

# Chapitre 6

## L'expertise et le raisonnement cliniques de l'orthophoniste dans la pratique évaluative

**Guillaume Duboisdindien  
Julie Cattini**

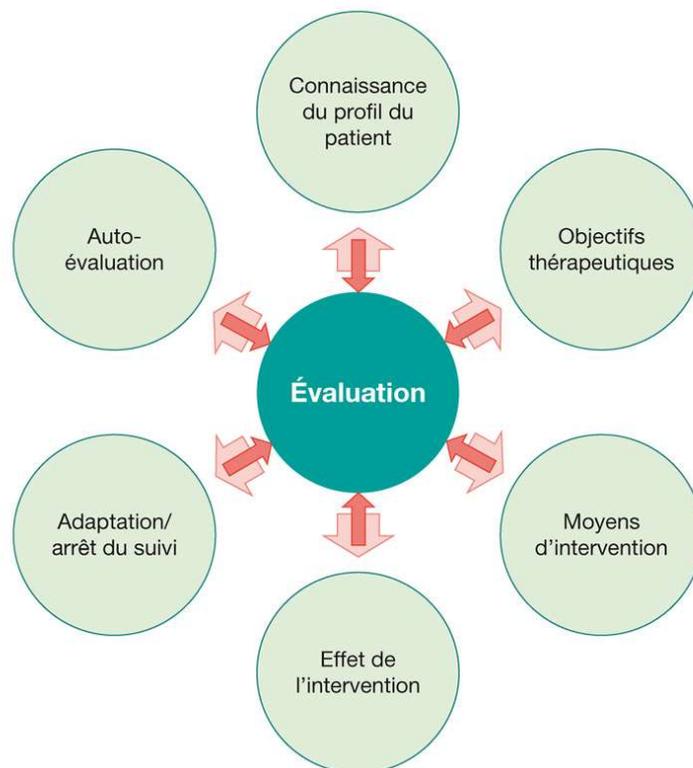
### 1. Contexte

L'évaluation est une procédure systématique réalisée sous l'expertise de l'administrateur, dont le but est de collecter des informations objectives de diverses sources afin de caractériser les difficultés du patient pour diagnostiquer, envisager un pronostic, caractériser des objectifs de traitement, établir des recommandations mais aussi mesurer l'efficacité des solutions de traitement proposées (ASHA, 2023). Il s'agit d'un processus dynamique, cyclique et continu qui ne s'arrête pas à l'évaluation initiale mais qui aborde de nombreux pans de la relation thérapeutique (Figure 1). L'évaluation n'est donc pas une fin en soi, mais un moyen d'aider le patient (Youngstrom *et al.*, 2017). Cette démarche doit être individualisée et demande

notamment au clinicien de s'adapter aux réactions et à l'évolution du patient au regard de facteurs contextuels.

Le processus de prise de décision clinique en évaluation est complexe car il repose sur un système de règles implicites. Cela concerne aussi bien la sélection du test, l'interprétation des données, la valeur donnée à chaque source d'informations ainsi que l'intégration des données collectées entre elles (Denman *et al.*, 2019 ; Fulcher-Rood *et al.*, 2018). Au regard du Bulletin officiel qui régit les compétences de l'orthophoniste en France, ce raisonnement clinique doit par ailleurs s'intégrer dans un cadre de travail multidisciplinaire (ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2013). En effet, la complexité principale de cette profession, dans la plupart des pays, réside dans cette singularité que l'orthophonie couvre plusieurs domaines d'intervention aussi bien dans la pédagogie, la réadaptation, le langage et la communication que la psychologie, en s'adressant à tous les âges de la vie, au sein de nombreux environnements d'exercice (ASHA, 2016).

**Figure 1** Processus cyclique et boucle rétroactive de la pratique évaluative de l'orthophoniste



### 1.1. L'expertise clinique

Comprendre l'expertise qui découle de cette profession à l'intersection de plusieurs disciplines, est primordial pour 1) développer des stratégies d'évaluation réalistes pour la pratique clinique, 2) pour former les étudiants de cette discipline et les orthophonistes au raisonnement clinique en contexte d'évaluation et surtout pour 3) avoir une incidence significative dans l'action diagnostique, pronostique et thérapeutique auprès des patients. Deux enjeux se dégagent pour se saisir du propos qui est le nôtre et qui s'intègre à cet ouvrage collectif. Tout d'abord, interroger la notion d'expertise au regard de l'expérience clinique et *a fortiori*, distinguer

la notion de raisonnement clinique dans le cadre de l'évaluation – typiquement au sein cette profession. Il s'agit de deux notions qui connaissent une grande variété de définitions selon les domaines de recherche (Fissel *et al.*, 2022) et qui restent complexes à s'approprier dans une perspective clinique. Nous proposons pour commencer de définir l'expertise et le raisonnement cliniques afin de les caractériser pour le compte de l'évaluation orthophonique plus loin.

En premier lieu, la notion d'*expertise* dans le domaine clinique est encore difficile à délimiter et souvent confondue avec le *temps de pratique* ou l'acquisition d'une *intuition clinique* (Quast & Seidel, 2018). Il n'est pas rare qu'une personne soit considérée ou parfois même s'auto-proclame experte d'un domaine car elle incarne une personne qui a acquis une grande habileté par l'expérience et par la pratique. Ce type de profil renvoie à la notion de pseudo-expertise (Fuhrer *et al.*, 2021 ; Goldman, 2018). Les domaines de la psychologie sociale et de la philosophie analytique renseignent ce qui figure la personne dite experte (Fuhrer *et al.*, 2021). L'expert doit, certes, connaître la véracité d'un certain nombre d'énoncés (eng. *statement*) sur son sujet d'expertise, mais également être en mesure de les comprendre. Dans ce contexte, la compréhension est définie comme la capacité à saisir des liens systématiques entre les éléments d'un ensemble complexe, ou à acquérir un aperçu de certaines relations entre des éléments d'un ensemble plus large d'informations. L'expert doit savoir comment et dans quelles ressources chercher les informations valides en l'absence de connaissances sur le sujet et avoir une connaissance de son domaine (e.g. connaître les questions considérées comme résolues et les questions controversées).

Un orthophoniste expert serait donc un professionnel de santé ayant développé une pratique professionnelle particulièrement habile et raisonnée dans un domaine spécifique avec des connaissances

théoriques et cliniques rationnelles sur ce même domaine (Finn, 2011 ; Finn *et al.*, 2005 ; Gambrill, 2012 ; Lilienfeld *et al.*, 2014). Selon l'angle pris dans ce chapitre, l'orthophoniste dit expert est en mesure de remettre en cause sa pratique au regard de données actualisées, de réaliser des recherches pertinentes pour trouver des réponses à ses questions et de faire preuve d'intégrité quant à ses limites intellectuelles. En outre, il est important de préciser que le nombre d'années d'expérience ne suffit pas à considérer un praticien comme un expert. En effet, les études en psychologie montrent qu'il n'y a pas de corrélation entre le nombre d'années d'expérience et l'expertise, c'est-à-dire l'aptitude à résoudre une situation problème en suivant un raisonnement rationnel et appuyé sur des données cliniques, environnementales et scientifiques (Baker *et al.*, 2006 ; Spengler & Pilipis, 2015). Ainsi, souhaiter acquérir une expertise dans tout le répertoire disciplinaire du métier au sein d'un temps de pratique suffisant pour acquérir de l'expérience, en plus du caractère extrêmement fluctuant de l'accompagnement humain qu'il exige, semble illusoire et peu pertinent. En considérant cette réalité, une approche pragmatique de l'évaluation clinique, par ce qui constitue les processus transversaux intellectuels et pratiques de ce métier semble plus réaliste et bénéfique. Cette réflexion renvoie à toute une littérature qui prend de l'expansion à travers de nombreuses disciplines médicales autour du sujet du raisonnement clinique.

## 1.2. Le raisonnement clinique

Les définitions du raisonnement clinique varient considérablement selon les auteurs. Un certain nombre de théories issues des sciences humaines et sociales et des sciences médicales, alimentent la recherche à son sujet (Young *et al.*, 2018). Dans le cadre de ce

chapitre, le raisonnement clinique est défini comme une compétence, un processus ou un résultat dans lequel les cliniciens observent, collectent et interprètent des données pour diagnostiquer et traiter les patients (Eva *et al.*, 2007 ; Gruppen, 2017). Le raisonnement clinique implique des opérations cognitives conscientes et inconscientes qui interagissent avec des facteurs contextuels (Diepeveen *et al.*, 2020 ; Dudding & Pfeiffer, 2018 ; Durning & Artino, 2011). Les facteurs contextuels comprennent, sans s'y limiter, les circonstances et les préférences propres au patient ainsi que les caractéristiques de l'environnement de travail. Plusieurs composantes du raisonnement clinique peuvent être identifiées : la collecte d'informations, la formulation d'hypothèses, la représentation du problème, l'établissement d'un diagnostic différentiel, la sélection d'une plainte principale, la justification du diagnostic et l'élaboration d'un plan d'accompagnement ou de traitement orthophonique (Higgs & Jones, 2000). Ce paradigme de raisonnement clinique à l'aune de la pratique évaluative de l'orthophoniste constitue le fondement du présent chapitre. Les instances professionnelles et centres universitaires internationaux en santé décrivent tous le raisonnement clinique comme une compétence essentielle (Ajjawi & Higgs, 2012 ; Cumming & Ross, 2007 ; Gordon *et al.*, 2022). Caractériser sa présence au sein des pratiques évaluatives des orthophonistes nécessite de proposer un cadre conceptuel pour éclairer les futures prises de décision clinique des lecteurs.

Dans ce chapitre, nous explorons l'expertise en orthophonie dans le domaine de l'évaluation. Nous posons l'hypothèse que c'est à travers le paradigme réflexif, relationnel et procédural dans lequel s'inscrit le *raisonnement clinique* que l'expertise de l'orthophoniste se déploie à l'avantage des bénéficiaires (i.e. patients, aidants, chercheurs et société). Dans ce chapitre nous aborderons 1) ce qui

constitue le raisonnement clinique *idéal*, c'est-à-dire pragmatique et avisé du point de vue de la pratique évaluative en orthophonie pour aborder ensuite en 2) les facteurs qui limitent cette pratique sur le terrain clinique. Enfin, nous caractériserons en 3) les stratégies qui ouvrent la voie à l'amélioration de la pratique évaluative pour l'orthophoniste, en vue d'offrir un accompagnement clinique de haute qualité.

## 2. La pratique évaluative raisonnée

De nombreuses études proposent des recommandations cliniques pour réaliser une évaluation répondant aux standards de qualité attendus que cela soit pour la sélection des épreuves, l'interprétation des données ou encore la connaissance des critères diagnostiques (Bates & Titterington, 2017 ; Daub *et al.*, 2021 ; Fabiano-Smith, 2019 ; Macoir *et al.*, 2021). D'autres études mettent également en évidence l'écart entre les pratiques professionnelles et les recommandations de bonnes pratiques issues du domaine scientifique (Betz *et al.*, 2013 ; Hallin & Partanen, 2022 ; Ogiela & Montzka, 2020). Ces recherches qui interrogent les obstacles et les facilitateurs pour améliorer l'accès au soin des patients, peuvent également donner l'impression aux cliniciens qu'à une question clinique correspond une réponse unique. Pourtant, la situation est bien plus nuancée que cela. L'expertise des chercheurs eux-mêmes, exige de faire quelques hypothèses minimales sur l'organisation épistémique<sup>21</sup> de la société vis-à-vis du thème abordé. Cette vision nuancée de la « vérité scientifique » pour le compte de l'orthophonie est d'ailleurs bien illustrée dans le numéro spécial de 2006 de *Advances in Speech-Language Pathology* sur le cas fictif du petit garçon de 7 ans, Jarrod,

atteint d'un trouble développemental des sons de la parole (TDSP) (McLeod, 2006). Dans cette expérience, différents auteurs reconnus internationalement pour leur expertise ont été invités à défendre et à décrire leur propre raisonnement hypothético-déductif concernant l'intervention recommandée pour cet enfant. Les différentes interventions étaient toutes bien argumentées et justifiées au niveau théorique mais le raisonnement clinique était différent d'un auteur à l'autre. Si des études montrent des différences de réponses selon l'expérience des orthophonistes, comme dans le cadre de l'évaluation diagnostique, par exemple, de telles discordances intellectuelles sont également présentes entre les chercheurs dans leur domaine d'expertise (Fulcher-Rood *et al.*, 2019). Il est dès lors important de ne pas perdre de vue qu'une pratique évaluative idéale n'est pas un canevas rigide qui tendrait vers une réponse unique. Au contraire, de manière non exhaustive, elle est co-dépendante des connaissances acquises, des capacités d'apprentissage, de l'expérience du clinicien, mais également de la disponibilité du moment, du contexte, des compétences relationnelles de chacun et des objectifs. C'est ce que nous développons dans la section 3 « Les limites au raisonnement clinique dans la pratique professionnelle de l'orthophoniste ».

