



L'ORTHOPHONISTE

N° 427 | MARS 2023

La FNO

L'orthophonie

par les orthophonistes

Rejoignez-nous !

EXERCICE LIBÉRAL

La campagne pour la
revalorisation de l'AMO
Quelles sont les retombées ?

DOSSIER

Compte rendu de bilan
orthophonique
Comment le rendre plus lisible,
plus efficace, plus pertinent, en
gagnant du temps ?

RETRAITE

La retraite des
orthophonistes
en libéral

Réduire les barrières entre chercheurs et cliniciens

Apport des sciences de l'implémentation à l'orthophonie

Perrine Ferré et Natacha Cordonier

Webinaire du mardi 31 janvier 2023

UNADREO
Union Nationale pour le Développement
de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie

Sandrine Basaglia-Pappas, chargée de mission Unadréo

Le 31 janvier dernier, le Lurco a organisé un webinaire avec Perrine Ferré, orthophoniste, PhD, coordonnatrice à la recherche et l'enseignement, post-doctorante, université McGill de Montréal (Canada) et Natacha Cordonier, orthophoniste, PhD, post-doctorante, à l'université de Neuchâtel, Suisse. La thématique développée était celle de l'apport des sciences de l'implémentation à l'orthophonie.

Perrine Ferré a tout d'abord introduit la présentation avec quelques définitions sur les concepts des sciences de l'implémentation, qui ont pris leur essor dans les années 1990. Ces sciences constituent « l'étude scientifique des méthodes visant à promouvoir l'adoption systématique des résultats de la recherche et d'autres pratiques fondées sur des données probantes dans la pratique courante et à améliorer la qualité et l'efficacité des services de santé » (traduit de Eccles & Mittman, 2006, p.1). L'oratrice rappelle qu'il faut 17 ans pour que seulement 14 % de la recherche soit intégrée à la pratique professionnelle en santé.

Ce transfert de connaissances entre les domaines de la recherche et de la clinique s'effectue encore majoritairement via l'utilisation de stratégies passives de diffusion (e.g., édition). Les sciences de l'implémentation ont ainsi pour enjeu d'identifier les facteurs et les lacunes qui vont permettre de surpasser les barrières pour permettre une utilisation effective des données scientifiques en clinique. Perrine Ferré précise que le terme de recherche translationnelle est aussi utilisé pour évoquer le partage, le transfert de connaissances. Ces sciences ont pour but de mieux comprendre les facteurs (obstacles et facilitateurs) qui vont influencer l'adoption des données probantes dans

la pratique clinique. Une fois identifiés, ces facteurs pourront faire l'objet d'un plan pour mettre en place des stratégies afin de réduire les obstacles ou accroître les facilitateurs pour permettre une implémentation efficace. L'oratrice précise qu'une évaluation est bien sûr nécessaire pour s'assurer que le processus a bien été réalisé. Elle rappelle que le but à long terme est d'améliorer la qualité des soins et services.

Ces sciences constituent ainsi un champ de connaissances, d'outils, qui peuvent être prometteurs pour réduire l'écart entre les connaissances issues de la recherche et la pratique clinique.

Natacha Cordonier poursuit la présentation en rappelant que les cadres théoriques sont très importants dans le cadre

de l'implémentation. Nilsen, en 2015, a proposé de regrouper tous les cadres théoriques en trois grandes catégories :

- les processus d'implémentation ;
- les déterminants de l'implémentation ;
- l'évaluation de l'implémentation.

Les processus d'implémentation

Tout d'abord, concernant les cadres théoriques qui s'attachent à décrire les processus d'implémentation, ceux-ci décrivent les étapes et les stratégies susceptibles de garantir le transfert de connaissances scientifiques (les EBP [Evidence-Based Practice]) vers la pratique clinique.

