

MEMOIRE

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

Charlotte POUPIN

soutenu publiquement en juin 2019

**Évaluation des troubles acquis du langage et de la
communication chez l'adulte
État des lieux des outils et des besoins cliniques**

MEMOIRE dirigé par

Yves MARTIN, Orthophoniste, Neuropsychologue, Centre l'Espoir, Hellemes-Lille

Thi Mai TRAN, Orthophoniste, Linguiste, MCU, Université de Lille

Lille – 2019

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier Madame TRAN et Monsieur MARTIN, mes directeurs de mémoire, pour leur disponibilité, leur encadrement et leurs précieux conseils tout au long de ce travail.

Je remercie aussi le Docteur ALLART pour le temps qu'il a consacré à la lecture de mon travail et pour ses conseils entre le projet mémoire et le mémoire final.

Je souhaite ensuite remercier tous les orthophonistes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et ceux qui ont accepté de se rendre disponibles pour participer aux entretiens. Ces derniers ont été riches pour mon étude mais aussi pour mon positionnement de future professionnelle.

Merci à Amandine NGUYEN VAN TU pour le travail réalisé en commun.

Merci à mes maîtres de stage pour leurs encouragements et leurs conseils avisés tout au long de l'année.

Je tiens aussi à remercier ma famille et mes amis pour leur soutien sans faille depuis la présentation aux concours jusqu'à la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je remercie mes sept futures collègues, pour ces cinq années passées à leurs côtés.

Résumé :

L'aphasie a été étudiée à travers plusieurs cadres théoriques. Les différentes évolutions dans les domaines de la neurologie, de la psycholinguistique, de la neuropsychologie cognitive ainsi que des approches pragmatique et discursive amènent à définir l'aphasie comme un trouble du langage et de la communication. C'est dans ce cadre que l'orthophoniste inscrit sa pratique et particulièrement son évaluation du patient aphasique. Celle-ci doit être menée avec des outils standardisés, validés et s'appuyant sur les avancées théoriques actuelles. Divers outils sont à la disposition des professionnels (tests de première ligne, tests de seconde ligne) mais tous ne sont pas actualisés et/ou ne présentent pas une validité de construit adaptée. Ensuite, selon le stade de l'aphasie auquel se trouve le patient, les objectifs de l'évaluation et les besoins des professionnels ne sont pas les mêmes. Il est donc important de relever les pratiques des orthophonistes afin de comprendre leurs attentes et besoins en évaluation. Dans le cadre d'une enquête, 146 praticiens ont répondu à un questionnaire et 8 à des entretiens. Les résultats montrent différentes modalités d'évaluation selon les stades et les conditions d'exercice. Ils mettent aussi en exergue les composantes évaluées et les composantes posant difficulté. En outre, ils permettent de répertorier les tests les plus utilisés et à quelle fréquence. Enfin, les attentes des professionnels ont pu être relevées. Ces résultats permettent de sélectionner les caractéristiques d'un outil répondant aux besoins cliniques. Cependant, ces données peuvent être approfondies.

Mots-clés :

Aphasiologie, évaluation, enquête, pratiques professionnelles, outils.

Abstract :

Aphasia has been studied through several theoretical frameworks. Various developments in the domains of neurology, psycholinguistics, cognitive neuropsychology as well as pragmatic and discursive approaches lead to the definition of aphasia as a language and communication disorder. It is in this context that the speech-language pathologist places his professional activities and particularly his assessment of the aphasic patient. This has to be done with standardised, validated tests and based on current theoretical advances. Various tools are available to professionals (first line tests, second line tests) but not all are updated and/or have an suitable construction validity. Then, depending on the stage of aphasia in which the patient is in, the aims of the assessment and the needs of professionals are not the same. Therefore, it is important to identify the professional activities of speech-language pathologists in order to understand their expectations and assessment needs. As part of a study, 146 practitioners answered to a survey and 8 to interviews. The results show different evaluation methods according to the phases and conditions of exercise. They also highlight the evaluated components and the components which present difficulties. In addition, they make it possible to list the most commonly used tests and how often they are used. Finally, the expectations of professionals were collected. These results make it possible to select characteristics of a tool that responds to clinical needs. However, these data can still be improved.

Keywords :

Aphasiology, assessment, survey, professionals activities, tests.

Table des matières

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. Évolution des cadres théoriques.....	2
1.1. Approche neurologique.....	2
1.2. Apport des approches linguistiques et cognitives.....	2
1.3. Approches psychosociales : le handicap communicationnel.....	3
1.4. La prise en compte des troubles associés.....	3
2. La démarche d'évaluation.....	4
2.1. Objectifs de l'évaluation.....	4
2.1.1. L'évaluation en orthophonie.....	4
2.1.2. Le bilan orthophonique.....	4
2.1.3. La pratique fondée sur les preuves.....	5
2.2. L'évaluation psychométrique.....	5
2.2.1. La validité.....	5
2.2.2. La fidélité.....	5
2.2.3. Sensibilité et spécificité.....	6
2.3. L'évaluation en aphasiologie.....	6
2.3.1. Les composantes évaluées.....	6
2.3.2. Les outils existants.....	7
3. Parcours de soin des patients aphasiques.....	8
3.1. L'évaluation au stade aigu.....	8
3.2. L'évaluation en structure.....	8
3.3. L'évaluation par un professionnel libéral.....	8
4. Problématique et hypothèses.....	9
Méthode.....	9
1. Population cible.....	9
2. Matériel.....	10
2.1. Grille d'analyse des tests.....	10
2.2. Le questionnaire.....	10
2.3. L'entretien.....	10
3. Procédure.....	11
3.1. Création des moyens d'enquête.....	11
3.2. Diffusion du questionnaire et des entretiens.....	11
3.3. Analyse des réponses.....	12
Résultats.....	12
1. Présentation des professionnels.....	12
1.1. Généralités.....	12
1.2. Modalités d'exercice.....	12
1.2.1. Présentation.....	12
1.2.2. Lien avec l'évaluation.....	13
2. Les modalités d'évaluation en aphasiologie.....	13
2.1. Les patients suivis.....	13
2.2. Les conditions d'évaluation.....	14
2.2.1. Le temps d'évaluation.....	14
2.2.2. Le lieu d'évaluation.....	14

2.2.3. La présence d'un tiers	15
2.3. Les obstacles rencontrés.....	16
3. Les composantes évaluées et les outils.....	16
3.1. Les composantes.....	16
3.1.1. Les composantes évaluées.....	16
3.1.2. Les composantes difficilement évaluables.....	17
3.2. Les outils.....	18
3.2.1. Les outils utilisés.....	18
3.2.2. L'usage des outils.....	19
3.2.3. La place des outils dans le suivi.....	21
3.2.4. Le cas des outils informatisés.....	21
4. La formation continue des professionnels.....	21
4.1. Quelle formation continue pour les orthophonistes ?.....	21
4.2. Influence sur les pratiques.....	22
4.3. La pratique fondée sur les preuves.....	22
5. Les attentes des professionnels.....	22
5.1. La forme d'un nouvel outil.....	22
5.2. Le contenu d'un futur outil.....	22
5.3. Les qualités métrologiques d'un futur outil.....	23
5.4. La diffusion d'un futur outil.....	23
Discussion.....	23
1. Principaux résultats et validation des hypothèses.....	23
2. Caractéristiques attendues pour un nouvel outil	24
2.1. Forme de l'outil.....	24
2.1.1. Un outil en plusieurs versions.....	24
2.1.2. Un outil partiellement informatisé.....	25
2.1.3. Une cotation claire et précise.....	25
2.2. Contenu de l'outil.....	25
2.2.1. Structure générale.....	25
2.2.2. Type d'épreuves.....	26
2.2.3. Nature des items	28
2.3. Les critères psychométriques.....	29
3. Discussion sur la méthodologie.....	29
4. Apport pour la pratique future.....	29
Conclusion.....	30
Bibliographie.....	31
Sites consultés.....	35
Liste des annexes.....	36
Annexe n°1 : Déclaration CNIL.....	36
Annexe n°2 : Grilles d'analyse des tests.....	36
Annexe n°3 : Lettre d'information.....	36
Annexe n°4 : Questionnaire.....	36
Annexe n°5 : Trame d'entretien.....	36
Annexe n°6 : Outils cités par les professionnels.....	36

Introduction

L'aphasie est un trouble acquis caractérisé par une désorganisation du langage en réception et en expression, consécutif à une lésion cérébrale d'origine vasculaire, traumatique, tumorale, inflammatoire, infectieuse ou neurodégénérative (Lecours & Lhermitte, 1979). Les composantes du langage à l'oral et/ou à l'écrit, ainsi que la communication globale du patient, peuvent être altérées.

Les cadres théoriques sur le fonctionnement du langage et les lésions cérébrales acquises ont évolué depuis le XIX^{ème} siècle. Comme exposé par Joannette, Ansaldo, Carbonnel, Ska, Kahlaoui, et Nespoulous (2008), jusqu'au XX^{ème} siècle les modèles se basent sur une approche syndromique : le langage est un ensemble de composantes structurales (articulation, phonologie, morphologie, lexicale, sémantique, discours). Ensuite, il est étudié comme un système modulaire. Les différents modules qui le composent sont organisés en réseaux. On cherche alors à analyser le fonctionnement langagier dans son ensemble. Enfin, l'approche pragmatique et discursive permet de voir le langage comme un outil de communication. Le patient est un individu qui interagit en société, il peut alors présenter à la fois des troubles du langage et de la communication (verbale et/ou non verbale).

En aphasiologie, le rôle de l'orthophoniste est d'évaluer finement les troubles à l'aide d'outils spécifiques. Les résultats de l'évaluation sont analysés et interprétés selon des modèles théoriques précis : pour poser un diagnostic, dresser le profil sémiologique du patient, identifier les processus langagiers déficitaires et repérer les répercussions fonctionnelles. Si nécessaire, cette évaluation débouche sur une prise en charge. Les pratiques et les besoins des praticiens varient selon le patient : déficits langagiers, troubles associés, antécédents, répercussions fonctionnelles lors de l'évaluation et/ou de la prise en charge et attentes vis-à-vis de la rééducation (ex. communication avec l'entourage). Ils diffèrent aussi suivant les pratiques : selon la modalité d'exercice les professionnels rencontrent des patients à divers stades (aigu, récupération, chronique) pour lesquels les besoins sont différents.

Actuellement, des batteries générales et des outils spécifiques permettent l'évaluation. Si parmi eux, certains s'appuient sur un modèle théorique, peu le font de manière explicite. De plus, beaucoup sont anciens et leurs références théoriques le sont aussi. Ainsi, on peut se demander, au vu des recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la prise en charge des troubles du langage aphasiques par l'orthophoniste (Haute Autorité de Santé (HAS), 2007), des théories en neuropsychologie cognitive et des pratiques professionnelles actuelles, quels critères psychométriques doit respecter un test, quelles composantes doit-il évaluer et quels objectifs doit-il présenter pour répondre aux besoins des patients et des professionnels ?

Ce mémoire a ainsi deux objectifs. Il s'agit d'abord de recenser les pratiques des orthophonistes pour connaître et comprendre les choix et les contraintes quant à l'évaluation de patients aphasiques. Ensuite, il s'agit de comprendre les besoins cliniques et attentes des praticiens pour cette évaluation et ce, dans l'hypothèse de la création d'un nouvel outil.

Une première partie développera le contexte théorique de cette étude : seront présentées les avancées théoriques dans lesquelles s'inscrit l'évaluation de l'aphasiologie et ses caractéristiques psychométriques. Dans une deuxième partie, sera présentée la méthodologie d'enquête. Une troisième partie exposera les résultats de l'étude. Enfin, une dernière partie discutera ces résultats et présentera le portrait de l'outil idéal répondant aux attentes cliniques.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Évolution des cadres théoriques

1.1. Approche anatomo-clinique

L'aphasiologie est une science née au XIX^{ème} siècle avec le chirurgien Paul Broca : premier à effectuer un lien causal entre une lésion cérébrale (troisième circonvolution frontale gauche) et un trouble du langage. Le neurologue allemand, Carl Wernicke (1874), dans la même lignée, identifie un deuxième centre du langage (temporo-pariétal). Deux aires sont identifiées (Broca : émission du langage et Wernicke : compréhension) et en découle l'approche anatomo-clinique. Elle permet une description sémiologique du langage et de ses troubles : des tableaux cliniques sont dégagés, composés de syndromes précis selon les zones cérébrales lésées (Chomel-Guillaume, Leloup & Bernard, 2010). Puis, au début du XX^{ème} siècle, la théorie associationniste expose l'existence de connexions entre les aires dévolues au langage (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010). Enfin, l'arrivée de la neuro-imagerie fonctionnelle permet l'identification plus fine de l'organisation cérébrale fonctionnelle (Joanette *et al.*, 2008). Ces travaux, couplés à ceux en neurochirurgie montrent que le langage n'est pas composé d'un ensemble d'aires cérébrales, mais d'un ensemble de réseaux complexes, capables de réorganisation en cas de lésion (Moritz-Gasser & Duffau, 2018). Les opérations en chirurgie cérébrale éveillée permettent de dresser des topographies des connexions, et donne des indices supplémentaires sur le pronostic des patients (Herbet, Maheu, Costi, Lafargue & Duffau, 2016).

Si cette classification anatomo-clinique reste pertinente et représente un cadre de référence, elle permet difficilement une mise en relation précise de déficits avec les lésions ; des différences interindividuelles existent, en particulier liées aux diverses étiologies (vasculaire, traumatique, tumorale, infectieuse, inflammatoire ou neurodégénérative) et localisations des lésions (Tran, 2004).

1.2. Apport des approches linguistiques et cognitives

Les théories associationnistes ont évolué au XX^{ème} siècle, notamment avec l'apport de la linguistique, de la neurolinguistique et de la neuropsychologie cognitive.

Tout d'abord, les théories sur l'aphasie ont bénéficié des travaux linguistiques avec F. de Saussure et son *Cours de Linguistique Générale* (1968) ; le langage n'est pas composé de mots mais de signes, et donc de multiples unités. Puis, la neurolinguistique enrichit les théories sur la composition du langage. Les syndromes aphasiques sont analysés de façon plus précise : on observe qu'il existe différents niveaux d'atteinte et que différentes variables linguistiques (ex. longueur, fréquence) peuvent influencer sur les troubles (Tran, 2004). Ensuite, les recherches dans le domaine amènent à introduire les notions de manifestation de surface et de déficit sous-jacent. Ainsi, une manifestation linguistique de surface peut être causée par plusieurs déficits sous-jacents ou bien plusieurs manifestations linguistiques peuvent être causées par le même déficit (Tran, 2004). Ces notions ont permis de passer de la description à l'interprétation des troubles aphasiques.

En outre, cette conception est enrichie par les théories en neuropsychologie cognitive. La démarche cognitive se base sur deux postulats : la modularité, selon laquelle la cognition

s'organiserait en plusieurs modules de traitement spécifiques et autonomes et la transparence selon laquelle le fonctionnement d'un patient cérébrolésé refléterait le fonctionnement cérébral sain amputé d'une ou plusieurs composantes. Ces deux postulats amènent à la création de modèles de traitement de l'information dans le fonctionnement cognitif normal. Trois types de modèle apparaissent : sériel qui invoque un traitement unique et unidirectionnel entre les modules, en cascade qui propose des activations unidirectionnelles mais multiples entre les modules et connexionniste qui présente plusieurs interactions entre les modules (Allain, Renard & Moreaud, 2011). L'interprétation des troubles se fait sur la recherche de processus sous-jacents déficitaires pouvant expliquer les manifestations apparentes à partir d'un modèle de traitement (évaluation des différents modules et des connexions entre eux).

