

Lignes directrices pour la rédaction de rapports d'évaluation orthophonique

Un rapport d'évaluation est une réponse à une question explicite ou implicite (motif de la consultation). C'est une façon de rendre compte de son opinion professionnelle.

La forme et le contenu varient en fonction :

1- De l'objectif poursuivi et de la complexité de la situation clinique :

- déterminer l'accessibilité à des services ;
- orienter vers les services appropriés ;
- élaborer un plan d'intervention et, éventuellement, un plan de traitement ;
- collaborer à l'établissement d'un diagnostic différentiel ;
- mesurer l'évolution ;
- vérifier l'effet d'une intervention ;
- relancer une intervention interrompue.

2- Du destinataire :

- collègue orthophoniste ou audiologiste ;
- professionnel de la santé ou de l'éducation impliqué auprès du client ;
- administrateur ;
- agence gouvernementale ;
- assureur ;
- etc.

3- Des politiques du service d'orthophonie et de l'institution, et des outils dont dispose le clinicien :

- rapport manuscrit versus électronique ;
- formulaires ou grilles à compléter ;
- format abrégé ou long
- service de dictée centrale d'un centre hospitalier ;

Rédaction d'un rapport d'évaluation en orthophonie

Il existe un standard au niveau des rubriques et du style de rédaction. La liste des rubriques suggérées ici n'est ni exhaustive ni universelle. Elle se veut une façon de respecter les obligations légales liées au processus de rédaction, tout en permettant aux orthophonistes de répondre aux besoins des clients. La façon de rédiger un rapport peut varier d'un établissement à l'autre, ainsi que d'un clinicien à l'autre.

1. Identification du client

Informations de base relatives au client, telles que le nom et le prénom, l'âge, le sexe, la date de naissance, l'emploi, les adresses, les numéros de téléphone et de télécopieur, les adresses électroniques. Pour la clientèle pédiatrique : le nom des parents, le nom de la garderie, de l'école, le degré scolaire, le nom de l'enseignant.

2. Motif de la consultation

Raisons motivant la demande d'une consultation.

S'il s'agit d'une réévaluation, la conclusion orthophonique initiale peut être rapportée.

Une prudence s'impose quant à la formulation du motif de consultation, car celui-ci peut potentiellement causer un préjudice au client ou à sa famille.

3. Anamnèse

Exposé, sans interprétation, **des faits saillants et pertinents** pouvant aider à clarifier certains aspects des difficultés de communication du client. Pour la clientèle pédiatrique : histoire périnatale médicale, développementale, familiale, scolaire, sociale, etc. et antécédents familiaux. Pour la clientèle adulte : état de santé général, histoire de la maladie (AVC, TCC, ...), situation sociofamiliale, séquelles identifiées, résultats radiodiagnostiques, etc.

Identifier les facteurs psychosociaux en lien avec le problème de communication (facteurs de risque et de protection dans l'environnement du client, soutien familial chez l'adulte).

Indiquer la source des renseignements : le dossier d'un autre professionnel, le dossier médical, le parent, l'enseignant, le conjoint, etc. Il est utile de rapporter des attitudes et opinions mais il faut le faire de manière objective, sans jugement de la part du clinicien.

S'il s'agit d'une réévaluation, seuls les faits saillants sont repris. Suit un court résumé des résultats des évaluations antérieures, des objectifs et des modalités d'intervention (type de suivi, durée et fréquence des interventions).

Une prudence s'impose quant aux informations qui sont rapportées dans l'anamnèse, celles-ci pouvant potentiellement causer un préjudice au client ou à sa famille. Il est possible de référer le lecteur au dossier médical ou aux rapports antérieurs disponibles au dossier du client.

NOTE 1 :

Jusqu'ici les éléments inscrits au rapport proviennent des personnes de l'environnement du client (membres de la famille, éducatrice du CPE, enseignante, éducateur etc.) ou du dossier de l'utilisateur s'il ne s'agit pas de la 1^{ère} évaluation du client.

Dans la prochaine section, les données proviennent des observations cliniques de l'orthophoniste.

4. Contexte d'évaluation

Conditions particulières de l'évaluation et moyens : durée de l'entrevue, nombre de rencontres, lieux (ex. : école, garderie, domicile, chambre du patient, bureau, etc.), présence ou non d'une personne significative, etc.

5. Instruments utilisés

Dans le cadre d'une évaluation en orthophonie, divers instruments sont utilisés et les résultats obtenus par le client sont rapportés dans le rapport d'évaluation qui est versé au dossier central du client. Il convient d'identifier le type d'instrument d'évaluation utilisé (ex : questionnaire auto-rapporté, curriculum, observation en contexte naturel, jeu libre, etc.) et le mode d'enregistrement des données (audio, vidéo) s'il y a lieu.

