



Webinaire 14 septembre 2023

Comment la littérature scientifique et clinique les classifications nosographiques internationales ont fondé les recommandations de bonne pratique du langage écrit

*Gilles Leloup
Orthophoniste Phd*



Déclaration d'intérêt avec les sociétés Elsevier-Masson, de Boeck, Happyneuron, Gnosia

Les promoteurs du projet de Recommandations de Bonne Pratique d'évaluation, de prévention et de remédiation des troubles du langage écrit ⁽¹⁾



Les membres du comité de pilotage, de rédaction

Delloye C., Garcia F., Helloin M.-C., Topouzkhianian S., Touzin M., Medina F.

Les membres du comité scientifique et de rédaction

Launay L., Leloup G., Witko A.

Leloup, G., Launay, L., Witko, A., Delloye, C., Helloin, M.-C., Topouzkhianian, S., Touzin, M., Medina F., & Garcia F. (2022). « Recommandations de Bonne Pratique d'Évaluation, de Prévention et de Remédiation des troubles du langage écrit chez l'enfant et l'adulte – Méthode « Recommandations par Consensus Formalisé : argumentaire scientifique et clinique ». Sous l'égide du Collège Français d'Orthophonie (CFO), de l'Union Nationale pour le Développement de la recherche et de l'évaluation de l'orthophonie (UNADREO), et de la Fédération Nationale des orthophonistes (FNO).



Préambule

Principes d'une Recommandation de Bonnes Pratiques en pratique de soin

Choix des axes et de la méthodologie pour ces RBP du langage écrit



Principes d'une Recommandation de Bonnes Pratiques en pratique de soin

La méthode

Le principe des Recommandations de Bonne Pratique



Définitions

« Les RBP sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (2).

Ce sont des propositions qui incluent des recommandations destinées à optimiser les soins « fondées sur une revue systématique de la littérature et sur une évaluation des bénéfices et des inconvénients des différentes options des soins » (1).

Evidence scientifique, niveaux de preuves et grades des recommandations

- Existence de données de la littérature pour répondre aux questions posées
- Niveau de preuve des études disponibles
- Cohérence de leurs résultats

Appartient aux « experts » de pondérer les études en fonction de leur niveau de preuve, de leur nombre, et pour des études de même niveau de preuve en fonction de leur puissance (2)

1. Institute of Medicine (2011).

2. Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique, Méthode « Recommandations pour la pratique clinique » (2010, mise à jour 2020).

Méthode de travail des RBP du Langage écrit

Niveau de preuve et de gradation des recommandations de Bonne Pratique (1)



Recommandations pour la Pratique Clinique

A privilégier +++ : situations où beaucoup de littérature et peu de controverses

Niveaux élevés de preuves : A (Preuve scientifique établie) et B (Présomption scientifique)

Le grade ne présume pas du degré de force de la recommandation



Recommandations par Consensus Formalisé

Si peu de littérature ou controverses ++ = un nombre limité de questions

Recommandations mono-professionnelles.

Propositions de recommandations jugées appropriées concises, non ambiguës, répondant aux questions posées.

« Formaliser le degré d'accord entre experts en identifiant et sélectionnant, par une cotation itérative avec retour d'information, les points de convergence, sur lesquels sont fondées secondairement les recommandations, et les points de divergence ou d'indécision entre experts.

1- Haute Autorité de Santé. Bases : méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. (2006, mise à jour 2015).



Choix des axes et de la méthodologie pour ces RBP du langage écrit

Les principales orientations

Quelques questions soulevées par les choix des données de la littérature pour l'élaboration des Recommandations de Bonne Pratique du langage écrit (RBP)



La revue des données de la littératures scientifiques et cliniques du langage :

- L'argumentaire scientifique et le choix des contributions scientifiques
- Les choix des axes des pratiques de soin de ces RBP

En respectant :

- La diversité des approches diagnostiques et de prise en soin en orthophonie

En visant à modifier

- Certains cadres méthodologiques et certaines « croyances » de prise en soin

En cherchant à améliorer l'efficacité des pratiques de soins

- Élaboration d'une grille de décisions cliniques
- Mode de raisonnements de soin (cognition médicale)