Ainsi, l'interprétation des troubles est plus fine et plus précise. Cependant, ces modèles se plaçant dans une perspective analytique (en particulier les systèmes lexicaux), ils ne prennent pas en compte la dimension communicationnelle (Tran, 2004).

1.3. Approches psychosociales : le handicap communicationnel

Les travaux sur la composante discursive du langage amènent à analyser les troubles phasiques du point de vue de la communication. Les différents types de discours s'inscrivent dans des situations de communication précises (Joanette *et al.*, 2018). En outre, les théories sur les actes de langage, développées notamment par Austin (1970), Searle (1972) et Grice (1989), permettent d'introduire la composante pragmatique du langage. Les aspects discursif et pragmatique amènent à étudier le langage et ses déficits en regard de la notion de contexte, de communication dans un environnement donné. Ainsi, l'acte de communication débute dès l'intention d'élaborer un message jusqu'à son articulation puis sa réception par l'interlocuteur (Joanette *et al.*, 2008). Dans ce cadre, les troubles acquis du langage et de la communication sont interprétés selon la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (Organisation Mondiale de la Santé, 2001). La lésion cérébrale correspond à l'altération de l'état de santé ; l'aphasie à la déficience (par opposition au fonctionnement) et les troubles du langage à la restriction de l'activité. La communication se trouve limitée pour le patient aphasique et ses interlocuteurs, l'amenant à une restriction de sa participation à la vie sociale et quotidienne. On parle de handicap communicationnel (Joanette *et al.*, 2008).

1.4. La prise en compte des troubles associés

A partir des années 70, des travaux étudient les troubles associés dans l'aphasie et leur place dans le profil aphasique. Ces déficits sont de plusieurs ordres : cognitifs, moteurs, neurovisuels et psychiatriques (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010).

En 1979, Lecours et Lhermitte, exposent déjà l'importance de la prise en compte de l'efficacité cognitive globale du patient aphasique. Plus récemment, des travaux montrent que les troubles phasiques relèvent de déficits langagiers mais aussi attentionnels, mnésiques (en particulier la mémoire de travail, la mémoire épisodique et la mémoire sémantique), visuo-spatiaux, praxiques et exécutifs (Joanette *et al.*, 2018). On note que ces troubles ont un impact sur la qualité de vie des patients (Cumming, Brodtmann, Darby & Bernhardt, 2014). Par exemple, les difficultés attentionnelles entravent particulièrement les capacités de compréhension des aphasiques. La collaboration avec un neuropsychologue est donc nécessaire (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010). De plus, des troubles associés d'ordre moteurs (ex. paralysie, parésie) peuvent être présents. Il est important que l'orthophoniste collabore avec les neurologues pour comprendre ces troubles pouvant interférer dans son intervention

(Chomel-Guillaume *et al.*, 2010). Par ailleurs, les lésions cérébrales provoquent des déficits neurovisuels d'origine centrale. Suite à ces lésions, 60% des adultes présenteraient ce type de troubles (Chokron, 2018). On retrouve des déficits du champ visuel (ex. hémianopsie, cécité corticale) et des troubles de l'exploration spatiale et de l'attention visuelle (ex. syndrome de Balint, négligence spatiale unilatérale). Ils doivent être diagnostiqués par un bilan neurovisuel (Chokron, 2018). Enfin, on notera que 30% des patients aphasiques (en post-AVC) présentent des troubles d'ordre psychiatrique : anxiété, dépression, fatigue, apathie (Trauchessec, 2018).

2. La démarche d'évaluation

2.1. Objectifs de l'évaluation

2.1.1. L'évaluation en orthophonie

L'évaluation orthophonique s'inscrit dans une approche neuropsychologique et pragmatique (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010). Elle a plusieurs objectifs. Elle permet d'abord de contribuer à la pose du diagnostic. Dans certains cadres (ex. services hospitaliers), elle participe au diagnostic avec d'autres bilans (ex. psychologiques, médicaux). Ensuite, elle permet de documenter de façon précise la plainte et de déterminer les retentissements des troubles (Dujardin, Verny, Rouaud, Thomas-Antérion, & Barbeau, 2011). Ainsi, la mise en évidence des déficits et des capacités résiduelles permet de définir un plan de soin individualisé pour le patient. Par ailleurs, l'évaluation permet d'effectuer un suivi du sujet ou encore de mesurer l'efficacité du traitement proposé en utilisant par exemple des lignes de base (Maillart & Durieux, 2014). Elle est aussi un outil d'information au patient, à son entourage et à l'équipe soignante (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010). De plus, l'évaluation peut contribuer à une expertise médico-légale demandée par une institution. Enfin, elle peut se placer dans un projet de recherche en tant qu'outil de mesure testant une intervention (Dujardin *et al.*, 2011).

2.1.2. Le bilan orthophonique

Le bilan orthophonique se base sur des critères d'analyse précis à partir de modèles théoriques récents. Le clinicien prend en compte chaque facteur pouvant avoir un impact sur le fonctionnement langagier de son patient (Grégoire & Piérart, 2006). Ainsi, il évalue les déficits langagiers, les capacités linguistiques et métalinguistiques, les stratégies de compensation et les éventuels troubles associés (Tran, 2004). En outre, l'évaluation en orthophonie se définit selon trois niveaux. Le premier correspond à l'évaluation normative. Grâce aux tests, le praticien situe le patient en fonction d'une norme liée à l'âge, au sexe et/ou au niveau socioculturel, pour confirmer ou non le trouble et déterminer son importance. Cette comparaison se fait selon des normes statistiques (scores Z ou de scores seuils) justifiées par les auteurs d'un outil (Aguert & Capel, 2018). Puis, l'évaluation descriptive précise la nature des troubles, selon une sémiologie précise et une analyse qualitative. Enfin, le dernier niveau est l'évaluation critériée ; les troubles sont étudiés selon des modèles théoriques pour affiner les hypothèses étiologiques et le possible traitement (Grégoire & Piérart, 2006). A ces trois niveaux, doit être ajoutée l'évaluation fonctionnelle ; le praticien évalue les compétences communicationnelles et le retentissement quotidien des troubles (Tran, 2004).

2.1.3. La pratique fondée sur les preuves

Enfin, l'orthophoniste lorsqu'il évalue ou prend en charge, doit pouvoir justifier de ses décisions thérapeutiques. Dans ce cadre, il peut s'appuyer sur la démarche Evidence Based Practice (EBP) ou Pratique Fondée sur les Preuves. Celle-ci consiste à maximiser sa pratique clinique par un appui sur les avancées scientifiques. Cela est associé à des évaluations cliniques de l'efficacité des traitements proposés. Ces évaluations peuvent être de différentes natures : comparaison de bilan, mise en place de lignes de base. Elles représentent un autre aspect de l'évaluation orthophonique (Maillart & Durieux, 2014).

2.2. L'évaluation psychométrique

L'évaluation psychométrique est réalisée à l'aide d'outils standardisés ou tests. B. Pichot (cité par Michael, Perrier-Palisson, & Hommet 2011) définit un test comme suit : il représente une situation expérimentale (contrainte et créée pour l'évaluation), enregistre un comportement (ici langagier) le plus précis et objectif possible, permet l'interprétation qualitative et quantitative de ce comportement (données chiffrées) et donne la possibilité de classer le sujet selon un échantillon d'individus aux mêmes caractéristiques. Cette définition des années 1940 a servi de base à la définition actuelle se caractérisant par quatre qualités métrologiques : validité, fidélité, sensibilité et spécificité.

2.2.1. La validité

La validité se définit par le fait que l'outil doit correctement tester ce qu'il prétend évaluer (Michael *et al.*, 2011). Elle revêt plusieurs aspects. On parle d'abord de validité de contenu permettant de déterminer la pertinence des items utilisés. Ces derniers doivent être le plus représentatifs possible du domaine évalué. On y ajoute la validité d'apparence qui concerne le jugement subjectif de l'utilisateur sur les aspects visibles de l'outil de mesure. Ces deux premières validités représentent une première étape dans la construction d'un test (Fermanian, 2005). Ensuite, le test doit présenter une validité dite critérielle (Grégoire & Piérart, 2006) ; la performance évaluée doit pouvoir l'être par d'autres outils de mesure notamment par un Gold Standard, critère de référence dans le domaine évalué (Fermanian, 2005). Certains auteurs comme Leclercq et Veys (2014) parlent alors de validité concurrente. Enfin, il doit être possible d'évaluer la validité conceptuelle ou validité du construit ; plus les résultats correspondent aux prédictions, plus celle-ci est bonne. Ces prédictions reposent sur d'autres évaluations, par d'autres outils liés à la dimension évaluée.

2.2.2. La fidélité

Un test psychométrique doit posséder une bonne fidélité ; lorsque le test est proposé deux fois, les résultats obtenus doivent être similaires. Elle se traduit de plusieurs façons. D'abord, il sera important que le test permette une fidélité inter-juge et intra-juge (Fermanian, 2005). Celles-ci passent par une standardisation correcte du test avec des consignes de passation et de cotation explicites. Ainsi, la présence de critères d'arrêt ou d'items obligatoires doit permettre de diminuer l'arbitraire dans l'administration d'un test (Ivanova & Hallowell, 2013). Ensuite, une fidélité test-retest doit être possible. Autrement dit, plusieurs versions peuvent être proposées ou un temps conséquent doit avoir lieu entre plusieurs passations. Cependant, des erreurs de mesure aléatoires étant toujours présentes, le calcul d'un coefficient de fidélité est possible pour les limiter (Leclercq & Veys, 2014). Il sera calculé différemment selon les données qualitatives ou quantitatives.

2.2.3. Sensibilité et spécificité

Un test doit être doté d'une certaine sensibilité au changement. L'outil doit mesurer le plus précisément possible les éventuelles variations de performance liées au phénomène évalué ; cela permet de situer au mieux les performances du patient par rapport à un éventuel seuil pathologique et de déterminer la présence d'un trouble. Il faut pour cela éviter l'apparition d'effet plafond et/ou plancher et ne pas laisser une trop grande place à la subjectivité de l'examineur dans la cotation (Grégoire & Piérart, 2006). Enfin, la sensibilité d'un test est souvent présentée avec sa spécificité, qui correspond au fait de ne prendre en compte que l'aspect censé être évalué. Ces deux notions peuvent être opposées ; un test très sensible ne peut être très spécifique et inversement. Il est important, selon les objectifs de l'outil de trouver le bon équilibre (Michael *et al.*, 2011). Ainsi, l'utilisation d'une courbe ROC (receiver operating characteristic) ou le calcul d'un indice de Youden se rapprochant de 1. sont attendus pour trouver le bon équilibre lors de la création d'un outil (Fermanian, 2005).

2.3. L'évaluation en aphasiologie

2.3.1. Les composantes évaluées

L'évaluation du patient en aphasie permet d'identifier les troubles du langage et de la communication, leurs caractéristiques et leur gravité. Elle permet de définir les déficits et les compétences préservées ainsi que les répercussions fonctionnelles. Le praticien peut ainsi cibler les composantes à rééduquer et à réévaluer dans le temps (Ivanova & Hallowell, 2013).

En première intention, le praticien doit identifier le syndrome aphasique en menant une analyse sémiologique et dresser le profil langagier du patient. Il évalue les quatre pôles du langage (compréhension orale, expression orale, compréhension écrite et expression écrite) et les transpositions (répétition, lecture, copie et dictée). Lors de cette évaluation, il est important de prendre en compte la présence possible de dissociations (ex. oral/écrit, production/compréhension) pouvant préciser l'identification des mécanismes déficitaires (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010). Le professionnel utilise alors des tests de première ligne (batteries généralistes, tests de screening). Selon les résultats à ces derniers, il peut avoir besoin de préciser son analyse quant à un mécanisme cognitif qui semble déficitaire. Il utilise alors des tests de seconde ligne ; certains sont spécifiques à un domaine et d'autres permettent une démarche interprétative en s'appuyant sur des modèles théoriques (De Partz & Poncelet, 2006). Si cette évaluation est complémentaire à la première, elle n'est pas toujours réalisée directement après celle-ci, selon le degré de sévérité de l'atteinte, le stade d'évolution de la maladie et le comportement du patient (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010). Compte-tenu du niveau antérieur des patients, il convient d'évaluer le langage élaboré. Selon Rousseau, Dei Cas, Gossery et Jaman (2012), il se définit à la fois par le « savoir linguistique » (connaissance de la langue et de ses éléments) et le « savoir-faire » (utilisation du langage). Enfin, comme l'expliquent De Partz et Poncelet (2006), l'évaluation fonctionnelle du langage et de la communication est réalisée pour évaluer les capacités résiduelles de communication et les stratégies de compensation mises en place par le patient. Le praticien doit pouvoir se rendre compte de l'utilisation réelle du langage en situation par le patient (Martin, 2018).

Par ailleurs, il est important d'évaluer les troubles associés chez le patient aphasique. Les études montrent que des déficits non langagiers sont présents chez ces patients. Il est donc indispensable de comprendre leurs répercussions sur les troubles du langage et de la communication (Ivanova & Hallowell, 2013). L'orthophoniste doit pouvoir déterminer en

particulier la présence de déficits sensoriels (auditifs ou visuels) et gnosiques dès l'anamnèse afin de choisir les outils adaptés. Aussi, les performances en mémoire, en attention, en inhibition et en flexibilité doivent être évaluées (Trauchessec, 2018).

2.3.2. Les outils existants

Afin de procéder aux évaluations décrites précédemment, des outils en langue française sont à disposition des cliniciens. On trouve des tests de première ligne dont les tests généraux permettent l'analyse sémiologique des aphasies vasculaires : Échelle d'évaluation de l'aphasie (HDAE, Mazaux & Orgogozo, 1982) d'après le Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE, Goodglass & Kaplan, 1972), Test pour l'examen de l'aphasie (Ducarne de Ribaucourt, 1989), Protocole Montréal Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT 86, Nespoulous, Lecours, Lafond, Lemay, Puel, Joannette, Cot, et Rascol, 1992), Bilan Informatisé d'Aphasie (BIA, Gatignol, Jutteau, Oudry, & Weill-Chounlamountry, 2012) et Batterie d'Évaluation Cognitive du Langage (BECLA, Macoir, Jean, & Gauthier, 2015). On note aussi la Batterie d'Évaluation des Troubles du Langage chez les patients Aphasiques adultes (BETLA, De Partz & Boisson, à paraître), en cours d'édition. À ces batteries générales, on ajoute le Language Screening Test (LAST, Flamand-Roze *et al.*, 2011) créé pour la phase aiguë.

Ensuite, il existe des tests de seconde ligne. On trouve ceux dévolus à l'étude des processus lexico-sémantiques représentant une grande part des tests ; les troubles lexicaux étant un déficit caractéristique de l'aphasie (Tran, 2018). Les principaux tests sont : Batterie d'examen des troubles en Dénomination (ExaDé, Bachy-Langedock, 1988), Épreuve de dénomination orale d'images (DO80, Deloche & Hannequin, 1997), Test pour le diagnostic des troubles lexicaux chez le patient aphasique (LEXIS, De Partz, Bilocq, de Wilde, Seron, & Pillon, 2001), Test de Dénomination de Verbes Lexicaux en images (DVL38, Hammelrath, 2001), Batterie Informatisée du Manque du Mot (BIMM, Gatignol & Marin-Curtoud, 2007), et Batterie d'évaluation des troubles lexicaux (BETL, Tran & Godefroy, 2015). On relève ceux évaluant la syntaxe : Batterie d'évaluation de la compréhension syntaxique (BCS, Caron, Le May, Bergeron, Bourgeois, & Fossard, 2015) et Test Informatisé de Compréhension Syntaxique en français (TICSf, Python, Bischof, Probst, & Laganaro, 2012). La Batterie de tests de compréhension orale en temps réel pour patients aphasiques (Butter Sovilla, Heim Correa, Clarke, & Grosjean, 2006) évalue le versant compréhension dans plusieurs domaines (phonologique, lexical, syntaxique). Il existe l'Examen des Dyslexies Acquises (EDA, Lemay, 1990). Le Test de Langage Elaboré (TLE, Rousseau & Dei Cas, 2012) est disponible.

