la rééducation (25,34% des orthophonistes interrogés) (Bastian et al., 2001 ; Braham et al., 2007 ; Kwiatkowski et Shriberg, 1998).

## 1.2. Des difficultés d'élaboration du pronostic orthophonique

Dans notre travail de recherche, nous avons émis l'hypothèse que l'élaboration du pronostic orthophonique était source de difficultés. **Cette hypothèse H2 est validée.**

Nous avons vu précédemment que la transmission du pronostic orthophonique n'était pas généralisée dans la population des orthophonistes. Par ailleurs, les résultats montrent que la connaissance du pronostic n'est pas liée à une augmentation de son évocation au début de la prise en charge ( $p < 0.01$ ). Cela nous suggère que l'absence de transmission du pronostic ne serait pas due à un manque de connaissance de ce dernier. Pour Christakis (1999), ce phénomène d'évitement trouve son origine dans les incertitudes liées aux nombreuses variables inhérentes au pronostic, aux erreurs possibles faites par les médecins sur leurs pronostics et également aux possibles retombées du pronostic sur la vie du patient et de ses proches. Notre questionnaire nous a permis de valider ces hypothèses.

En effet, 67,64 % des orthophonistes qui n'évoquent pas le pronostic orthophonique au début de la prise en charge l'expliquent par la difficulté à l'envisager pour certaines pathologies et à 48,52 % pour certains patients. Par ailleurs, 53,42 % des orthophonistes interrogés affirment que ce dernier est difficile à préciser en raison d'un nombre trop important de paramètres, 36,64 % que sa conception est source de difficultés, 34,59 % que sa transmission est source de difficultés. 51,03 % estiment que le risque de faire une erreur en établissant le pronostic constitue un frein à son établissement et 35,96 % que les conséquences psychologiques que peut générer son annonce en constituent un. Les hypothèses émises par Christakis (1999) se retrouvent donc chez les orthophonistes.

Si nous nous penchons plus en détails sur ces difficultés d'élaboration, nous constatons que 69,45 % des orthophonistes interrogés sont faces à des difficultés pour répondre à leurs patients sur l'évolution de leur trouble et 59,92% pour préciser la durée. La différence est significative ( $p < 0.05$ ) et nous permet d'affirmer que les orthophonistes ont plus de difficultés à prévoir l'évolution du trouble que la durée de prise en charge. Par ailleurs, les difficultés surgissent lorsqu'il leur est demandé de déterminer avec précision soit un résultat (54,54%) soit une durée (48,58%).

Les difficultés rencontrées sont fonction des patients et des pathologies. Elles sont rencontrées chez tous types de patients mais principalement faces à l'entourage des patients enfants quel que soit le type de questionnement. En revanche, pour les patients adultes, les difficultés sont significativement plus importantes pour la durée que pour les résultats ( $p < 0.01$ ).

Concernant les pathologies, les difficultés sont rencontrées pour toutes les pathologies traitées en orthophonie aussi bien pour les résultats que pour la durée de la prise en charge. Concernant les pathologies où la visée thérapeutique est le maintien (pathologies

neurodégénératives) (Nomenclature Générale des Actes Professionnels, 2019), la majorité des orthophonistes (N=107) rencontrent des difficultés à prévoir l'évolution du trouble ( $p<0.01$ ). Or nous avons vu que pour ces pathologies, le pronostic était d'emblée négatif (Le Dorze et Michallet 1999 ; Sancho et Boisson, 2006). Outre la cohérence avec les difficultés rencontrées, nous pouvons conclure que concernant la prédiction de l'évolution d'un trouble en orthophonie, elle est la plus difficile pour les pathologies neurodégénératives à visée de maintien.