Si deux cliniciens peuvent débiter une réflexion différemment au regard de leurs connaissances initiales ou de leurs contraintes environnementales, le raisonnement clinique est le mécanisme d'action permettant de trouver une réponse évaluative adaptée au contexte clinique. L'approche clinique la plus constructive est de savoir comment et où chercher les informations valides en l'absence de connaissances sur le sujet pour acquérir de nouvelles connaissances, tout en veillant à rester vigilant par rapport à ses propres biais intellectuels<sup>22</sup>. En d'autres termes, pour proposer une pratique évaluative raisonnée, nous posons l'hypothèse que

l'orthophoniste doit, tout d'abord, connaître diverses procédures valides à sa disposition pour observer, collecter et interpréter des données ainsi que leurs limites pour chacune d'entre elles. En premier lieu, deux voies principales s'ouvrent dans la pratique évaluative de terrain : les évaluations formelles et informelles.

## 2.1. Les évaluations informelles et formelles

Les *évaluations formelles* font référence à une famille d'évaluations basées sur un système de notation pour décrire, situer ou encore surveiller les connaissances du patient. Les évaluations normées, incluses dans cette catégorie, sont bien connues des orthophonistes et prennent beaucoup de place dans le temps d'évaluation et des processus décisionnels (Fulcher-Rood *et al.*, 2019). Par opposition, l'*évaluation informelle* est une méthode d'évaluation, souvent employée intuitivement par les orthophonistes, basée sur l'observation des performances et des progrès du patient à différentes étapes de l'évaluation ou également durant un cycle interventionnel. Souvent déconsidérées dans les comptes-rendus de bilan contemporains, elles correspondent aux données comportementales, observationnelles, alternatives, naturelles ou encore dites authentiques (Denman *et al.*, 2019). Les évaluations informelles sont menées à l'aide de diverses tâches simples souvent fonctionnelles, proposées au patient. Par exemple, un orthophoniste peut demander au patient de résumer sa journée (*e.g.* pour sonder la planification discursive, les compétences en récit, les capacités mnésiques), de lui rappeler le nom d'un objet disposé sur son bureau (*e.g.* sonder le vocabulaire travaillé durant la dernière séance), volontairement laisser un jouet hors de portée de l'enfant pour observer ses demandes (*e.g.* observer les verbalisations, les types de pointages, la

communication multimodale) ou encore demander le repas du jour (e.g. pour évaluer les quantités absorbées, estimer la consistance et discuter de la pénibilité ressentie pour les textures). L'évaluation informelle dépend de la façon dont le clinicien va l'orienter et fournit des données comportementales immédiates sur le patient à travers une intention clinique précise. Rarement mentionnés dans le rapport orthophonique initial ou les notes d'évolution, ces apports sont pourtant très riches sur le plan clinique et permettent de mieux connaître un patient à un moment précis, d'ajuster un traitement pendant l'intervention, de renseigner de manière précise et circonstanciée un autre clinicien ou de guider le raisonnement clinique vers une évaluation formelle appropriée.

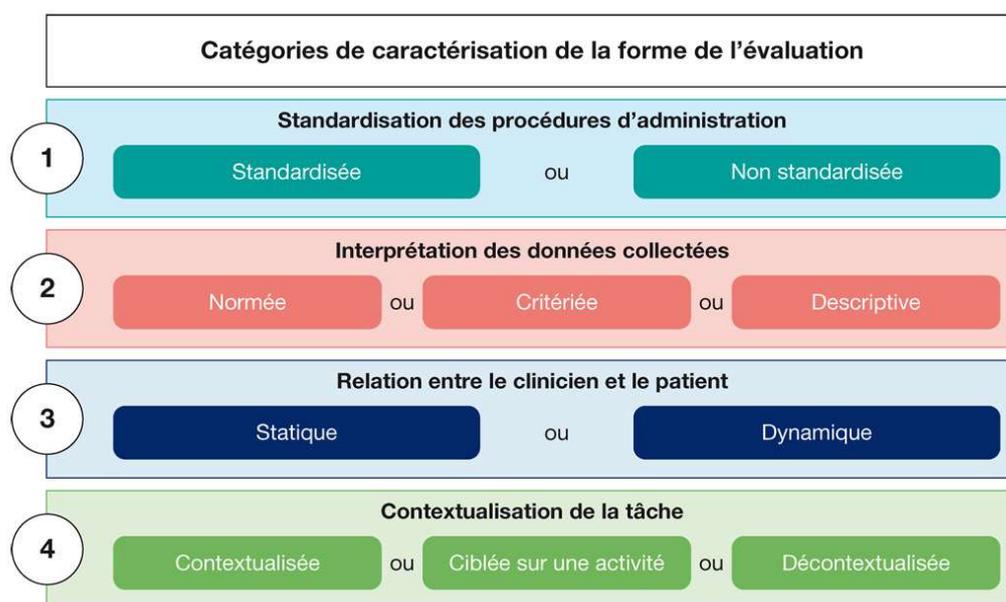
## 2.2. Les différentes formes d'évaluation

Cette première distinction entre ces familles d'évaluations, ne permet pas de détailler les moyens d'évaluation à disposition des orthophonistes. En 2019, à partir d'une étude prospective et collective par méthode d'investigation Delphi, Denman *et al.* ont réalisé une taxonomie des moyens d'évaluation langagière chez l'enfant d'âge scolaire sur la base de la littérature contemporaine. Selon nous, cette classification est en grande partie transférable pour d'autres populations et d'autres domaines cliniques. Selon ces auteurs, la forme de l'évaluation (i.e. nature des données collectées et type de tâches utilisées) peut se décomposer en quatre catégories de caractérisation (Figure 2).

Ces catégories sont les suivantes : (1) une composante qui distingue les procédures d'administration standardisées ou non standardisées ; (2) une composante évaluative qui décrit le type d'interprétations des données collectées en termes de référence à des

normes, à des critères ou à des descriptions qualitatives ; (3) une composante qui distingue l'interaction statique et dynamique entre le patient et l'administrateur ; et (4) une composante qui différencie le type de tâche selon le contexte. Chaque catégorie de caractérisation de la forme ne peut être définie que par une seule caractéristique. En d'autres termes, une évaluation particulière est soit standardisée ou non standardisée ; soit interprétée à l'aide de normes, de critères ou de descriptions ; soit statique ou dynamique ; soit contextualisée, décontextualisée ou circonscrite à une activité<sup>23</sup>. Cette proposition de taxonomie a l'avantage de permettre au clinicien de raisonner dans un cadre conceptuel clair sur son évaluation à travers des entités évaluatives et des mesures bien délimitées.

**Figure 2** Les 4 catégories de caractérisation de la forme de l'évaluation d'après Denman *et al.* (2019)



Par ailleurs, cette réflexion s'arrête à cette opposition définitoire entre les catégories, elle n'exclut pas mais plutôt encourage le

clinicien à diversifier ses formes d'évaluation afin de recouper les données cliniques collectées entre elles au service d'un raisonnement hypothético-déductif susceptible de fournir une analyse de haute qualité (Nendaz *et al.*, 2004). Nous illustrons cette démarche dans l'encadré suivant (Tableau 1). Chaque évaluation utilisée dans le scénario clinique suivant est décrite selon les quatre catégories de caractérisation de la forme de l'évaluation. Les couleurs employées dans la Figure 2 permettent de situer le lecteur dans la catégorie appropriée.

Afin de poursuivre sur cette réflexion concernant une pratique évaluative raisonnée, nous allons développer davantage le type de données collectées en discutant des principes qui doivent guider la sélection des outils normés, la limite de ceux-ci et l'avantage de l'utilisation des outils critériés statiques ou dynamiques.

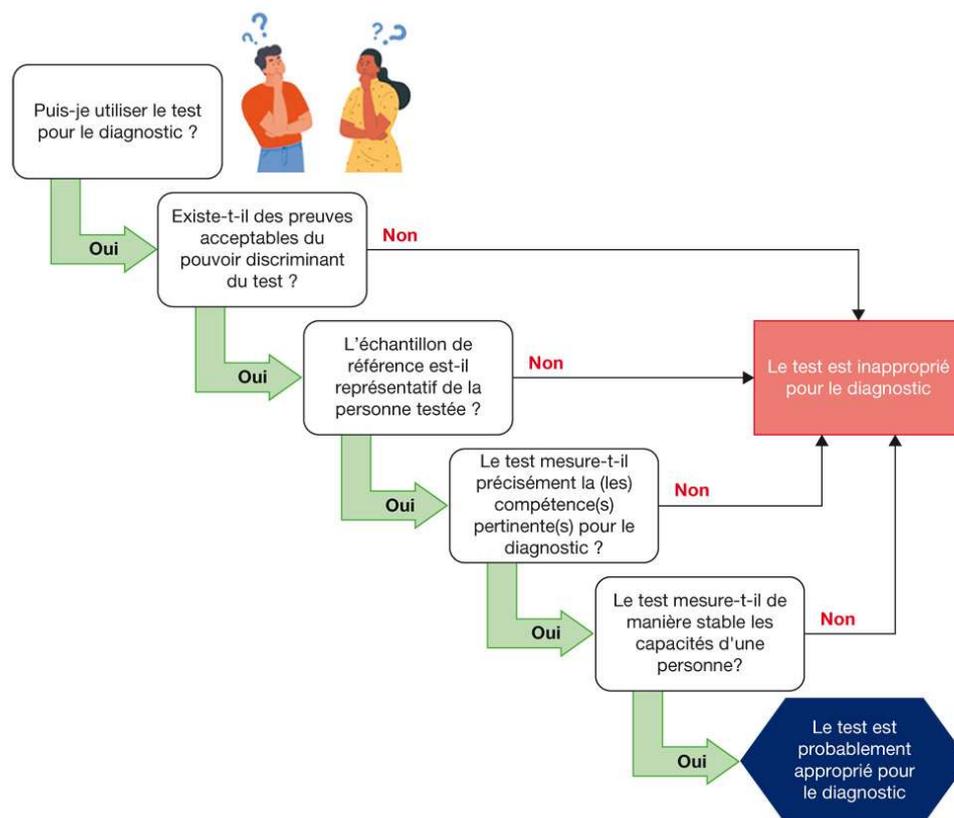
**Tableau 1** Illustration clinique

Scénario clinique	Catégorie d'évaluation pratiquée
Stéphanie prépare son rendez-vous avec Auguste, 4 ans, qui vient pour une suspicion de trouble développemental des sons de la parole. Elle décide de relire les données récoltées avec les deux parents lors de <i>l'entretien anamnestique</i> .	Évaluation non <b>standardisée</b> , <b>descriptive</b> , statique et <b>décontextualisée</b> <sup>24</sup>
Au vu de ses doutes concernant le développement langagier et moteur d'Auguste, Stéphanie a demandé aux parents de remplir l' <i>Inventaire de Développement de l'Enfant</i> (Duyme <i>et al.</i> , 2010). En analysant les réponses au questionnaire hétérorapporté, ses doutes se confirment concernant les difficultés motrices et langagières.	Évaluation <b>standardisée</b> , <b>normée</b> , statique et <b>décontextualisée</b>
Au vu de l'âge d'Auguste et des outils disponibles à son bureau, Stéphanie décide d'utiliser l' <i>Exalang 3-6</i> (Helloin <i>et Thibault</i> , 2006) qui lui permettra de dégager des compétences générales au niveau du langage et de la parole.	Évaluation <b>standardisée</b> , <b>normée</b> , statique et <b>décontextualisée</b>
Ayant conscience que la tâche de dénomination d'images ne sera pas suffisante pour établir un profil de la parole, Stéphanie pense déjà à la tâche de dénomination d'images qu'elle pourra proposer. Elle pense au <i>Bilan Phonologique</i> des éditions Passe-temps si une analyse au niveau consonantique est plus pertinente et à l' <i>Inventaire des Structures Syllabiques chez l'Enfant Francophone</i> (Aubry <i>et al.</i> , 2019) si une analyse fine de la production des syllabes est à privilégier.	Évaluation <b>standardisée</b> , <b>descriptive</b> , statique et <b>décontextualisée</b>  Évaluation <b>standardisée</b> , <b>descriptive</b> , statique et <b>décontextualisée</b>
Le père d'Auguste étant très demandeur de conseils pour soutenir le développement de la parole de son enfant, Stéphanie note les <i>étayages</i> (e.g. répétition ; allongement des sons ; association d'un geste ; production simultanée) qu'elle pourrait essayer avec Auguste, lors d'une <i>activité ludique de dénomination en fin de séance</i> . Cela lui permettra de donner des recommandations aux parents et d'essayer de déterminer les sons stimulables.	Évaluation non <b>standardisée</b> , <b>descriptive</b> , dynamique et <b>décontextualisée</b>

### 2.3. La sélection critique d'outils d'évaluation normés

Les évaluations normées prennent une place importante dans l'évaluation des orthophonistes. Elle serait d'ailleurs la source d'information principale, notamment lors de l'évaluation du langage de l'enfant (Daub *et al.*, 2021). Pour la sélection d'un test, les recommandations professionnelles considèrent l'examen des données psychométriques comme central tant dans la recherche que dans la pratique clinique (Denman *et al.*, 2017 ; Nitido & Plante, 2020). Lorsque celles-ci font défaut, il est nécessaire de s'interroger sur la pertinence de l'utilisation des résultats d'évaluation obtenus pour éclairer des décisions cliniques importantes (Friberg, 2010). En 2021, Daub *et al.* ont proposé un cadre conceptuel afin de sélectionner un test, sur la base de ses caractéristiques psychométriques, au regard de l'objectif visé par le clinicien. Au lieu de réaliser une analyse exhaustive des caractéristiques psychométriques, les auteurs recommandent, sur la base des *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association *et al.*, 2014), de réaliser une recherche spécifique selon que le clinicien cherche à comparer les performances par rapport à un échantillon, estimer la sévérité d'un trouble, évaluer l'effet de l'intervention proposée, etc. En plus, cela évite de rejeter un test lorsque certaines preuves sont manquantes ou faibles alors que celles-ci ne sont pas pertinentes dans la situation clinique. Par exemple, une épreuve pourrait rencontrer de bonnes qualités psychométriques dans le cadre d'un dépistage mais ne pas correspondre aux standards attendus pour évaluer l'évolution à la suite d'une intervention. Afin de soutenir la prise de décision clinique, les auteurs proposent des arbres décisionnels pour sélectionner les outils. La figure 3 ci-dessous donne l'exemple de l'évaluation diagnostique.