En franco-qubécois, l'orthophoniste dispose, à l'heure actuelle, de peu d'instruments normés. La conclusion orthophonique repose donc principalement sur les résultats que le client obtient à des tâches non normées d'instruments d'évaluation étrangers, de tâches expérimentales, de tâches informelles (tests maison), etc. La situation qui prévaut oblige les orthophonistes à interpréter prudemment les résultats obtenus au moyen de ces instruments. Ces lignes directrices proposent aux étudiants-es du programme de maîtrise en orthophonie de l'université Laval des façons de rapporter les résultats obtenus au moyen de divers types de tâches d'évaluation.

Dans la rubrique « instruments utilisés », on rapporte :

- Pour les tests publiés :
Le titre et l'acronyme du test
Les sous-tests si le test n'a pas été utilisé au complet
Les auteurs-es
L'année de publication
La version utilisée (rapporter les auteurs-es et / ou le nom de l'institution si disponible)
Ex : Preschool Language Scales-3 (PLS-3 : Zimmerman, Steiner, Pond, 1992). Version traduite non normée, commission scolaire XX.

Note 1. Si les procédures de passation ont été modifiées, préciser ici les modifications apportées ;

Note 2. Si des normes ont été développées après la publication du test, citer la référence complète.

- Pour les tâches expérimentales :
Le titre
Les auteurs-es
L'année de publication
La référence bibliographique
Les variables contrôlées

Note 1. Si elles existent, mentionner l'existence de données relatives aux résultats obtenus à cette tâche par des sujets contrôles.

- Pour les tâches informelles (tests maison) :
Le titre
Les auteurs-es
L'année
L'origine (ex. : centre de réadaptation XX)

6. Résultats de l'évaluation

Cette partie du rapport présente prioritairement des faits et est suivie d'une interprétation de ceux-ci.

- *Attitudes et comportement (ou autres observations)*

Collaboration du client, habiletés à interagir, intérêts aux tâches, capacités d'attention et de concentration, agitation motrice, comportements de persévération, conscience des difficultés, réactions face au succès et aux échecs, réponses aux stimulations langagières, sensibilité aux renforcements sociaux / tangibles, etc.

- *Résultats*

Portrait le plus concis et le plus juste possible du comportement communicatif observé dans le contexte de l'évaluation. Description et appréciation du degré d'atteinte des dimensions évaluées. Mentionner si une dimension apparaît conforme au développement normal ou préservée. Lorsqu'aucune évaluation formelle n'a été réalisée, il est recommandé d'utiliser la mention « subjectivement normal »; on signale ainsi que la dimension en question n'a pas été laissée de côté.

Indiquer clairement si des contraintes majeures ont empêché une conclusion définitive pour une dimension donnée (ex. : grande inintelligibilité, somnolence, ...).

Dans la rubrique « résultats », il est recommandé de citer :

- Pour les test et sous-tests qui ont été normés auprès d'une population franco-qubécois ou franco-canadienne : le score standardisé et son interprétation.
- Pour les tâches expérimentales avec sujets contrôles : l'interprétation du score brut en rapportant les caractéristiques (nombre âge, etc.) et données des sujets contrôles.
- Pour tous les autres tests et sous-tests : l'interprétation du score brut en précisant « selon notre jugement clinique... ».

IMPORTANT : Aucune donnée brute ou non-interprétée ne doit se retrouver dans le rapport. Toutes les données doivent avoir été analysées par l'orthophoniste et seulement leur interprétation doit être rapportée dans le rapport.

→ Afin de faciliter l'analyse des données et de restreindre la longueur du rapport, l'équipe du programme propose l'utilisation d'un tableau de compilation des données. Ce tableau contient toutes les données et leur interprétation. De cette façon, seule l'analyse qui en découle peut être rapportée dans le rapport. Ce tableau n'a pas à être transmis d'emblée avec le rapport, mais peut l'être sur demande et sur signature du client.

7. Faits saillants

Permet de faire ressortir les principaux éléments de la situation pour chacune des dimensions rapportées dans le rapport d'évaluation, incluant l'anamnèse. Peut être rédigé uniquement sous forme télégraphique ou sous forme de texte suivi. Peut permettre la mise en relation d'informations de sources diverses notamment l'anamnèse, les observations et propos rapportés par des tiers comme le médecin, l'enseignante, le psychologue, etc. Peut aussi faire état des liens établis entre l'ensemble des informations recueillies.

N.B. Ce résumé doit absolument être fait pour permettre la formulation d'une conclusion orthophonique, car il s'agit d'une étape d'analyse qui est essentielle à la détermination d'une conclusion orthophonique. Par contre, ce résumé ne sera pas nécessairement inclus dans le rapport.

Note :

C'est maintenant le temps de synthétiser l'interprétation des données. Toutes les données collectées, qu'elles proviennent des propos rapportés par des tiers ou de vos propres observations, sont mises en relation dans le but de permettre ultérieurement la formulation de la conclusion orthophonique.

8. Conclusion orthophonique

Analyse-synthèse des observations rapportées précédemment dans chacune des rubriques à l'intérieur de laquelle on fait ressortir la nature et la gravité des problèmes présentés :

- la problématique orthophonique identifiée (ex. : retard de langage, dysphonie, trouble de langage, dysarthrie, dysphagie, aphasie, etc.). Les termes de vocabulaire suivants peuvent être utilisés : écart, problème, difficulté, atteinte, etc. ;
- le degré de sévérité (léger, modéré, sévère). L'établissement de ce degré de sévérité doit être appuyé sur l'appréciation du niveau de l'atteinte dans chacune des composantes évaluées. L'appréciation du degré de l'atteinte est décrite en utilisant le vocabulaire suivant : ... très importantes, ... importantes, quelques difficultés, peu de difficultés, aucune difficulté ;
- si connu, on peut ajouter « ... dans le contexte d'une déficience intellectuelle, d'un syndrome X, etc. » ;
- si le diagnostic est posé par un autre professionnel pendant le processus d'évaluation en équipe interdisciplinaire, on peut ajouter la même chose mais en précisant ex : « ... dans le contexte d'un trouble envahissant probable (voir rapport de Dr X, pédopsychiatre) » ;
- les facteurs de risque personnels et / ou environnementaux pouvant contribuer à l'émergence ou au maintien du problème ;
- les facteurs de protection personnels et / ou environnementaux pouvant favoriser la réadaptation ;
- l'impact (mesuré, observé, rapporté ou inféré) actuel et / ou projeté du problème sur la participation sociale du client et son entourage immédiat (ex. : impact sur les apprentissages scolaires, socialisation, retour au travail, etc.) en utilisant le vocabulaire suivant : très important, important, quelque, peu d'impact, aucun ;
- les facteurs ayant pu influencer les comportements observés assortis de remarques sur le niveau de confiance accordé à nos conclusions (ex. : non collaboration, inattention, somnolence).

IMPORTANT : La formulation de la conclusion orthophonique doit toujours se faire en s'assurant de respecter NOTRE champ de compétences, ainsi que celui des autres professionnels, d'où la nécessité de référer aux autres évaluations, au besoin.

9. Recommandations

Suites pertinentes, nécessaires et réalistes à donner à l'évaluation :

- évaluation plus approfondie, thérapie diagnostique, contrôle ;
- intervention en orthophonie ;
- relance téléphonique ;
- références à d'autres professionnels dans le but d'obtenir des évaluations complémentaires ;
- référence à un autre milieu ;
- etc...

10. Objectifs d'intervention/ avis professionnel

Les objectifs d'intervention doivent être inclus dans le rapport d'évaluation, à moins qu'il n'y ait référence à un autre document contenu au dossier. Ces objectifs peuvent correspondre au plan d'intervention orthophonique. Les moyens envisagés pour atteindre les objectifs d'intervention peuvent également être indiqués :

- programmes d'exercices à domicile ;
- insertion dans un programme spécifique ;
- conseils aux proches ;
- etc.

IMPORTANT : L'orthophoniste a l'obligation légale de rédiger des objectifs orthophoniques suite à une évaluation, ce qui constitue son avis professionnel sur les priorités d'intervention. Cet avis doit être proposé au client et négocié avec lui, en fonction des attentes de celui-ci et de sa famille et en fonction des contraintes administratives (listes d'attente, éligibilité aux services...). Le consensus ainsi établi constitue un plan ajusté.

11. Signature et statut de l'examineur

Remarques additionnelles sur la rédaction :

Présentation directe et objective ;

Style impersonnel ;

Orthographe et ponctuation adéquates ;

Phrases plutôt courtes que longues ;

Distinguer clairement ce qui provient des observations et ce qui a été rapporté par un proche du client (ex. : « selon le père, ... ») ;

Ne pas laisser d'ambiguïtés (c'est-à-dire ne pas laisser le lecteur lire entre les lignes) ;

Utiliser un vocabulaire approprié au destinataire du rapport ;

Demeurer près des données et les interpréter (ex. : décrire les phonèmes difficiles à produire et parler de l'inintelligibilité) ;

Prendre le temps et l'énergie nécessaires pour écrire, afin que le rapport décrive bien ce qui a été fait et qu'il permette la compréhension de la problématique du client en terme de forces et de besoins.

Références

Haynes, W.O. et Pindzola, R.H. (2012). *Diagnosis and evaluation in speech pathology*. (8th edition) Boston, MA: Allyn and Bacon.

Hegde, M.N. (1994). *A coursebook on scientific and professional writing in speech-language pathology*. San Diego, CA: Singular publishing Group.

Ordre des orthophonistes et audiologiste du Québec (2005). *Lignes directrices: plan de traitement et d'intervention orthophoniques ou audiologiques: au-delà des exigences légales, des outils pour la protection du public*. Montréal: OOAQ.

Owens, R. E., Metz, D. E., & Farinella, K. A. (2011). *Introduction to communication disorders : a lifespan evidence-based perspective* (4th ed.). Upper Saddle River, N.J.: Pearson/Prentice Hall.

Paul, R. (2001). *Language disorders from infancy through adolescence: Assessment and intervention*. Second edition. St. Louis, MO: Mosby. pp51-61.

Tomblin, J.B., Morris, H.L. et Spriestersbach, D.C. (2000). *Diagnosis in speech-language pathology*. Second edition. San Diego, CA: Singular Publishing Group.