Les difficultés pour prévoir une durée de la prise en charge sont rencontrées principalement pour les troubles du langage oral, les troubles du langage écrit, et la dyscalculie et autres troubles du raisonnement mathématique. Ces pathologies, selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (2019) ont une visée rééducative et leur prise en charge s'effectue donc sur le long terme. Outre la cohérence avec les difficultés rencontrées, nous pouvons conclure que concernant la prédiction de la durée de la prise en charge du trouble en orthophonie, elle est la plus difficile pour les pathologies à visées rééducatives telles que le langage oral, le langage écrit, et la dyscalculie et autres troubles mathématiques. La difficulté rencontrée lors de pose du pronostic peut donc varier (Ladouceur, 2007).

Par ailleurs, notre enquête nous a permis de déterminer si la connaissance du pronostic et/ou son évocation au début de la prise en charge, étaient liées à des difficultés lors de l'élaboration du pronostic orthophonique.

Nos résultats suggèrent, tout d'abord, que si le fait de connaître le pronostic orthophonique n'empêche pas la survenue de difficultés lors du questionnement sur les résultats attendus de la prise en charge orthophonique, le fait de ne pas le connaître favorise ces difficultés ( $p<0.05$ ). Les orthophonistes qui ne connaissent pas le pronostic orthophonique ont plus de difficultés à déterminer l'évolution du trouble d'un patient. Néanmoins, concernant la durée de la prise en charge, la différence n'est pas significative ( $p=0.2$ ) et ne permet pas de conclure quant à un lien statistique entre la connaissance du pronostic et la difficulté des orthophonistes à prédire une durée de prise en charge. L'évocation du pronostic orthophonique n'est en revanche pas significativement liée à des difficultés d'élaboration du pronostic orthophonique et ne nous permet pas de conclure à un lien entre ces éléments.

Enfin, nos résultats suggèrent que les orthophonistes qui rencontrent le plus de difficultés à prédire l'évolution et la durée du trouble, donc à concevoir un pronostic sont ceux qui ne connaissent ni n'évoquent le pronostic orthophonique. Ceux qui en rencontrent le moins sont les orthophonistes qui évoquent le pronostic orthophonique en dépit d'une absence de connaissance de ce dernier.

### **1.3. Un savoir faire à renforcer**

Enfin, dans notre travail de recherche, nous avons émis l'hypothèse que le savoir-faire des orthophonistes au sujet du pronostic orthophonique était certain mais que ce dernier se devait d'être renforcé. **Cette hypothèse H3 est validée.**

Notre enquête nous a permis de déterminer que 45,20 % des orthophonistes interrogés connaissaient le pronostic orthophonique. Parmi ces orthophonistes, 21,21 % nous ont donné la définition exacte du pronostic orthophonique. Il était juste mais incomplet chez 43,17 % des orthophonistes (35,60 % n'ont mentionné que la notion d'évolution et 7,57 % seulement la notion de durée). 27,26 % associent le pronostic à un accès à un résultat global ou un bénéfice apporté tandis que 6 % nous ont donné une réponse incorrecte ou trop éloignée de

celle du pronostic orthophonique. Au total, 28 des 292 (9,58%) orthophonistes interrogés connaissent avec exactitude le pronostic orthophonique. Nous pouvons donc affirmer (à plus ou moins 6%) qu'environ 10% de la population d'orthophonistes en France connaît précisément le pronostic orthophonique.

Concernant les éléments à prendre en compte pour établir un pronostic orthophonique, nous avons vu qu'il s'agissait des informations théoriques, cliniques et extérieures (Bulletin Officiel n°32, 2013 ; Schaelstraete, 2011). Nous avons tenté de savoir si ces éléments étaient désignés par les orthophonistes comme nécessaires lors de l'élaboration du pronostic orthophonique. Nos résultats indiquent que pour 86,30% des orthophonistes interrogés, les informations théoriques contribuent à l'élaboration du pronostic orthophonique. Concernant les informations cliniques, 79,45% désignent les éléments provenant de l'anamnèse et 84,24%, ceux provenant des épreuves réalisées lors du bilan orthophonique. Enfin, les données issues des bilans extérieurs, que l'on peut classer dans les informations extérieures, ont été désignées par 72,94% des orthophonistes. Les orthophonistes possèdent donc les connaissances théoriques leur permettant d'établir un pronostic orthophonique. Il semblerait que pour une grande majorité des orthophonistes (93,83%), le pronostic orthophonique demeure le fruit d'une expérience clinique. Ce « flair clinique » est donc utilisé par les orthophonistes comme technique d'approche pour estimer et mettre au point le pronostic orthophonique.