Le KTA (Knowledge-To-Action) Framework, (Graham et al., 2006) constitue l'un des modèles les plus utilisés dans la littérature. Il comprend deux grands concepts : « knowledge », la création de connaissances, c'est-à-dire toutes les connaissances qu'un clinicien a sur un domaine donné, issues de la littérature scientifique mais également de son expertise. Le clinicien va filtrer, parmi toutes ses connaissances, les plus pertinentes pour l'intervention qu'il veut mettre en œuvre dans la pratique courante.

Cette création de connaissances est en relation avec un second concept, « action », décrit comme le cycle d'actions, de mise en pratique, correspondant à toutes les étapes nécessaires pour que l'application des connaissances induise un changement dans la pratique clinique. Plusieurs étapes peuvent ainsi intervenir de façon successive ou simultanée, comme la figure l'indique ci-contre (Figure 1).

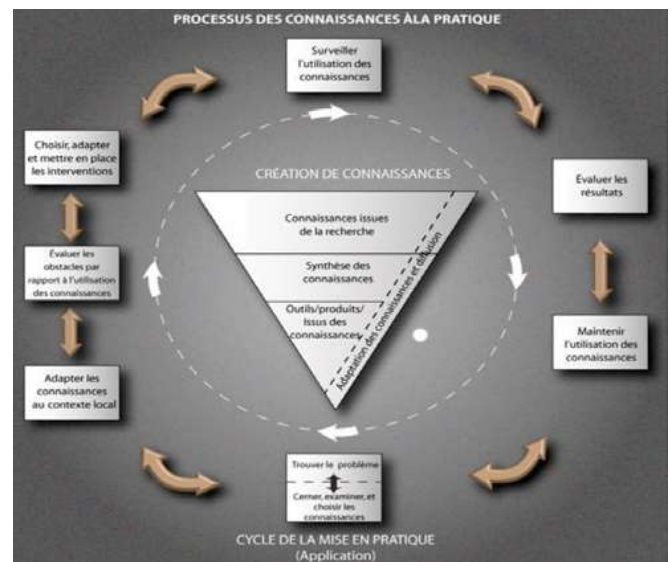


Figure 1 : Modèle KTA (Knowledge-To-Action) Framework, Graham et al., 2006.

Les déterminants de l'implémentation

Par exemple, le clinicien prend en charge un patient qui présente un trouble particulier. En lien avec ses difficultés, le clinicien examine différentes connaissances, des recommandations, des lignes de base, des thérapies publiées. Il va alors adapter ses connaissances, qui viennent souvent des États-Unis, du Canada... au contexte local. Il doit ensuite évaluer les obstacles, c'est-à-dire ce qui peut limiter la prise en charge. Une fois l'intervention choisie, le clinicien va l'adapter pour la mettre en place (e.g., traduction de l'étude, des termes spécifiques, format) puis la surveiller (vérifier que les connaissances sont bien utilisées), évaluer les résultats et voir si l'utilisation de ces connaissances se maintient. En réalisant tout ce processus, d'autres problèmes peuvent apparaître entraînant la mise en place d'un autre cycle d'actions. L'oratrice présente ensuite la seconde catégorie de cadres théoriques : les modèles qui s'adressent aux déterminants de l'implémentation, c'est-à-dire les facteurs qui vont influencer négativement ou positivement les résultats de l'implémentation.

Le modèle CFIR (Consolidate Framework for Implementation Research), (Damschroder et al., 2009) est le plus utilisé (Figure 2).

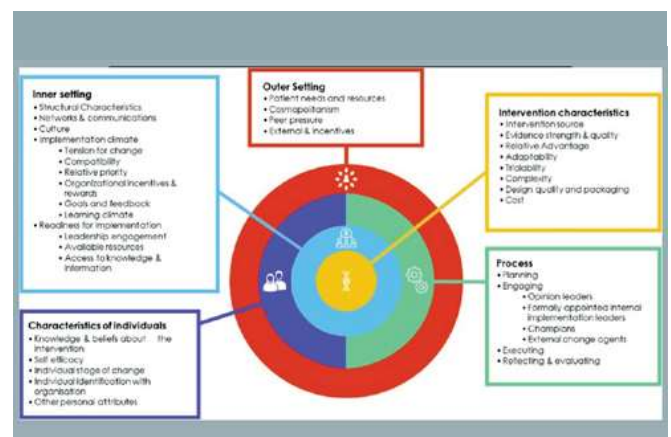


Figure 2 : Modèle CFIR (Consolidate Framework for Implementation Research), Damschroder et al., 2009.