**Figure 3** Traduction libre de l'arbre décisionnel proposé par Daub *et al.* (2021) dans le cadre de l'évaluation diagnostique



Il est important de préciser que la problématique autour des caractéristiques psychométriques d'un outil ne concerne pas uniquement les outils normés. Par exemple, dans le cadre d'une analyse discursive critériée ou descriptive, la nécessité d'une démarche valide, tant pour la collecte que l'analyse des données, peut être sous-estimée (Stark *et al.*, 2021). Toutefois, selon nous, l'analyse critique des outils normés est d'une importance toute particulière car les orthophonistes confèrent une valeur forte aux données collectées par ce biais pour la pose du diagnostic donnant accès aux soins.

Comme évoqué précédemment, l'évaluation ne se limite pas à une évaluation initiale pour décider ou non de la pertinence d'une rééducation orthophonique ou encore pour obtenir le droit de poursuivre le suivi toutes les cinquante séances pour le dossier administratif du patient. Les recommandations de bonnes pratiques suggèrent vivement une évaluation continue du patient afin de récolter des paramètres susceptibles d'aider à la prise de décision clinique (e.g. modification du projet thérapeutique, arrêt de la prise en charge, sélection des moyens thérapeutiques les plus efficaces). L'évaluation est un processus cyclique qui permet de répondre aux questions cliniques se présentant au cours du suivi d'un patient (Figure 1). En outre, la construction méthodologique d'une évaluation normée présente des limites intrinsèques pour développer des objectifs thérapeutiques et vérifier l'efficacité de la thérapie proposée (Lefebvre & Trudeau, 2005 ; McCauley & Swisher, 1984 ; Piérart, 2006). Pour ce faire, les formes d'interprétations cliniques fondées sur des critères de performances envisagés préalablement par le clinicien, sont d'excellents compléments.

#### 2.4. Les évaluations critériées statique et dynamique

L'évaluation critériée permet de comparer les performances d'un individu par rapport à un niveau ou à un critère de référence préétabli (i.e. au regard de l'âge, du niveau scolaire ou du programme d'études). À titre d'exemple, l'examen pratique du permis de conduire est une évaluation critériée. La grille d'évaluation permet à l'inspecteur de vérifier la présence du minimum de compétences requises pour devenir un usager de la route. Pour obtenir son permis de conduire, en France, un candidat doit obtenir

un minimum de 20 points sur un score maximal de 31 points, tout en évitant de commettre des fautes éliminatoires.

La mention statique vient compléter cette démarche lorsque l'évaluation comprend des procédures conçues pour mesurer les performances à un moment donné dans des conditions fixes (i.e. sans faire varier le contexte et en ne fournissant aucun étayage au patient – par opposition à une modalité dynamique). Elle fournit une indication des connaissances actuelles, sans fournir d'informations sur le potentiel d'apprentissage. L'évaluateur a une position neutre.

L'évaluation critériée dynamique, quant à elle, attirera l'attention des orthophonistes, car elle vise le potentiel d'apprentissage et d'acquisition d'un individu en révélant ses capacités latentes lors d'une situation d'apprentissage ciblée (Chartier & Loarer, 2008). L'interaction entre le patient et l'administrateur offre l'opportunité d'évaluer les réactions du patient face à des moyens ou des cibles d'intervention (Hasson & Joffe, 2007). L'implication effective de l'évaluateur permet une prise en compte des performances du patient tout en considérant le système (i.e. scolaire, professionnel, psycho-affectif, environnemental) dans lequel il évolue. Pour ce faire, deux formes sont possibles : 1) un pré-test suivi d'une période d'apprentissage et d'un post-test ou 2) des modèles d'étayage jusqu'à la réussite du patient (Fuchs *et al.*, 2011). Le pouvoir discriminant des évaluations dynamiques formelles est de plus en plus étudié (Binger *et al.*, 2017 ; Hasson *et al.*, 2012 ; Petersen *et al.*, 2017). Une méta-analyse d'Orellana *et al.* (2019) suggère une bonne sensibilité et spécificité de cette forme d'évaluation pour le diagnostic du trouble développemental du langage chez les enfants bilingues. Toutefois, il existe très peu d'outils normés proposant un mode d'évaluation dynamique. À l'heure actuelle, cette forme d'évaluation est utilisée par le biais d'outils informels, c'est-à-dire conçus par le

clinicien. En francophonie, quelques outils voient le jour mais, à notre connaissance, aucun n'est actuellement disponible dans le cadre de la pratique clinique (MacLeod & Glaspey, 2022 ; Matrat *et al.*, 2022).

Dans cette partie, nous avons pu voir qu'une approche pragmatique et raisonnée de l'évaluation, c'est-à-dire résolument orientée vers l'analyse fonctionnelle des troubles par la collecte des composantes altérées et préservées du patient, permet de croiser des données cliniques issues de plusieurs modalités d'évaluation qui se complètent. Ainsi, depuis la sélection des formes d'évaluation à leur administration, en passant par la vérification des caractéristiques psychométriques des outils utilisés, un panel de moyens existe pour accompagner le raisonnement clinique. Pour autant, bon nombre des défis auxquels les orthophonistes sont confrontés doivent être relevés tant au niveau du patient lui-même que par le haut, c'est-à-dire à un niveau systémique et environnemental. Cette considération est l'objet de la prochaine section de ce chapitre.

### 3. Les limites au raisonnement clinique dans la pratique professionnelle de l'orthophoniste

Il est désormais établi que la pratique clinique est un exercice qui concilie de manière équilibrée les données de la recherche, l'expertise clinique et les caractéristiques du patient au sein d'un contexte environnemental dans lequel l'action clinique est prodiguée (Satterfield *et al.*, 2009). Pour autant, cet équilibre tel qu'il a été décrit dans la partie précédente est fragilisé par un ensemble de limites et de freins susceptibles d'entraver la pratique évaluative de l'orthophoniste. Ces influences ont souvent un impact négatif sur le

choix des méthodes, les mesures utilisées dans l'évaluation, le processus d'évaluation lui-même, et par conséquent : le diagnostic, le pronostic du patient, les choix concernant l'intervention et le sentiment de compétence du praticien. Cette partie aborde quelques exemples de facteurs qui influencent la pratique évaluative de l'orthophoniste. Il est important de noter que les points discutés ne représentent qu'un petit nombre des limites – encore étudiées par ailleurs – qui peuvent influencer la prise de décision clinique.

### 3.1. Limites des données probantes

Il est attendu que les données issues de la recherche permettent aux cliniciens du monde entier d'acquérir un savoir fiable en vue de répondre à des enjeux de soin. Cependant, ces données ne sont ni absolues ni définitives. La connaissance scientifique est le fruit de pratiques collectives qui visent à produire des réponses dont la fiabilité est mesurée à travers des questions et des méthodes spécifiques. Elle est donc par essence provisoire, et amenée à être réévaluée et rectifiée au regard de nouvelles questions de recherche. Le caractère dynamique des connaissances scientifiques combiné à la diversité des pratiques scientifiques et des domaines dont elles sont issues, complexifient le travail d'identification et de collecte de l'orthophoniste qui souhaite mettre en place une stratégie d'évaluation fondée sur des données probantes, opérationnelles et individualisées pour un patient. Les dispositifs méthodologiques dans lesquelles l'orthophonie s'intègre, sont principalement issus de la recherche expérimentale, souvent à l'aune des sciences humaines et sociales et des sciences médicales, dont les rapports constants (i.e. les mêmes causes produisent les mêmes effets) sont difficiles à établir, par la nature même de l'objet d'étude : l'être humain et le rapport à

la norme (Canguilhem, 1966 ; Ereshefsky, 2009). Un certain nombre de résultats issus de la recherche clinique sont difficilement transférables dans l'immédiat pour le compte de la pratique (Brackenbury *et al.*, 2008 ; Crooke & Olswang, 2015). De plus, les études ne se valent pas toutes. Leurs niveaux de preuves s'inscrivent plutôt dans un continuum de critères plus ou moins identifiables allant de la non-preuve (préjugés, opinion) jusqu'à la présence effective dans la littérature d'un domaine, de résultats robustes car répliqués (Atkins *et al.*, 2004 ; Hultcrantz *et al.*, 2017).

Par ailleurs, l'évaluation implique l'emploi d'une terminologie reconnue. La multidisciplinarité des recherches amène l'orthophoniste à devoir composer avec des termes et des définitions variables selon la discipline parfois autour d'un même objet. En effet, l'utilisation d'une terminologie non harmonisée dans les sciences médicales et dans le cas de l'orthophonie est problématique. La littérature rapporte des complications majeures qui découlent de l'usage d'une terminologie inadéquate ou inconsistante, comme la problématique de la reconnaissance du trouble, les difficultés pour planifier et proposer les services adaptés, l'incertitude pour les professionnels de choisir la meilleure approche thérapeutique, l'utilisation inadaptée de fonds de recherche, etc. (Walsh & IGOTF-CSD, 2006). Par exemple, les termes se rapportant à l'évaluation critériée varient selon les différents auteurs. McCauley (1996) recense les termes anglophones suivants bien qu'aucune distinction définitoire ne soit réellement statuée : *criterion-referenced assessment*, *domain-referenced testing*, *objectives-referenced testing*, *competency-based testing* ou *mastery testing*. Par ailleurs, la définition varie de fait, selon la discipline, le propos des auteurs, le type d'épreuves proposées ou encore la compétence visée. Lors d'une recherche antérieure sur le domaine de l'évaluation critériée statique formelle,

nous avons constaté que seuls deux outils sur les quatre étudiés étaient définis clairement comme des évaluations dites critériées (Cattini & Duboisdindien, 2022). Cela entrave fortement le travail d'identification du clinicien et son raisonnement pour modéliser les formes d'évaluation adéquates. Plus délicat encore, cette lacune lui fait peser sur les épaules un niveau d'expertise qu'on pourrait difficilement demander à un orthophoniste qui a la charge de plusieurs patients au sein de contextes de soin souvent hétérogènes. Ainsi, comme le proposaient déjà Hunsley et Mash (2007), pour l'évaluation basée sur des données probantes à destination des personnes souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme, certaines faiblesses des pratiques issues de la recherche invitent fortement les chercheurs à élaborer des lignes directrices de la pratique évaluative pour les conditions cliniques couramment rencontrées par les orthophonistes. Ensuite, il y a nécessité de tenir compte de plusieurs facteurs critiques dans l'élaboration de telles lignes directrices, y compris la catégorisation claire des évaluations à employer, la définition de l'adéquation psychométrique, l'attention appropriée accordée à l'influence de la comorbidité et de la diversité des profils de patient, et la diffusion d'informations exactes et à jour sur le domaine évalué.

### 3.2. Limites liées aux valeurs et besoins du patient

L'influence des valeurs et des besoins du patient lors de l'évaluation orthophonique peut être examinée sous l'angle des disparités et aussi des freins en matière de décision clinique (Braveman, 2006) qui vont se répercuter sur la qualité de l'évaluation. Les disparités notoires répertoriées dans le domaine du soin sont la prévalence accrue des maladies, des vulnérabilités cognitives et socio-culturelles, des

handicaps ou de la morbidité dans une population spécifique par rapport à une autre, tandis que les inégalités en matière de soins de santé sont les différences dans l'accès à la couverture d'assurance maladie, l'accès et l'utilisation des soins, et la qualité des soins fournis. Braveman (2006) affirme que bon nombre de ces déséquilibres peuvent être évités si l'on s'en préoccupe suffisamment tôt et souvent. Il est important de noter que ces disparités peuvent être associées à d'autres en parallèle ou en interdépendance. Cette situation peut alors entraîner des conséquences plus importantes sur le plan des conclusions à tenir à l'issue d'une évaluation clinique (Ndugga & Artiga, 2023). L'accent étant mis sur les résultats cliniques, les valeurs de patient telles que le statut socio-économique, l'identité sociolinguistique et culturelle, l'identité de genre et l'ethnicité peuvent sensiblement être négligées alors que chacune d'entre elles exerce une influence majeure sur l'efficacité globale des cibles d'évaluation proposées. La littérature a beaucoup parlé de ces inégalités en ce qui concerne la dimension sociolinguistique et culturelle (ASHA, 2017 ; Basit *et al.*, 2015) mais il en existe bien d'autres avec lesquelles les orthophonistes doivent composer lorsqu'ils prennent des décisions cliniques.