Pour la communication, il existe : Échelle de Communication Verbale de Bordeaux (ECVB, Darrigrand, & Mazaux, 2000), Test Lillois de Communication (TLC, Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski, & Lefeuvre, 2000), Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication (MEC, Joannette, Ska, & Côté, 2004), Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication de Poche (MEC-P, Ferré, Lamelin, Côté, Ska, & Joannette, 2011), Échelle de Communication Multimodale en Images (EcoMim, Blaudeau-Guerrero, Crochet-Bénichou, & Gaudry, 2014).

Concernant les pathologies neurodégénératives, on relève le Test de Détection des Troubles du Langage chez l'Adulte et la personne Âgée (DTLA, Macoir *et al.*, 2017) pour un dépistage des troubles langagiers associés au vieillissement pathologique, la Batterie d'évaluation du langage dans les maladies neurodégénératives (GREMOTs, Bézy, Renard, & Pariente, 2016) évaluant les grands domaines langagiers et la Batterie d'Évaluation Cognitive des Connaissances Sémantiques (BECS-GRECO, Belliard, Moreau, & GRESEM, 2008).

3. Parcours de soin des patients aphasiques

L'évaluation du patient par l'orthophoniste diffère selon le stade de la maladie. Selon ce stade, le profil du patient n'est pas le même et le praticien intervient dans différents lieux.

3.1. L'évaluation au stade aigu

Tout d'abord, le professionnel peut évaluer le patient au stade aigu, phase initiale de la maladie. A ce stade, les troubles phasiques sont présents chez 20 à 50% des patients en post-AVC (Pagliarin, Ortiz, & Nespoulous, 2015). L'orthophoniste intervient en service hospitalier (ex. Unité Neurovasculaire). Il peut rencontrer divers tableaux selon la lésion et la récupération. En aigu, plusieurs phénomènes influencent cette dernière : la régression du diachisis (inhibition d'une région cérébrale à distance de la lésion), la diminution ou non de l'œdème entourant la lésion et la réorganisation cérébrale de réseaux neuronaux (Chomel-Guillaume *et al.*, 2010). Presque un patient sur deux voit ses performances s'améliorer en aigu (Inatomi *et al.*, 2008, cité par Flamand-Roze, Roze, & Denier, 2012), mais des séquelles restent présentes à distance de l'AVC (18 mois) pour environ 50% des patients (Pedersen *et al.*, 2004 cité par Flamand-Roze *et al.*, 2012). L'orthophoniste fait donc face aux contraintes liées au patient (ex. récupération, fatigabilité, troubles associés) mais prend aussi en compte les contraintes du lieu (ex. temps limité, au chevet du patient). L'évaluation doit être rapide et pose les bases d'un diagnostic (François-Guinaud, 2010). Elle est menée en s'attachant particulièrement à la compréhension (HAS, 2002), afin de savoir si le patient peut comprendre son trouble et pour que les intervenants s'adaptent à son niveau de compréhension.

3.2. L'évaluation en structure

Suite au service pour phase aiguë, le patient peut être reçu en Service de Soins de suite et Réadaptation (SSR), service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) ou Centre de Réadaptation et Rééducation Fonctionnelle (CRRF) selon son évolution (troubles et autonomie). On parle de phase de récupération. Comme vu précédemment, celle-ci dépend de la situation clinique. Elle peut aussi être due à une prise en charge précoce lors de l'hospitalisation. Toutefois, on note que les effets d'une telle prise en charge sont encore controversés du fait de l'hétérogénéité des cohortes de patients étudiés, des différents délais de prise en charge et des diversités de techniques de rééducation utilisées dans les études (Flamand-Roze *et al.*, 2012). L'orthophoniste rencontre donc le patient à un stade où l'aphasie a évolué et doit alors mener une évaluation standardisée si l'état du patient le permet (HAS, 2002). L'évaluation représente le départ d'une possible intervention (détermine des axes thérapeutiques) et s'inscrit dans un suivi pluridisciplinaire : neurologue, neuropsychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute (Kremer & Lederlé, 2012).

3.3. L'évaluation par un professionnel libéral

Quand le suivi en structure n'est pas ou plus nécessaire (ex. pas d'hémiplégie associée), le patient retourne sur son lieu de vie (ex. domicile). Il est mis en relation avec un orthophoniste libéral si nécessaire (François-Guinaud, 2010), qui mène une nouvelle évaluation. Selon l'autonomie et les troubles associés, elle se déroule au cabinet, à domicile, en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). Le praticien prend d'autant plus en compte l'entourage et les répercussions fonctionnelles.

4. Problématique et hypothèses

Ainsi, chaque évaluation en aphasiologie diffère selon le stade du patient et les professionnels (modalités d'exercice). Afin de comprendre en quoi elles diffèrent (ou non), ce mémoire propose un état des lieux des pratiques. Un autre mémoire, (A. Nguyen Van Tu, 2019) présente en parallèle un état des lieux des outils. La construction en commun, d'une grille de comparaison des tests permet d'évaluer les manques et besoins dans l'évaluation en aphasiologie, d'appréhender les outils existants et de comprendre leur utilisation en pratique.

L'état des lieux des pratiques est réalisé pour répondre à la question suivante : quelles sont les pratiques orthophoniques en aphasiologie, quelles composantes sont évaluées, comment et pourquoi ?

Ensuite, mon enquête a pour but de relever les besoins et manques des professionnels. Si un nouvel outil venait à être créé, elle en serait un préalable. Elle amène à se poser la question suivante : quelles sont les attentes des orthophonistes sur l'évaluation des patients aphasiques et comment un outil peut y répondre en regard des outils existants démontrant une validité ?

Ces interrogations m'amènent à poser les trois hypothèses suivantes :

- Les modalités d'évaluation sont différentes en fonction des stades de l'aphasie.
- Une évaluation adaptée en aigu n'est pas toujours possible du fait du peu d'outils spécifiques disponibles à cette phase et de la présentation clinique du patient.
- Les outils actuels étant peu adaptés (ancienneté et/ou validité de construit non justifiée), les professionnels rencontrent des difficultés dans leur évaluation.

Méthode

1. Population cible

La population ciblée par l'étude correspond à des orthophonistes exerçant en France Métropolitaine et dans les Départements et Territoires d'Outre-mer (DOM-TOM). Les critères d'inclusion étaient : exercer sur le territoire français, intervenir régulièrement auprès de patients adultes aphasiques, mener des évaluations dans ce cadre. Ce choix de population a été imposé par l'objet de l'enquête ; un état des lieux des pratiques demande de s'adresser à tous les praticiens concernés (Javeau, 1990). Concernant le recrutement, une lettre d'information (Annexe 3) a été envoyée par mail aux syndicats régionaux d'orthophonistes, aux orthophonistes enseignant l'aphasiologie au Département d'orthophonie de Lille, à des listes de diffusion d'orthophonistes intervenant en service hospitalier et centre de rééducation, aux orthophonistes auteurs d'articles dans la revue *Rééducation Orthophonique* sur les aphasies (Les aphasies – Tome I, 2018 ; Les aphasies – Tome II, 2018), à mes maîtres de stage, aux promotions des étudiants en orthophonie de Lille (transmission aux maîtres de stages) et sur des groupes orthophoniques de partage via les réseaux sociaux. Concernant les entretiens, il a été proposé aux répondants de m'envoyer un mail pour convenir d'un rendez-vous.

2. Matériel

2.1. Grille d'analyse des tests

Une revue de littérature sur l'historique de l'aphasiologie et les qualités métrologiques d'un outil d'évaluation a permis de mener un travail préalable sur les outils existants en commun avec A. Nguyen Van Tu. Nous avons ainsi élaboré une grille d'analyse à partir des tests généraux suivants : Échelle d'évaluation de l'aphasie (HDAE, Mazaux & Orgogozo, 1982) d'après le Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE, Goodglass & Kaplan, 1972), Test pour l'examen de l'aphasie (Ducarne de Ribaucourt, 1989), Protocole Montréal Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie (MT 86, Nespoulous, Lecours, Lafond, Lemay, Puel, Joannette, Cot, & Rascol, 1992), Bilan Informatisé d'Aphasie (BIA, Gatignol, Jutteau, Oudry, & Weill-Chounlamounry, 2012). Cette comparaison s'est appuyée sur les critères psychométriques et méthodologiques. Cela a permis de mieux connaître le contexte théorique de l'évaluation, de comprendre ce qui peut être attendu d'un outil. La grille est composée de deux parties : critères psychométriques et critères méthodologiques (Annexe 2). Elle a été utilisée dans le mémoire d'A. Nguyen Van Tu sur l'état des lieux des outils existant (2019).

2.2. Le questionnaire

Le but de l'enquête étant de réunir les pratiques des orthophonistes intervenant sur tout le territoire français, le terrain était étendu amenant à utiliser le questionnaire comme moyen d'enquête (Parizot, 2012). Ce dernier était un questionnaire d'administration directe ou auto-administration (l'enquêté remplit lui-même le questionnaire) en raison du nombre élevé de personnes à interroger et du nombre restreint d'enquêteurs (Javeau, 1990). La réalisation matérielle de ce questionnaire a demandé de prendre en compte plusieurs points : l'aspect financier (diffusion papier ou électronique), le temps (nécessité de dresser un planning) et les autorisations nécessaires (Javeau, 1990). Ainsi, le format du questionnaire en ligne a été choisi, cela permettant un gain financier et de temps. Concernant les autorisations, la lettre d'information indiquait aux futurs répondants les objectifs de l'enquête, l'anonymisation des données et le lien à suivre pour accéder au questionnaire.

2.3. L'entretien

Des entretiens ont été réalisés, pour compléter le questionnaire. Il a été choisi d'utiliser un entretien semi-directif qui permet d'orienter les interviewés vers des sujets précis tout en leur laissant une certaine liberté d'expression (Fenneteau, 2015). Cette démarche a été menée dans le but d'obtenir des informations complémentaires et de confirmer et interpréter au mieux les données statistiques (Dietrich, Loison, & Roupnel, 2012). Cette technique exploratoire d'approfondissement a été choisie afin de mieux comprendre certaines réponses au questionnaire. Les orthophonistes avaient la possibilité de se manifester par mail et ont été recontactés pour convenir d'un rendez-vous. Il est important que les individus soient comparables et que les entretiens respectent la règle d'homogénéité pour une analyse commune des données (Bardin, 2013). Ainsi, tous les professionnels concernés devaient avoir préalablement répondu au questionnaire et ont été entendus par téléphone.

3. Procédure

3.1. Création des moyens d'enquête

Le questionnaire (Annexe 4) a été conçu d'après mes lectures sur l'aphasie et son évaluation (De Partz & Poncelet, 2006 ; Chomel-Guillaume *et al.*, 2010 ; Trauchessec, 2018) ainsi qu'une recherche sur les enquêtes auprès des professionnels (Katz *et al.*, 2000 ; Deleuze, Ferré, Ansaldo, & Joannette, 2016) dans ce domaine. Pour une anonymisation (Annexe 1) sécurisée des données, il a été créé avec LimeSurvey. Il comportait plusieurs types de questions : questions fermées pour obtenir des renseignements factuels (ex. centre de formation) ou juger de la position sur un éventail de jugement (ex. fréquence de la présence du conjoint à l'anamnèse), questions ouvertes pour une expression libre (ex. comment choisissez-vous les outils utilisés ?) et questions semi-ouvertes pour limiter les réponses, en laissant la possibilité d'une réponse libre avec la modalité « autre » (Javeau, 1990). Il s'est divisé en cinq parties :

- Partie 1 « Caractéristiques professionnelles » : comportait quatre questions, et permettait de connaître le répondant (année de diplôme, centre de formation, conditions d'exercice) et les modalités de son intervention en aphasiologie.
- Partie 2 « Les modalités d'évaluation » : comportait sept questions et permettait de définir les conditions d'évaluation (lieu, temps, présence de tiers, obstacles éventuels)
- Partie 3 « Les compétences évaluées et les outils » : comportait dix-sept questions et permettait de savoir ce que les praticiens évaluent chez un patient, comment et pourquoi.
- Partie 4 « Formation continue » : comportait trois questions et permettait de connaître les formations continues existantes pour les orthophonistes et quelle influence celles-ci peuvent avoir sur la pratique.
- Partie 5 « Questions subsidiaires » : comportait deux questions et permettait aux enquêtés d'exprimer leurs attentes sur un nouvel outil et de s'exprimer sur leur pratique.

Le questionnaire comportait 33 questions, le nombre par répondant étant variable selon les réponses ; la présence de questions-filtres permettait de s'adapter aux caractéristiques du répondant (Parizot, 2012). A la fin du questionnaire, il était possible pour les praticiens de me notifier par mail s'ils étaient volontaires pour un entretien. Au préalable, le questionnaire a été soumis à trois orthophonistes (ne participant pas à l'enquête) pour vérifier la clarté des questions et connaître le temps de passation. Ce dernier a pu être indiqué aux participants (environ 20 minutes).

L'entretien a été construit suite au questionnaire. Il a été réalisé d'après un guide (Annexe 5). Le questionnaire servant d'enquête préalable, ce guide reprenait les questions. Les questions de relance ont été ajoutées d'après les réponses aux questions ouvertes et semi-ouvertes.

3.2. Diffusion du questionnaire et des entretiens

Le lien pour accéder au questionnaire en ligne a été inséré dans la lettre d'information. La diffusion a été lancée le 22 novembre 2018 et le questionnaire est resté en ligne jusqu'au 31 décembre 2018. Un mail de rappel a été envoyé le 07 décembre 2018. Les entretiens ont été réalisés auprès d'orthophonistes ayant pris contact suite au questionnaire, entre le 30 novembre et le 31 décembre 2018. Ils ont été recontactés pour convenir d'un rendez-vous le 28 janvier 2019. Les entretiens se sont déroulés entre le 01 février 2019 et le 09 mars 2019.

3.3. Analyse des réponses

Pour les réponses au questionnaire, une analyse statistique descriptive a été menée afin de présenter objectivement les résultats. Les réponses ont été transposées dans un tableau Excel. Les questions fermées ont été analysées quantitativement et les questions ouvertes qualitativement. Pour ces dernières, l'analyse par thème a été réalisée pour trouver les tendances dominantes (Bardin, 2013). La fréquence de ces tendances a permis de sélectionner les éléments de réponse récurrents et donc importants (Bardin, 2013) : fréquence supérieure à 5% ; $n > 8$. Les questions semi-ouvertes ont été traitées en combinant les deux analyses.

L'analyse des entretiens a demandé un travail de préparation : les réponses ont été retranscrites à l'écrit pour chaque entretien, puis, ont été rassemblées par thème. Chaque réponse a été numérotée par professionnel pour un alignement des corpus proposition par proposition (Bardin, 2013). Cela a permis une analyse thématique ; les données ont été catégorisées en horizontal (par groupe de question). Chaque unité correspondait à un thème, celui-ci étant l'unité d'analyse la plus adaptée pour les entretiens semi-directifs (Bardin, 2013).