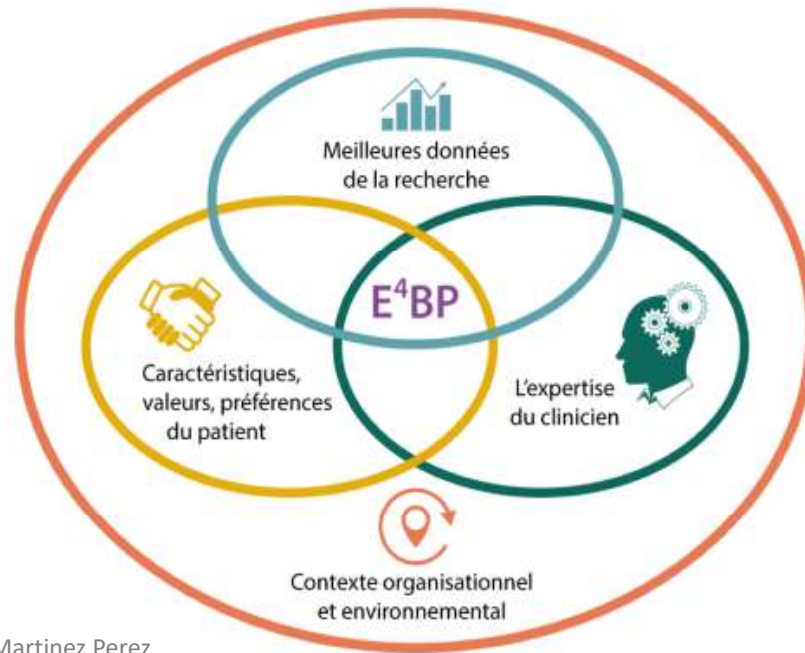
Choix des axes et des principales réponses aux questions organisés en 4 critères dans les RBP du langage écrit



- *Diagnostic* : Choix du DSM-5 / du modèle de classification SVR – Choix des conduites de l’anamnèse
Choix des épreuves de 1^{er}, 2^e et 3^e intentions du bilan.
- *Décision de soin* : Choix du modèle de lecture → interventions sur les processus de lecture et les déficits sous-jacents – Choix du mode d’intervention → compensatoire, adaptatif ou curatif.
- *Approche centrée sur la personne* : Décision partagée de soin – Conscientisation et investissement du patient.
- *Parcours de soin* : Les relations avec l’école et les professionnels de santé.

Mais tous ces choix, s’ils ont été validés dans le cadre de la méthode par consensus formalisé ne sont pas tous fondés spécifiquement sur des données probantes de la littérature scientifique

Choix de La méthodologie de l'Evidence Based Praticce (EBP) pour l'élaboration des RBP du langage écrit



Maillart & Martinez Perez

Démarche initiée en médecine (EBM) (1) de justification de la pertinence des décisions thérapeutiques et des actes professionnels du thérapeute.

Intégration consciente, explicite et appropriée des meilleures preuves issues de sources distinctes (2).

Adapter les meilleures données de la recherche à la pratique clinique, à la plainte et aux préférences du patient, de sa famille.

EBP opérationnalise les liens entre les données probantes, l'expertise du/de la clinicien.ne, les préférences du patient
Liens qui permettent « d'assouplir » et « d'adapter » les données scientifiques et de valoriser les données cliniques

1. Sackett et al. (1996)
2. Dollaghan (2007)
3. Maillart & Martinez Perez (2020)

En conclusion de ce préambule



- Le contenu des RBP est des propositions cotées par un consensus formalisé intra-professionnel.
- La rédaction de ces RBP se fonde à la fois sur des données probantes scientifiques, l'interprétation de la littérature scientifique et clinique, et de l'expertise clinique afin de déterminer les bénéfices et les inconvénients de différentes options des soins, selon les orientations théoriques et cliniques des rédacteurs, des membres du comité de pilotage et de cotation.
- Si les RBP du langage écrit sont une synthèse rigoureuse de l'état de l'art de la pratique orthophonique et de la littérature scientifique, ce sont avant tout des propositions d'une méthodologie et d'axes de soin qui ne dispensent pas le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans les choix qu'il estime les plus appropriés, en fonction de ses propres constatations cliniques et des préférences du patient (1, 2).
- Les RBP constituent, avant tout, un cadre de réflexion selon 4 critères de recommandations étayées par un argumentaire scientifique, cadre qui doit pouvoir être discuté... et susciter des débats...

1- HAS (2020)

2- RBP (2022)

Comment les classifications internationales, la littérature scientifique et clinique ont fondé la rédaction des recommandations *des critères de diagnostics* ?