Ces auteurs ont réuni cinq grandes catégories de facteurs pouvant influencer positivement ou négativement l'implémentation : les caractéristiques de l'intervention, le cadre interne et externe, les caractéristiques des individus et le processus d'implémentation. Ce type de modèle est intéressant dans la mesure où le chercheur et le clinicien peuvent intervenir à ce niveau. Par exemple, il est possible de mieux identifier les facteurs concernant les caractéristiques de l'intervention, notamment la perception de la source : si celle-ci est jugée fiable et digne de confiance, l'implémentation fonctionnera mieux que si le clinicien n'a pas confiance en elle.

Enfin, **Natacha Cordonier** présente la troisième catégorie de cadres théoriques : les modèles d'évaluation de l'implémentation, et notamment le modèle de Proctor et al. (2011), qui spécifie les objets de mesures et cibles permettant d'attester du succès de l'implémentation (Figure 3).

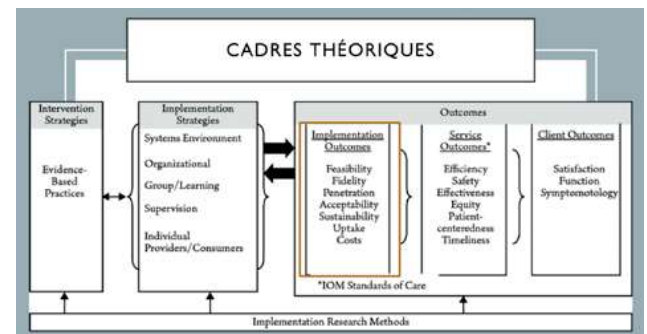


Figure 3 : Objets de mesures et cibles permettant d'attester du succès de l'implémentation (Proctor et al., 2011).

Les modèles d'évaluation de l'implémentation

D'après les auteurs, avec une EBP, une implémentation est mise en place, puis une évaluation est réalisée afin de vérifier si cette dernière fonctionne aux différents niveaux : celui du « client » (e.g., « Est-il satisfait ? Présente-t-il moins de symptômes ? »), celui de la prise en charge (e.g., « A-t-elle été efficace ? Est-elle bien centrée sur le patient ? »), celui de l'implémentation (e.g., « A-t-elle été faisable ? Fidèle ? Quels coûts a-t-elle engendrés ? »).

Tous ces cadres théoriques aident donc dans le processus d'implémentation, qui a pour but de comprendre pourquoi, souvent pour des raisons inconnues, un outil, une thérapie va fonctionner ou non.

Perrine Ferré termine la présentation en illustrant ces modèles avec un cas concret en orthophonie. Elle nous rappelle que le clinicien utilise souvent les mêmes outils, qui semblent mieux fonctionner que d'autres, mais sans savoir pourquoi. Les sciences de l'implémentation permettent de guider sur le pourquoi et comment aider à utiliser davantage les outils qui sont basés sur des données probantes. L'orthophracite rappelle que les sciences de l'implémentation en orthophonie sont très récentes. En effet, les premières publications datent de 2013, avec des études conceptuelles proposées par l'ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) notamment.

Le laboratoire d'Yves Joannette (Montréal, Canada) s'est intéressé aux sciences de l'implémentation, qui concernent, dans son axe de transfert des connaissances, les troubles cognitivo-communicatifs chez l'adulte ayant subi un accident cérébral vasculaire droit (Garcia et al., 2021). Les troubles de la communication existent chez ces patients mais peu de données probantes ont été proposées (Ferré et al., 2018). En effet, de nombreux outils existent, mais ils ne sont pas toujours validés, ni basés sur des

données probantes. La conséquence est que les orthophonistes expriment un sentiment de compétence faible, un manque de formation et d'outils à disposition (Morrow et al., 2021).