Résultats

1. Présentation des professionnels

1.1. Généralités

Le nombre d'orthophonistes ayant répondu au questionnaire est de 146. Ils ont été diplômés entre 1972 et 2018. Concernant les centres de formation, les plus représentés sont la Belgique (21,23% ; $n = 31$), Paris (14,38% ; $n = 21$), Lille (13,70% ; $n = 20$) et Lyon (10,27% ; $n = 15$). Les autres centres sont représentés par moins de 10% des répondants. Seuls Limoges, Poitiers, Rouen et Strasbourg ne sont pas représentés. Les orthophonistes ayant participé aux entretiens, sont au nombre de 8. Ils ont été diplômés entre 1984 et 2016 à Besançon, Marseille, Nancy, Nantes, Nice, Tours ainsi qu'à l'Université Libre de Bruxelles.

1.2. Modalités d'exercice

1.2.1. Présentation

Les praticiens exercent dans diverses modalités comme le montre la Figure 1.

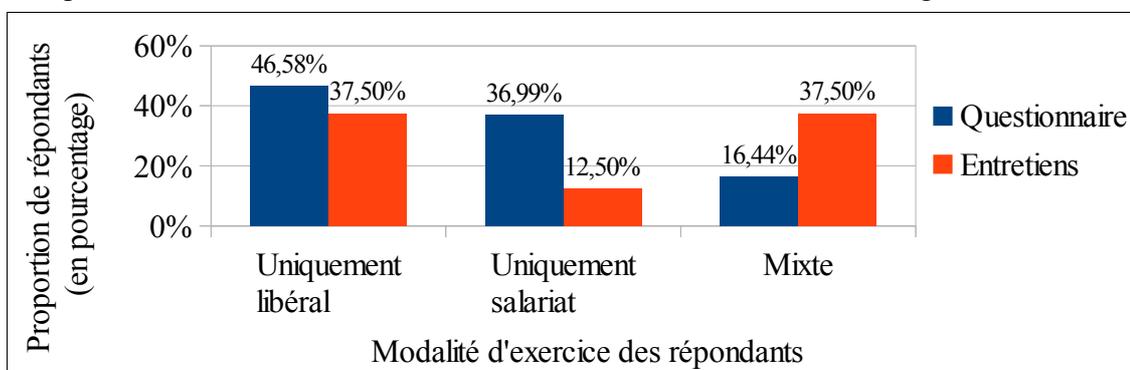


Figure 1. Proportion de répondants selon la modalité d'exercice.

Ces proportions rejoignent celles de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) recensant 25 607 orthophonistes en France en 2018

dont 81,18% de libéraux et mixtes et 18,82% de salariés. On retrouve divers secteurs d'activité chez les praticiens salariés : services hospitaliers (ex. Médecine Physique et Réadaptation, Unité Neurovasculaire), centres de rééducation (ex. Centre de Rééducation et Réadaptation fonctionnelle) ou encore Centre Mémoire Ressources Recherche (CMRR).

1.2.2. Lien avec l'évaluation

Ces praticiens évaluent des patients aphasiques dans différents lieux selon le mode d'exercice, comme le montre la Figure 2. Concernant les praticiens citant des lieux autres qu'un service ou le libéral, on retrouve les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), le domicile ou le centre mémoire.

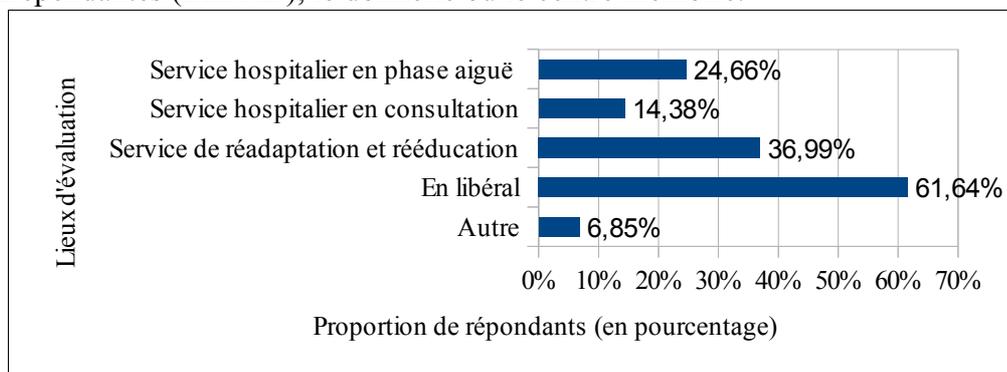


Figure 2. Proportion de répondants au questionnaire par lieux d'évaluation.

Pour les entretiens (n = 8), 25% (n = 2) des praticiens évaluent en UNV (phase aiguë), 62,5% (n = 5) en libéral et un évalue en UNV et en libéral (exercice mixte). L'évaluation débouche sur un suivi pour 75% (n = 6) d'entre eux, pour toutes les modalités. En libéral, ce suivi est sur du long terme. En outre, certains (37,5% ; n = 3) adaptent l'évaluation selon les résultats de l'hôpital et d'autres (37,5% ; n = 3) refont une évaluation complète systématique. En service hospitalier, tous les orthophonistes passent à la rééducation rapidement (suivi quotidien ou plusieurs fois par semaine) en particulier si le patient est mutique. Certains praticiens (ex. CMRR) peuvent mener une évaluation dans un but uniquement diagnostic.

2. Les modalités d'évaluation en aphasiologie

2.1. Les patients suivis

Les professionnels évaluent des patients à différents stades. Parmi les répondants au questionnaire, on retrouve les proportions suivantes, présentées dans la Figure 3.

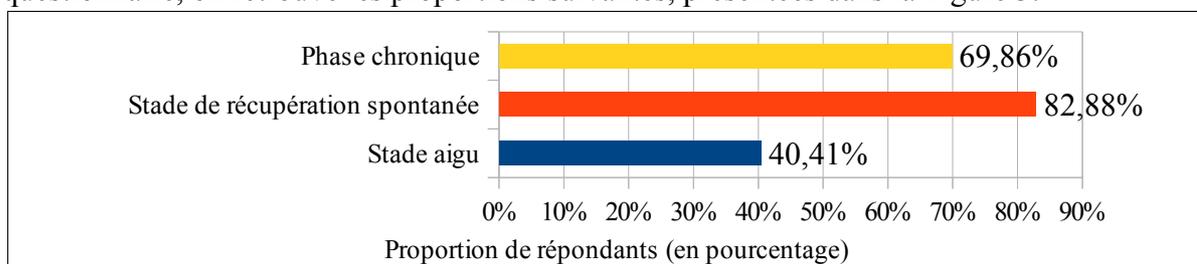


Figure 3. Proportions de praticiens rencontrant des patients à différents stades de l'aphasie.

Les professionnels évaluant des patients à plusieurs stades, ces pourcentages compilés dépassent les 100% (n = 146). Ainsi, parmi les répondants au questionnaire, 29,45% (n = 43) évaluent des patients aux trois stades et 32,19% (n = 47) évaluent à la fois des patients au stade de récupération spontanée et des patients au stade chronique. Concernant les entretiens, les praticiens libéraux rencontrent majoritairement des patients aux stades de récupération et

chronique. Les patients au stade de récupération sont aussi reçus en centre de rééducation. Tous les orthophonistes intervenant en service hospitalier et ayant participé aux entretiens (57,14% ; n = 4) rencontrent des patients au stade aigu. Ces derniers peuvent aussi être vus en libéral si le retour à domicile suit directement l'hospitalisation (peu de troubles moteurs ou patients âgés non prioritaires en centre de rééducation fonctionnelle). Enfin, lors des entretiens, 75% (n = 6) des praticiens indiquent suivre des patients présentant une aphasie suite à un accident vasculaire cérébral (AVC).

2.2. Les conditions d'évaluation

2.2.1. Le temps d'évaluation

La Figure 4 montre que les répondants au questionnaire (n = 146) réalisent souvent leur évaluation en deux fois voire plus de deux fois. En revanche, ils la réalisent rarement voire jamais en une fois. Lorsque c'est le cas, il s'agit d'une évaluation en aigu en UNV.

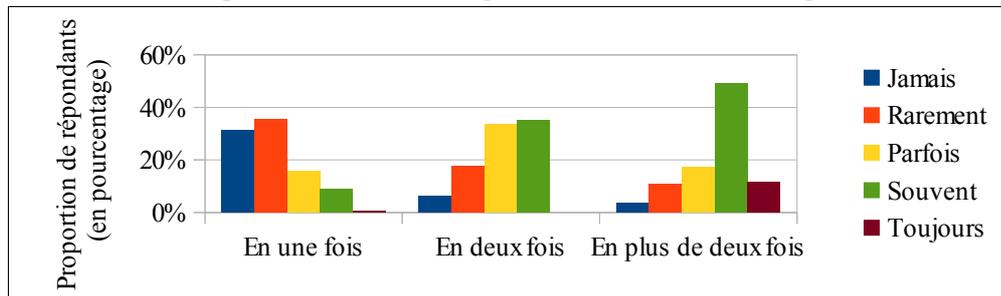


Figure 4. Proportion de répondants en fonction du nombre de sessions d'évaluation.

En entretien, les professionnels indiquent que l'évaluation dure entre 1h et 2h en libéral et entre 15 et 45 minutes à l'hôpital (variable selon les praticiens). L'évaluation est réalisée en plusieurs fois pour les raisons suivantes. Cela peut être lié à la présentation clinique du patient : fatigabilité, état général, sévérité de l'aphasie, type d'aphasie et compétences préservées. Ainsi, un praticien en libéral explique réaliser son évaluation en deux voire trois fois mais peut la mener en une fois en cas de troubles sévères. Le nombre de sessions peut aussi être lié à la taille de la batterie utilisée et au lieu d'évaluation : des réponses au questionnaire évoquent des « tests longs ». Lors d'un entretien, un professionnel explique que selon son emploi du temps, il mène l'évaluation sur un créneau d'1h30 ou divise en plusieurs sessions.

Enfin, des professionnels expliquent que le nombre de sessions dépend des premiers résultats et des objectifs d'évaluation. Certains expliquent qu'au vu des premiers résultats, ils ajoutent des épreuves pour approfondir et réalisent l'évaluation en plus de temps ou réduisent le nombre d'épreuves prévues si le patient est trop en échec. De même, en UNV, l'évaluation est rapide, l'objectif étant de passer à la rééducation au plus vite (ex. volonté de mettre en place une communication alternative pour exprimer le « oui/non »).

2.2.2. Le lieu d'évaluation

Concernant le lieu d'évaluation, les réponses font ressortir les tendances suivantes :

- Au sein du cabinet libéral : 30,82% (n = 45)
- Au domicile du patient : 15,75% (n = 23). Les praticiens concernés exercent en libéral.
- Au chevet du patient : 16,44% (n = 24). Lors des entretiens, on note que l'évaluation en service hospitalier pour phase aiguë, se déroule toujours au chevet du patient.
- Dans la chambre du patient (EHPAD, FAM) : 9,59% (n = 14)
- Dans un bureau (structure médicale ou service hospitalier) : 19,86% (n = 29)

2.2.3. La présence d'un tiers

Les praticiens ont été interrogés sur la présence d'un tiers lors des étapes de l'évaluation. Les Figures 5, 6 et 7 résument ces données selon l'étape d'évaluation et le tiers concerné.

Lors de l'anamnèse, le patient est souvent seul avec le thérapeute. Le conjoint et les enfants sont parfois présents. D'autres personnes de l'entourage sont rarement voire jamais présentes. Enfin, on retient qu'un autre soignant n'est jamais présent à cette étape.

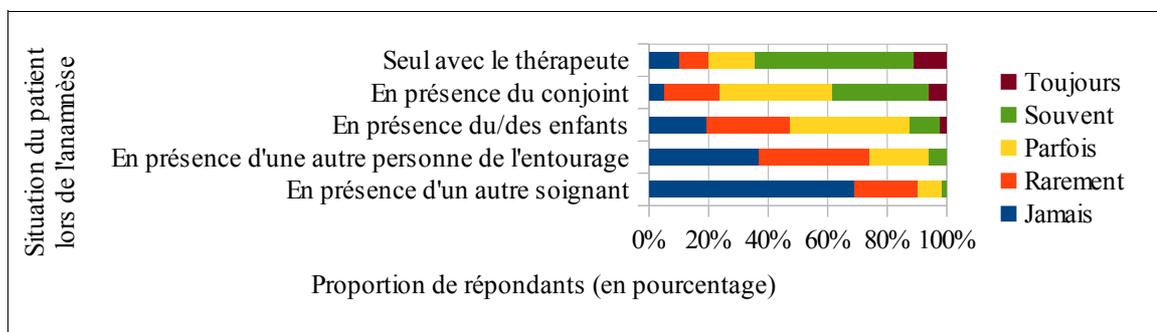


Figure 5. Fréquences de la présence d'un tiers lors de l'anamnèse, rapportées par les répondants.

Durant les épreuves, le patient est souvent voire toujours seul avec le thérapeute (pourcentages entre 40% et 50%). Les autres tiers (conjoint, enfant(s), autre entourage, autre soignant) sont rarement voire jamais présents (pourcentages entre 18% et 68%). Un orthophoniste explique qu'il est demandé au conjoint de ne pas intervenir et de rester en recul.

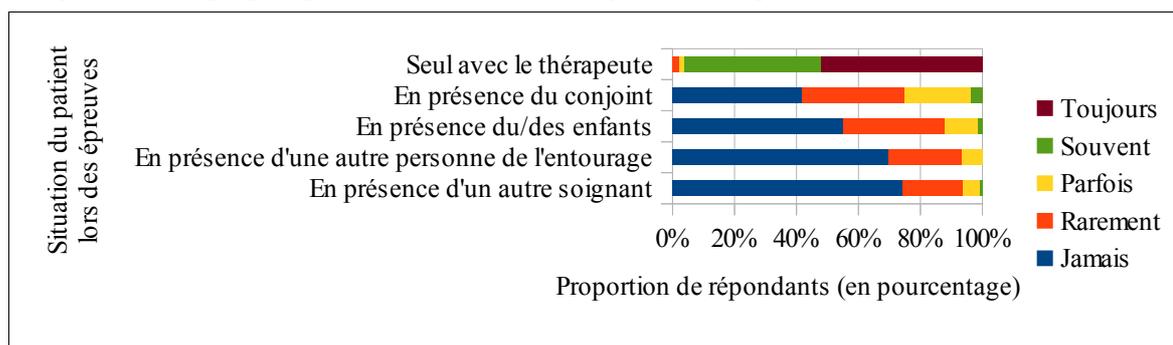


Figure 6. Fréquences de la présence d'un tiers lors des épreuves, rapportées par les répondants.

Enfin, concernant la restitution des résultats, le patient est majoritairement seul avec le thérapeute. Cependant on note la présence fréquente du conjoint. Le(s) enfant(s) est/sont parfois présent(s). D'autres personnes de l'entourage ou d'autres soignants ne sont rarement voire jamais présents. Une professionnelle évoque en entretien l'importance de la présence du conjoint et/ou des enfants à cette étape pour donner des informations sur le bilan et la prise en charge. Une autre explique l'importance d'acter le projet thérapeutique avec la famille.

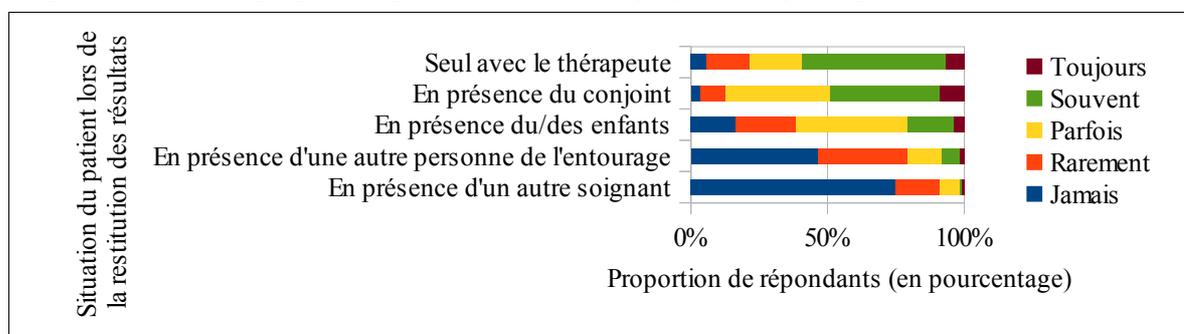


Figure 7. Fréquences de la présence d'un tiers lors des résultats, rapportées par les répondants.