Classifier un TLE selon le DSM-5

Trouble spécifique ou non spécifique ou « Trouble non spécifié »
des apprentissages « avec déficit de la lecture » et/ou « de l'expression écrite »,



Critères A.B.C « inclusion », D « exclusion »

A - Difficultés à apprendre et à utiliser les aptitudes académiques, par la présence depuis au moins 6 mois de difficultés de lecture, de compréhension écrite, d'orthographe « *Critère fonctionnel/écologique* »

B - Des scores significativement < de ceux attendus pour l'âge aux épreuves de LE et qui interfèrent avec les performances académiques /les occupations « *Critère psychométrique (cut-off : 1.5 ds / Percentile 7)* »

C - Difficultés de lecture qui débutent durant les années d'école mais peuvent n'être manifestes que dès lors que les demandes excèdent les capacités limitées de l'individu « *Critère compensatoire* »

D - Difficultés qui ne sont pas mieux expliquées par une déficience intellectuelle, d'acuité auditive ou visuelle non corrigée, ou autres troubles neurologiques ou mentaux « *Critère d'exclusion à pondérer* »

Limites de la classification des TLE du DSM-5

Critères de classification (1) et non de diagnostic causal (2),
Approche catégorielle et peu dimensionnelle (3)
« Faiblesse scientifique » - Athéorique (4)

Pourquoi ne pas avoir choisi la CIM -11 ?

Travail préalable de L. Launay (5)
Classification moins référencée dans la littérature scientifique
Classification plus adaptable à la clinique (1)

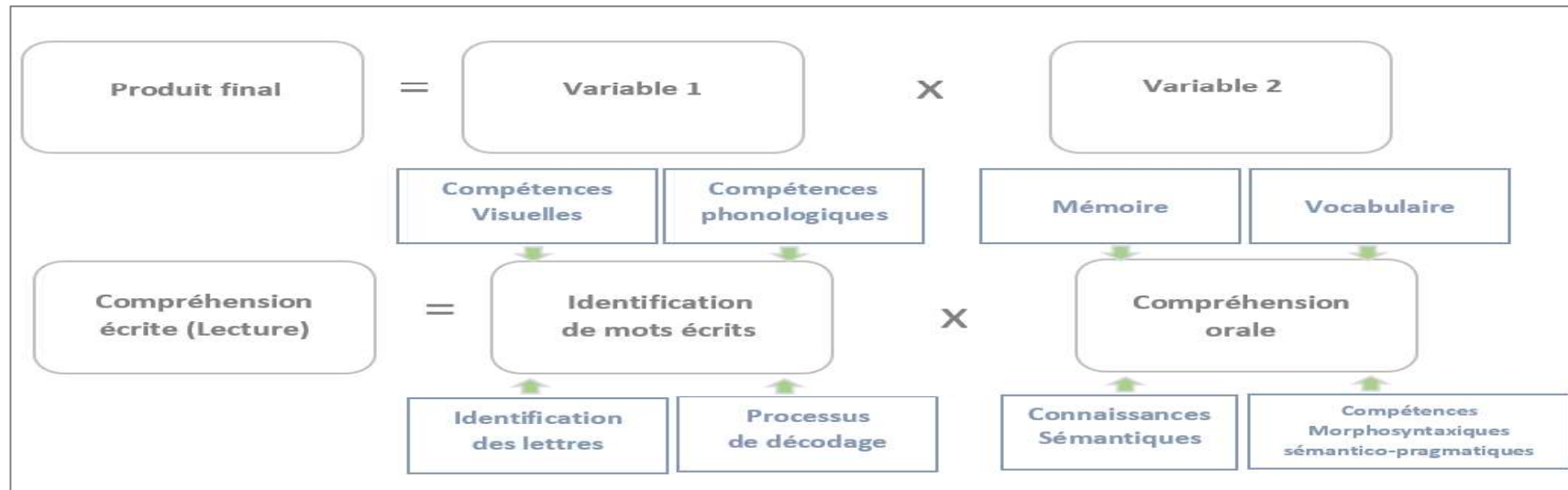
1. Di Folco et al. (2021) ; Snowling & Hulme (2012)
2. RBP (2022)
3. Gressens (2020)
4. Insel (2013)
5. Launay (2018)

Classifier un TLE selon le modèle SVR ⁽¹⁾

Lecture = Identification des mots écrits x Compréhension



Modèle « Simple View of Reading » ⁽²⁾



Principales limites du modèle SVR

- « Pas de relation linéaire » entre la compréhension et la lecture plutôt comprendre ce schéma comme une association des compétences d'identification des mots écrits et les compétences reliées à celles de la compréhension orale (compétences langagières)..
- Les données actuelles des modélisations de la compréhension écrite et orale ⁽³⁾.
- Les variables comportementales et environnementales (e.g. le vocabulaire) ⁽⁴⁾.