Par ailleurs, nous avons vu que le pronostic orthophonique permettait à l'orthophoniste de justifier sa prise en charge, de déterminer les objectifs et les méthodes utilisées lors de la prise en charge mais également d'anticiper la fin du traitement (Schelstraete et al., 2011). Si le pronostic orthophonique reste méconnu chez 54,79% des orthophonistes et non évoqué, au début de la prise en charge, chez 68,86% des orthophonistes, 86,98% des orthophonistes transmettent leurs objectifs au patient au début de la prise en charge. Il convient de remarquer que parmi les 13,01% d'orthophonistes qui ne les transmettent pas, 73,68% ne connaissent pas le pronostic orthophonique. La différence est significative ( $p < 0.05$ ) et permet d'affirmer que la méconnaissance du pronostic orthophonique favorise la non transmission des objectifs de la thérapie au début de la prise en charge. La fin de traitement reste difficile à déterminer chez la plupart des orthophonistes. Nous ne pouvons pas conclure que ces difficultés trouveraient leur origine dans le manque de connaissance du pronostic orthophonique car à la question « à quel moment considérez-vous qu'une prise en charge est terminée? », la moyenne totale obtenue par les orthophonistes connaissant le pronostic orthophonique est presque similaire à celle qui ne le connaît pas. Elle est respectivement de 3,46/5 et de 3,43/5. Nous ne pouvons donc pas affirmer que la connaissance du pronostic permettrait, ou du moins réduirait, les difficultés des orthophonistes à anticiper la fin de traitement.

## **2. Critiques méthodologiques**

Malgré la validation de nos hypothèses, nous pouvons apporter des critiques à notre méthodologie.

Concernant les entretiens semi-directifs, nous les avons réalisés auprès de cinq orthophonistes. Or, il a été montré qu'une dizaine d'entretiens sont nécessaires pour que les informations supplémentaires obtenues ne viennent plus enrichir la théorie (Guest, Bunce et Johnson, 2006). Des données complémentaires auraient pu être recueillies afin d'enrichir nos choix de réponses. En effet, nous avons ajouté, à certaines questions, l'item « autre » dans

l'hypothèse où nous n'aurions pas pu cibler correctement les réponses voulues par les orthophonistes et nous pouvons voir que cet item a été sélectionné en fonction des questions chez près de 2 à 14% des interrogés. Toujours au sujet des entretiens semi-directifs, ils ont tous été réalisés au téléphone et non en face à face. Ceci nous a assuré que les orthophonistes ont pu répondre librement sans craindre la prise de note. Cependant, cela ne nous a pas permis de relever des informations concernant leurs réactions éventuelles. Par ailleurs, notre échantillon n'était composé que de femmes exerçant toutes en région parisienne et en cabinet libéral ce qui est peu représentatif de notre population d'étude.

Concernant la réalisation de notre questionnaire, nous avons fait le choix d'une enquête comprenant un questionnaire pour notre étude mais De Singly (2016) nous met en garde contre la difficulté de cet outil à représenter le plus fidèlement possible la pratique des orthophonistes car il réduit la réalité. Par ailleurs, nous avons obtenu 292 questionnaires entièrement complétés. Même si cet échantillon est statistiquement satisfaisant pour être représentatif de la population d'orthophonistes exerçant en France et estimée à 25607, il aurait fallu recueillir 370 questionnaires pour que notre marge d'erreur soit réduite à 5% avec un intervalle de confiance à 95%. Notre questionnaire n'est, par ailleurs, resté en ligne que deux semaines et aucune relance n'a pu être effectuée ce qui aurait sans doute permis d'obtenir le nombre de questionnaires remplis nécessaires. De plus, notre échantillon n'a pas été tiré au sort et n'était donc pas représentatif de la population d'étude car notre objectif était d'obtenir le plus d'avis possibles. Par ailleurs, parmi les 477 questionnaires remplis, 185 étaient incomplets, soit près de 38% de non réponse. Nous avons fait le choix d'activer les cookies pour notre questionnaire afin d'éviter que les orthophonistes ne puissent y répondre plusieurs fois ou le recommencer en ayant connaissance des questions. Néanmoins, il a pu empêcher certains orthophonistes ayant simplement ouvert puis fermé le questionnaire et n'ayant pas enregistré leurs réponses, de le remplir à nouveau.