En premier lieu, il est bien connu que le statut socio-économique (SSE)<sup>25</sup> a un impact significatif sur l'état de santé antérieur et actuel d'un patient. Les personnes qui ont grandi ou qui vivent dans la pauvreté ont un état de santé globalement moins bon et des taux de comorbidité et de mortalité plus élevés que les ménages comparables (Krieger *et al.*, 2003). Ce facteur de risque touche aussi bien le développement cognitif (Dennis *et al.*, 2022), les compétences langagières (Hoff, 2006 ; Roy & Chiat, 2013 ; Toppelberg & Shapiro, 2000), les apprentissages (Duncan & Seymour, 2000 ; Fluss *et al.*, 2008 ; Rassel *et al.*, 2021) que le bien-vieillir (McMaughan *et al.*,

2020). Les patients dont le SSE est faible ont globalement moins accès aux soins de santé et les soins qu'ils reçoivent sont de moins bonne qualité (Fiscella, 2004). La situation est similaire pour les préadolescents présentant également un taux plus élevé de comportements à risque. Par ailleurs, les zones reconnues comme à faible SSE comptent un moins grand nombre de professionnels libéraux susceptibles d'accompagner et de sensibiliser aux soins précoces. Dans ce contexte, les patients arrivent alors en évaluation orthophonique dans un schéma de besoins et de hiérarchisation de ces besoins, très complexes à caractériser pour le professionnel.

Deuxièmement, l'évaluation implique de comprendre et d'inclure de manière appropriée, la combinaison des variables culturelles et sociolinguistiques ainsi que l'ensemble des dimensions de la diversité qu'un individu entretient dans ses interactions avec autrui et son milieu de vie. En d'autres mots, cela nécessite une bonne sensibilité culturelle<sup>26</sup> (en anglais : *cultural responsiveness*) de la part du clinicien et exige d'approfondir ses connaissances culturelles et d'œuvrer à la création d'outils valides pour répondre aux enjeux de soin (Hopf *et al.*, 2021). Les approches cliniques – telles que le style d'entretien anamnestique, les outils d'évaluation et les techniques thérapeutiques – qui conviennent à une personne peuvent ne pas convenir à une autre. Ces changements peuvent impliquer des ajustements dans les approches cliniques lors de l'évaluation. La sensibilité culturelle dans la prestation de services a un impact sur la capacité d'un clinicien à répondre à la diversité démographique, à comprendre les déterminants sociaux de la santé et les disparités en matière de santé et y répondre, dans la mesure où ils ont un impact sur différentes populations ; d'améliorer la qualité des services et des résultats en matière de santé ; et de répondre aux exigences législatives, réglementaires et d'accréditation.

Une troisième valeur du patient qui peut influencer l'évaluation de son état de santé et son accès à l'évaluation est le genre. Le genre est une valeur dont il a été démontré qu'elle est étroitement liée à d'autres problématiques (e.g. différence salariale) en ce qui concerne la santé et les disparités en matière de soins de santé et de soins orthophoniques (Krieger *et al.*, 2003). À titre d'exemple, le trouble développemental du langage (TDL) est considéré comme plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Ainsi, le rapport entre les garçons et filles est d'environ 2 pour 1 (pour une analyse, voir Leonard, 2014). Cependant, les études épidémiologiques de grande envergure, comme celle de Shriberg *et al.* (1999) indiquent des proportions à peu près égales d'hommes et de femmes atteints de TDL. Alors comment expliquer ce phénomène ? Qu'est-ce qui inciterait les parents et les enseignants à orienter les petits garçons aux services de dépistage et à ne pas référer les petites filles ? Des études montrent que les garçons atteints de TDL sont plus susceptibles que les filles de présenter des problèmes de comportement associés, en extériorisant plus fortement leurs frustrations (Yew & O'Kearney, 2013). Il existe également des éléments de preuves suggérant que les garçons présentant dans le continuum de troubles, des problèmes de compréhension du langage sont plus susceptibles de manifester de l'agressivité et des troubles externalisés du comportement (Brownlie *et al.*, 2004). Pour autant, cela ne signifie pas qu'à situation égale, les petites filles ne ressentent pas les mêmes frustrations, mais ce seraient *a priori* les attentes sociales liées au genre qui contraindraient les filles à moins se faire remarquer et à se contrôler émotionnellement. Cela rejoint d'ailleurs les études qui caractérisent le manque de considération sociale et médicale pour les profils de filles, d'adolescentes et de femmes adultes atteintes de trouble du déficit de l'attention avec ou sans

hyperactivité (Quinn & Madhoo, 2014), du trouble du spectre de l'autisme (Lockwood Estrin *et al.*, 2021) ou encore de la dyscalculie (Devine *et al.*, 2013).

Bien qu'il existe des disparités bien comprises en matière de santé et de soins de santé entre les hommes et les femmes, les patients transgenres ont un plus grand nombre de préoccupations liées à la qualité des soins de santé, y compris en orthophonie. Souvent en demande d'évaluation phoniatrique et communicationnelle, ils sont moins enclins à se faire évaluer et soigner parce qu'ils craignent que les cliniciens ne soient pas compréhensifs et ne connaissent pas les problèmes des personnes transgenres (Cahill & Makadon, 2014 ; Fidelindo *et al.*, 2014 ; Oates & Dacakis, 2015). Ces problèmes comprennent particulièrement les problèmes hormonaux et physiques avant et après la réassignation de genre (Cahill & Makadon, 2014). La communication est essentielle avec les patients transgenres pour être au courant de leurs préoccupations et des problèmes de santé potentiels qui peuvent survenir. Directement liée au genre, la connaissance du statut affectif est une autre valeur pour le patient. Les patients qui s'identifient comme LGBTQIA+ sont également plus susceptibles de percevoir des attitudes négatives et des stigmates de la part des praticiens, ce qui les rend moins enclins à rechercher des soins (Cahill & Makadon, 2014 ; Fidelindo *et al.*, 2014). Par conséquent, les cliniciens doivent veiller à considérer leurs stéréotypes et croyances et recevoir davantage de formation, car les patients veulent se sentir à l'aise pour discuter des questions spécifiques aux LGBTQIA+ avec l'orthophoniste (ASHA, 2023 ; Oates & Dacakis, 2015 ; Taylor *et al.*, 2018).

Pour terminer, la co-occurrence de plusieurs conditions médicales chez un même individu est un enjeu important de réflexion pour mener une évaluation. En pratique, on peut penser aux patients en

situation de déficience intellectuelle, de déficiences associées ou encore à des personnes âgées souffrant d'un trouble neurocognitif léger ou majeur. Dans ces situations, l'enjeu va être de répertorier les caractéristiques cliniques à travers un panel important d'outils d'évaluation couvrant plusieurs domaines (e.g. langage oral, cognition mathématique, déglutition, posture). Par ailleurs, les outils d'évaluation sont rarement adaptés à leurs conditions cognitives, physiques et émotionnelles multiples ainsi qu'aux enjeux fonctionnels souvent prioritaires que sous-tendent les plaintes de ces patients (e.g. continuer à conduire, favoriser des compétences fonctionnelles liées au calcul plutôt que de réaliser des apprentissages scolaires basés sur un programme inadapté, être en mesure de prendre les transports en commun). La démarche reste fragile dans ce contexte d'évaluation et cela vaut pour d'autres profils complexes, dès lors qu'on inclut 1) plusieurs composantes cognitives ou que 2) l'on s'intéresse à ce qui sous-tend un domaine particulier (e.g. composantes de la mémoire verbale à court terme ; interprétation de l'influence des composantes langagières pour résoudre un problème arithmétique avec un patient TDL) ou que 3) l'on doit considérer d'autres fragilités pour lesquelles le professionnel est moins formé initialement (e.g. demander de désigner une image en situation d'invalidité motrice, adapter des consignes verbales pour une personne sourde et atteinte d'un déficit visuel majeur).

### 3.3. Limites liées à l'environnement

Une combinaison d'éléments matériels et socio-économiques qui constituent le cadre et les conditions de travail de l'orthophoniste peut interférer sur la qualité de l'évaluation du patient. Comme

exemples parlants et probablement vécus de près ou de loin par des cliniciens lecteurs de ce chapitre, nous pouvons citer :

1. les difficultés d'accès à une protection de santé pour certains patients ;
2. le contexte personnel du patient ou de l'orthophoniste qui peut reporter ou entraver l'accès à un soin ;
3. les contraintes temporelles exigées par les structures sanitaires, sociales ou encore hospitalières pour la préparation et la rédaction d'une évaluation ;
4. la méconnaissance des compétences diagnostiques de l'orthophoniste et
5. les demandes d'organismes administratifs ou de la direction d'un établissement de soins qui imposent l'administration uniquement de tests normés.

Ce dernier point laisse peu de place à la diversité des données cliniques à répertorier ainsi qu'à la nécessité d'enrichir les stratégies évaluatives afin de couvrir de manière appropriée et valide les besoins du patient. Ces demandes interrogent également fortement sur le crédit accordé aux capacités d'analyse de l'orthophoniste.

Ces réalités contextuelles nuisent à la qualité des soins établie pourtant comme priorité de santé publique par l'Organisation mondiale de la Santé afin de réduire les risques liés à la prestation des services de santé. Cet enjeu ne touche pas expressément les orthophonistes mais tout le système de santé (WHO, 2008). Cependant sa position dans ce système en tant qu'*agent de santé communautaire et autres prestataires des services de santé* ne le rend pas équitablement prioritaire en termes d'investissement dans des politiques durables de sensibilisation auprès des populations, de moyens matériels, économiques et humains face aux professions de

médecins, du personnel infirmier et sage-femmes et du personnel en dentisterie (WHO, 2009). Cette fragilité dans la hiérarchie des soins s'exprime d'abord directement sur les patients et les bénéficiaires, mais réduit aussi considérablement les opportunités d'implémenter les meilleures pratiques de soins essentielles au raisonnement clinique et de l'innovation, et porte à conséquences sur la productivité des organisations et des nations (OCDE, 2010).

À cela s'ajoute l'ampleur de la crise actuelle et du fait que la COVID-19 continue de mettre à l'épreuve le système de santé international, générant un épuisement professionnel majeur chez tous les acteurs de santé et des pénuries de personnel (Jalili *et al.*, 2021). La relation entre le stress professionnel (Price, 2001), la satisfaction et la fidélisation du personnel sur le lieu de travail a été bien établie dans la littérature. À l'aide d'entretiens auprès de soixante orthophonistes australiennes, McLaughlin *et al.* (2008) ont identifié les facteurs susceptibles d'augmenter ou diminuer le stress au travail, la satisfaction à l'égard de leur travail et de la profession, et les raisons pouvant motiver de quitter la profession d'orthophoniste. Les thématiques dominantes de ces entretiens étaient 1) le désir des orthophonistes de faire la différence dans la vie des gens qu'ils accueillent en évaluation et en intervention, 2) la récompense qu'ils en retirent, ainsi que 3) la frustration lorsque des obstacles s'y opposent. Les questions de charge de travail, d'efficacité, de reconnaissance, de soutien, d'apprentissage et d'autonomie ont toutes été décrites comme des amplificateurs ou des modérateurs de stress, selon qu'elles facilitaient ou entravaient la prestation de services cliniques efficaces. Les difficultés engendrées par ces facteurs de stress semblent être atténuées par le sentiment qu'à la fin de la journée, les orthophonistes ont accompli quelque chose de *valable*.

Lors de l'évaluation, plusieurs professionnels de santé font remonter leur difficulté à gérer la contrainte du temps. Cette étape dans le parcours du soin d'un patient est souvent considérée comme exigeante sur le plan temporel car cruciale pour mettre en place des relations interpersonnelles et un climat d'écoute favorables, pour proposer un cadre explicatif du rôle du clinicien dans cette consultation, pour collecter les valeurs du patient afin de proposer, finalement, une évaluation opérationnelle et respectueuse. À notre connaissance, aucune étude n'est portée expressément sur la contrainte temporelle liée à l'évaluation en orthophonie. Cependant, O'Halloran *et al.* (2008) ont passé en revue la littérature sur les facteurs environnementaux ayant un impact sur la communication avec les patients souffrant de troubles de la communication selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF ; OMS 2001), et ont classé le temps comme un obstacle majeur à une communication efficace dans deux domaines de la CIF : *Catégorie système et politique de service* et *Catégorie attitudes*. En 2010, Tejero a observé des infirmières interagir avec des patients pour mesurer l'engagement et le lien thérapeutique, et a constaté que les interactions d'une durée plus longue entraînaient des niveaux significativement plus élevés et permettaient d'accéder à plus d'informations, d'interventions et d'échanges interpersonnels. Inversement, lorsque les infirmières discutent des obstacles à une communication efficace avec les patients, le manque de temps pour communiquer et la charge excessive de travail sont perçus comme des obstacles à la relation infirmier-patient.