1. Gough & Tunmer (1986) ; Hoover & Gough (1990) ; Tunmer & Chapman (2012)
2. Sprenger-Charolles & Ziegler (2019)
3. Bianco (2015) ; Bianco et al. (2017) ; Collins et al. (2018) ; Ross-Lévesque et al. (2019)
4. Burger et al. (2020)

Classifier un TLE selon les RBP du LE (1)

4 Critères du DSM-5 + Analyse des deux variables du modèle SVR et de leurs composants.

Lecteurs Dyslexiques (TSLE-sCO) : CO > I (performances pathologiques -)

Causes Primaires pouvant ou non être associées à un/des facteurs de complexité ou TND comorbides

Faibles Lecteurs (TSLE-aCO) : CO < I / CO et I (-)

Causes Primaires pouvant ou non être associées à un/des facteurs de complexité ou TND comorbides

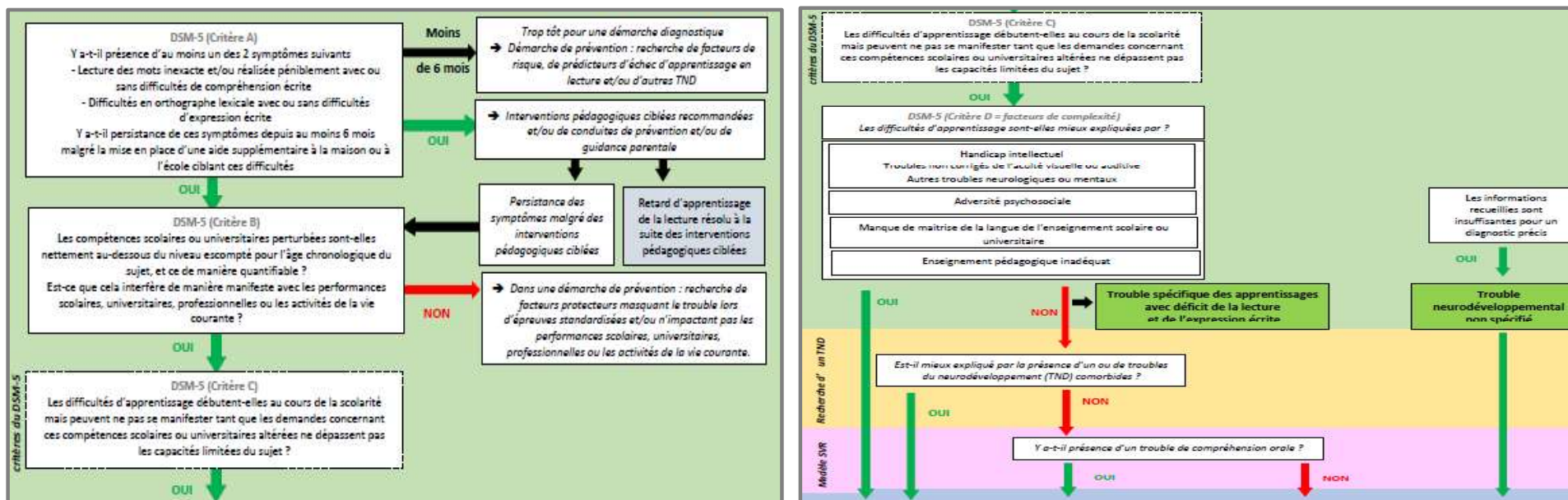
Faibles Lecteurs (TLE) : I (-) / CO (-) ou I (dans la norme) mais CO (-)

Causes Secondaires associées à un/des facteurs de complexité ou TND comorbides

Lecteurs avec TDN non spécifiés (TDN non-spé) : I (- ou +) / CO (- ou +)

Causes non spécifiées

Arbre décisionnel de diagnostics des TLE selon le DSM-5 et le modèle SVR (2)



Les limites : selon les données relevées du tableau clinique décider si TSLE ou TLE

1. Leloup, Launay & Witko (2022)
2. Launay, Witko, & Leloup (2022)

Apports et limites de ces propositions des recommandations de diagnostics des TLE



Apports

- Utiliser une classification nosographique référencée.
- Formaliser une démarche de diagnostic.
- Renforcer la nécessité d'une anamnèse précise et détaillée.
- Dissocier les lecteurs avec et sans trouble de compréhension orale : Dyslexie = TSLE = Dyslexie.
- Formaliser l'évaluation par des épreuves des compétences d'IME et de la compréhension (SVR).
- La question des épreuves de première intention (1).

Limites

- Si débat dans la littérature, pas de consensus fort sur la terminologie de « dyslexie » (contraintes sociales, culturelles).
- Classification qui ne permet d'explicitier une méthodologie de diagnostic différentiel, de spécifier si le trouble de compréhension orale : TDL), et/ou conséquences de facteurs environnementaux de risques et/ou de protection) – TDL et comorbidité.

En conclusion

L'expertise clinique (EBP) reste prépondérante lors de la pose d'un diagnostic.

Importance de rappeler la nécessité dans un certain nombre de situations cliniques de privilégier les hypothèses diagnostiques, et de les valider selon la réponse aux interventions.

1. Lefèvre et al. (2021) - Procédures de dépistage
2. Leloup, Launay & Witko (2022) - UNADREO

Comment les classifications internationales, la littérature scientifique et clinique
les synthèses de l'HAS ont fondé la rédaction des recommandations
des critères de décision de soin ?