Concernant le contenu des items de notre questionnaire, il comportait une majorité de questions fermées. Bien que ce mode de recueil présente de nombreux avantages, facilite l'analyse de données et soit utile lorsque l'on cherche à vérifier une théorie (De singly, 2016), ce type de questionnement est directif, contrairement aux réponses ouvertes, ce qui a pu induire un raisonnement de pensée. Par exemple, lorsque nous avons tenté de déterminer les éléments sur lesquels les orthophonistes s'appuyaient pour établir le pronostic orthophonique, il est peu probable qu'ils auraient pu en donner les termes exacts et ce, sans en omettre aucun, dans une réponse ouverte. De plus, comme nous l'avons vu, différents biais pouvaient se retrouver dans notre questionnaire (Giezendanner, 2012). Nous avons tenté de les réduire mais l'effet de Halo et l'effet d'attente nous ont semblé délicats à contrôler. De plus, le biais de tendance centrale décrivant la tendance qu'ont les répondants à choisir les modalités centrales (parfois/souvent) plutôt que les extrêmes (jamais/toujours), a pu se retrouver lors des questions utilisant des échelles de Lickert.

Enfin, nous avons tenté d'analyser le savoir-faire des orthophonistes sur le pronostic orthophonique. Or certaines questions utiles pour vérifier cette hypothèse n'ont été destinées qu'aux orthophonistes ayant répondu à l'affirmatif à la question « connaissez-vous le pronostic orthophonique ? ». Il s'agit de la question sur la définition du pronostic orthophonique et la question sur les éléments utilisés lors de la pose du pronostic orthophonique. De plus, une définition et un résumé des informations permettant d'établir un pronostic orthophonique ont été affichés pour les orthophonistes ayant répondu « non » à la question « connaissez-vous le pronostic orthophonique ? ». Or, la question suivante était « sur quoi faut-il s'appuyer, selon-

vous pour le [le pronostic orthophonique] mettre en place ? ». Les réponses ont donc été biaisées.

### **3. Perspectives d'études**

Il serait intéressant, lors de futures recherches, d'interroger et d'obtenir les avis des patients et de leurs proches sur le pronostic orthophonique. Quel est leur niveau de connaissance par rapport à leur pathologie ? Sont-ils capables d'estimer l'évolution et la durée de leur prise en charge orthophonique ? Leur motivation et leur adhésion à la prise en charge sont-elles dépendantes de certains facteurs ? Que pensent-ils d'une co-construction de leur prise en charge avec leur orthophoniste ? Etc.

Ce mémoire pourrait également donner lieu à une étude sur l'analyse de la pratique d'un échantillon d'orthophonistes préalablement sensibilisés au pronostic orthophonique. Est-ce qu'une meilleure information sur le pronostic orthophonique permettrait de diminuer les difficultés rencontrées lors de la conception et la transmission du pronostic ? Qu'en est-il de l'utilisation des informations théoriques, cliniques et extérieures lors de l'élaboration du pronostic orthophonique ? Quel est le ressenti des patients face à l'annonce du pronostic orthophonique ? Quels en sont les bénéfices quantifiables ? Etc. De larges perspectives d'études sont envisageables.