Face à ce besoin très clair de résoudre ces difficultés, le programme Montréal d'Intervention de la Communication (MIC) a été développé dans le laboratoire afin de proposer aux orthophonistes une boîte à outils pour traiter les troubles pragmatiques-discursifs acquis. Une implémentation de ce programme d'intervention a été réalisée afin d'améliorer le sentiment de compétence professionnelle des orthophonistes et effectuer un transfert de connaissances efficace. Pour cela, le laboratoire a testé le potentiel et identifié les outils qui pouvaient être pertinents pour soutenir l'implémentation (Figure 4). Une fois identifiés, les outils ont été développés. Puis le processus d'implémentation a été testé en évaluant le sentiment de compétence professionnelle des orthophonistes. Ce processus a été réalisé, dans le cadre du mémoire d'orthophonie (Cadiou & Félix, Tours, 2021), auprès de 30 orthophonistes, avec un sentiment de compétence initial similaire (évalué avec un questionnaire).

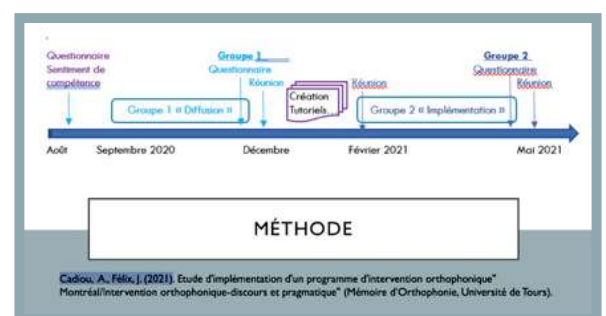


Figure 4 : Processus d'implémentation du programme MIC.

Ces cliniciens ont été répartis en deux groupes : un groupe « diffusion », à qui le matériel a été transmis pour utilisation pendant trois mois, et un groupe « implémentation », qui a bénéficié d'une stratégie d'implémentation (e.g., programme, outils pratiques, guides, conseils, expertise et accompagnement) sur une durée de trois mois également. La première étape a consisté à adapter le programme en tant que tel, mais aussi les connaissances des chercheurs au contexte local, c'est-à-dire aux deux groupes d'orthophonistes, avec un questionnaire sur leur profil, leur niveau de formation en troubles acquis, les outils qu'ils utilisaient déjà pour traiter les troubles acquis de la communication. Les résultats ont montré que les orthophonistes se considéraient comme relativement compétentes pour traiter les fonctions exécutives, les troubles lexico-sémantiques, mais moins compétentes pour traiter le contact visuel, les expressions faciales et pour généraliser les activités dans la vie quotidienne. Au bout de trois mois, un questionnaire a été proposé au premier groupe, afin d'identifier les obstacles et les facilitateurs : ce qui avait fonctionné ; ce qui avait été difficile sans aide ; ce qui aurait permis de mieux comprendre le programme, etc. À partir des commentaires recueillis, des interventions ont été mises en place pour adapter le matériel et créer des stratégies d'implémentation, avec pour base la littérature scientifique. Le manque de connaissances ayant été rapporté par le premier groupe, un webinar a été créé : celui-ci expliquait les données probantes issues de la littérature scientifique qui justifiaient le construit de l'outil et les décisions prises pour développer le programme. Le besoin d'avoir des guides pour maîtriser rapidement l'outil a également été formulé. Un tutoriel général sur l'ensemble du programme, ainsi que des fiches didactiques (de type mémo afin de se souvenir des informations importantes) ont donc été mis en place afin d'expliquer aux orthophonistes les bases du programme. L'utilisation d'une communauté de pratiques et une mise à disposition des experts ont aussi été proposées. Enfin, des adaptations du matériel lui-même ont été réalisées afin de le rendre plus accessible. Une fois ce travail réalisé, le même processus a été réalisé avec le groupe « implémentation ». L'utilisation des connaissances a été surveillée au fil du processus, avec des questionnaires à mi-parcours et des

réunions de communauté de pratiques. Puis, à la fin du processus, un questionnaire a de nouveau été proposé, associé à une réunion afin d'obtenir des commentaires qualitatifs permettant d'évaluer l'efficacité ou non de l'implémentation.