Études scientifiques comportementales ou en neuroanatomie principalement ciblées sur la remédiation de lecteurs dyslexiques (1). et encore principalement de langue anglo-saxonne (2).

Études princeps validant des déficits cognitifs sous-jacents causaux d'un TLE menées sur des enfants mauvais lecteurs dans le cadre d'intervention scolaire (3).

Consensus sur les procédures IME et les déficits cognitifs causaux d'une dyslexie, quelle que soit la langue (4).

Consensus sur les causes cognitives de la variabilité d'expression d'un TLE : impacts des comorbidités (5), des variables environnementales, émotionnelles (estime de soi) (6).

Encore peu de données validant des conduites de remédiation des TSL sur des grandes cohortes et traitant le plus souvent un déficit ciblé (phonologique, auditif, visuo-attentionnel) (2,7), mais consensus sur le traitement des causes d'un trouble d'identification des mots écrits (IME), et relatif consensus concernant les « ingrédients actifs » et particulièrement le niveau d'intensité d'entraînements quotidiens (1,2), et leur validation (7, 8, 9).

Peu de publications cliniques validant des protocoles, des entraînements issus de méthodes cliniques dispensées en formation initiale et continue (10).

Peu de publications validant des conduites de remédiation de l'orthographe (11).

1. Galuschka et al. (2020)

2. Casalis, Leloup & Bois-Parriaud (2019)

3. Vellutino et al. (1996)

4. Ziegler (2019)

5. Pennington (2006) ; Pennington et al. (2012), Ramus & Ahissar (2012)

6. Billard et al. (2008) ; Haft et al. (2016)

7. Harrar-Eskinazi (2023) – Thèse

8. MacArthur et al. (2018)

9. Zoubrinetzky et al. (2019)

10. Leloup et al. (2021)

11. Mehlhase et al. (2019)

Choix d'un cadre méthodologique de décision de soin ⁽¹⁾

Questions cliniques et Lignes de bases

A chaque question est référée de la littérature scientifique, des rapports de l'HAS



Facteurs à prendre en compte lors de la formulation de la question clinique

Facteurs de protection (1)

Cognitifs : (e.g. motricité fine, vocabulaire, F.E)

Socioémotionnels : patient (e.g. estime de soi) ; famille (e.g. cohésion familiale, compréhension du trouble) ; hors de la famille (e.g. relation avec ses pairs, soutien de l'enseignant)

Facteurs de Risque (2)

Génétiques : e.g. antécédents familiaux de TND, Comorbidité

Neurobiologiques : e.g. prématurité, RCIU

Cognitifs : e.g. déficits phonologiques/V.A.

Environnementaux : niveau socio-éducatif

Diagnostics

Objectifs de l'évaluation ou de l'intervention

Attente du patient, de sa famille ou Perspective
développementale attendue

Formulation de la question clinique (PICO-PESICO) Évaluations – Entraînement

P : Plainte / Problématique / Pathologie / Patient

E : **Environnement** - Contexte dans lequel le patient évolue - partenaires ou aidants participant aux soins ou aux actions pédagogiques, éducatives, professionnelles ; lieu de scolarisation, de l'activité professionnelle. Le parcours de soin.

S : **Stakeholder** - Intérêts et perspectives du patient et des acteurs du soin dans le résultat de l'intervention.

I : **Intervention** - Type d'intervention, d'entraînement ou d'évaluation envisagés en référence à des données probantes en définissant la fréquence et la durée.

C : **Comparaison/Contrôle** - Comparaison avec un autre type d'évaluation ou d'intervention, ou selon les compétences du patient en pré et post-test.

O : **Outcome** - Mesure de l'impact de l'intervention à l'aide de lignes de base - Étape de reformulation d'une nouvelle décision clinique.

1. Leloup, Launay & Witko (2022) – RBP

2. HAS (2020) - TND



Apports

- Modélisation d'une décision de soin fondée sur des données probantes.
- Liens entre le diagnostic ou les hypothèses diagnostiques et le choix des interventions en tenant compte des facteurs de risque, de protection, la plainte et les préférences du patient et son environnement.
- Poser des questions PICO ou PESICO afin de hiérarchiser l'intervention, choisir les entraînements et évaluer leurs efficacités.
- Rappeler l'importance de cibler et limiter les entraînements, et de proposer des interventions à domicile en y associant les interventions sur les procédures d'IME et les déficits cognitifs causaux.