Grâce aux entretiens, on remarque que la présence d'un tiers est aussi dépendante des modalités d'exercice. En libéral, les praticiens évoquent la présence de la famille a minima à

l'anamnèse et lors de la restitution des résultats (ce sont souvent eux qui prennent contact). En revanche, en service hospitalier, la présence des familles est dépendante des horaires de visite et des horaires de l'orthophoniste. En centre de rééducation, la famille peut être présente lors des résultats ou de la rééducation.

2.3. Les obstacles rencontrés

Pour 49,32% (n = 72) des participants au questionnaire, il existe des difficultés lors de l'évaluation : 70 ont donné une explication. Parmi elles (pourcentages calculés sur les 70 répondants) on relève quatre tendances. Les proportions sont relevées dans le Tableau 1.

Tableau 1. Pourcentages de répondants selon le type d'obstacle évoqué.

Obstacles liés à la langue (bilinguisme ou « <i>barrière de la langue</i> »)	17,14% (n = 12)
Obstacles liés à la présentation clinique du patient.	58,6% (n = 41)
Obstacles liés aux outils	32,9% (n = 23)
Obstacles liés aux conditions d'exercice	30% (n = 21)

Les obstacles liés à la présentation clinique du patient, sont principalement expliqués par :

- la fatigabilité (particulièrement au stade aigu),
- la présence de troubles associés (en particulier visuels et auditifs),
- le manque d'informations sur le patient (patient seul, absence des familles),
- la présence de troubles de la compréhension.

Concernant les obstacles liés aux outils, sont cités :

- les normes trop anciennes,
- le manque de sensibilité,
- des épreuves trop longues,
- le manque d'épreuves dans certains domaines,
- la qualité des images (ex. « *non attrayantes* », « *désuètes* », « *trop de noir et blanc* »).

Ainsi, un orthophoniste cite le manque de sensibilité sur la chronométrie dans les outils existants. On note aussi le manque d'épreuves adaptées à la phase aiguë. Les orthophonistes expliquent devoir aller vite et manquer d'épreuves écologiques pour faire ressortir des résultats pertinents. En outre, les orthophonistes citent des obstacles liés au lieu d'évaluation :

- départ du patient pour un autre examen
- interruption de l'évaluation pour un autre soin (exercice salariat)
- installation inadaptée du patient (ex. en cas de protocole AVC)
- présence de distraction (ex. à domicile)
- mauvaises conditions matérielles (ex. « peu de dotations pour les outils »).

Ces réponses concernent principalement les orthophonistes à l'hôpital (20 réponses sur 24). Parmi les libéraux, sont cités les distractions nombreuses au domicile ou l'incompatibilité entre l'emploi du temps en libéral et une prise en charge intensive.

3. Les composantes évaluées et les outils

3.1. Les composantes

3.1.1. Les composantes évaluées

Les composantes évaluées, sont citées par 60,27% (n = 88) des praticiens. Les quatre pôles du langage sont évalués systématiquement. Les participants détaillent alors par épreuves

ou unités langagières (ex. compréhension orale de mots ou production écrite de phrases). Les transpositions sont citées pour 16,44% (n = 24) des répondants, avec principalement la répétition (13,01% ; n = 19) et la lecture (11,64% ; n = 17).

Viennent ensuite les aspects communicationnels pour 19,86% (n = 29) des praticiens. On note alors que 10,96% (n = 16) des répondants citent la « *communication* » et 5,48% les aspects pragmatiques. On retrouve ensuite la communication non verbale ou « *l'élan à l'interaction* » (< 5% ; n < 8). Sont aussi citées d'autres composantes cognitives :

- les aspects mnésiques (13,70% ; n = 20),
- les fonctions exécutives (10,96% ; n = 16),
- les gnosies visuelles et le traitement neurovisuel (8,22% ; n = 12),
- les aspects attentionnels (5,48% ; n = 8).

Enfin, la cognition mathématique est citée chez 6,16% (n = 9) des répondants.

On note que le choix des composantes dépend de la présentation clinique du patient et de la situation pour 13,70% (n = 20) des répondants (ex. « *selon le patient* », « *si besoin* »). Un orthophoniste explique mener une évaluation moins formelle chez des patients avec un faible niveau socio-culturel (NSC) pour diminuer l'impact de l'échec. Il évalue certains aspects (ex. langage écrit, langage élaboré) en séance. Des praticiens expliquent essayer d'avoir accès à un bilan neuropsychologique (ou de le conseiller au patient) pour prendre en compte les possibles troubles des fonctions exécutives.

3.1.2. Les composantes difficilement évaluables

Certaines composantes sont difficiles à évaluer pour 36,30% (n = 53) des praticiens. Le manque d'outils est l'explication donnée pour 52% des composantes citées (13/25).

Ainsi, 13,70% (n = 20) éprouvent des difficultés à évaluer la compréhension. Si la moitié de ces répondants ne spécifie pas quel domaine en compréhension, on retrouve tout de même, la compréhension syntaxique, la compréhension écrite, la compréhension orale et la compréhension non verbale (compréhension des gestes, des mimiques). Lors des entretiens, cette composante est aussi citée par 5 orthophonistes (sur 8). Pour certains, cette difficulté est due à un manque d'outils ou à des outils peu adaptés. Pour d'autres, il existe un manque d'écologie dans les outils existants. Un orthophoniste explique que selon lui l'évaluation de la compréhension est donc « *faussée* ». Parmi les réponses, on note aussi que la présence de troubles associés (ex. attentionnel) rend l'évaluation de la compréhension difficile.

D'autres composantes sont citées en plus faibles proportions (< 5% ; n < 8). Ainsi, le langage écrit est plus difficile à évaluer pour 4,11% (n = 6). Pour certains, cela est dû à l'état du patient et ses troubles associés (ex. « *déficit moteur* », « *niveau du patient* »). Lors d'un entretien, une orthophoniste explique que pour les patients avec un niveau plus élevé, les épreuves de langage écrit ne sont pas assez « *poussées* » et que certains effets ne peuvent être évalués (ex. effet de longueur, effet de complexité).

Enfin, 3,42% (n = 5) indiquent que la communication est difficilement évaluable. Selon les praticiens, cela est dû à la part de subjectivité dans l'évaluation de cette composante. D'autres citent le langage « *en contexte* ». La raison principalement donnée est le manque d'écologie d'une situation d'évaluation (ne reflète pas le langage au quotidien). On retrouve aussi les aspects praxiques (praxies bucco-linguo-faciales et aspects dysarthriques), le discours, la syntaxe et le calcul. Enfin, des composantes non langagières sont évoquées : attention (3,42% ; n = 5), fonctions exécutives (3,42% ; n = 5) et mémoire.

3.2. Les outils

3.2.1. Les outils utilisés

Les Tableaux 2 et 3 reprennent les outils cités et la proportion de praticiens les utilisant. Lorsqu'un outil est cité par un à huit répondants seulement (< 5%), il n'a pas été relevé.

Tableau 2. Pourcentage de répondants utilisant des batteries générales.

Outil utilisé	Pourcentage de répondants
MT86	46,58% (n = 68)
BDAE	29,45% (n = 43)
BIA	14,38% (n = 21)

Tableau 3. Pourcentage de répondants utilisant des batteries spécifiques.

Composante évaluée	Outil utilisé	Pourcentage de répondants
Capacités lexicales	DO80	23,97% (n = 35)
	LEXIS	14,38% (n = 21)
	BETL	13,70% (n = 20)
Capacités de communication	Protocole MEC	10,96% (n = 16)
Langage élaboré	TLE	10,27% (n = 15)
Connaissances sémantiques	BECS-GRECO	6,16% (n = 9)

On note que 8,22% (n = 12) des praticiens utilisent un « bilan maison ». Ceux-ci interviennent tous en phase aiguë. Un orthophoniste (en UNV) détaille ce bilan : questions absurdes évaluant la présence et l'efficacité du « oui/non », état civil (oral puis écrit), dénomination d'objets courants de la vie quotidienne. Les autres tests cités, utilisés par moins de 5% (n < 8) des répondants, évaluent le langage, la communication, la cognition mathématique et la dysarthrie. On relève aussi des outils pour un public enfant et adolescent et des tests évaluant d'autres fonctions cognitives. Tous les outils cités sont en Annexe 6.

La question sur les outils utilisés indiquait les fréquences : systématiquement, régulièrement, occasionnellement. Les réponses suivantes ont été acceptées : toujours (pour systématiquement), souvent (pour régulièrement), rarement, très peu, parfois, ponctuellement (pour occasionnellement). Le Tableau 4 montre quels outils sont utilisés systématiquement.

Tableau 4. Pourcentage de répondants utilisant systématiquement un test.

Outil utilisé	Pourcentage de répondants
MT 86	19,18% (n = 28)
BDAE	7,53% (n = 11)

On note qu'il s'agit principalement de batteries générales. Concernant les tests spécifiques, leur utilisation systématique est en proportions faibles (< 5% ; n < 8). Le Tableau 5 relève les tests utilisés régulièrement par les répondants. On retrouve principalement deux batteries générales et deux tests de seconde ligne : le DO80 et la BETL.

Tableau 5. Pourcentage de répondants utilisant régulièrement un test.

Outil utilisé	Pourcentage de répondants l'utilisant régulièrement
MT 86	15,75% (n = 23)
BDAE	11,64% (n = 17)
DO80	10,27% (n = 15)
BETL	6,16% (n = 9)

Concernant la MT86, on note que 41,18% de ses utilisateurs l'utilisent systématiquement et 33,82% régulièrement. Pour la BDAE, 39,53% de ses utilisateurs l'utilisent régulièrement et 25,58% systématiquement.

D'autres tests sont cités, mais leur utilisation régulière est en proportions faibles (< 5% ; n < 8). Concernant l'utilisation occasionnelle d'outils, un seul résultat est supérieur à 5% : la BIA est utilisée occasionnellement par 6,16% (n = 9) des participants.

Les outils sont choisis selon quatre catégories de critères : patient, modalité d'exercice, habitudes cliniques, caractéristiques des tests. Les choix sont d'abord liés à la présentation clinique du patient (41,10% ; n = 60). Le Tableau 6 expose les principales explications :

Tableau 6. Proportions de répondants choisissant un test selon le patient.

Critère de choix	Pourcentage de répondants
Éléments relevés lors de l'anamnèse	8,90% (n = 13)
État général du patient	7,53% (n = 11)
Type d'aphasie	7,53% (n = 11)
Plainte	6,85% (n = 10)

D'autres critères liés à la présentation clinique du patient sont cités en proportions plus faibles comme la sévérité des troubles, la fatigabilité, les troubles associés, le niveau socioculturel ou l'âge. Un praticien explique en entretien, utiliser un test différent selon l'atteinte (si « moins atteint » utilisation de la BIA version courte, si « plus atteint » utilisation du M1 Alpha).

Ensuite, certains praticiens font leur choix selon leur modalité d'exercice (14,38% ; n = 21). La « disponibilité de/des outils » (dans le cabinet ou la structure) concerne 6,16% (n = 9) des répondants. D'autres critères sont cités (par deux voire trois participants) : « temps », « demande du médecin », « lieu ». Concernant le lieu, un praticien évoque la difficulté d'apporter certains outils à domicile (« la MT86 est plus facile à emmener »).

De plus, le choix peut être lié au praticien lui-même (10,27% ; n = 15). Il est ainsi justifié par l'expérience avec les outils par 6,85% (n = 10) des répondants. La moitié d'entre eux cite une utilisation en stage ou une présentation durant les études.

Enfin, 6,16% (n = 9) des orthophonistes évoquent les caractéristiques des tests. Ces différentes caractéristiques sont évoquées en faibles proportions (< 5% ; n < 8). On retrouve :

- les critères psychométriques : « validité », « spécificité », « fiabilité des normes »,
- la forme de l'outil : « rapidité de passation »,
- les caractéristiques des items : « bonne distribution des items en termes de fréquence et de longueur » de la BETL ; « des mots, des non-mots et des phrases » dans la BIA ; « vocabulaire plus poussé » et « le contrôle de la fréquence des mots » dans la LEXIS.

3.2.2. L'usage des outils

La Figure 8 reprend les proportions de répondants selon leur usage des tests. On note qu'un plus grand nombre d'orthophonistes utilise des épreuves issues de différents outils.

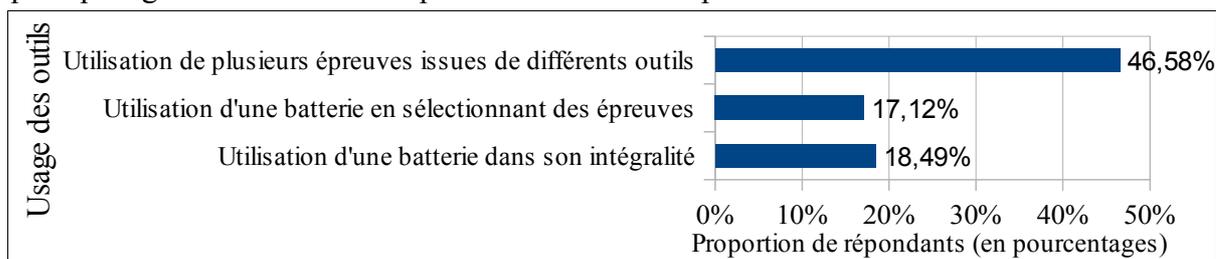


Figure 8. Proportion de répondants selon l'usage des outils

Lorsque les praticiens utilisent une batterie en sélectionnant des épreuves, l'explication la plus donnée est la longueur de passation (7,53% ; n = 11). On note que celle-ci représente un obstacle en phase aiguë. De même, certains orthophonistes citent le manque de pertinence de certaines épreuves (ex. « *Certaines épreuves de discours sont peu écologiques* »). Lorsqu'ils choisissent les épreuves, le choix est aussi opéré selon le degré de fatigabilité du patient, la gravité de l'atteinte et les observations cliniques. Le mutisme est donné pour exemple : « *Si le patient est mutique [...] pas la peine de faire les épreuves nécessitant la parole* ». Enfin, certains praticiens sélectionnent des épreuves selon l'objectif du bilan (ex. en aigu : « *volonté d'aller à l'essentiel* »).

Parmi les praticiens utilisant des épreuves issues de divers tests, le choix est lié à la présentation clinique du patient, aux outils ou à l'objectif d'évaluation. Le Tableau 7 expose les réponses données.

Tableau 7. Proportions de répondants selon les critères de choix d'épreuve.

Critère de choix	Pourcentage de répondants
Choix lié à la présentation clinique du patient	
Composante ciblée	6,85% (n = 10)
Trouble (« <i>sévérité</i> », « <i>nature</i> », « <i>intensité</i> »)	4,11% (n = 6)
Choix lié aux outils	
Durée de passation	7,53% (n = 11)
Pertinence des items (« <i>fréquence d'usage</i> », « <i>nombre</i> »)	5,48% (n = 8)
Volonté de compléter la batterie initiale	4,11% (n = 6)
Choix lié à l'objectif du bilan (ex. « <i>va sortir de l'hôpital rapidement</i> »).	2% (n = 3)

L'ordre des épreuves diffère selon les praticiens, comme le montre la Figure 9.