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence une augmentation du sentiment de compétence pour les deux groupes, qui avaient, pour rappel, initialement des sentiments de compétence équivalents. Toutefois, seul le groupe « implémentation » a montré une différence significative entre le temps pré et post-implémentation. À la fin du processus, la différence entre les deux groupes n'était pas significative. Enfin, les orthophonistes ont également rapporté que le programme leur avait permis d'améliorer leur niveau de connaissances et qu'il avait permis l'utilisation de ces nouvelles connaissances dans la pratique clinique. Ainsi, cette étude, réalisée sur une année, a montré son intérêt.

Natacha Cordonier conclut en précisant qu'un processus d'implémentation s'avère donc faisable. Il favorise le décloisonnement entre la recherche et la clinique. Il permet d'améliorer le sentiment de compétence en orthophonie. Enfin, la simple mise à disposition d'un outil basé sur des données probantes permet un transfert effectif de connaissances.

L'oratrice précise que, même si peu d'études existent à ce jour dans le domaine de l'orthophonie, notamment concernant les stratégies qui fonctionnent le mieux pour le transfert des connaissances (EBP) à la pratique clinique, plusieurs éléments, notamment le développement d'études hybrides, qui distinguent les études mesurant l'efficacité d'une intervention et celles s'intéressant à l'implémentation, sont encourageants (Figure 5).

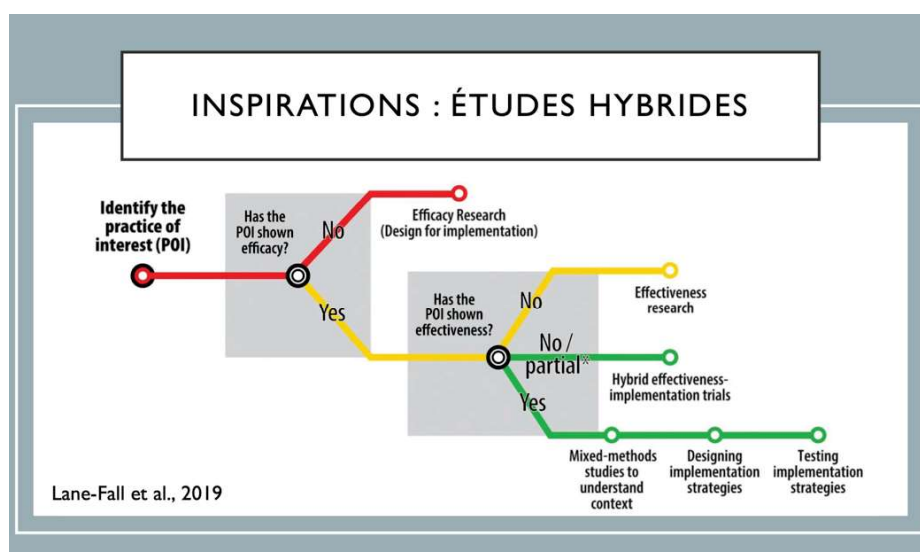


Figure 5 : études hybrides.



Un raisonnement où ces deux types d'études seraient réalisés en parallèle s'avère nécessaire. Avec une prise en charge, l'efficacité de la thérapie est tout d'abord étudiée. Si cette thérapie n'est pas efficace, une recherche d'efficacité sera réalisée. Dès le moment où il y a preuve d'efficacité, étudier l'implémentation en parallèle pourrait être réalisé. Ainsi, selon ce raisonnement, une expérience menée en laboratoire sera alors testée dans différents

centres où une mesure d'efficacité sera également réalisée et en parallèle. Les chercheurs étudient ce qui pourrait être modifié, amélioré pour obtenir un réel impact (traits verts sur le schéma de Lane-Fall et al., 2019, figure 5).

Les oratrices ont terminé leur présentation en proposant quelques outils permettant de mesurer l'implémentation (voir références).



Pour conclure, Perrine Ferré et Natacha Cordonier ont tout d'abord initié les orthophonistes participant à ce webinaire aux concepts principaux des sciences de l'implémentation. Puis elles ont illustré leurs propos avec une application des sciences de l'implémentation à l'orthophonie, avec le partage de l'expérience de l'équipe de recherche d'Yves Joanette lors de la dissémination d'un outil clinique visant la remédiation des troubles pragmatiques-discursifs suivant une lésion cérébrale acquise.

Un immense merci à Perrine Ferré et Natacha Cordonier, pour leur présentation sur l'apport des sciences de l'implémentation à l'orthophonie.

Vous pourrez retrouver sur le site de l'Unadréo le replay de ce webinaire ainsi que le diaporama de la présentation.



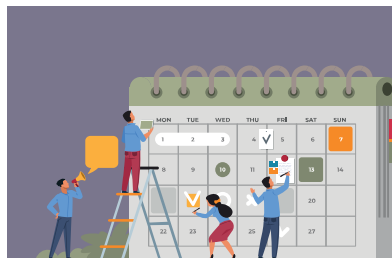
Références

- **Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C.** (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4 (1), 1-15.
- **Eccles, M. P., & Mittman, B. S.** (2006). Welcome to implementation Science. *Implementation Science*, 1 (1). doi : 10.1186/1748-59 08-1-1.
- **Ferré, P.** (2018). Intervenir sur les troubles pragmatiques-discursifs chez l'adulte en l'absence de toutes les données probantes. *Rééducation Orthophonique*, 275 (275), 239-268.
- **Ferré, P., Paz Fonseca, R., Côté, H., Joanette, Y.** (2020). Montréal d'Intervention de la Communication, IUGM
- **García, E. L., Ferré, P., & Joanette, Y.** (2021). Right-Hemisphere Language Disorders. *Handbook of Pragmatic Language Disorders: Complex and Underserved Populations*. 313-334.
- **Graham, I. D., & Tetroe, J. M.** (2010). The knowledge to action framework. *Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action*, 207, 222.
- **Lane-Fall, M. B., Curran, G. M., & Beidas, R. S.** (2019). Scoping implementation science for the beginner: locating yourself on the "subway line" of translational research. *BMC medical research methodology*, 19 (1), 1-5.
- **Morrow, E. L., Turkstra, L. S., & Duff, M. C.** (2021). Confidence and training of speech-language pathologists in cognitive-communication disorders: Time to rethink graduate education models? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30 (2S), 986-992.
- **Nilsen, P.** (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10, 53. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>.
- **Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., & Hensley, M.** (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 38, 65-76.

| Outils et ressources interactives

- <https://dissemination-implementation.org/tool/measure/>
- <https://impsci.tracs.unc.edu/tcast/>
- Guide INSPQ : <https://www.inspq.qc.ca/institut/transfert-des-connaissances/animer-un-processus-de-transfert-des-connaissances>
- Guide IRSC : <https://cihr-irsc.gc.ca/e/29529.html>
- MOOC : <https://www.ird.fr/le-transfert-de-connaissances-favoriser-des-pratiques-et-des-politiques-fondees-sur-la-recherche>
- Santé Publique France : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-6-page-757.html>

Suivez l'Unadréo sur les réseaux sociaux : **Facebook** et **Twitter** afin de mettre à jour vos agendas et profiter ainsi de la vivacité de la science orthophonique.