Limites

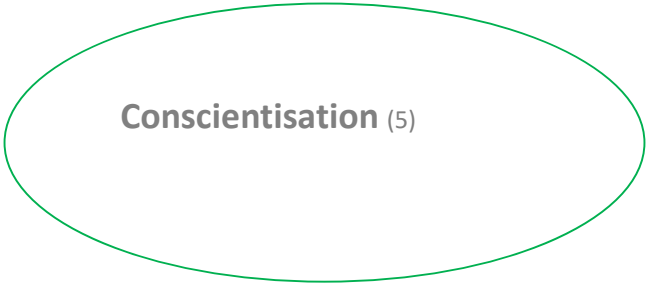
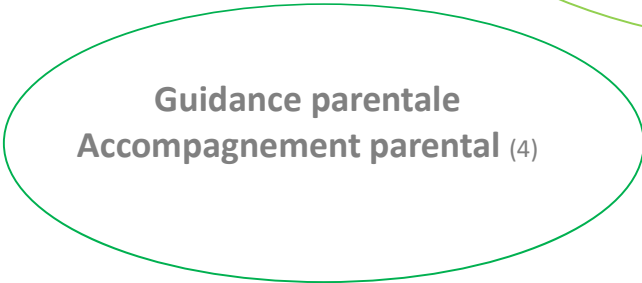
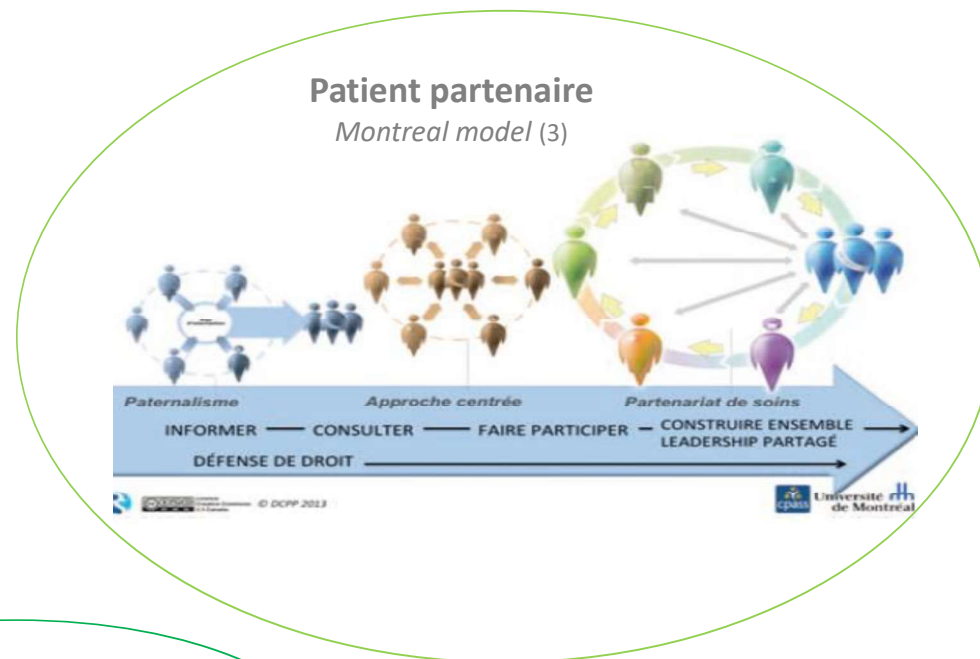
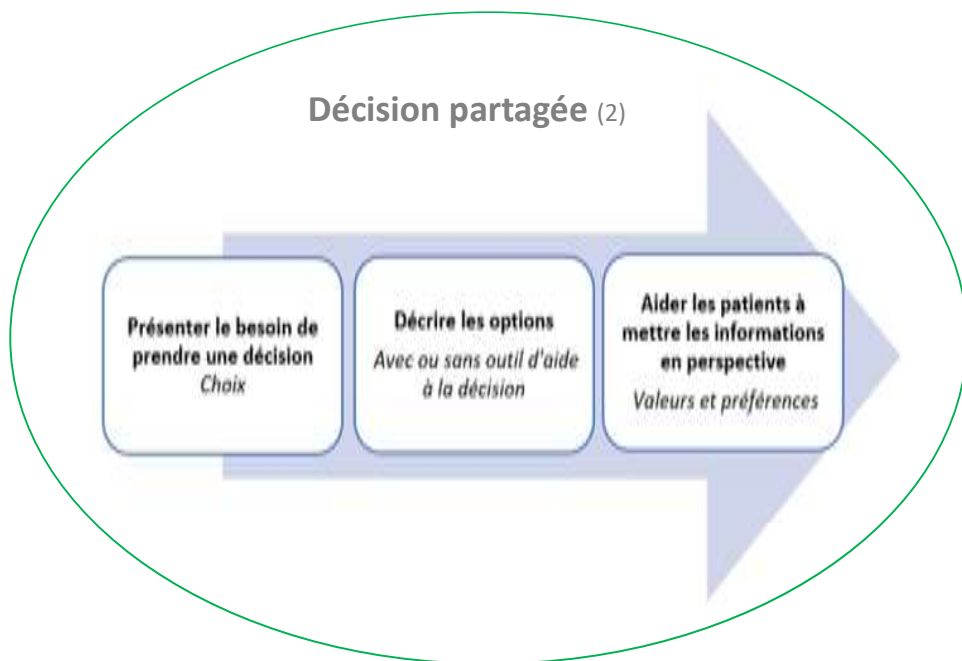
- Comment en pratique clinique pouvoir systématiquement suivre cette modélisation ?
- Est-ce que les données de la littérature permettent de valider tous les choix d'entraînements, mais aussi les interventions nécessaires au maintien de la motivation du patient ?
- Est-ce possible de proposer systématiquement des approches curatives pour tous les tableaux cliniques ?