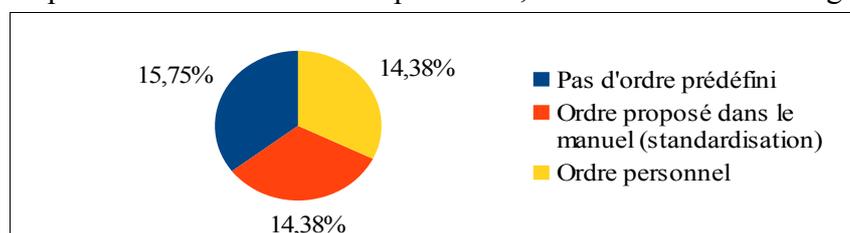


Figure 9. Pourcentages de praticiens selon l'ordre proposé.

Pour les participants ne proposant pas un ordre défini, on retrouve autant de libéraux que de salariés et les trois stades de la maladie sont rencontrés. 8,90% (n = 13) expliquent que l'ordre dépend du patient. Pour les praticiens respectant la standardisation, 57,14% (n = 12) exercent en libéral et rencontrent des patients au stade de récupération ou au stade chronique.

Parmi les professionnels proposant un ordre personnel, on retrouve les tendances suivantes :

- La dénomination (13,70% ; n = 20) : évaluée à tous les stades.
 - Elle est évaluée en premier par 4,79% (n = 7) des professionnels.
 - Elle est la deuxième ou troisième épreuve pour 6,85% (n = 10) de praticiens.
- Le langage spontané (5,48% ; n = 8) : toujours cité dans les quatre premières épreuves.
- La description d'image (3,42% ; n = 5) : toujours citée en début de bilan.
- Les épreuves de compréhension : 6,85% (n = 10) les proposent en début de bilan.
- Les épreuves de langage écrit : toujours citées comme étant utilisées en fin de bilan.
- Les épreuves de transpositions : ordre variable selon les réponses.
- 13,01% (n = 19) des répondants évaluent le langage oral avant le langage écrit
- 8,22% (n = 12) évaluent l'expression orale avant la compréhension orale

3.2.3. La place des outils dans le suivi

On note que 39,04% (n = 57) des praticiens ne changent pas d'outils avec le suivi mais 21,23% (n = 31) le font. Les professionnels s'adaptent à l'évolution du patient. Ainsi, lors du suivi certains ajoutent des épreuves complémentaires et augmentent la complexité ou effectuent une évaluation similaire avec moins d'épreuves. D'autres changent d'outils pour éviter l'effet test-retest ou gardent les mêmes pour « avoir une idée de la progression ». Enfin, en entretien, des orthophonistes citent l'utilisation de lignes de base pour voir si l'évolution est présente. Le Tableau 8 expose les outils cités en cas de changement dans le suivi.

Tableau 8. Outils cités selon le type de bilan.

Type de bilan	Outils
Bilan initial	MT86, BDAE, BETL, Lexis, BECS
Bilan de renouvellement	MT86, MEC, BETL, Lexis, TLE, BECS, ECBV, TLC, ECOMIM

3.2.4. Le cas des outils informatisés

On note que 28,77% (n = 42) des participants au questionnaire utilisent des outils informatisés et une grande partie note des différences d'usage. Les résultats exposent des différences liées au lieu ; l'outil informatisé est seulement utilisable au cabinet, n'est pas utilisable en chambre, au chevet du patient. Ensuite, l'usage diffère selon les patients ; certains praticiens changent de type d'outil (informatisé ou non) selon la phase de la maladie, d'autres utilisent moins d'outils informatisés en présence de troubles associés (en particulier neurovisuels) et avec des patients âgés. Le Tableau 9 relève les avantages et inconvénients de ces outils cités dans les réponses.

Tableau 9. Avantages et inconvénients des tests informatisés selon les professionnels.

Avantages	Inconvénients
Facilité de cotation et de calcul des résultats	Présence de problèmes informatiques
Gain de temps	Patients qui peuvent voir la cotation sur le clavier
Présence d'épreuves chronométrées	Impossibilité de revenir en arrière
Praticité liée à la rédaction du compte-rendu	Pas systématiquement d'ordinateur à disposition
	Peu de praticité en hôpital (patient souvent allongé)

4. La formation continue des professionnels

4.1. Quelle formation continue pour les orthophonistes ?

30,14% (n = 44) des répondants ont suivi des formations en aphasiologie. Le Tableau 10 résume leurs réponses.

Tableau 10. Pourcentage de répondants selon le type de formation continue.

Type de formation	Répondants
Sessions de formation	22,60% (n = 33)
Diplôme Universitaire en neuropsychologie	4,11% (n = 6)
Participation à des événements (ex. Événements de la Société de Neuropsychologie en Langue Française)	< 5% (n < 8)
Suivi de la littérature (ex. abonnement à la revue « <i>Aphasiology</i> »)	< 5% (n < 8)

Pour les thèmes, sont citées des méthodes de rééducation (ex. Thérapie Mélodique et Rythmée) et « *les aphasies* » (classifications et sémiologie). Parmi les professionnels s'intéressant à la littérature, trois enseignent en orthophonie.

4.2. Influence sur les pratiques

21,92% (n = 32) des répondants ont modifié leurs pratiques suite à une formation. 6,16% (n = 9) des orthophonistes l'ont modifiée sur le plan rééducatif, et 15,75% (n = 23) en évaluation. Pour cet aspect on retrouve les réponses suivantes : évaluation d'autres fonctions cognitives, utilisation de la BETL, appui sur des modèles théoriques, mise en place d'une trame d'évaluation plus précise. 6,16% (n = 9) des praticiens n'ont pas modifié leur pratique. Un orthophoniste précise que les formations permettent seulement d'actualiser les connaissances théoriques. Un autre explique que cela permet de connaître des outils mais que les objectifs sous-jacents restent les mêmes.

4.3. La pratique fondée sur les preuves

Lors des entretiens, il a été demandé aux orthophonistes s'ils connaissaient la pratique fondée sur les preuves ou Evidence Based Practice (EBP). 62,5% (n = 5) la connaissent et 50% (n = 4) l'utilisent. Une orthophoniste en a entendu parler lors d'une formation, une autre dans ses propres recherches et deux parce qu'elles enseignent dans des centres de formation en orthophonie. Parmi ceux qui l'utilisent, trois précisent qu'ils ne le font pas « *dans les règles* ». Trois autres précisent l'utiliser particulièrement lors de la création de lignes de base. Enfin, une professionnelle connaissant l'EBP ne l'utilise pas, ne se sentant « *pas outillée* ».

5. Les attentes des professionnels

5.1. La forme d'un nouvel outil

Les professionnels ont des attentes sur la forme d'un potentiel outil. Ils souhaitent avoir à disposition un outil composé de plusieurs versions pour s'adapter au stade (5,46% ; n = 8) ainsi qu'un outil facile de passation (9,59% ; n = 14) proposant une cotation claire et pratique (5,46% ; n = 8). Ces attentes concernent toutes les modalités d'exercice. On note que les orthophonistes intervenant en service hospitalier ou en centre de rééducation souhaitent un test rapide (12,32% ; n = 18) sous la forme papier-crayon. En revanche, la forme informatisée est préférée en libéral (7,53% ; n = 11).

5.2. Le contenu d'un futur outil

Les orthophonistes désirent un outil complet (10,27% ; n = 15), leur permettant d'utiliser une seule batterie pour leur évaluation. De plus, à tous les stades, une évaluation plus fine de la compréhension est souhaitée par les professionnels (4,11% ; n = 11) ; on note une volonté d'évaluer le patient en situation et d'obtenir des résultats pertinents vis-à-vis de son quotidien. De même, l'évaluation des fonctions cognitives associées est attendue (8,90% ; n = 13). Certains praticiens évoquent des attentes quant aux contenus des épreuves :

- à propos des items (5,46% ; n = 8) avec par exemple : « *nombre de distracteurs raisonnable* », « *plus de recours aux pseudo-mots et aux logatomes* ».
- à propos des supports imagés (4,79% ; n = 7) avec par exemple : « *grande taille* », « *en couleur pour apporter des informations sémantiques supplémentaires* ».

5.3. Les qualités métrologiques d'un futur outil

Les qualités métrologiques d'un potentiel outil sont peu citées. On note tout de même, la volonté de normes fiables (14,38% ; n = 21) ; autrement dit, la présence d'un échantillon conséquent (< 100) et des normes explicitées. On retrouve d'autres attentes en proportions plus faibles (< 5% ; n < 8) : meilleure sensibilité, étalonnage dans les territoires d'outre-mer.

5.4. La diffusion d'un futur outil

Des réponses concernent la diffusion (2,05% ; n = 3). Les praticiens souhaitent voir un nouvel outil diffusé dans la communauté orthophonique. De plus, certains (en structure) aimeraient que les professionnels exerçant avec eux, connaissent l'outil (ses différentes épreuves, ses scores, le lexique employé).

Discussion

1. Principaux résultats et validation des hypothèses

L'objectif premier de l'enquête était de connaître les pratiques d'évaluation en aphasiologie, afin de savoir comment les professionnels évaluent les patients, quelles composantes sont évaluées, quand et pourquoi. On note que les participants à l'enquête sont représentatifs des différentes modalités d'exercice en aphasiologie. Les patients rencontrés sont majoritairement au stade de récupération spontanée ; les orthophonistes sont donc plus sollicités à ce stade.

La première hypothèse était que les modalités différaient selon les stades. Elle est partiellement vérifiée (peu de différences significatives entre récupération et chronique) comme le montre le Tableau 11.

Tableau 11. Différences de modalités d'évaluation selon les stades.

Stade aigu	Stade de récupération et stade chronique
L'évaluation est courte : entre 15 et 45 minutes L'évaluation se déroule au chevet du patient Le patient est seul avec le thérapeute.	L'évaluation dure plus longtemps : entre 1h et 2h. L'évaluation se déroule majoritairement en libéral La famille peut être présente lors de l'anamnèse et/ou de la restitution des résultats.

Ainsi, aux stades de récupération et chronique, les professionnels évaluent plus de composantes et peuvent prendre en compte l'entourage. Cependant, au stade aigu, l'entourage est moins pris en compte et l'évaluation est rapide. Des épreuves différentes sont nécessaires.

La deuxième hypothèse, était que l'évaluation en phase aiguë n'était pas toujours possible compte tenu de la présentation clinique du patient et/ou des outils à disposition. Cette hypothèse est vérifiée. Les patients sont souvent fatigables et peuvent présenter des troubles sévères, ne permettant pas une évaluation longue et approfondie. De plus, une grande partie des professionnels utilisent un bilan "maison" pour pallier le manque d'outil. Actuellement, le LAST est disponible mais n'évalue que la modalité orale, ne permettant pas de se rendre compte des performances écrites, modalité pouvant être utilisée par le patient pour communiquer (ex. mutisme avec modalité écrite préservée). De même, la version courte du TICSf n'évalue que la compréhension syntaxique et la version courte de la BIA est informatisée posant un problème matériel au chevet du patient. Les autres outils sont trop longs pour une évaluation devant être rapide. Un nouvel outil pour cette phase est nécessaire.

La dernière hypothèse était : les outils actuels étant peu adaptés (ancienneté et/ou validité de construit non justifiées), les professionnels rencontrent des difficultés dans leur évaluation. Cette hypothèse n'est pas vérifiée. En effet, les difficultés relèvent :

- D'un aspect patient-dépendant : les choix des professionnels sont justifiés par l'état du patient et les troubles apparents ; tous les praticiens ne cherchent pas à vérifier la validité de construit des outils qu'ils utilisent mais plutôt à vérifier si la forme et le contenu de l'outil correspondent à leur patient.
 - Le DO80 est très utilisé or sa validité de construit est peu justifiée. La BDAE est fréquemment citée or elle s'appuie sur des modèles théoriques obsolètes (théorie des trois articulations).
 - Les professionnels utilisent des épreuves issues de divers tests pour leur contenu.
- D'un manque de communication autour des outils :
 - Les praticiens expriment un manque d'outils (surtout pour la compréhension et le langage écrit) ce qui est problématique au vu du nombre de tests existants.
 - Parmi les outils cités, ceux concernant spécifiquement la compréhension (TICSf, BCS, Batterie des tests de compréhension orale en temps réel) et le langage écrit (EDA) n'apparaissent pas alors qu'ils sont disponibles.
 - Le constat sur l'ordre des épreuves montre que peu de praticiens suivent la standardisation, s'informant peu sur la fidélité, nécessaire à une bonne évaluation.

La formation continue influence les pratiques ; y aborder l'importance des critères psychométriques et les outils existants semble nécessaire pour pallier ce problème.

2. Caractéristiques attendues pour un nouvel outil

Le deuxième objectif de ce travail était de relever les attentes et besoins des professionnels face à un nouvel outil. Ainsi, sont exposées dans cette partie les caractéristiques d'un futur outil pouvant répondre aux réalités cliniques. Ces données sont mises en regard des outils existants, détaillées dans un autre mémoire (A. Nguyen Van Tu).

2.1. Forme de l'outil

2.1.1. Un outil en plusieurs versions

Afin de s'adapter au patient, mais aussi aux conditions d'exercice le test pourrait avoir deux versions. Une version courte serait proposée en initial, rapide de passation et donnant un aperçu des performances du patient dans plusieurs modalités. Une version plus longue comportant plus d'épreuves et plus d'items serait proposée à un stade où le patient a déjà récupéré. Elle serait adaptable : le professionnel pourrait choisir les épreuves selon ses hypothèses ; un arbre décisionnel serait proposé dans le manuel.

Actuellement, parmi les batteries générales seule la BIA propose deux versions. La version courte (30 minutes) qui permet de détecter un trouble et d'en déterminer sa sévérité, propose une évaluation des quatre pôles du langage. La version longue possède plus d'items pour les pôles et des épreuves de mémoire et de langage élaboré ; le praticien peut choisir l'ordre des épreuves. Cependant l'outil est complètement informatisé et nous verrons ensuite que cela est problématique en aigu. De plus, le choix d'épreuves et d'items gardés dans la version courte n'est pas justifié. Le test de screening LAST est disponible mais il n'existe pas de version longue (deux versions courtes pour éviter l'effet test-retest). Enfin, on peut noter

que des tests spécifiques proposent plusieurs versions (ex. ExaDé ou LEXIS) pour s'adapter à l'âge et non aux troubles (objectif ici). Le test anglais Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia (PALPA, Kay, Lesser et Coltheart, 1992) propose un choix d'épreuves selon le patient et les hypothèses. Le praticien peut choisir les modules qu'il veut évaluer ; ce modèle est intéressant mais le test ne présente pas de traduction française.

2.1.2. Un outil partiellement informatisé

Au vu des avantages cités concernant l'informatisation, il serait pertinent de proposer des épreuves informatisées pour faciliter la cotation. Cependant, il sera important de pouvoir revenir sur la cotation une fois l'épreuve terminée. Cet avantage lié à la cotation est valorisé dans l'enquête réalisée par Deleuze *et al.*, (2016) : elle est considérée comme la caractéristique la plus pertinente. Cela est possible actuellement : certains tests informatisés comme la BIMM ou le GREMOTs offrent cette possibilité. Le praticien manipulerait l'ordinateur pour pallier aux possibles appréhensions du patient face à l'informatique.