## **Conclusion**

Nous souhaitons réfléchir à la façon dont le pronostic orthophonique était conçu et transmis en France et notamment si des conclusions similaires pourraient être retrouvées en médecine et en orthophonie.

Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête composée de cinq entretiens semi-directs préalables à la création d'un questionnaire en ligne. Cette enquête, en lien avec les informations issues de notre contexte théorique nous a permis de valider nos hypothèses. Nos résultats nous ont montré qu'en dépit du questionnement quasi systématique de la part des patients sur la durée et l'évolution de leur trouble, les orthophonistes ne transmettaient pas leur pronostic aux patients. Le pronostic orthophonique demeure méconnu et sa transmission peu généralisée en France. De plus, les orthophonistes sont faces à de nombreuses difficultés lors de la conception du pronostic dont l'intensité varie en fonction des patients et des pathologies. Malgré ces difficultés, nous pouvons attester d'un savoir-faire certain des orthophonistes sur le pronostic. Ce savoir-faire se doit pour autant d'être renforcé.

Au vu de la nouvelle maquette, il serait intéressant d'établir, au cours des formations initiales et continues, une information sur le pronostic orthophonique. Nous pourrions ainsi approfondir cette étude, notamment par l'analyse de la pratique d'orthophonistes préalablement sensibilisés au pronostic orthophonique. Cela permettrait, entre autres, de mieux déterminer les bénéfices et apports du pronostic orthophonique.

## Bibliographie

- Article 35 du Code de la Santé publique (2012). Repéré à <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>
- Article R4341-2 du Code de la Santé Publique (2004). Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006914180&categorieLien=id>
- Bastian, J., Valdeyron, J. L., et Vaquier, V. (2001). " From a relation of confidence to a therapeutic alliance." Conceptual study and its application to nursing care. *Recherche en soins infirmiers*, (66), 93.
- Blanchet, A., et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris, France: Nathan.
- Braham, J., Masmoudi, J., et Jaoua, A. (2007). Comment annoncer les mauvaises nouvelles ?. *Journal de l'Information Médicale de Sfax*, 18.
- Castra, M. (2015). *Bien mourir: sociologie des soins palliatifs*. Presses universitaires de France.
- Christakis, N. A. (1999). Prognostication and bioethics. *Daedalus*, 128(4), 197-214.
- Christakis, N. A., Smith, J. L., Parkes, C. M., et Lamont, E. B. (2000). Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *Commentary: Why do doctors overestimate ? Commentary: Prognoses should be based on proved indices not intuition. Bmj*, 320(7233), 469-473.
- Convention Nationale destinée à organiser les rapports entre les orthophonistes et les caisses d'assurance maladie (2014). Repéré à [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4065/document/convention-orthophonistes-mai-2014\\_journal-officiel.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4065/document/convention-orthophonistes-mai-2014_journal-officiel.pdf)
- Coquet, F., et Ferrand, P. (2013). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent: matériels, méthodes et techniques de rééducation*. Ortho édition.
- Djedid, R. (2012). Evaluer le langage de l'enfant. 18-11, (17), *الممارسات اللغوية*.
- Data Drees (2019). Effectif des orthophonistes par mode d'exercice global, zone d'activité principale, sexe et tranche d'âge. Repéré à <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3719>
- Enquête (s, d.). Dans *Dictionnaire de Français Larousse*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enqu%C3%AAt%29709>
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête: entretien et questionnaire*. Dunod.
- Giezendanner, F. D. (2012). Taille d'un échantillon aléatoire et Marge d'erreur.
- Giezendanner, F. D. (2018). Enquêtes: Principaux biais dans la formulation des questions. Repéré à <http://icietla-ge.ch/voir2/spip.php?article244>