En conclusion

Si l'expertise clinique (EBP) reste prépondérante dans l'élaboration, la justification, et le déroulement de la décision de soin, les données de la littérature appellent à modifier certaines pratiques de soin.

Comment la littérature scientifique
les recommandations institutionnelles, l'expertise clinique
ont fondé la rédaction des recommandations
des critères d'une approche centrée sur la personne ?

« Tout professionnel de santé est tenu de délivrer une information au patient qu'il soigne et de la réitérer aussi souvent que nécessaire » (1)



Recommandations relatives à l'éducation à la santé
Recommandations relatives à la décision partagée

1. HAS (2015)
2. Coulter & Collins (2011) ; Elwyn et al. (2012)
3. Pomey et al. (2015) ; Maillart et Perez (2019)
4. Périchon & Gonnot (2021)
5. Launay (2016)



Apports

- Connaître les travaux menés sur la décision de soin.
- Rendre le patient acteur de sa prise en soin.
- Informer et accompagner les parents et les aidants.
- La prise en soin doit associer des entraînements et la compréhension par le patient de leurs objectifs.
- *Renforcer les conduites d'observance de soin.*

Limites

- Comment adapter les conduites d'une approche centrée sur la personne selon les tableaux cliniques et les valeurs éthiques du professionnel de santé, les préférences du patient...
- Encore de faibles niveaux de données probantes sur ses approches dans la prise en soin des TLE.
- Faible formalisation de ces conduites en formation initiale et continue.

En conclusion

Alors que ces questions de l'observance du soin et de la décision partagée sont au centre des préoccupations des thérapeutes, de nombreuses réponses restent à formaliser. De nouveau, l'expertise clinique est mise à contribution. Le développement plus systématique de décisions de soin, telles que formalisées par les RBP constituent un point d'ancrage méthodologique pour mieux répondre à ces préoccupations.



Comment la littérature scientifique, les rapports de l'HAS
les synthèses institutionnelles, l'expertise clinique
ont fondé la rédaction des recommandations *des critères d'un parcours de soin en LE* ?