Toutefois, cette forme présente des inconvénients matériels notamment lors des évaluations au chevet du patient ou à domicile. L'enquête de Deleuze *et al.*, (2016) exprime aussi cette difficulté de transport et de manipulation. Une version imprimable serait avantageuse. Actuellement, la BETL propose une version imprimable pour son questionnaire sémantique. Les autres tests informatisés (BIA, BIMM, TICSf et GREMOTs) ne proposent pas de version papier. Cette dernière pourrait aussi être utile en cas de troubles associés (notamment neurovisuels). Cependant, au vu des outils actuels, une version imprimée, à la fois des feuilles de réponses et des items, semble difficile à mettre en place. Il serait alors intéressant de choisir d'imprimer les items des épreuves à faire passer en priorité en phase aiguë ainsi que les feuilles-réponses de toutes les épreuves pour l'aspect qualitatif. Enfin, Deleuze *et al.*, (2016) montrant l'inconvénient lié au coût d'un outil informatisé, la version imprimable doit être accessible à l'achat seule.

2.1.3. Une cotation claire et précise

Une cotation claire et facilitée est nécessaire. Comme vu précédemment, la forme informatisée a cet avantage. Pour la version papier-crayon, une cotation claire est possible si elle est explicitée dans le manuel. C'est le cas de la LEXIS présentant un tableau des réponses acceptées en dénomination ou de la BETL proposant un tableau des réponses attendues et des erreurs. De même, la MEC et la MEC-P offrent des exemples de réponses (ex. « interprétation d'actes de langage ») ou les éléments prégnants attendus dans les productions (ex. « discours narratif »). Ainsi, l'outil exposerait précisément les réponses attendues.

2.2. Contenu de l'outil

2.2.1. Structure générale

L'outil évaluerait les quatre pôles du langage et les transpositions ainsi que le langage élaboré et la communication également nécessaires aux stades de récupération spontanée et chronique. D'autres fonctions cognitives seraient évaluées ; performances mnésiques, attentionnelles, exécutives et neurovisuelles. Des outils existent mais ils ne sont pas toujours connus ou maîtrisés. Cela ne relevant pas des compétences de l'orthophoniste seul, les épreuves seraient succinctes pour la prise en compte d'éventuels troubles associés entravant l'évaluation. L'accès à un bilan neuropsychologique n'est pas toujours possible.

Les batteries générales (MT86, BDAE, BIA, GREMOTs, BECLA) proposent une évaluation des quatre pôles du langage. Cependant, les transpositions sont incluses dans les pôles et à une place différente pour chacun (ex. lecture à haute voix dans l'expression orale pour le BDAE mais dans l'expression écrite pour la BIA). Ces transpositions feraient l'objet d'une rubrique seule pour une analyse précise des modules préservés/déficitaires. Cela semble possible ; le GREMOTs propose une séparation dans le compte-rendu produit de façon informatisé (seule la copie est absente). Concernant les troubles associés, un dépistage cognitif serait intéressant. Enfin, pour l'évaluation du langage élaboré, la BIA propose trois subtests qui comportent peu d'items et on ne trouve aucune justification quant au choix du type d'épreuves. Le Test pour l'examen de l'aphasie de B. Ducarne (1989) propose des épreuves de langage élaboré mais les items étant peu nombreux, elles ne reflètent pas précisément les performances du patient. Le TLE propose treize épreuves justifiées théoriquement mais pour certaines, peu d'items sont présents (trois). Pour les performances communicationnelles, les batteries générales n'évaluent pas les conséquences fonctionnelles des troubles langagiers. Des tests spécifiques (ECOMIM, ECVB, TLC, MEC et MEC-P) existent, il serait intéressant d'inclure les épreuves qu'ils proposent (ex. questionnaire à l'entourage, interprétation d'actes de langage) afin de proposer une évaluation complète.

2.2.2. Type d'épreuves

Les épreuves proposées dans un potentiel outil sont proposées dans le Tableau 12 (élaboré avec A. Nguyen Van Tu). Les épreuves de la version courte sont en gras.

Tableau 12. Épreuves proposées dans un nouvel outil.

Domaine	Épreuves
Compréhension orale	Vérification d'un oui/non fiable (questions personnelles et absurdes) Désignation d'images et d'objets (d'après un mot entendu) Appariement sémantique d'images Vérification mot oral-image Exécution d'ordres Désignation d'images à partir de phrases entendues
Expression orale	Discours oral spontané Séries automatiques Dénomination d'images et d'objets Description d'image (« Racontez-moi ce que vous voyez »). Fluences lexicale et phonologique
Compréhension écrite	Désignation de symboles écrits Appariement mot écrit/phrased-image Vérification mot écrit-image Appariement sémantique de mots écrits Compréhension de texte court
Expression écrite	Écriture automatique (état civil et signature) Écriture spontanée d'une phrase Dénomination écrite d'images Description écrite d'image

Domaine	Épreuves
Transpositions (moins d'items en version courte)	Lecture à voix haute (lettres, chiffres, syllabes, pseudo-mots, non-mots, mots, phrases) Répétition (syllabes, pseudo-mots, non-mots, mots, phrases) Dictée (syllabes, pseudo-mots, non-mots, mots, phrases) Copie (syllabes, pseudo-mots, non-mots, mots, phrases)
Langage élaboré	Synonymes/antonymes Définitions de mots Concaténation de phrases Interprétation du langage non littéral (métaphores et actes de langage)
Communication	Questionnaire (abrégé pour la version courte) sur la conscience des troubles Profil de communication Questionnaire (patient/entourage) : habiletés communicationnelles au quotidien Épreuve PACE Prosodie (compréhension et production)
Domaine	Épreuves

Concernant la dénomination et la désignation orale, un support « image » et un support « objet » seraient utilisés. Les informations sémantiques d'un objet physique étant différentes, cela permettrait de voir si le patient accède à ces informations. Actuellement, la MT86 propose des objets pour la « manipulation sur consignes verbales » mais cette épreuve évalue la compréhension syntaxique. La BIA en propose pour l'épreuve de dénomination tactile mais le choix des objets n'est pas justifié. Seul le support imagé est proposé dans les autres tests. Il serait nécessaire de réfléchir à une nouvelle épreuve.

Par ailleurs, dans le domaine lexico-sémantique, des épreuves de vérification (indiquer si oui ou non l'image et le mot correspondent) permettraient de diminuer la marge d'erreur existant en désignation (une chance sur deux au lieu d'une chance sur six) et une analyse plus fine du système sémantique. Une épreuve de vérification sur photo (orale et écrite) est proposée dans le GREMOTs. Les items y sont contrôlés (fréquence, longueur, catégorie sémantique) et certains sont les mêmes qu'en dénomination pour une analyse plus fine des modules touchés. Ce modèle pourrait être retenu.

La compréhension fait l'objet de nombreuses attentes. Elle est primordiale à évaluer au stade aigu par l'évaluation d'un oui/non fiable. De plus, des épreuves écologiques sont nécessaires : mots (images ou objets) et phrases du quotidien. Actuellement les épreuves des tests existants proposent la désignation d'images ou l'exécution d'ordres. Les phrases y sont sélectionnées pour leur structure morphosyntaxique et non pour le thème.

Pour le langage élaboré, les résultats montrant seulement l'importance du facteur socio-culturel, des données plus précises doivent être récoltées. Après étude des outils existants (ex. TLE), les épreuves proposées ici sont celles utilisées le plus fréquemment (ex. TLE, Ducarne).

Concernant la communication, seul l'aspect écologique (communication en contexte) est évoqué. Actuellement, les tests proposent des épreuves d'interprétation d'actes de langage (ex. MEC et MEC-P) ou de description d'images (ex. épreuve PACE du TLC) évaluant les patients dans une situation donnée peu écologique. Ces épreuves sont importantes mais ne peuvent suffire. On trouve aussi des questionnaires (ex. ECOMIM), permettant de connaître la communication du patient au quotidien. Enfin, la mise en place de stratégies de compensation par les patients est importante pour les praticiens. Aujourd'hui, la BETL propose une évaluation qualitative et l'analyse d'un profil fonctionnel pour l'aspect lexical. En revanche,

parmi les autres tests, seuls ceux pour la communication proposent cette analyse d'après les résultats à leurs épreuves ou aux questionnaires. Ces outils pourraient servir de modèles.

2.2.3. Nature des items

L'objectif de cette partie n'est pas d'être exhaustif dans la construction de chaque item. Ainsi, les mêmes items seraient proposés dans plusieurs modalités : en dénomination, en désignation et en vérification. Cela permettrait d'observer la présence de dissociations et de préciser l'atteinte lexicale (accès lexical, système sémantique, lexicque orthographique d'entrée ou de sortie). Les outils actuels proposent cette option (ex. la LEXIS propose des items communs en désignation orale, en dénomination orale et en appariement sémantique ; la BDAE propose les mêmes items en dénomination orale et en désignation orale). Il serait intéressant de s'inspirer de la BETL qui propose huit épreuves pour un même item (désignation orale et écrite, dénomination orale et écrite, appariement sémantique imagé et écrit, lecture à voix haute d'un mot, questionnaire sémantique) permettant une analyse fine du domaine lexical, souvent le plus atteint chez un patient aphasique (Tran, 2018).

Un nombre raisonnable (5) de distracteurs serait choisi en désignation. Par exemple, la BDAE propose 35 images sur la même planche, pouvant perturber le patient et n'apportant pas d'information à l'analyse (ne sont pas des distracteurs contrôlés) contrairement à la BETL qui propose 5 distracteurs (neutre, visuel, phonologique, sémantique et mixte).

De plus, conformément aux attentes, l'utilisation de pseudo-mots et non-mots permettrait une évaluation précise des compétences phonologiques et lexicales à l'oral et des voies d'adressage et d'assemblage à l'écrit. Actuellement, parmi les tests, sont utilisés des :

- Pseudo-mots : BETLA (répétition, lecture à voix haute et dictée), BIA (répétition et lecture à voix haute), et EDA (décision lexicale et lecture à voix haute).
- Non-mots : Batterie de tests de compréhension orale en temps réel pour patients aphasiques (décision lexicale), MT86 (lecture à voix haute et répétition), BECLA (discrimination auditive, décision lexicale, répétition, lecture et dictée).

On note que les non-mots (non respect des structures morphologiques de la langue) et pseudo-mots (respect des structures morphologiques de la langue) sont confondus dans certaines batteries (ex. BIA et BECLA). Il serait intéressant d'analyser les deux séparément pour observer un possible effet de lexicalité. Seul le GREMOTs propose cette différence ; ce modèle pourrait être retenu. Enfin, les items seront correctement distribués en termes de fréquence dans la langue et de longueur, variables qui influencent l'accès lexical (Tran, 2018).

Une taille conséquente pour les images est attendue (surtout pour les patients avec des troubles visuels). On peut alors citer l'intérêt de la BIA qui propose des images de grande taille (dimension de l'écran). Il serait important que les images soient adaptées aux adultes comme dans La LEXIS ou la BETL. Ces images feraient l'objet d'un pré-test auprès de la population visée pour arriver à un consensus comme c'est le cas pour la BETL. Enfin, des images en noir et blanc et en couleur seraient proposées pour apporter au patient des informations sémantiques supplémentaires et analyser si ces informations ont une influence. Actuellement, la BIA propose un mélange d'items en noir et blanc et en couleur, mais le choix (couleur ou non) pour les items n'est pas justifié. L'ExaDé propose une épreuve « couleur » évaluant l'influence de ce paramètre en dénomination ; la validité de construit de l'épreuve est détaillée dans le manuel, il serait intéressant de s'en inspirer.

Enfin, concernant la passation, les temps de réponse seraient pris en compte. Actuellement, le GREMOTs, par exemple, le propose ; cela semble donc possible pour les épreuves informatisées. Concernant les épreuves imprimables, un chronomètre pourrait être

utilisé mais une marge d'erreur possible serait à prendre en compte. Le temps total dépendrait du nombre d'épreuves passées, selon les hypothèses.

2.3. Les critères psychométriques

En regard des caractéristiques de forme et de contenu, les critères psychométriques sont moins cités par les professionnels, mais on retrouve des considérations qu'il convient de prendre en compte. Il serait important que les normes soient explicitées dans le manuel :

- Distribution des sujets : si elle est gaussienne, l'utilisation de scores-Z sera justifiée, mais celle des percentiles le sera dans le cas contraire (Aguert & Capel, 2018).
- Échantillon : il dépasserait les 100 sujets-contrôles pour des normes stables et représentatives (Leclerc & Veys, 2014).
- Étude de la variable géographique DOM-TOM afin de savoir s'il existe une influence et si oui inclure une norme différente de celle des sujets de France Métropolitaine.

Par ailleurs, des tranches d'âge claires seraient présentes (bornes d'âge en années et mois) ainsi qu'un contrôle du NSC avec une cotation différente selon le niveau d'étude (ex. actuellement, les personnes de 60 ans sont plus diplômées qu'il y a 20 ans). Aujourd'hui, les tranches d'âge sont différentes d'un test à l'autre et ne sont pas toujours justifiées (ex. les tranches d'âge de la LEXIS sont indiquées mais le choix de seuil jeune/âgé n'est pas justifié) et les NSC pas toujours adapté à la société (tests anciens). Par ailleurs, il est important de définir la cible du test (vasculaire ou neurodégénératif) afin que l'échantillonnage soit adapté (une population aphasique vasculaire ou une population troubles neurodégénératifs).

L'évaluation s'inscrirait dans des courants théoriques faisant actuellement consensus. L'utilisation du modèle d' Hillis et Caramazza dans la BETL (Tran & Godefroy, 2015) ou dans la LEXIS est intéressant pour les traitements lexico-sémantiques ; les différentes épreuves peuvent être justifiées selon les modules évalués. La modélisation du langage d'après ce modèle permet aux praticiens de s'inscrire dans une démarche hypothético-déductive.

3. Discussion sur la méthodologie

L'échantillon de répondants n'est statistiquement pas représentatif des orthophonistes français ; aucun tirage au sort aléatoire n'a été réalisé. Cela est dû au souhait d'interroger un maximum de professionnels. De plus, les répondants devaient avoir accès à un ordinateur et être adhérents aux listes de diffusion et/ou réseaux utilisés pour le recrutement. Les résultats ne sont pas extrapolables à la population des orthophonistes intervenant en aphasiologie.

Les participants n'ont pas tous répondu à toutes les questions. Certaines auraient pu être obligatoires afin que les résultats reflètent les réponses de toute la population recrutée. Cela n'a pas été fait dans un souci de liberté relative du répondant. De plus, à certaines questions de justification (ex. « Si vous ne faites pas passer l'intégralité de la batterie, quelles épreuves sélectionnez-vous ? ») des participants ont répondu « Voir au-dessus » renvoyant aux réponses précédentes. On peut s'interroger sur la pertinence de certaines formulations.

4. Apport pour la pratique future

Ce travail montre la prégnance des différences de pratique selon les modalités d'exercice. Si les praticiens évaluent tous des patients aphasiques, les caractéristiques de l'évaluation diffèrent selon la présentation clinique du patient et le lieu d'évaluation. Beaucoup de facteurs sont à prendre en compte dans un bilan d'aphasie et ceux-ci sont

souvent dépendants du patient. Ces différences de pratique influencent les attentes des professionnels et entravent parfois la conception d'un outil idéal convenant à tous les praticiens. Ainsi, l'orthophoniste doit faire preuve d'adaptation en permanence.

De plus, cette étude montre l'importance du choix d'un outil. Selon les objectifs, ce choix sera différent. De même, il dépendra de l'état du patient et des hypothèses posées. En outre, ce travail montre la nécessité de prendre en compte toutes les caractéristiques d'un outil (objectifs d'évaluation, construction, modalités de passation, psychométrie) pour mener une évaluation précise et complète.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'établir un état des lieux des pratiques et des besoins des orthophonistes pour l'évaluation des troubles du langage et de la communication chez l'adulte. Par le biais d'une grille de comparaison des tests et d'une enquête, il cherchait à permettre de mieux appréhender les outils existants et ceux utilisés en pratique. Il visait aussi une meilleure compréhension dans le choix des composantes évaluées et une meilleure connaissance des modalités d'évaluation (temps, lieu, etc.) pour déterminer les grandes tendances dans la pratique clinique. De plus, il avait pour objectif de relever les besoins et les attentes cliniques dans une perspective de création d'un nouvel outil.