- Guest, G., Bunce, A., et Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82.
- Grégoire, J. (2011). La psychométrie est-elle compatible avec l'éthique?. *Rééducation orthophonique n*, 247, 33-45.
- Janett-Pellegrini, C., et Cantin, B. (2017). Prognostication: prophecy or medical practice?. *Revue médicale suisse*, 13(548), 302-306.
- Journal Officiel de la République Française du 26 octobre 2017. Repéré à [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/348922/document/avenant\\_16\\_orthophonistes.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/348922/document/avenant_16_orthophonistes.pdf)
- Kumar, D., et Miller, L. V. (1973). Proinsulin-specific antibodies in human sera. *Diabetes*, 22(5), 361-366.
- Kwiatkowski, J., et Shriberg, L. D. (1998). The capability-focus treatment framework for child speech disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 7(3), 27-38.
- Ladouceur, R. (2017). Docteur, quel est le pronostic?. Repéré à <http://www.cfp.ca/content/63/8/585.abstract>
- Lallemand, C. (2016). Questionnaire exploratoire. Repéré à [https://tecfa.unige.ch/tecfa/maltp/ergo/articles/P1/questionnaire\\_exploratoire\\_\(Lallemand2016\).pdf](https://tecfa.unige.ch/tecfa/maltp/ergo/articles/P1/questionnaire_exploratoire_(Lallemand2016).pdf)
- Le Dorze, G. et Michallet, B. (1999). Approche sociale de l'intervention orthophonique auprès de personnes aphasiques : une perspective canadienne. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 42. Londres : Elsevier: 546-556.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- Marchand, C. (2014). Education thérapeutique du patient (ETP): principes et intérêts. *Rééducation Orthophonique*, 259, 21.
- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (2013). Bulletin officiel n° 32 du 5 septembre 2013. Repéré à [http://www.enseignementsuprecherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid\\_bo=73349&cbo=1](http://www.enseignementsuprecherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html?cid_bo=73349&cbo=1)
- Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (2019). Repéré à [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/525504/document/ngap\\_01.03.2019-assurance\\_maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/525504/document/ngap_01.03.2019-assurance_maladie.pdf)
- Plan Cancer (2014). Repéré à <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
- Pronostic. (s, d.). Dans *Dictionnaire numérique Cordial*. Repéré à <https://www.cordial.fr/dictionnaire/definition/pronostic.php>
- Pronostic. (s, d.). Dans *Dictionnaire médical Doctissimo*. Repéré à <http://www.doctissimo.fr/sante/dictionnaire-medical/pronostic>

- Pronostic. (s, d.). Dans *Dictionnaire Le Robert mobile*. Repéré à <https://www.lerobert.com/dictionnaires/francais/langue/dictionnaire-le-robert-mobile-application-android-9782321006534.html>
- Sancho, P. O., & Boisson, D. (2006). Quelles sont les modalités de la prise en charge orthophonique dans la sclérose latérale amyotrophique?. *Revue neurologique*, 162, 273-274.
- Schelstraete, M. A., Bragard, A., Collette, E., Nossent, C., et Van Schendel, C. (2011). *Traitement du langage oral chez l'enfant: interventions et indications cliniques*.
- Schelstraete, M. A., et Maillart, C. (2012). Les défis d'une formation universitaire clinique en logopédie. *L'orthophonie et la logopédie au fil des ans-Regards sur des pratiques. Issy les-Moulineaux: Masson. Disponible sur ORBI*.
- White, N., Reid, F., Harris, A., Harries, P., et Stone, P. (2016). A systematic review of predictions of survival in palliative care: how accurate are clinicians and who are the experts?. *PloS one*, 11(8), e0161407

## **Liste des annexes**

**Annexe n°1 : Guide d'entretien.**

**Annexe n°2 : Entretien n°1.**

**Annexe n°3 : Entretien n°2.**

**Annexe n°4 : Entretien n°3.**

**Annexe n°5 : Entretien n°4.**

**Annexe n°6 : Entretien n°5.**

**Annexe n°7 : Questionnaire définitif.**

**Annexe n°8 : Évocation du pronostic et lieu d'obtention du diplôme.**

**Annexe n°9 : Évocation du pronostic et durée de la formation initiale.**

**Annexe n° 10: Évocation du pronostic et mode d'exercice.**