Ces considérations impliquent que faute de temps et de moyens activés par des politiques publiques, les orthophonistes se tournent vers des *facilitateurs*. Certains sont encadrés par les organismes et réglementations de santé publique, d'autres sont situés dans un cadre

plus discutable et sont susceptibles d'entrer en concurrence avec le raisonnement clinique et le cadre éthique d'un soin de haute qualité (Schoenfeld *et al.*, 2016). Ainsi, depuis quelques années se développe une forme d'*ubérisation* de la santé faite pour améliorer l'efficacité professionnelle des cliniciens contre une rétribution financière. Des organisations privées analysent ainsi en amont les besoins des consommateurs, ici les orthophonistes, et l'ensemble des moyens d'action utilisés par le système dans lequel ils évoluent. Cela permet de proposer un produit-cible à travers un panel de composants marketing susceptibles d'influencer le comportement. Le pouvoir marketing de certaines plateformes de consultations en ligne, d'éditions spécialisées ou de programmes de formation continue qui promettent, par exemple, de rédiger un compte-rendu en moins d'une heure, ont le potentiel d'entamer l'esprit critique des orthophonistes qui cherchent en toute bonne foi à concilier leur temps de travail et l'accompagnement de qualité auprès des patients. Cette stratégie revêt des limites et peut discréditer une certaine expertise difficilement gagnée dans le système de santé, sans un minimum de précautions et de sensibilisations préalables. Ainsi, par exemple, les outils automatisés d'aide à la rédaction de compte-rendu ont pour objectif de fournir un service entièrement informatisé en fournissant un document intégrant des visuels pour les scores obtenus et des phrases-types concernant l'interprétation quantitative, souvent sans nuance au regard des caractéristiques psychométriques de l'outil d'évaluation. Dans ce principe, il faut entrevoir que l'orthophoniste devra réaliser les liens théorico-cliniques liés aux résultats et réaliser les autres modalités d'évaluation (décrites précédemment) en les intégrant au texte automatisé. Malheureusement, le risque est de voir apparaître des comptes-rendus uniquement issus de ce traitement

automatique ou, plus insidieusement, d'appauvrir la réflexion clinique.

Depuis plusieurs années, des études sur la théorie du comportement décisionnel (Pham, 1996) ont montré que la communauté du marketing – y compris l'industrie de l'édition – a constamment utilisé l'influence des biais cognitifs pour guider les choix des utilisateurs. À titre d'exemple, les résultats d'études montrent que les adaptations proposées au niveau de la typologie par les éditeurs de la littérature jeunesse pour les apprenants ou les personnes souffrant de dyslexie ne sont pas démontrés ce jour (Bachmann & Mengheri, 2018). Par ailleurs, les supports de remédiation, dits spécialisés, présentent des faiblesses dans leurs objectifs de soin, leur choix de cibles ou leur validité théorique (Duboisdindien & Dal, 2021). Enfin, il est courant pour les orthophonistes de consolider et développer leur formation initiale par des sessions de formations continues dans le domaine de l'évaluation et les conduites diagnostiques. Ce type de stratégie permet d'accéder à des connaissances multiples et actualisées sur un domaine sous la supervision d'un formateur *a priori* expert du domaine. Cependant, des disparités dans les contenus et les programmes proposés peuvent être un frein à ce souhait de développement professionnel. Certains contenus peuvent même être à contre-courant des résultats de la recherche. En France, malgré l'encadrement des formations continues par l'article L.6361-2 du Code du travail et d'organismes d'état comme les services régionaux de contrôle et la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, il n'en est pas moins que ces juridictions n'ont pas le pouvoir du contrôle des qualités pédagogiques et théoriques des programmes ni du niveau d'expertise des formateurs (Germain & Tejada, 2012). Le contrôle est avant tout administratif et financier des dépenses et activités générales. En

résumé, les limites liées à l'environnement sont examinées et étudiées pour offrir des produits commerciaux sans que cela ne doive répondre à des standards de qualité.

Au regard de ces multiples éléments rapportés et susceptibles de limiter la pratique évaluative, le raisonnement clinique – et l'esprit critique qu'il sous-tend – se révèlent d'autant plus importants pour réaliser des choix éclairés.

## 4. Une pratique évaluative raisonnée et raisonnable

Le raisonnement clinique en situation d'évaluation est une activité mentale structurée qui consiste à interpréter des observations ou des résultats cliniques. Il permet de porter des appréciations qui peuvent guider la prise de décisions et adopter des mesures en accord avec les valeurs et les besoins du patient. Les orthophonistes ont conscience de la nécessité d'identifier les variables contextuelles qui soutiennent la compétence évaluée, mais aussi de collecter des données en vue de proposer des recommandations spécifiques aux proches aidants ou encore pour mettre en place un suivi individualisé. En pratique, l'évaluation orthophonique ne peut donc être vue comme la mobilisation de procédures routinières et automatiques répondant toujours à de hauts standards de qualité. La pratique évaluative est dépendante de nombreux facteurs sur lesquels le contrôle clinique reste très fluctuant. De fait, l'orthophoniste est régulièrement en train de réadapter son approche. À ce titre, des études ont montré que les orthophonistes qui travaillent dans des structures spécialisées ou avec des enfants ayant des besoins complexes utilisent moins souvent des tests normés et plus souvent des évaluations critériées statiques ou

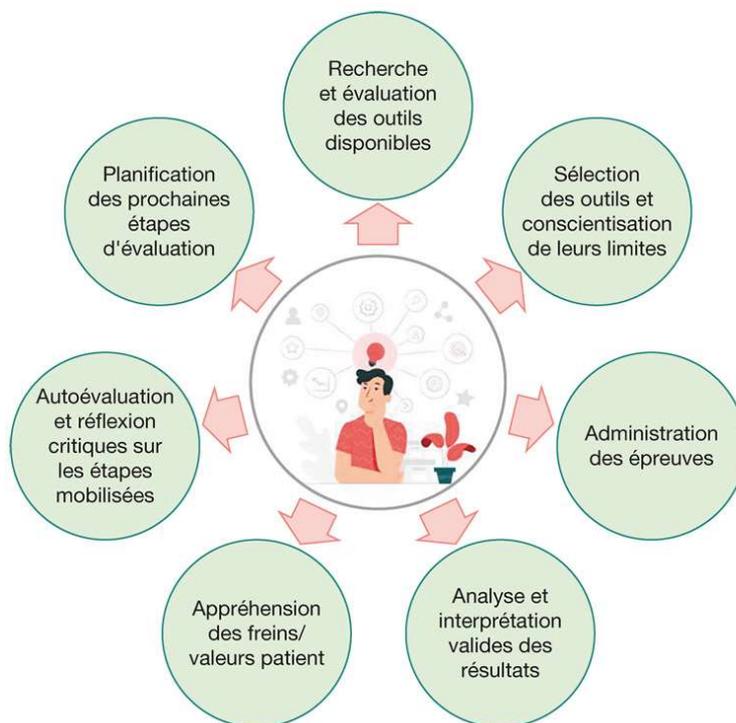
dynamiques comparativement à d'autres contextes professionnels (Gillon *et al.*, 2017 ; Watson & Pennington, 2015). Ces constats sont également partagés pour l'évaluation des personnes souffrant d'aphasie. Face aux déficits complexes et fortement invalidants des patients en phase aiguë, particulièrement, les orthophonistes dans les structures de neurologie et de réadaptation ont tendance à privilégier l'évaluation informelle plutôt que les outils normés, notamment en utilisant soit leurs propres outils de dépistage, soit des évaluations non normées (Hersh *et al.*, 2018).

Au regard de ces différentes considérations tout au long de ce chapitre, notre propos vise à replacer l'orthophoniste et son raisonnement au centre du processus de l'évaluation (Figure 4). L'orthophoniste est responsable de la planification et de la réalisation d'évaluations adaptées, individualisées et approfondies. Il est également responsable de la détermination du résultat de l'évaluation par une interprétation appropriée des données recueillies auprès de sources multiples (McLeod & Baker, 2017). Rappelons toutefois que le cadre déontologique de la profession régit l'administration des évaluations orthophoniques en termes de moyens et non de résultats<sup>27</sup>. En d'autres termes, il est important de connaître le périmètre d'actions liées à une situation clinique et surtout d'appréhender les limites inhérentes afin de 1) pondérer ses conclusions, 2) de postposer un avis ou encore 3) de réaliser des investigations complémentaires. Plus concrètement, le clinicien ne peut évaluer une compétence spécifique (*e.g.* stabilité des erreurs de parole chez l'enfant présentant un trouble des sons de la parole ; caractéristiques évolutives des paraphasies phonologiques dans le discours d'une personne souffrant d'une aphasie primaire progressive de la variante logopénique) de manière assurée en l'absence d'outils existants et/ou diffusés auprès de la profession.

Par ailleurs, il est illusoire de penser qu'un ou plusieurs outils pourraient répondre aux contraintes imposées par la pluralité des situations cliniques rencontrées au cours d'une vie professionnelle. Outre le développement d'outils valides et fidèles, il est donc primordial d'outiller l'orthophoniste afin de prendre une décision clinique raisonnée et raisonnable. Les données externes robustes et répliquées sont peu fréquentes afin de soutenir les décisions cliniques même si cela peut fortement varier d'un champ d'application à un autre. Lors de l'évaluation clinique, l'orthophoniste doit donc faire au mieux selon les outils à sa disposition. Bien entendu des facilitateurs existent, mais à nouveau ceux-ci demandent une analyse critique afin de s'assurer qu'ils répondent un minimum à des principes méthodologiques de qualité (e.g. déclaration des conflits d'intérêts, méthodologie rigoureuse).

Comme nous avons pu le voir précédemment, la littérature propose des recommandations afin de favoriser une évaluation basée sur des données probantes. Toutefois, il s'avère très rapidement que celles-ci nécessitent du temps et des connaissances académiques importantes. À titre d'illustration, les arbres décisionnels proposés par Daub *et al.* (2021) permettent de faciliter les procédures pour l'analyse psychométrique des outils d'évaluation, cependant celles-ci restent peu réalistes au regard des nombreuses contraintes environnementales et missions que l'orthophoniste doit remplir au quotidien (Figure 4). Afin de connaître rapidement la qualité psychométrique des outils, nous recommandons aux lecteurs de consulter des articles réalisant une analyse d'outils en français. Une liste de références est disponible ci-dessous (Tableau 2). Ces ressources sont une première solution mais, rapidement, elles peuvent devenir obsolètes en n'intégrant pas les derniers outils édités.

**Figure 4** Expertise orthophonique dans la pratique évaluative



**Tableau 2** Études concernant l'analyse des caractéristiques psychométriques d'outils francophones

Référence	Domaine	Population-cible
Carrier <i>et al.</i> (2022)	Cognition	Personnes âgées canadiennes francophones
Gaul Bouchard <i>et al.</i> (2009)	Langage oral et écrit	Enfants francophones nord-américains
Lafay et Cattini (2018)	Cognition mathématique	Enfants francophones
Leclercq et Veys (2014)	Langage oral	Enfants francophones d'âge scolaire
Meloni <i>et al.</i> (2022)	Perception de la parole	Enfants francophones d'âge préscolaire et scolaire

Depuis 2022, une plateforme à destination des neuropsychologues, psychologues et orthophonistes propose de répertorier les outils et leurs caractéristiques psychométriques pour les outils en français : Tool2Care. Ce travail conséquent, basé sur l'utilisation d'une grille d'analyse conçue par des psychométriciens, promet une facilitation de la sélection des outils d'évaluation de manière plus rapide. Les abonnés peuvent rechercher les outils existants dans un domaine à partir d'un moteur de recherche et avoir un aperçu rapide des informations présentes concernant les caractéristiques psychométriques de chaque outil. Les références utilisées pour réaliser l'analyse sont citées afin de permettre à l'utilisateur de contrôler les informations mises à disposition et assurent une transparence méthodologique. L'absence de conflits d'intérêts pour analyser les caractéristiques psychométriques des outils et la consultation d'études indépendantes pour évaluer ceux-ci sont des facteurs primordiaux. En 2017, Denman *et al.* ont rapporté que les informations fournies dans les manuels des tests ne sont pas toujours soutenues par les preuves issues de la littérature. Il est donc primordial de fournir des données accessibles, transparentes, indépendantes et méthodologiquement rigoureuses. De plus, outre l'analyse des caractéristiques psychométriques, il s'avère que beaucoup d'outils sont méconnus des cliniciens par manque de diffusion par les chercheurs. Lors d'un travail réalisé en 2023, au sein du projet Tool2Care, concernant les outils existants pour évaluer le domaine de la parole chez les enfants d'âge préscolaire, il s'avère qu'un total de 31 outils ont pu être identifiés et 77 % d'entre eux sont des outils non édités par des maisons d'édition. Au total, 17 outils sont en accès libre ou disponibles sur demande aux auteurs.

D'autres initiatives visant à soutenir une approche évaluative raisonnée peuvent être mises en avant. Dans le cadre du projet ANR

Demonext (Namer *et* Hathout, 2020), portant sur le développement d'une base de données en morphologie dérivationnelle, un rapport méthodologique type *problem-based learning* a été édité en vue de fournir le raisonnement clinique pas-à-pas d'une évaluation critériée statique formelle (Duboisdindien *et al.*, 2022). De telles initiatives scientifiques visant à offrir des solutions aux praticiens, sans diminuer la qualité des informations fournies, sont peu courantes et peu mises en avant alors qu'elles offrent de réelles possibilités pour une pratique clinique de qualité.

L'avènement des outils normés a fondamentalement changé les pratiques professionnelles et, de notre point de vue, il est important de promouvoir, à nouveau, les observations cliniques ou encore l'utilisation d'épreuves construites empiriquement pour une situation spécifique. La passation de batteries complètes d'épreuves normées nous paraît inappropriée et ne pas tenir suffisamment compte des besoins du patient et de l'orthophoniste. Afin de soutenir l'orthophoniste dans cette démarche, nous suggérons les formes d'évaluation à privilégier selon l'objectif premier de l'évaluation (Tableau 3). Cette proposition tient compte de l'état actuel des connaissances et des outils disponibles en francophonie. Théoriquement, par exemple, une évaluation normée dynamique pourrait être une bonne candidate dans le cadre du diagnostic mais l'absence d'outils disponibles rend cette option inenvisageable pour le moment.

**Tableau 3** Formes de l'évaluation suggérées selon l'objectif principal de l'évaluation au regard de la disponibilité des outils disponibles en francophonie

Objectif	Forme de l'évaluation
Dépister	Évaluation normée statique possédant une bonne sensibilité
Diagnostiquer	Évaluation normée statique possédant des qualités acceptables de pouvoir discriminant
Affiner le diagnostic et comprendre le profil du patient	Évaluation critériée statique
Définir les cibles et les moyens thérapeutiques	Évaluation descriptive et critériée dynamique
Réajuster ces moyens en cours d'intervention	Évaluation descriptive dynamique
Fournir des recommandations concernant des stratégies et moyens d'aide	Évaluation descriptive dynamique et évaluation critériée dynamique
Évaluer les progrès spécifiques à l'intervention	Évaluation critériée statique possédant une bonne fidélité proposée 1) avant et après l'intervention ou 2) en mesures répétées

## 5. Conclusion

Le raisonnement clinique correspond aux processus de pensée et de prise de décision qui permettent au clinicien d'ajuster son expertise en vue de proposer une évaluation ou une intervention adaptée à travers un contexte spécifique de résolution de problème de santé. En situation d'évaluation notamment, il est attendu de l'orthophoniste

de conduire une évaluation tout en mobilisant des stratégies d'analyse, d'évaluation d'une situation clinique, de pointer des prédicteurs pour le pronostic et la qualité de vie du patient rencontré. En outre, l'orthophoniste établit et entretient de manière effective et constante au cours de l'évaluation, une relation thérapeutique et professionnelle auprès du patient et, éventuellement, de son entourage. La sollicitation des pairs est également plébiscitée dans la pratique évaluative en complément des connaissances scientifiques à explorer au regard des données issues du bilan. En parallèle de ces savoir-faire, le champ d'expertise de l'orthophoniste clinicien se déploie à travers plusieurs thématiques de santé et différents âges de la vie humaine. L'ASHA évoque *The big-nine areas* que sont la parole, la fluence, la voix, le langage, la communication, l'audition, la déglutition, la communication sociale et les modalités de communication. En France et sur d'autres territoires, l'orthophoniste a également la charge des apprentissages. Dans ce contexte, le clinicien doit recruter quotidiennement des capacités d'analyse critique de la situation et de son propre raisonnement, et être en mesure d'édifier des aptitudes professionnelles pour évoluer dans sa pratique.

Pour conclure, l'évaluation n'est pas une fin en soi dans la pratique professionnelle de l'orthophoniste. Il est pertinent de l'envisager à travers un processus continu qui ne s'arrête pas lorsque commence l'intervention. Tout autrement, les séances de rééducation permettent de recueillir *in vivo* des données précieuses pour confirmer ou infirmer les hypothèses posées. Ce raisonnement clinique semble relativement bien ancré dans la pratique des orthophonistes qui de manière empirique, créative et instinctive développent de nombreuses stratégies évaluatives. Les données de la littérature identifient par ailleurs très bien ce souhait marqué chez

ces professionnels, de favoriser le cadre d'accueil du patient – tant du point de vue logistique, clinique que relationnel – lors de l'évaluation, en vue de tisser les premiers liens de confiance, mais également pour assurer un suivi de qualité en cas d'intervention. Aussi, l'expertise clinique de l'orthophoniste résiderait principalement dans sa capacité à s'adapter et à dénouer des situations d'évaluation parfois complexes sinon plurielles compte tenu de la diversité de profils cliniques rencontrés.

Le système de santé et le système politique peuvent sembler astreignants au regard des valeurs professionnelles pour lesquelles chacun s'est engagé dans un métier de soin. Une redistribution judicieuse du temps d'évaluation dans la pratique semble primordiale pour favoriser le raisonnement clinique et affiner la compréhension qu'on peut avoir d'un patient. Par exemple, dans les domaines du langage et de la parole, l'analyse quantitative et qualitative d'un échantillon verbal peut communiquer de nombreuses informations tant pour le diagnostic que l'intervention. En langage écrit, lors du bilan initial, la consultation des cahiers de dictée d'un patient du CP au CM1 ou encore des mots qu'il peut laisser spontanément à ses parents peut fournir des informations précieuses concernant la typologie et la progression des erreurs. Pour cela, il faut du temps d'analyse et en amont du temps de formation pour fortifier l'expertise de ces professionnels cruciaux de notre système de santé.

De fait, l'évaluation *administrative* contrainte par la politique de santé décidée et réglementée en son temps, pour le cas de la France, n'est pas réellement adaptée aux contraintes vécues par le patient et doit se distinguer de l'évaluation au bénéfice de celui-ci. Par ailleurs, une telle approche aura une incidence bénéfique pour le suivi d'évolution du patient sur la durée. Dans ce cadre, nous souhaitons souligner deux conclusions principales. Tout d'abord, les

orthophonistes doivent composer avec des variables multidimensionnelles et, de fait, des formes distinctes et complémentaires d'évaluation. Cette multiformité aguerrit d'autant plus la pratique et de fait, l'expertise du clinicien, situation clinique après situation clinique. Pour autant, l'utilisation d'outils d'évaluation que les directives internationales recommandent en complément des tests normés, tels que l'évaluation critériée statique et dynamique, n'est pas très répandue. Ensuite, des facteurs affectent l'expertise de ces professionnels. Ainsi, pour développer et améliorer les pratiques d'évaluation, des recommandations claires issues de la recherche, une formation de qualité basée sur des contenus scientifiques ainsi que plus de temps pour la préparation l'administration, la relation avec le patient et la remise de conclusions sont nécessaires. De nombreux défis auxquels les orthophonistes sont confrontés doivent être relevés par le haut, à un niveau systémique (e.g. décideurs politiques, organisations nationales en santé publique, organisations professionnelles), tout en s'appuyant et en encourageant les facteurs, déjà existants, favorables au développement des pratiques d'évaluation des orthophonistes et pour finir, au service des patients.

## 6. Références bibliographiques

- Ajjawi R., & Higgs J. (2012), "Core components of communication of clinical reasoning: a qualitative study with experienced Australian physiotherapists", *Advances in Health Sciences Education*, vol.17, Issue1, p. 107–119. <https://doi.org/10.1007/s10459-011-9302-7>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, et National Council on Measurement in Education. (2014), *Standards for educational and psychological testing*. <https://www.apa.org/science/programs/testing/standards>
- Asha. (2023), *Assessment and evaluation of speech-language disorders in schools*. En ligne : <https://www.asha.org/slp/assessment-and->

- [evaluation-of-speech-language-disorders-in-schools/](#)
- Asha. (2023), *Supporting and working with transgender and gender-diverse people*. En ligne : <https://www.asha.org/practice/multicultural/supporting-and-working-with-transgender-and-gender-diverse-individuals/>
- Asha. (2016), *Scope of practice in speech-language pathology [Scope of Practice]*. En ligne : <https://www.asha.org/policy/sp2016-00343/>
- Asha. (2017), *Issues in ethics: Cultural and linguistic competence [Ethics]*. En ligne : <https://www.asha.org/Practice/ethics/Cultural-and-Linguistic-Competence/>
- Atkins D., Eccles M., Flottorp S., Guyatt G. H., Henry D., Hill S., Liberati A., O'Connell D., Oxman A. D., Phillips B., Schünemann H., Edejer T. T.-T., Vist G. E., & Williams J. W. (2004), Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I : Critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC Health Services Research*, vol.4, Issue1, article 38. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-4-38>
- Aubry N., Bissonnette I., & Raymond S. (2019), *Inventaire des structures syllabiques chez l'enfant francophone (ISSEF)*. En ligne : <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/inventaire-des-structures-syllabiques-chez-lenfant-francophone-issef>
- Bachmann C., & Mengheri L. (2018), "Dyslexia and fonts : Is a specific font useful? *Brain Sciences*", vol.8, Issue 5, article 89. <https://doi.org/10.3390/brainsci8050089>
- Baker J., Lovell K., & Harris N. (2006), "How expert are the experts ? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques", *Nurse Researcher*, vol. 14, Issue1, p. 59-70. <https://doi.org/10.7748/nr2006.10.14.1.59.c6010>
- Basit T. N., Hughes A., Iqbal Z., & Cooper J. (2015), "The influence of socio-economic status and ethnicity on speech and language development", *International Journal of Early Years Education*, vol. 23, Issue1, p.115–133. <https://doi.org/10.1080/09669760.2014.973838>
- Bates S., & Titterington J. (2017), *Good practice guidelines for the analysis of child speech*.
- Betz S., Eickhoff J., & Sullivan S. (2013), "Factors Influencing the Selection of Standardized Tests for the Diagnosis of Specific Language Impairment", *Language Speech and Hearing Services in Schools*, Issue44, p.133–147. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2012/12-0093\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012/12-0093))
- Binger C., Kent-Walsh J., & King M. (2017), "Dynamic assessment for 3- and 4-year-old children who use augmentative and alternative

- communication: Evaluating expressive syntax”, *Journal of Speech Language and Hearing Research*, vol.60, Issue7, p.1946-1958.  
[https://doi.org/10.1044/2017\\_JSLHR-L-15-0269](https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-L-15-0269)
- Brackenbury T., Burroughs E., & Hewitt L. E. (2008), “A Qualitative Examination of Current Guidelines for Evidence-Based Practice in Child Language Intervention”, *Language Speech and Hearing Services in Schools*, vol.39, Issue1, p.78-88.  
[https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2008/008\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2008/008))
- Braveman P. (2006), “Health disparities and health equity: Concepts and measurement”, *Annual Review of Public Health*, vol. 27, Issue1, p.167–194.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103>
- Brownlie E. B., Beitchman J. H., Escobar M., Young A., Atkinson L., Johnson C., Wilson B., & DOUGLAS, L. (2004), “Early language impairment and young adult delinquent and aggressive behavior”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 32, Issue4, p. 453-467.  
<https://doi.org/10.1023/B:JACP0000030297.91759.74>
- Cahill S., & Makadon H. (2014), “Sexual orientation and gender identity data collection in clinical settings and in electronic health records : A key to ending LGBT health disparities”, *LGBT Health*, 1(1), 34–41. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0001>
- Canguilhem G. (1966), *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires.
- Carrier T., Field Lira M. B., Cortina Ortiz J. A., Duchesne C., & Montembeault M. (2022), « Revue systématique des tests cognitifs validés et/ou ayant des normes de référence pour la population canadienne francophone âgée », *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, p. 1–19.  
<https://doi.org/10.1017/S0714980822000319>
- Cattini J., & Duboisdindien G. (2022), « L'évaluation critériée statique formelle en orthophonie », *Glossa*, n° 133, p. 27-47.
- Chartier P., & Loarer E. (2008), *Évaluer l'intelligence logique*, Dunod.
- Crooke P. J., & Olswang L. B. (2015), “Practice-Based Research: another pathway for closing the research–practice gap”, *Journal of Speech Language and Hearing Research*, vol. 58, Issue6, p. S1871–S1882. [https://doi.org/10.1044/2015\\_JSLHR-L-15-0243](https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-15-0243)
- Cumming A., & Ross M. (2007), “The Tuning Project for medicine – learning outcomes for undergraduate medical education in Europe”, *Medical Teacher*, vol. 29, Issue7, p. 636-641.  
<https://doi.org/10.1080/01421590701721721>
- Daub O., Cunningham B. J., Bagatto M. P., Johnson A. M., Kwok E. Y., Smyth R. E., & CARDY, J. O. (2021), “Adopting a Conceptual Validity Framework for Testing in Speech-Language Pathology”,

- American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 30, Issue4, p. 1894–1908. [https://doi.org/10.1044/2021\\_AJSLP-20-00032](https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00032)
- Denman D., Kim J.-H., Munro N., Speyer R., & Cordier R. (2019), “Describing language assessments for school-aged children : A Delphi study”, *International Journal of Speech-Language Pathology*, p.1-11. <https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1552716>
- Denman D., Speyer R., Munro N., Pearce W. M., Chen Y. W., & Cordier R. (2017), “Psychometric properties of language assessments for children aged 4-12 years : A systematic review”, *Frontiers in Psychology*, vol.8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01515>
- Dennis E., Manza P., & Volkow N. D. (2022), “Socioeconomic status, BMI, and brain development in children”, *Translational Psychiatry*, vol. 12, Issue1, article 33. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01779-3>
- Devine A., Soltész F., Nobes A., Goswami U., & Szűcs D. (2013), “Gender differences in developmental dyscalculia depend on diagnostic criteria”, *Learning and Instruction*, Issue27, p. 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2013.02.004>
- Diepeveen S., Van Haaften L., Terband H., De Swart B., & Maassen B. (2020), “Clinical reasoning for speech sound disorders: Diagnosis and intervention in speech-language pathologists daily practice”, *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 29, Issue 3, p. 1529–1549. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-19-00040](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00040)
- Duboisdindien G., Cattini J., & Dal G. (2022), *Brèves DP4 - Demonext-step Boris et Joël : une évaluation critériée statique des compétences en morphologie dérivationnelle*. En ligne : <https://hal.science/hal-03780590/>
- Dudding C. C., & Pfeiffer D. L. (2018), “Clinical decision-making in speech-language pathology graduate students: Quantitative findings”, *Teaching and Learning in Communication Sciences et Disorders*, vol.2, Issue 1. <https://doi.org/10.30707/TLCS2.1Dudding>
- Duncan L. G., & Seymour P. H. K. (2000), “Socio-economic differences in foundation-level literacy”, *British Journal of Psychology*, vol. 91, Issue 2, p.145–166. <https://doi.org/10.1348/000712600161736>
- Durning S. J., & Artino A. R. (2011), “Situativity theory: A perspective on how participants and the environment can interact: AMEE Guide no. 52”, *Medical Teacher*, vol.33, Issue 3, p. 188–199. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.550965>
- Duyme M., Capron C., & Zorman M. (2010), *Inventaire du Développement de l'Enfant*. Cognisciences.

- Ereshefsky M. (2009), "Defining 'health' and 'disease.'", *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, vol.40, Issue 3, p.221–227. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.06.005>
- Eva K. W., Hatala R. M., Leblanc V. R., & Brooks L. R. (2007), "Teaching from the clinical reasoning literature : combined reasoning strategies help novice diagnosticians overcome misleading information", *Medical Education*, vol.4, Issue 12, p.1152–1158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02923.x>
- Fabiano-Smith L. (2019), "Standardized Tests and the Diagnosis of Speech Sound Disorders", *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, vol.4, Issue 1, p. 58–66. [https://doi.org/10.1044/2018\\_PERS-SIG1-2018-0018](https://doi.org/10.1044/2018_PERS-SIG1-2018-0018)
- Fidelindo L. A., Brown D. V., & Sung Min J. K. (2014), "Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population : A review of best practices", *AJN, American Journal of Nursing*, vol.114, Issue 6, p.24–34. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000450423.89759.36>
- Finn P. (2011), "Critical thinking: Knowledge and skills for evidence-based practice", *Language, Speech et Hearing Services in Schools*, vol.42, p.69–73. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2010/09-0037\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2010/09-0037))
- Finn P., Bothe A. K., & Bramlett R. E. (2005), "Science and pseudoscience in communication disorders: Criteria and applications", *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol.14, Issue 3, p.172–186. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2005/018\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2005/018))
- Fiscella K. (2004), "Socioeconomic status disparities in healthcare outcomes", *Medical Care*, vol.42, Issue 10, p.939–942. <https://doi.org/10.1097/00005650-200410000-00001>
- Fissel Brannick S., Wolford G. W., Wolford L. L., Efron K., & Buckler J. (2022), "What is clinical evidence in speech-language pathology ? A scoping review", *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol.31, Issue 6, p. 2943–2958. [https://doi.org/10.1044/2022\\_AJSLP-22-00203](https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-22-00203)
- Fluss J., Ziegler J., Ecalle J., Magnan A., Warszawski J., Ducot B., Richard G., & Billard C. (2008), « Prévalence des troubles d'apprentissages du langage écrit en début de scolarité : l'impact du milieu socioéconomique dans 3 zones d'éducatons distinctes », *Archives de Pédiatrie*, vol.15, n° 6, p.1049–1057. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.02.012>
- Friberg J. C. (2010), « Considerations for test selection: How do validity and reliability impact diagnostic decisions ? », *Child*

- Language Teaching and Therapy*, vol.26, Issue 1, p. 77–92.  
<https://doi.org/10.1177/0265659009349972>
- Fuchs L. S., Compton D. L., Fuchs D., Hollenbeck K. N., Hamlett C. L., & Seethaler P. M. (2011), “Two-stage screening for math problem-solving difficulty using dynamic assessment of algebraic learning”, *Journal of Learning Disabilities*, vol.44, Issue 4, p. 372-380.  
<https://doi.org/10.1177/0022219411407867>
- Fuhrer J., Cova F., Gauvrit N., & Dieguez S. (2021), “Pseudoexpertise: A conceptual and theoretical analysis”, *Frontiers in Psychology*, Issue 12, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.732666>
- Fulcher-Rood K., Castilla-Earls A., & Higginbotham J. (2019), “Diagnostic decisions in child language assessment : Findings from a case review assessment task”, *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, vol.50, Issue 3, p. 385–398.  
[https://doi.org/10.1044/2019\\_LSHSS-18-0044](https://doi.org/10.1044/2019_LSHSS-18-0044)
- Fulcher-Rood K., Castilla-Earls A. P., & Higginbotham J. (2018), “School-based speech-language pathologists perspectives on diagnostic decision-making”, *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol.27, Issue 2, p.796–812.  
[https://doi.org/10.1044/2018\\_AJSLP-16-0121](https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-16-0121)
- Gambrill E. (2012), *Critical thinking in clinical practice : Improving the quality of judgments and decisions*, Wiley.
- Gaul Bouchard M.-E., Fitzpatrick E. M., & Olds J. (2009), « Analyse psychométrique d’outils d’évaluation utilisés auprès des enfants francophones », *Revue Canadienne d’orthophonie et d’audiologie*, vol.33, n°3, p.129–139.
- Germain M.-L., & Tejada M. J. (2012), “A preliminary exploration on the measurement of expertise: An initial development of a psychometric scale”, *Human Resource Development Quarterly*, vol.23, Issue 2, p.203–232. <https://doi.org/10.1002/hrdq.21134>
- Gillon G., Hyter Y., Fernandes F. D., Ferman S., Hus Y., Petinou K., Segal O., Tumanova T., Vogindroukas I., Westby C., & Westerveld M. (2017), “International survey of speech-language pathologists practices in working with children with autism spectrum disorder”, *Folia Phoniatica et Logopaedica*, vol.69, Issue 1-2, p.8–19.  
<https://doi.org/10.1159/000479063>
- Goldman A. I. (2018), “Expertise”. *Topoi*, vol.37, n°1, p.3–10.  
<https://doi.org/10.1007/s11245-016-9410-3>
- Gordon D., Rencic J. J., Lang V. J., Thomas A., Young M., & Durning S. J. (2022), “Advancing the assessment of clinical reasoning across the health professions : Definitional and methodologic

- recommendations”, *Perspectives on Medical Education*, vol.11, Issue 2, p. 108–104. <https://doi.org/10.1007/S40037-022-00701-3>
- Gruppen L. (2017), “Clinical reasoning : Defining it, teaching it, assessing it, studying it”, *Western Journal of Emergency Medicine*, vol.18, Issue 1, p.4–7. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.11.33191>
- Hallin A. E., & Partanen P. (2022), “Factors affecting speech-language pathologists language assessment procedures and tools – challenges and future directions in Sweden”, *Logopedics Phoniatrics Vocology*, p.1–10. <https://doi.org/10.1080/14015439.2022.2158218>
- Hasson N., Dodd B., & Botting N. (2012), “Dynamic assessment of sentence structure (DASS): Design and evaluation of a novel procedure for the assessment of syntax in children with language impairments”, *International Journal of Language and Communication Disorders*, vol.47, Issue 3, p.285–299. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00108.x>
- Hasson N., & Joffe V. (2007), “The case for dynamic assessment in speech and language therapy”, *Child Language Teaching and Therapy*, vol.23, Issue 1, p.9–25. <https://doi.org/10.1177/0265659007072142>
- Helloin M.-C., & Thibault M.-P. (2006), *Exalang 3-6*, HappyNeuron.
- Hersh D., Wood P., & Armstrong E. (2018), “Informal aphasia assessment, interaction and the development of the therapeutic relationship in the early period after stroke”, *Aphasiology*, vol.32, Issue 8, p.876–901. <https://doi.org/10.1080/02687038.2017.1381878>
- Higgs J., & Jones M. (2000), *Clinical reasoning in the health professions*, Elsevier.
- Hoff E. (2006), “How social contexts support and shape language development”, *Developmental Review*, vol.26, Issue 1, p.55–88. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2005.11.002>
- Hopf S. C., Crowe K., Verdon S., Blake H. L., & McLeod S. (2021), “Advancing workplace diversity through the culturally responsive teamwork framework”, *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 30, Issue 5, p.1949–1961. [https://doi.org/10.1044/2021\\_AJSLP-20-00380](https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00380)
- Hulcrantz M., Rind D., Akl E. A., Treweek S., Mustafa R. A., Iorio A., Alper B. S., Meerpohl J. J., Murad M. H., Ansari M. T., Katikireddi S. V., Östlund P., Tranæus S., Christensen R., Gartlehner G., Brozek J., Izcovich A., Schünemann H., & Guyatt G. (2017), “The Grade Working Group clarifies the construct of certainty of evidence”,

- Journal of Clinical Epidemiology*, Issue 87, p. 4–13.  
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.05.006>
- Hunsley J., & Mash E. J. (2007), “Evidence-Based Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*”, vol.3, Issue 1, p.29–51,  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091419>
- Jalili M., Niroomand M., Hadavand F., Zeinali K., & Fotouhi A. (2021), “Burnout among healthcare professionals during COVID-19 pandemic : A cross-sectional study”, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol.94, Issue 6, p. 1345–1352. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01695-x>
- Krieger N., Chen J. T., Waterman P. D., Rehkopf D. H., & Subramanian S. V. (2003), “Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health: A comparison of area-based socioeconomic measures–The Public Health Disparities Geocoding Project”, *American Journal of Public Health*, vol.93, Issue10, p.1655–1671. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.10.1655>
- Lafay A., & Cattini J. (2018), « Analyse psychométrique des outils d'évaluation mathématique utilisés auprès des enfants francophones », *Revue Canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, vol.42, n°2, p.127–144.
- Laveault D., & Grégoire J. (2014), *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation*, Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Leclercq A.-L., & Veys E. (2014), « Réflexions sur le choix de tests standardisés lors du diagnostic de dysphasie », *Approche Neuropsychologique Des Apprentissages Chez l'Enfant*, vol.26, n°131.
- Lefebvre P., & Trudeau N. (2005), « L'orthophoniste et les tests normalisés ». *Fréquences*, vol.17, n°2, p.17–20.
- Leonard L. B. (2014), “Children with specific language impairment and their contribution to the study of language development”, *Journal of Child Language*, vol.41(S1), p.38–47.  
<https://doi.org/10.1017/S0305000914000130>
- Lilienfeld S. O., Ritschel L. A., Lynn S. J., Cautin R. L., & Latzman R. D. (2014), “Why Ineffective Psychotherapies Appear to Work : A Taxonomy of Causes of Spurious Therapeutic Effectiveness”, *Perspectives on Psychological Science*, vol.9, Issue 4, p.355–387.  
<https://doi.org/10.1177/1745691614535216>
- Lockwood Estrin G., Milner V., Spain D., Happé F., & Colvert E. (2021), “Barriers to Autism Spectrum Disorder diagnosis for young women and girls : A systematic review”, *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol.8, Issue 4, p.454–470.  
<https://doi.org/10.1007/s40489-020-00225-8>

- McLeod A. A. N., & Glaspey A. M. (2022), “Dynamic assessment of multilingual children’s word learning”, *International Journal of Language et Communication Disorders*, vol.57, Issue 4, p.822–851. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12723>
- Macoir J., Légaré A., & Lavoie M. (2021), “Contribution of the cognitive approach to language assessment to the differential diagnosis of Primary Progressive Aphasia”, *Brain Sciences*, vol.11, Issue 6, p.815. <https://doi.org/10.3390/brainsci11060815>
- Mary Watson R., & Pennington L. (2015), “Assessment and management of the communication difficulties of children with cerebral palsy : a UK survey of SLT practice”, *International Journal of Language et Communication Disorders*, vol.50, Issue 2, p.241–259. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12138>
- Matrat M., Delage H., & Kehoe M. (2022), “Dynamic assessment of word learning to diagnose developmental language disorder in French-speaking monolingual and bilingual children”, *Languages*, vol.7, Issue 3, p. 181. <https://doi.org/10.3390/languages7030181>
- McCauley R. (1996), “Familiar strangers : Criterion-referenced measures in communication disorders”, *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, Issue 27, p.122–131. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2702.122>
- McCauley R., & Swisher L. (1984), “Use and misuse of norm-referenced test in clinical assessment”, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, vol.49, Issue 4, p.338–348. <https://doi.org/10.1044/jshd.4904.338>
- McLaughlin E., Lincoln M., & Adamson B. (2008), “Speech-language pathologists views on attrition from the profession”, *International Journal of Speech-Language Pathology*, vol.10, Issue 3, p.156–168. <https://doi.org/10.1080/17549500801923310>
- McLeod S. (2006), “Perspectives on a child with unintelligible speech”, *Advances in Speech Language Pathology*, vol.8, Issue 3, p.153–155. <https://doi.org/10.1080/14417040600861086>
- McLeod S., & Baker E. (2017), *Children’s speech : An evidence-based approach to assessment and intervention*, Pearson.
- McMaughan D. J., Oloruntoba O., & Smith M. L. (2020), “Socioeconomic status and access to healthcare: Interrelated drivers for healthy aging”, *Frontiers in Public Health*, Issue 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231>
- Meloni G., Loevenbruck H., Vilain A., Gillet-Perret E., & McLeod A. (2022), « Evaluation de la perception des sons de parole chez les populations pédiatriques : Réflexion sur les épreuves existantes », *Glossa*, n°132, p.1–27.

- Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2013), *Certificat de capacité d'orthophoniste - Référentiel d'activités (Bulletin officiel n°32)*.
- Namer F., & Hathout N. (2020), "ParaDis and Démonette – From theory to resources for derivational paradigms", *Prague Bulletin of Mathematical Linguistics*, vol.114, Issue 1, p. 5–34. <https://doi.org/10.14712/00326585.001>
- Ndugga N., & Artiga S. (2023), *Disparities in health and health care : 5 key questions and answers*, Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/disparities-in-health-and-health-care-5-key-question-and-answers/>
- Nendaz M. R., Gut A. M., Perrier A., Reuille O., Louis-Simonet M., Junod A. F., & VU, N. V. (2004), "Degree of concurrency among experts in data collection and diagnostic hypothesis generation during clinical encounters", *Medical Education*, vol.38, Issue 1, p.25–31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2004.01738.x>
- Nitido H., & Plante E. (2020), "Diagnosis of developmental language disorder in research studies", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, Vol. 63, Issue 8, p.2777–2788, American Speech-Language-Hearing Association. [https://doi.org/10.1044/2020\\_JSLHR-20-00091](https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00091)
- Oakes J. M., & Rossi P. H. (2003). "The measurement of SES in health research: current practice and steps toward a new approach". *Social Science et Medicine*, vol.56, Issue 4, p.769–784. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00073-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00073-4)
- Oates J., & Dacakis G. (2015), "Transgender voice and communication : Research evidence underpinning voice intervention for male-to-female transsexual women", *Perspectives on Voice and Voice Disorders*, vol.25, Issue 2, p.48–58. <https://doi.org/10.1044/vvd25.2.48>
- OCDE. (2010), *Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé*.
- Ogiela D. A., & Montzka J. L. (2020), *Norm-referenced language test selection practices for elementary school children with suspected developmental language disorder*. <https://doi.org/10.23641/asha>
- O'Halloran R., Hickson L., & Worrall L. (2008), "Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital : a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework". *International Journal of Language et Communication*

- Disorders*, vol.43, Issue 6, p.601–632.  
<https://doi.org/10.1080/13682820701861832>
- Orellana C. I., Wada R., & Gillam R. B. (2019), “The use of dynamic assessment for the diagnosis of language disorders in bilingual children: A meta-analysis”, *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol.28, Issue 3, p.1298–1317.  
[https://doi.org/10.1044/2019\\_AJSLP-18-0202](https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-18-0202)
- Petersen D. B., Chanthongthip H., Ukrainetz T. A., Spencer T. D., & Steeve R. W. (2017), “Dynamic assessment of narratives : Efficient, accurate identification of language impairment in bilingual students”, *Journal of Speech Language and Hearing Research*, vol.60, Issue 4, p. 983. [https://doi.org/10.1044/2016\\_JSLHR-L-15-0426](https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-L-15-0426)
- Pham M. T. (1996), « Heuristiques et biais décisionnels en marketing », *Recherche et Applications En Marketing (French Edition)*, vol.11, n°4, p.53–69.  
<https://doi.org/10.1177/076737019601100403>
- Piérart B. (2006), Nature et fonctions des bilans, in *Les bilans de langage et de voix - fondements théoriques et pratiques*, Estienne F. et Piérart B. (dir.), Masson, p. 7–13
- Price J. L. (2001), “Reflections on the determinants of voluntary turnover”, *International Journal of Manpower*, vol.22, n°7, p.600–624. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000006233>
- Quast C., & Seidel M. (2018), “Introduction : The philosophy of expertise - what is expertise?”, *Topoi*, vol.37, n°1, p.1–2.  
<https://doi.org/10.1007/s11245-017-9526-0>
- Quinn P. O., & Madhoo M. (2014), “A review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in women and girls”, *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, vol. 16, Issue 3, p. 27250.  
<https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596>
- Rassel A., Facon B., & CASALIS, S. (2021), “Morphological awareness and learning to read: impact of socio-economic status in French third graders”, *Journal of Research in Reading*, vol.44, Issue 1, p. 228–246. <https://doi.org/10.1111/1467-9817.12321>
- Roy P., & Chiat S. (2013), “Teasing apart disadvantage from disorder: The case of poor language”, in *Current issues in developmental disorders*, Marshall, CR. (Ed.), pp. 125–150, Psychology Press.
- Satterfield J. M., Spring B., Brownson R. C., Mullen E. J., Newhouse R. P., Walker B. B., & Whitlock E. P. (2009), “Toward a transdisciplinary model of Evidence-Based Practice”, *Milbank Quarterly*, vol.87, Issue 2, p.368–390.  
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x>

- Schoenfeld A. J., Davies J. M., Marafino B. J., Dean M., Dejong C., Bardach N. S., Kazi D. S., Boscardin W. J., Lin G. A., Duseja R., Mei Y. J., Mehrotra A., & Dudley R. A. (2016), "Variation in quality of urgent health care provided during commercial virtual visits", *JAMA Internal Medicine*, Vol.176, Issue 5, p.635. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.8248>
- Shriberg L. D., Tomblin J. B., & McSweeney J. L. (1999), "Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol.42, Issue 6, p.1461–1481. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4206.1461>
- Spengler P. M., & Pilipis L. A. (2015), "A comprehensive meta-reanalysis of the robustness of the experience-accuracy effect in clinical judgment", *Journal of Counseling Psychology*, vol.62, Issue 3, p. 360–378. <https://doi.org/10.1037/cou0000065>
- Stark B. C., Dutta M., Murray L. L., Fromm D., Bryant L., Harmon T. G., Ramage A. E., & ROBERTS A. C. (2021), "Spoken discourse assessment and analysis in aphasia: An international survey of current practices", *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol.64, Issue 11, p.4366–4389. [https://doi.org/10.1044/2021\\_JSLHR-20-00708](https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-20-00708)
- Sun F., Hilgeman M. M., Durkin D. W., Allen R. S., & Burgio L. D. (2009), "Perceived income inadequacy as a predictor of psychological distress in Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 24(1), 177–183. <https://doi.org/10.1037/a0014760>
- Taylor S., Barr B.-D., O'Neal-Khaw J., Schlichtig B., & Hawley J. L. (2018), "Refining your queer ear : Empowering LGBTQ+ clients in speech-language pathology practice", *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, vol.3, Issue 14, p.72–86. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG14.72>
- Tejero L. M. S. (2010), "Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding", *International Journal of Nursing Studies*, vol.47, Issue 5, p.608–615. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.10.007>
- Toppelberg C. O., & Shapiro T. (2000), "Language disorders : A 10-year research update review", *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, vol.39, Issue 2, p.143–152. <https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00011>
- Walsh R., & IGOTF-CSD. (2006). *A history of terminology: International group on terminology frameworks – communication science and disorders*. [http://www.dhrs.uct.ac.za/sites/default/files/image\\_tool/images/147/History\\_of\\_CSD.pdf](http://www.dhrs.uct.ac.za/sites/default/files/image_tool/images/147/History_of_CSD.pdf)

- World Health Organization. (2008), *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43951>
- World Health Organization. (2009), *Statistiques sanitaires mondiales*.
- Yew S. G. K., & O’Kearney R. (2013), “Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments : meta-analyses of controlled prospective studies”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol.54, Issue 5, p.516–524. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12009>
- Young M., Thomas A., Lubarsky S., Ballard T., Gordon D., Gruppen L. D., Holmboe E., Ratcliffe T., Rencic J., Schuwirth L., & Durning S. J. (2018), “Drawing boundaries : The difficulty in defining clinical reasoning”, *Academic Medicine*, vol. 93, Issue 7, p. 990–995. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002142>
- Youngstrom E. A., Van Meter A., Frazier T. W., Hunsley J., Prinstein M. J., ONG, M., & Youngstrom J. K. (2017), “Evidence-based assessment as an integrative model for applying psychological science to guide the voyage of treatment, *Clinical Psychology: Science and Practice*”, vol. 24, Issue 4, p.331–363. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12207>

## 7. Annexe A : Glossaire des différentes formes d’évaluation de Denman *et al.* (2019)

Pour définir les différentes caractéristiques des formes de l’évaluation, nous reprenons le travail de Denman *et al.* (2019) traduit et adapté de manière libre :

**Évaluation standardisée** : l’évaluation est conçue pour être administrée et notée de manière systématique, c’est-à-dire de la même manière pour toutes les personnes qui sont évaluées : questions ou tâches spécifiques, directives claires en matière d’administration et de notation, matériel d’évaluation défini et

procédures établies dans un dispositif édicté pour obtenir des réponses du patient.

**Évaluation non standardisée** : l'évaluation peut être administrée de différentes manières par différents évaluateurs dans différentes conditions. Les procédures d'administration et de notation peuvent être variables ou ne pas être suffisamment bien décrites pour permettre une administration et une notation systématiques (e.g. un matériel non fourni).

**Évaluation normée** : l'évaluation permet de comparer quantitativement les résultats d'un patient à ceux d'un échantillon de pairs appariés qui ont accompli la même tâche et dont les données ont été traitées pour fournir des mesures de tendance centrale. Les évaluations normées requièrent d'être toujours standardisées.

**Évaluation critériée** : l'évaluation permet de comparer les performances d'un patient par rapport à un niveau ou à un critère de référence préétabli (i.e. les compétences attendues au regard de l'âge, du niveau scolaire, du programme d'étude, ou encore du tableau clinique du patient).

**Évaluation descriptive** : l'évaluation permet de fournir des données descriptives ou qualitatives sur les capacités du patient.

**Évaluation statique** : l'évaluation comprend des procédures conçues pour mesurer les performances à un moment donné dans des conditions fixes (i.e. sans faire varier le contexte et en ne fournissant aucun étayage au patient). Elle fournit une indication des connaissances actuelles, sans fournir d'informations sur la réceptivité

des patients à l'intervention ou sur leur potentiel d'apprentissage ou de réceptivité à un étayage. L'évaluateur a une position neutre.

**Évaluation dynamique** : l'évaluation comprend des procédures conçues pour évaluer les performances d'un patient dans des contextes variés et/ou avec des aides thérapeutiques différentes. Celles-ci permettent de décrire le potentiel d'apprentissage et d'identifier les aides et les techniques d'intervention ou d'enseignement les plus appropriées. La relation interactive entre le patient et l'évaluateur est un facteur primordial de cette forme d'évaluation.

**Évaluation décontextualisée – hiérarchisée** : ce type d'évaluation se réfère au caractère naturel d'une compétence (e.g. la communication) en dehors de toute situation précise mais selon une démarche d'organisation pas-à-pas en sériant une habileté attendue subordonnée à une autre (en général sur le plan développemental). Cette évaluation permet de déduire des performances fonctionnelles de manière structurée chez un individu. La présentation des tâches ou des questions dépend souvent de la réussite des tâches précédentes. Le caractère naturel de l'habileté évaluée va être circonscrit à travers des tâches dirigées par l'évaluateur sans contexte spécifique ni soutien sous la forme d'une tâche induite (e.g. une complétion de phrases ébauchées oralement) ou d'un questionnaire permettant de récolter des données sans se référer à une situation précise. Cette évaluation ne doit pas être confondue avec l'évaluation décontextualisée-non hiérarchisée présentée ci-dessous.

**Évaluation décontextualisée – non hiérarchisée** : cette évaluation a pour objectif de caractériser une aptitude naturelle chez

un individu mais sans un ordre structuré ni des tâches clairement identifiables. La passation est souple et sans a priori d'un tableau clinique. Par exemple, la connaissance des règles sociales est testée à travers une série de questions spécifiques mais qui ne suivent pas une séquence développementale ou une hiérarchie de difficultés/atypies caractéristiques d'un profil clinique envisagé par le clinicien.

**Évaluation contextualisée** : cette évaluation s'inscrit dans une visée fonctionnelle et significative de la qualité de vie de l'individu par rapport à une compétence. Ainsi, l'évaluateur dirige les épreuves dans un contexte favorable à l'émergence d'une compétence à travers une situation naturelle (i.e. lecture d'un livre, préparer une rédaction) ou à travers une situation artificielle mais représentative d'une situation réelle (i.e. un entretien d'embauche, des jeux de rôle). Cela peut se présenter sous la forme d'une tâche spontanée (e.g. étude des compétences syntaxiques sur base d'un échantillon de langage oral) ou d'un questionnaire destiné aux parents permettant de récolter des données en spécifiant un contexte précis pour évaluer les performances du patient.

**Évaluation ciblée sur une activité** : l'évaluation fonctionnelle basée sur une activité spécifique est modélisée afin d'appréhender directement le niveau de performance global d'un individu dans des activités quotidiennes sans évaluer des processus distincts (e.g. pour un enfant, observation du niveau de participation au jeu avec ses pairs pendant le temps de la récréation). Les données sont essentiellement descriptives et doivent rendre compte clairement à la fois de la performance de l'individu dans l'activité sur laquelle l'évaluateur s'est focalisé et du niveau de soutien requis pour la mener à bien.