Ainsi, 146 orthophonistes ont répondu au questionnaire en ligne et 8 ont participé à un entretien téléphonique. Les réponses ont montré que les modalités d'évaluation et les choix des professionnels sont dépendants des patients et des modalités d'exercice : selon le stade d'évolution de l'aphasie les conditions diffèrent. On retrouve toutefois certaines grandes tendances. Ainsi, les orthophonistes évaluent plus les composants langagiers que les aspects communicationnels. On note une prédominance des difficultés dans l'évaluation du versant compréhension. Cette enquête a aussi permis de montrer l'importance de la formation continue dans la pratique orthophonique. Enfin, pour les attentes des professionnels face à un nouvel outil, les orthophonistes s'expriment principalement sur le contenu puis sur la forme. On note également quelques préoccupations concernant les critères psychométriques.

Ainsi, un futur outil répondant aux attentes des professionnels serait composé de deux versions : une courte pour la phase aiguë et une longue proposant un choix d'épreuves selon les hypothèses. Une version imprimable semble importante. De plus, une cotation claire, précise et détaillée est nécessaire. Cet outil d'évaluation du langage et de la communication chez l'adulte, permettra aussi l'évaluation du langage élaboré, de la communication et des autres fonctions cognitives. Les critères psychométriques seront contrôlés et justifiés dans le manuel. Enfin, l'outil s'appuiera sur des bases théoriques actuelles. Si, les résultats de l'enquête permettent de dégager ces caractéristiques pour un nouvel outil, il est important de les mettre en regard des outils existants afin de savoir ce qui est possible et valable.

On note que de nombreux aspects sur la construction d'un nouvel outil n'ont pas été abordés par les professionnels (ex. enregistrement des stimuli oraux, variables psycholinguistiques telles que la concrétude) et n'ont donc pas fait l'objet d'hypothèses de construction dans ce mémoire. Il serait intéressant dans une prochaine recherche de se pencher sur ces aspects et les attentes pratiques qui y sont liées. Par ailleurs, il serait intéressant de s'appuyer sur d'autres travaux réalisés afin de développer de nouveaux outils, comme la Batterie d'Évaluation Simplifiée des Troubles Aphasiques (BESTA-AVC, A. Chanaud, à paraître) créée pour le stade aigu post-AVC, actuellement en cours de validation.

Bibliographie

- Aguert, M., & Capel, A. (2018). Mieux comprendre les scores Z pour bien les utiliser. *Rééducation orthophonique*, 274, 61-86.
- Allain, P., Renard, A., & Olivier, M. (2011). La neuropsychologie : définition, domaines et méthodes, acteurs et lieux d'exercice, formation. Dans C. Thomas-Antérion, & E. Barbeau, (dir), *Neuropsychologie en pratique(s)*. (p. 21-36). Paris : DeBoeck/Solal.
- Bachy-Langedock, N. (1989). *ExaDé : Batterie d'Examen des troubles en Dénomination*. Bruxelles : Editest.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Belliard, S., Moreaud, O., & GRESEM. (2008). Batterie d'Évaluation des Connaissances Sémantiques (BECS GRECO). Dans L. Hugonot-Diener, E. Barbeau, B-F. Michel, C. Thomas-Anterion, P. Robert, (dir.), *Grémoire : tests et échelles de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés*. (p83-85). Marseille : Solal.
- Bézy, C., Renard, A., Pariente, J. (2016). *GREMOTS : Batterie d'évaluation des troubles du langage dans les maladies neurodégénératives*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Blaudeau-Guerrero, A., Crochet-Bénichou, G., & Gaudry, P. (2014). *EcoMim : Echelle de Communication Multimodale en Images*. Isbergues : Ortho Editions.
- Buttet Sovilla, J., Heim Correa, R., Clarke, S., & Grosjean, F. (2006). Compréhension auditive en temps réel chez des sujets aphasiques : Résultats d'une nouvelle batterie de tests. *Rééducation Orthophonique*, 227, 93-108.
- Caron, S., Le May, M. E., Bergeron, A., Bourgeois, M. E., & Fossard, M. (2015). *BCS : Batterie d'évaluation de la Compréhension Syntaxique*. Québec : CIUSSS.
- Chanau, A. (à paraître). *BESTA-AVC : Batterie d'Évaluation Simplifiée des Troubles Aphasiques*. Limoges.
- Chokron, S. (2018). Troubles neurovisuels d'origine centrale : définitions et évaluation. *Rééducation Orthophonique*, 274, 281-294.
- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., & Bernard, I. (2010). *Les aphasies : évaluation et rééducation*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Cumming, T. B., Brodtmann, A., Darby, D., & Bernhardt, J. (2014). The importance of cognition to quality of life after stroke. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 374-379.
- Darrigrand, B., & Mazaux, J. M. (2000). *EVCB : Échelle de Communication Verbale de Bordeaux*. Isbergues : Ortho Editions.
- Deleuze, A., Ferré, P., Ansaldo, A. I., & Joanette, Y. (2016). Évaluation de la communication de l'adulte cérébrolésé et tablette numérique : quels apports pour la pratique clinique.
- Deloche, G., & Hannequin, D. (1997). *DO 80 : Test de Dénomination Orale d'images*. Paris : Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- De Partz, M. P., Bilocq, V., De Wilde, V., Seron, X., & Pillon, A. (1999). *LEXIS : Test pour le diagnostic des troubles lexicaux chez le patient aphasique*. Marseille : Solal.

- De Partz, M. P., & Boisson, M. (à paraître). *BETLA : Batterie d'Évaluation des Troubles du Langage chez les patients Aphasiques adultes*. Louvain-la-Neuve : Université Catholique de Louvain.
- De Partz, M. P., & Poncelet, M. (2006). Le bilan neuropsychologique de l'aphasique. Dans F. Estienne, & B. Piérart, (dir), *Les bilans de langage et de voix* (p. 187-220). Paris : Masson.
- Dietrich, P., Loison, M., & Roupnel, M. (2012). Articuler les approches quantitatives et qualitatives. Dans S. Paugam, (dir), *L'enquête sociologique*. (p. 207-222). Paris : Presses Universitaires de France.
- Ducarne de Ribaucourt, B. (1989). *Test pour l'examen de l'aphasie*. Paris : Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Dujardin, K., Verny, M., Rouaud, O., Thomas-Antérion, C., & Barbeau, E. (2011). Les indications du bilan neuropsychologique. Dans C. Thomas-Antérion, & E. Barbeau, (dir), *Neuropsychologie en pratique(s)*. (p. 37-48). Paris : DeBoeck/Solal.
- Fenneteau, H. (2015). *L'enquête : entretien et questionnaire* (3e édition). Paris : Dunod.
- Fermanian, J. (2005). Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation : comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 48, 281-287.
- Ferré, P., Lamelin, F., Côté, H., Ska, B., & Joannette, Y. (2011). *MEC-P : Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication de poche*. Isbergues : Ortho Editions.
- Flamand-Roze, C., Falissard, B., Roze, E., Maintigneux, L., Beziz, J., Chacon, A., Join-Lambert, C., Adams, D., & Denier, C. (2011). Validation of a New Language Screening Tool for Patients With Acute Stroke. The Language Screening Test (LAST). *Stroke*, 42, 1224-1229.
- Flamand-Roz, C., Roze, E., & Denier, C. (2012). Troubles du langage et de la déglutition à la phase aiguë des accidents vasculaires cérébraux : outils d'évaluation et intérêt d'une prise en charge précoce. *Revue Neurologique*, 168, 415-424.
- François-Guinaud, C. (2010). Les modalités de prise en charge (hospitalier et libéral). Dans S. Chomel-Guillaume, G. Leloup, & I. Bernard, (dir), *Les aphasies : évaluation et rééducation*. (p. 225-232). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Gatignol, P., Juttau, S., Oudry, M., & Weill-Chounlamountry, A. (2012). *BIA : Bilan Informatisé d'Aphasie*. Isbergues : Ortho Editions.
- Gatignol, P., & Martin Curtoud, S. (2007). *BIMM : Batterie Informatisée du Manque du Mot*. Paris : Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Grégoire, J., & Piérart, B. (2006). L'évaluation. Dans F. Estienne, & B. Piérart, (dir), *Les bilans de langage et de voix* (p. 6-26). Paris : Masson.
- Hammelrath, C. (2001). *DVL 38 : Dénomination des Verbes Lexicaux en images*. Isbergues : Ortho Editions.
- Herbet, G., Maheu, M., Costi, E., Lafargue, G., & Duffau, H. (2016). Mapping neuroplastic potential in brain-damaged patients. *Brain*, 139, 829-844.

- Ivanova, M., & Hallowell, B. (2013). A tutorial on aphasia test development in any language : key substantive and psychometric considerations. *Aphasiology*, 27, 891-920.
- Javeau, C. (1990). *L'enquête par questionnaire : manuel à l'usage du praticien* (4e édition revue.). Bruxelles : Editions de l'Université de Bruxelles.
- Joanette, Y., Ansaldo, A. I., Carbonnel, S., Ska, B., Kahlaoui, K., & Nespoulous, J. L. (2008). Communication, langage et cerveau : du passé antérieur au futur proche. *Revue neurologique*, 164, 83-90.
- Joanette, Y., Ansaldo, A., Lazaro, E., & Ska, B. (2018). L'aphasie : une réalité en évolution. *Rééducation Orthophonique*, 274, 27-40.
- Joanette, Y., Ska, B., & Côté, H. (2004). *Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication*. Isbergues : Ortho Editions.
- Katz, R. C., Hallowell, ., Code, C., Armstrong, E., Roberts, P., Pound, C., & Katz, L. (2000). A multinational comparison of aphasia management practices. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35(2), 303-314.
- Kay, J., Lesser, R., & Coltheart, M. (1992). *PALPA : Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia*. Psychology Press.
- Kremer, J. M., & Lederlé, E. (2012). *L'orthophonie en France* (7è éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Leclercq, A. L., & Veys, E. (2014). Réflexions sur le choix de tests standardisés lors du diagnostic de dysphasie. *A.N.A.E*, 26 (131).
- Lecours, A. R. & Lhermitte, F. (1979). *L'aphasie*. Paris : Flammarion.
- Lemay, M. A. (1990). *EDA : Examen des Dyslexies Acquisées*. Montréal : Éditions PointCarré.
- Macoir, J., Fossard, M., Lefebvre, L., Monetta, L., Renard, A., Tran, T. M., & Wilson, M. A. (2017). DTLA, A new screening test for language impairment associated with neurodegenerative diseases: Validation and normalization data. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*.
- Macoir, J., Jean, C., & Gauthier, C. (2015). *BECLA : Batterie d'Évaluation Cognitive du Langage chez l'Adulte*. Québec : Université de Laval.
- Maillard, C., & Durieux, N. (2014). L'evidence-based practice à portée des orthophonistes : intérêt des recommandations pour la pratique clinique. *Rééducation Orthophonique*, 257, 71-82.
- Martin, Y. (2018). Les perturbations de la communication chez la personne aphasique. *Rééducation Orthophonique*, 274, 169-184.
- Mazaux, J. M., & Orgogozo, J. M. (1982). *Échelle d'évaluation de l'aphasie adaptée du Boston Diagnostic Aphasia Examination*. Paris : Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Michael, G. A., Perrier-Palissot, D., & Hommet, C. (2011). Les tests et échelles, et leur utilisation. Dans C. Thomas-Antérion, & E. Barbeau, (dir), *Neuropsychologie en pratique(s)*. (p. 63-72). Paris : DeBoeck/Solal.

- Moritz-Gasser, S., & Duffau, H. (2018). Neuroanatomie fonctionnelle du langage : un nouveau schéma connectomique. *Rééducation Orthophonique*, 274, 11-25.
- Nespoulous, J. L., Lecours, A. R., et coll. (1986). *Protocole Montréal Toulouse d'examenlinguistique de l'aphasie MT 86*. Isbergues : Ortho Edition.
- Nguyen Van-Tu, A. (à paraître). *Les outils d'évaluation des troubles acquis du langage et de la communication chez l'adulte : état des lieux et perspective*. (Mémoire en vue du certificat de capacité d'orthophoniste, Université de Lille, Lille).
- Pagliarin, K., Ortiz, K., & Nespoulous, J. L. (2015). Montreal-Toulouse Language Assessment Battery : Evidence of criterion validity from patients with aphasia. *Journal of the Neurological Sciences*, 375, 246-251.
- Parizot, I. (2012). L'enquête par questionnaire. Dans S. Paugam (dir), *L'enquête sociologique*. (p. 93-113). Paris : Presses Universitaires de France.
- Python, G., Bischof, S., Probst, M., & Laganaro, M. (2012). Élaboration et normalisation d'un test informatisé de compréhension syntaxique en français. *Revue de Neuropsychologie*, 4/3, 206-215.
- Rousseaux, M., Dei Cas, P. (2012). *TLE – Test de Langage Élaboré pour Adultes*. Isbergues : Ortho Editions.
- Rousseaux, M., Dei Cas, P., Gossery, S., & Jaman, C. (2012). Le langage élaboré chez les patients AVC. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55/1, 185-190.
- Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N., & Lefevre, M. (2001). *TLC : Test Lillois de Communication*. Isbergues : Ortho Editions.
- Saussure, F. de. (1968). *Cours de linguistique générale*. (publié par C. Bally, & A. Sechehaye). Paris : Payot.
- Tran, T. M. (2004). Évolution des pratiques évaluatives en aphasiologie. *Actes des Vème journées scientifiques de l'école d'orthophonie de Lyon*, 87-96.
- Tran, T. M. (2018). Évaluation des troubles de la production lexicale : aspects lexicosémantiques. *Rééducation Orthophonique*, 274, 101-126.
- Tran, T. M., & Godefroy, O. (2015). *BETL : Batterie d'évaluation des troubles lexicaux*. Isbergues : Ortho Editions.
- Trauchessec, J. (2018). Aphasie et troubles cognitifs : des concepts à l'évaluation. *Rééducation Orthophonique*, 274, 295-320.

Sites consultés

- Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (2018). *Effectifs des orthophonistes par mode d'exercice global, zone d'activité principale, sexe et tranche d'âge*. Repéré à l'URL: [<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3719>]. [consulté en mars 2019].
- Haute Autorité de Santé. (2002). *Recommandation pour la prise en charge initiale des patients adultes atteints d'un Accident Vasculaire Cérébral : Aspects paramédicaux*. Repéré à l'URL : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272250/fr/prise-en-charge-initiale-des-patients-adultes-atteints-d-accident-vasculaire-cerebral-aspects-paramedicaux]. [consulté en décembre 2018].
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Orthophonie : Rééducation de la voix, du langage et de la parole*. Repéré à l'URL : [<https://www.fno.fr/recommandations-professionnelles/aphasies>]. [consulté en décembre 2018].
- Organisation Mondiale de la Santé, (2001). *Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Repéré à l'URL [<http://www.who.int/classifications/icf/en/>]. [consulté en mars 2018].

Liste des annexes

Annexe n°1 : Déclaration CNIL.

Annexe n°2 : Grilles d'analyse des tests.

Annexe n°3 : Lettre d'information.

Annexe n°4 : Questionnaire.

Annexe n°5 : Trame d'entretien.

Annexe n°6 : Outils cités par les professionnels.