Événements mensuels, les visuels et les liens d'inscription des prochains webinaires du Lurco sont disponibles dans la rubrique « événements » du site internet de l'Unadréo.

Adhésion 2023



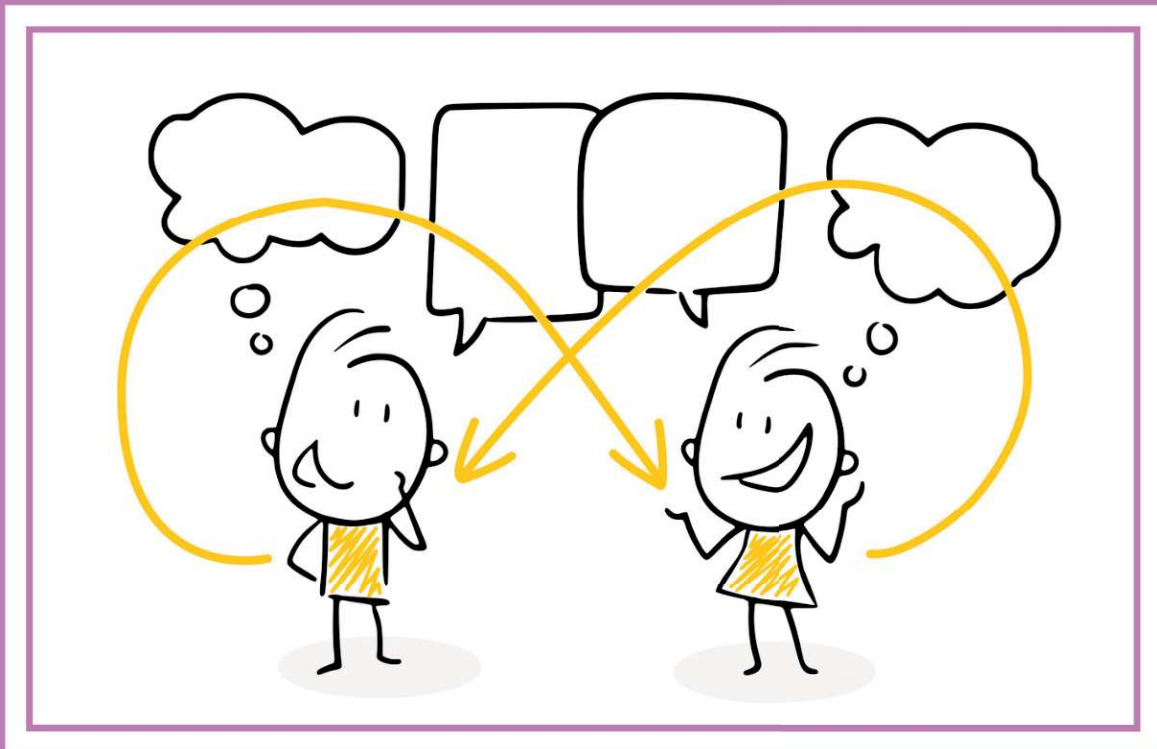
UNADREO

Union Nationale pour le Développement
de la Recherche et de l'Évaluation en Orthophonie





UNADRE[®] Form



23^e RENCONTRES D'ORTHOPHONIE 2023

30 NOVEMBRE ET 1^{ER} DÉCEMBRE 2023

FORMATION HYBRIDE (PARIS ET VISIO)



Langage oral : État des pratiques orthophoniques et de la recherche

Les troubles du langage oral concernent tous les âges de la vie et peuvent toucher l'enfant comme l'adulte. Les XXIII^{èmes} Rencontres Internationales d'Orthophonie, en abordant le développement typique et atypique du langage oral, présenteront les évolutions dans ce domaine et réfléchiront à leur impact sur la démarche diagnostique et la prise en soin en orthophonie.

Responsables scientifiques :



Géraldine
HILAIRE-DEBOVE



Sandrine
BASAGLIA-PAPPAS