Exemple de contexte organisationnel et environnemental

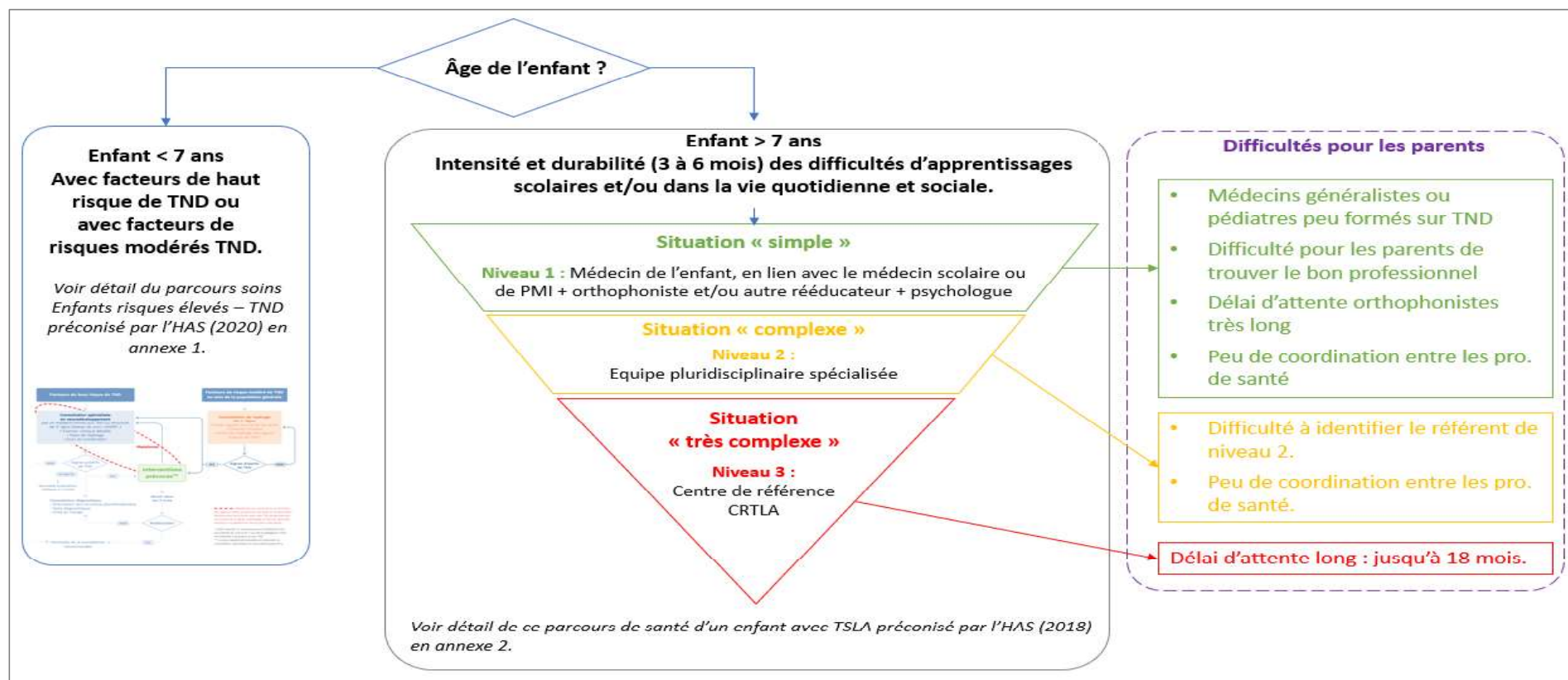


Schéma du parcours de soins établi sur la base du parcours de soins TSLA (1) et du parcours de soins pour les enfants de 0 à 7 ans à risques de TND (2)
Collaboration avec les instances de scolarité et d’éducation (3)

1. HAS (2018)
2. HAS (2020)
3. Ringard (2001) - Rapport

Apports et limites des propositions des recommandations d'un parcours de soin en LE



Apports

- Prendre connaissance des cadres institutionnels d'une intervention de soin
- Formaliser les relations entre les professionnels de santé, l'école, le monde professionnel

Limites

- Le temps et l'investissement

En conclusion

Ces recommandations sont celles qui ont suscité le plus de débats et certaines des recommandations initiales n'ont pas été retenues. Celles portant sur le partenariat avec les enseignants ont été les plus discutées.



Pour conclure cette introduction aux webinaires sur les RBP

Comment la littérature scientifique et clinique les classifications nosographiques internationales ont fondé les recommandations de bonne pratique du langage écrit

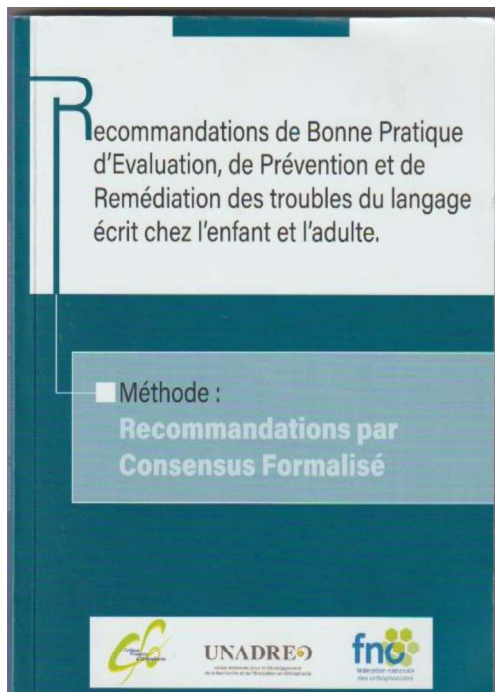


Bien que de nombreux consensus scientifiques s'affirment dans les conduites de diagnostics et de soins du LE, les données de la littérature n'ont pas toujours permis de conduire des revues systématiques tant les champs de conduites de soin du langage écrit sont diffus.

Face à cette complexité du soin des TLE les RBP proposent :

- 4 critères de recommandations de diagnostic, de décision de soin, d'une approche thérapeutique centrée sur la personne et d'un parcours de soin en LE,
- Une méthodologie de soin et non une méthode de remédiation,

*Nous espérons que RBP permettront de soutenir les conduites de soin et l'expertise des orthophonistes
Reste à les mettre en pratique selon les différentes situations cliniques, ce qui n'est pas toujours simple...*



**Avec mes remerciements pour votre attention
et le débat est ouvert**

: