

Université de Montréal

**Favoriser l'évolution des pratiques orthophoniques en réadaptation vers la
participation sociale des personnes ayant une aphasie**

par Christine Alary Gauvreau

Programme de sciences biomédicales
Faculté de médecine

Thèse présentée
en vue de l'obtention du grade de doctorat
en sciences biomédicales
option orthophonie

Décembre 2018

© Christine Alary Gauvreau, 2018

Résumé

Les personnes ayant une aphasie, en raison de leurs difficultés de communication, peuvent avoir une participation sociale limitée à la suite de leur réadaptation. Or, on ne sait pas dans quelle mesure les orthophonistes qui travaillent auprès d'elles se préoccupent de cet enjeu. L'objectif général de la thèse est de comprendre et de favoriser l'évolution des pratiques orthophoniques en réadaptation vers une prise en compte plus explicite du concept de participation sociale des personnes aphasiques, et ce, dans le contexte d'une communauté de pratique.

Afin de répondre à la première question de recherche sur la place de la participation sociale dans les pratiques cliniques des orthophonistes qui travaillent en réadaptation de l'aphasie, des entrevues individuelles menées auprès de 17 orthophonistes ont été analysées au moyen de la théorisation ancrée (étude 1). Treize participants se sont ensuite engagés dans une communauté de pratique conçue et implantée pour ce projet qui a été évaluée selon l'analyse logique (étude 2). Afin de répondre à la deuxième question de recherche sur comment les pratiques cliniques des participants sont influencées par leur engagement dans une communauté de pratique portant sur la participation sociale, les journaux de bord remplis par les participants pendant la communauté de pratique ont fait l'objet d'une analyse thématique (étude 2) et les entrevues individuelles menées auprès des participants après la communauté de pratique ont été analysées au moyen de la théorisation ancrée (étude 3).

L'étude 1 révèle que la pratique orthophonique comporte des questions relatives à la finalité de la réadaptation de l'aphasie et aux moyens pour atteindre cette finalité, ce qui entraîne un besoin de repères chez ces professionnels. Les activités cliniques des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie incluent systématiquement la création d'une relation d'aide, l'évaluation, l'établissement d'objectifs et l'intervention auprès de la personne. Facultativement, les orthophonistes impliquent les proches ou d'autres parties dans la thérapie. Les moyens utilisés sont influencés par la finalité des interventions perçue par les orthophonistes ainsi que par les caractéristiques de leur milieu de travail.

L'étude 2 permet de conclure que pour favoriser l'évolution des pratiques orthophoniques, une communauté de pratique virtuelle doit inclure des objectifs de formation, disposer de ressources humaines et matérielles suffisantes et offrir des opportunités d'apprentissage et de réflexion à travers des activités synchrones et asynchrones proposant des interactions sociales. Les journaux de bord révèlent que la communauté de pratique a permis aux participants de démarrer un processus de changement de pratiques.

L'étude 3 indique que les orthophonistes ont inclus à leur pratique davantage de moyens visant la reprise des habitudes de vie à la suite de leur engagement dans la communauté de pratique, mais ont surtout mieux aligné leur pratique avec la finalité de la réadaptation de l'aphasie, dorénavant unanimement perçue comme étant l'optimisation de la participation sociale. Cet alignement, possible grâce aux réflexions et aux échanges entre pairs, a entraîné un sentiment de compétence accru chez les professionnels.

Une réadaptation orientée vers la reprise d'habitudes de vie a le potentiel d'accompagner les personnes aphasiques vers une meilleure participation sociale.

Mots-clés : orthophonie, réadaptation, pratique professionnelle, aphasie, accident vasculaire cérébral, participation sociale, communauté de pratique, transfert de connaissances

Abstract

Because of communication limitations, people with aphasia are at risk of having restrictions in social participation after rehabilitation. It is unknown to what extent speech-language pathologists working with people with aphasia consider social participation in their practice. The general aim of this dissertation was to understand and support the evolution of speech-language pathology practice in aphasia rehabilitation towards a more explicit consideration of social participation for people with aphasia, within the context of a community of practice.

To answer the first research question about the extent to which speech-language pathologists from all settings of the aphasia rehabilitation care continuum consider social participation of people with aphasia, individual interviews conducted with 17 speech-language pathologist participants were analyzed according to the principles of grounded theory (study 1). Thirteen participants were engaged in a community of practice designed and implemented for the current research project, which was evaluated with logic analysis (study 2). To answer the second research question about how participants' clinical practices were influenced by their engagement in a community of practice about social participation and aphasia rehabilitation, logbooks collected while the community of practice was ongoing were analyzed with thematic analysis (study 2). Individual interviews conducted after the end of the community of practice were analyzed on the basis of grounded theory (study 3).

Study 1 revealed that speech-language pathology practice includes questions related to the ideal end purpose of aphasia rehabilitation and to the means used to reach that purpose. This resulted in a need for guidance on the part of the professionals. Clinical activities of speech-language pathologists in aphasia rehabilitation always included counseling, assessment, goal-setting, and conducting therapy with the person. Optionally, speech-language pathologists involved relatives or other parties in therapy. The use of specific therapeutic approaches was influenced by the perceived ideal end purpose of aphasia rehabilitation on the one hand, and by features of the workplace on the other hand.

Study 2 pointed to the conclusion that in order to promote the development of speech-language pathology practice in aphasia rehabilitation, a web-based community of practice

should include educational goals, have sufficient human and material resources and offer learning and reflection opportunities through online and offline activities that also involve social interaction. Logbooks revealed that the community of practice allowed participants to consider or implement practice changes.

Study 3 indicated that after their engagement in the community of practice, participants included more therapeutic approaches aiming at helping the person resume life habits, but above all, achieved a better alignment of their practice with an ideal end purpose, which was now unanimously perceived to be the optimization of social participation. Opportunities to reflect and share material with peers facilitated the new alignment, and consequently, participants reported increased feelings of competence.

Rehabilitation services aiming at helping the person resume life habits have the potential to accompany people with aphasia towards optimal social participation.

Keywords : speech-language pathology, rehabilitation, professional practice, aphasia, stroke, social participation, community of practice, knowledge transfer

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures	x
Liste des sigles	xi
Remerciements.....	xiii
Introduction.....	1
Chapitre 1. Recension des écrits	6
1.1 Les effets de l’aphasie sur la participation sociale.....	7
1.1.1 L’aphasie et la communication	7
1.1.2 La participation et la participation sociale : modèles et définitions.....	7
1.1.3 La participation sociale des personnes ayant une aphasie	9
1.2 Les pratiques orthophoniques en réadaptation de l’aphasie	11
1.2.1 La trajectoire des personnes aphasiques dans le système de santé québécois	11
1.2.2 Le modèle de pratique basée sur les données probantes en orthophonie.....	13
1.2.3 Les recommandations et pratiques cliniques des orthophonistes en réadaptation de l’aphasie	16
1.3 Les communautés de pratique.....	22
1.3.1 Les caractéristiques des communautés de pratique	22
1.3.2 Les éléments qui guident la conception des communautés de pratique.....	23
1.3.3 La justification d’une communauté de pratique comme choix de stratégie de transfert de connaissances	24
1.4 Objectifs.....	27
Chapitre 2. Méthodologie	28
2.1 La position particulière de la chercheuse clinicienne	28
2.2 Le contexte de la collecte de données.....	30

2.3 Le recrutement des participants	31
2.4 La planification et le déroulement de la collecte de données	33
2.4.1 Les entrevues initiales.....	34
2.4.2 La communauté de pratique.....	36
2.4.3 Les données recueillies dans le cadre de la communauté de pratique	54
2.4.4 Les entrevues finales.....	55
2.5 L'analyse des données	56
2.5.1 Mieux comprendre la pratique orthophonique à l'aide de la théorisation ancrée....	56
2.5.2 Évaluer la communauté de pratique à l'aide de l'analyse logique.....	59
2.5.3 Évaluer les retombées à court terme de la communauté de pratique à l'aide de l'analyse thématique de contenu.....	60
2.5.4 Évaluer les retombées à long terme de la communauté de pratique à l'aide de la théorisation ancrée	61
2.6 La rigueur.....	62
Chapitre 3. Résultats – premier article.....	65
Understanding Practices of Speech-Language Pathologists in Aphasia Rehabilitation: A Grounded Theory Study.....	65
Abstract.....	67
Background.....	69
Methods.....	71
Results.....	75
Discussion.....	87
Conclusion	91
References.....	92
Chapitre 4. Résultats – deuxième article.....	98
Evaluation of a Community of Practice for Speech-Language Pathologists in Aphasia Rehabilitation: A Logic Analysis.....	98
Abstract.....	100
Background.....	101
Methods.....	104

Results.....	108
Discussion.....	122
Conclusions.....	125
References.....	128
Chapitre 5. Résultats – troisième article	134
Outcomes of a Community of Practice for Speech-Language Pathologists about Social Participation in Aphasia Rehabilitation	134
Abstract.....	136
Introduction.....	137
Methods.....	139
Results.....	143
Discussion.....	152
Conclusion	157
References.....	158
Chapitre 6. Discussion	164
6.1 L'état de la pratique orthophonique en réadaptation de l'aphasie et la place accordée à la participation sociale	166
6.2 L'évolution de la pratique orthophonique en réadaptation de l'aphasie et la place accordée à la participation sociale après la communauté de pratique.....	175
6.2.1 Intégration et discussion des résultats des études 2 et 3 pour répondre aux objectifs 3 et 4.....	175
6.2.2 Discussion des impacts de la communauté de pratique.....	179
6.3 Quelques recommandations pour la pratique clinique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie	183
6.4 La contribution aux connaissances sur les communautés de pratique en réadaptation	187
6.5 Les forces et les limites des études de la thèse	192
6.6 Les recherches futures.....	193
Chapitre 7. Conclusion.....	196
Bibliographie.....	200
Annexe 1. Guide de préparation à l'entrevue initiale	I

Annexe 2. Grille de l’entrevue initiale.....	II
Annexe 3. Exemple de journal de bord.....	IV
Annexe 4. Guide de préparation à l’entrevue finale pour les participants à la communauté de pratique	VI
Annexe 5. Grille de l’entrevue finale pour les participants à la communauté de pratique	VII
Annexe 6. Grille de l’entrevue finale pour les participants qui n’ont pas fait partie de la communauté de pratique.....	X
Annexe 7. Tableau correspondant au processus d’analyse des données dans le cadre du premier article.....	XIII
Annexe 8. Certificat d’éthique de la recherche.....	XV

Liste des tableaux

Chapitre 2. Méthodologie

Tableau 1. Planification des activités et des sujets de discussion selon les objectifs de recherche et les objectifs de formation continue de la communauté de pratique, en fonction du thème de la semaine	47
---	----

Article 1

Table 1. Demographic information about speech-language pathologist participants.....	76
Table 2. Actions related to central clinical activities included in common practice, in practice focused on impairment, and in practice focused on social participation	82
Table 3. Actions related to peripheral clinical activities included in common practice, in practice focused on impairment and in practice focused on social participation	86

Article 2

Table 1. Demographic information about the 13 CoP participants	106
Table 2. List of the CoP educational characteristics and related activities.....	110
Table 3. Quantitative data related to participation in the activities as a function of the weekly topic of the CoP	113
Table 4. Quantitative data related to number of weeks the activity was offered, number of logbooks, participant engagement in activities, and duration of engagement in activities.....	114
Table 5. Themes related to the factors influencing appreciation of the CoP activities, extracts from logbooks, number of extracts per theme and number of participants mentioning each theme	118
Table 6. Themes describing outcomes of the CoP, extracts from logbooks, number of extracts per theme and number of participants mentioning each theme	120

Article 3

Table 1. Demographic information about the 13 speech-language pathologist (SLP) participants	141
--	-----

Liste des figures

Chapitre 2. Méthodologie

Figure 1. Déroulement de la collecte de données34

Article 1

Figure 1. Theoretical representation of speech-language pathologists' practice in aphasia rehabilitation78

Article 2

Figure 1. Representation of the Community of practice using the logic model108

Article 3

Figure 1. Theoretical model representing the outcomes of the Community of practice on speech-language pathologists' practice.....146

Liste des sigles

AARP : Australian Aphasia Rehabilitation Pathway

AVC : accident vasculaire cérébral

CdP : communauté de pratique

CoP : community of practice

CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

HDM-DCP : Human Development Model – Disability Creation Process

ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health

INDCP : International Network of the Disability Creation Process

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MDH-PPH : Modèle de développement humain – Processus de production du handicap

MHAVIE : Mesure des habitudes de vie

OMS : Organisation mondiale de la santé

OOAQ : Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec

RIPPH : Réseau international sur le processus de production du handicap

SLP : speech-language pathologist

WHO : World Health Organization

Quand on ose, on se trompe souvent. Quand on n'ose pas, on se trompe toujours.

- *Romain Rolland*

Remerciements

Mes premiers remerciements sont naturellement dirigés vers Professeure Guylaine Le Dorze, ma directrice de thèse, qui m'a accompagnée pas à pas vers l'accomplissement du grand projet que j'avais de faire un doctorat. Dès le départ, Guylaine, tu as écouté mes préoccupations de clinicienne, m'as comprise et conseillée sur le chemin à prendre pour y répondre à travers la recherche. Je te remercie pour ta rigueur, ta minutie qui a aiguisé la mienne, ton temps et tes encouragements constants qui m'ont permis d'avancer avec confiance.

Je tiens également à remercier chacun des autres membres de mon comité de parrainage : Professeures Claire Croteau, Dahlia Kairy et Pascale Lehoux. Dès l'examen de synthèse, vous m'avez poussée à me dépasser et m'avez ensuite prodigué des conseils pertinents et bienveillants tout au long de l'avancement de mes travaux.

Merci aussi à mes co-auteurs pour votre contribution, vos bonnes idées et votre sens du travail bien fait qui m'ont permis de soumettre des articles dont je suis fière.

Je souhaite remercier Professeure Eva Kehayia, co-directrice scientifique du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). Tu as été une des premières personnes à m'encourager sérieusement vers le doctorat et je ne l'oublierai pas.

Un énorme merci aux dix-sept orthophonistes qui ont pris part à ce projet de recherche en y investissant souvent leur temps personnel et leur énergie. Vous êtes le moteur de ce projet. Plusieurs d'entre vous sont des collègues, certains, même, des amis. Je vous remercie de votre enthousiasme contagieux.

Merci à tous mes collègues de l'Hôpital juif de réadaptation pour vos encouragements qui m'ont motivée dans ce projet. Merci d'avoir compris que je ne voulais pas délaissé la pratique clinique, mais y contribuer d'une autre façon.

Merci à tous les organismes subventionnaires qui ont rendu ce travail possible : le Fonds de recherche du Québec – volet Société et culture (FRQSC), le CRIR, l'Université de Montréal et la Fondation de l'Hôpital juif de réadaptation.

Merci à ceux qui m'ont aidée dans la révision de mes textes en anglais à diverses occasions depuis plusieurs années : Sophie, Vincent-Charles, Stéphanie et Nancy.

Merci à Myrian Grondin, bibliothécaire à la bibliothèque paramédicale de l'Université de Montréal, pour son temps, sa disponibilité et ses conseils judicieux.

Marie-Pierre, tu es arrivée dans mon parcours à un moment où j'en avais grandement besoin. Merci pour l'écoute, les outils et le support.

Mes chères Marie-Christine, Carole et Alexandra, nos conversations animées, nos passions communes et nos confidences ont définitivement égayé mon parcours au doctorat. Vous êtes des partenaires exceptionnelles et je souhaite longue vie à nos projets futurs.

Merci à ma famille et à mes amis. J'ai la chance d'avoir une famille tissée serrée, aimante et aidante. Merci d'être là, tout simplement. J'ai la chance d'avoir des amitiés privilégiées, qui se comptent sur les doigts d'une main, qui sont à l'épreuve de tout. Merci de me laisser être qui je suis.

Maman. Tu es sans aucun doute la personne qui a le plus souvent entendu parler de mon « doc ». Les grands hauts et les petits bas. Qui m'a écoutée jour après jour, aidée à avancer plus vite, conseillé d'adapter mon doctorat à ma vie, et pas l'inverse. Merci pour le support inconditionnel.

Mathieu. Le fait que tu sois devenu mon mari pendant mon doctorat m'en dit long sur ton degré d'engagement. Quelle joie de te savoir à mes côtés, inébranlable, peu importe ce qui arrive. Nous avons toujours rêvé grand. Tu m'as permis de réaliser ce rêve et je t'en remercie. Nous en avons encore beaucoup d'autres, ensemble et séparément, et cela continuera. Merci de me faire rêver encore et encore.

Introduction

La pratique des orthophonistes auprès des personnes ayant une aphasie comporte un enjeu de participation sociale, c'est-à-dire de réalisation des habitudes de vie, car elle peut être limitée pour ces personnes à la suite de leur réadaptation. En effet, l'aphasie, un trouble du langage d'origine neurologique survenant chez les personnes d'âge adulte et plus fréquemment chez les personnes plus âgées, induit des difficultés à communiquer qui interfèrent avec la reprise d'activités quotidiennes significatives, et cela, même après une période de réadaptation. Les conséquences d'une participation sociale limitée sont l'isolement, la perturbation de l'identité et, ultimement, la diminution de la qualité de vie de la personne. Or, on ne sait pas dans quelle mesure cet enjeu préoccupe les orthophonistes qui effectuent la réadaptation auprès des personnes ayant une aphasie. Les connaissances des orthophonistes, les moyens dont ils disposent, ceux qu'ils mettent en pratique pour contribuer à l'optimisation de la participation sociale des personnes aphasiques, le cas échéant, sont encore méconnus. Étant donné que la participation sociale des personnes ayant une aphasie est effectivement limitée une fois la réadaptation terminée, il y a tout lieu de s'interroger sur la pratique des orthophonistes d'une part, et sur les moyens pour en soutenir le développement d'autre part. Ainsi, une stratégie de transfert de connaissances pourrait être envisagée dans le but de soutenir les apprentissages et les réflexions des orthophonistes au sujet de l'inclusion d'approches centrées sur la participation sociale dans les pratiques cliniques. Idéalement, cette stratégie permettrait à des orthophonistes de partager des connaissances et des expériences en lien avec l'optimisation de la participation sociale chez les personnes aphasiques, en plus d'être exposés aux pratiques optimales en réadaptation de l'aphasie. Cette thèse a été entreprise dans le but général de comprendre la place du concept de participation sociale des personnes aphasiques dans les pratiques cliniques des orthophonistes œuvrant en réadaptation, avant et après leur participation à une activité de transfert de connaissances.

Il apparaît important de souligner dès maintenant que l'auteure de cette thèse est elle-même orthophoniste clinicienne travaillant auprès de personnes aphasiques depuis plusieurs années. Ainsi, ce projet de thèse découle partiellement d'une série de constats de l'auteure quant à sa pratique clinique. Un de ces constats est que des personnes ayant une aphasie quittent

parfois la réadaptation sans être pleinement outillées pour reprendre de façon optimale les activités qu'elles considèrent importantes, mais on n'en connaît pas la raison exacte. De plus, bien que la pratique clinique soit une expérience riche sur le plan humain et permette l'application de connaissances théoriques acquises lors de la formation universitaire ou continue, elle laisse peu de place à la réflexion. Effectivement, le clinicien peut ressentir une pression de l'établissement ou même du système de santé en général pour être efficace et voir beaucoup de patients en peu de temps. Les professionnels se retrouvent ainsi avec peu d'opportunités pour réfléchir à leur pratique. Pourtant, ils en expriment le besoin. Il appert en outre que les écrits scientifiques sont méconnus, peu accessibles, peu pertinents ou difficiles à appliquer pour les professionnels de la réadaptation, ce qui pourrait faire en sorte qu'une grande part des décisions prises quotidiennement par ceux-ci ne soient pas en lien avec ces écrits. Toutefois, il existe au sein des établissements de soins de santé des professionnels chez qui les connaissances tacites sont valorisées par les collègues et guident un certain nombre de décisions cliniques. Tous ces constats pointent vers un manque de connaissances en ce qui concerne la nature de la pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie, ce qui oriente cette pratique et la mesure dans laquelle le concept de participation sociale y est considéré. Ce projet de thèse a notamment été entrepris afin de répondre à ces questions.

Afin de répondre en partie aux constats de l'auteure ainsi qu'au manque de données scientifiques concernant ce que constitue la pratique orthophonique, des projets de recherche préliminaires ont été réalisés avant le début de cette thèse et ont contribué à son élaboration. D'abord, l'auteure, qui à ce moment-là agissait comme chercheuse clinicienne¹ dans son milieu de travail, a mené un projet pilote supervisé par sa directrice de thèse actuelle. Ce dernier a permis d'explorer le vécu des personnes aphasiques et de leurs proches quant à une activité spécifique, soit la fréquentation de centres commerciaux, en lien avec leur expérience en réadaptation. Un second projet concernant les personnes vivant avec divers types d'incapacités – pas seulement les personnes ayant une aphasie – a permis d'identifier des interventions employées par des professionnels de la réadaptation, dont des orthophonistes, pour préparer des clients de la réadaptation à reprendre leur fréquentation des centres commerciaux pendant et

¹ Personne qui prend part à des activités de recherche dans un établissement où elle agit à titre de clinicienne.

après la réadaptation (Alary Gauvreau, Kairy, Mazer, Guindon et Le Dorze, 2017). Un troisième et dernier projet a contribué à révéler des facteurs qui influencent la place qu'occupe la participation sociale dans la pratique des orthophonistes travaillant en réadaptation de l'aphasie (Laliberté, Alary Gauvreau et Le Dorze, 2016). Si la première de ces trois études a permis de révéler que les personnes ayant une aphasie et leurs proches avaient besoin d'être accompagnés dans la reprise d'activités significatives, la seconde a mis en lumière que les professionnels de la réadaptation pouvaient assumer une partie de cet accompagnement. La troisième étude, quant à elle, a permis de révéler que la participation sociale constituait un but plutôt implicite des interventions des orthophonistes. L'ensemble de ces résultats constitue un des points de départ de la première question que cette thèse permettra d'aborder : quelle est la place du concept de participation sociale dans les pratiques cliniques des orthophonistes qui travaillent dans le continuum de soins de la réadaptation de l'aphasie?

En effet, il semble donc nécessaire de mieux comprendre ce qui constitue les pratiques cliniques des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie. D'une part, la problématique de la participation sociale et de la qualité de vie potentiellement limitée des personnes ayant une aphasie à la suite de la réadaptation est bien documentée, comme il sera démontré plus loin. D'autre part, même si cette situation n'est sans doute pas uniquement reliée aux activités cliniques qui constituent la pratique des orthophonistes, des données préliminaires indiquent tout de même que d'autres considérations que l'optimisation de la participation sociale de la personne une fois la réadaptation terminée font partie de la pratique. Ces données sur les pratiques cliniques des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie sont toutefois insuffisantes pour avoir un portrait fiable de la situation au Québec.

Même en l'absence d'informations détaillées sur l'état de la pratique orthophonique auprès des personnes aphasiques, la participation sociale limitée des personnes ayant une aphasie est, en soi, une situation suffisamment préoccupante pour concevoir une éventuelle stratégie de transfert des connaissances qui permettrait aux orthophonistes de réfléchir à cet enjeu. L'auteure a ainsi voulu explorer les effets d'une stratégie de transfert de connaissances choisie, en l'occurrence une communauté de pratique – qui sera définie et documentée plus loin – sur l'inclusion du concept de participation sociale dans les pratiques cliniques des orthophonistes. Si les connaissances sur l'efficacité des communautés de pratique sur les

pratiques cliniques des professionnels de la réadaptation ne sont que fragmentaires, elles sont inexistantes en ce qui a trait à leurs retombées éventuelles sur les pratiques cliniques des orthophonistes, en particulier. Pourtant, les caractéristiques et raisons d'être des communautés de pratique sont plutôt bien documentées. Notamment, elles offrent un espace à leurs membres pour acquérir, partager et éventuellement co-crée des connaissances, et possiblement contribuer au développement de leur identité professionnelle. Cette stratégie de transfert de connaissances a donc un potentiel élevé de contribuer au processus de changement de pratiques. Ces connaissances et préoccupations ont donné lieu à la seconde question de recherche de la thèse : comment les pratiques cliniques d'orthophonistes travaillant dans le continuum de soins de la réadaptation de l'aphasie sont-elles influencées par leur engagement dans une communauté de pratique portant sur la participation sociale?

Les réponses aux questions de recherche présentées ici contribueront au développement des connaissances en lien avec la pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie. Elles pourront aussi documenter les effets de l'usage d'une approche de transfert de connaissances, comme les communautés de pratique. Ces nouvelles connaissances seront utiles aux orthophonistes qui travaillent auprès de personnes aphasiques et qui ont à cœur leur bien-être, ainsi qu'aux chercheurs qui s'y intéressent. Ultiment, il est souhaitable que les personnes aphasiques ainsi que leurs proches aient accès à des services de réadaptation à la hauteur de leur désir de reprendre leurs activités quotidiennes, malgré l'aphasie. Ces personnes pourraient ainsi bénéficier d'une meilleure participation sociale et d'une meilleure qualité de vie à la suite de leur passage en réadaptation.

Ainsi, l'objectif général de la thèse est de comprendre et de favoriser l'évolution de la pratique des orthophonistes en réadaptation vers une prise en compte plus explicite du concept de participation sociale des personnes ayant une aphasie, et ce, dans le contexte d'une communauté de pratique. Pour ce faire, cette thèse est organisée de façon à orienter le lecteur dans sa découverte du projet et de ses résultats. Le premier chapitre permet de détailler l'état des connaissances qui ont guidé l'élaboration de ce projet de recherche. Le deuxième chapitre inclut une description de l'approche méthodologique générale de la thèse et des méthodes qui ont encadré la collecte et l'analyse des données recueillies à chacune des étapes du projet et pour chacune des trois études qui constituent les résultats. Les résultats sont ainsi rapportés dans les

troisième, quatrième et cinquième chapitres, sous la forme de trois articles scientifiques qui répondent aux questions de recherche. Le sixième chapitre contient une discussion en lien avec l'ensemble des résultats obtenus. Le septième chapitre clôture la thèse en abordant les conclusions générales du projet de recherche.

Chapitre 1. Recension des écrits

Ce chapitre permet de faire le point sur les données scientifiques disponibles en lien avec les sujets soulevés par l'objectif général de la thèse, qui est de comprendre et de favoriser l'évolution de la pratique des orthophonistes en réadaptation vers une prise en compte plus explicite du concept de participation sociale des personnes ayant une aphasie, et ce, dans le contexte d'une communauté de pratique. Trois grands sujets sont soulevés : les effets de l'aphasie sur la participation sociale, les pratiques orthophoniques en réadaptation de l'aphasie et les communautés de pratique. Afin d'identifier des éléments de réponse à la première question de recherche – quelle est la place du concept de participation sociale dans les pratiques cliniques des orthophonistes qui travaillent dans le continuum de soins de la réadaptation de l'aphasie? – ce chapitre explore d'abord ce qui caractérise la participation sociale des personnes aphasiques. Le chapitre se poursuit avec une description des recommandations de pratiques optimales en réadaptation de l'aphasie, qui sont mises en lien avec les connaissances partielles disponibles concernant l'état de la pratique des orthophonistes. Que les pratiques optimales soient en lien ou non avec la participation sociale, les personnes aphasiques ont effectivement une participation sociale limitée à la suite de leur réadaptation. Ainsi, les orthophonistes qui travaillent auprès de cette clientèle pourraient avoir le désir de développer et d'améliorer leurs pratiques cliniques pour inclure des moyens qui favorisent la participation sociale. Les communautés de pratique, en raison de leurs caractéristiques, ont le potentiel de répondre à ce désir. Les éléments qui guident la conception des communautés de pratique sont ainsi discutés, suivis d'une justification du choix de la communauté de pratique comme stratégie de transfert de connaissances. Ce dernier point permettra d'identifier des éléments de réponse à la seconde question de recherche, qui est : comment les pratiques cliniques d'orthophonistes travaillant dans le continuum de soins de la réadaptation de l'aphasie sont-elles influencées par leur engagement dans une communauté de pratique portant sur la participation sociale? Le chapitre se termine avec une présentation des objectifs de la thèse.

1.1 Les effets de l'aphasie sur la participation sociale

Afin de pouvoir discuter de la place du concept de participation sociale dans les pratiques cliniques des orthophonistes qui travaillent dans le continuum de soins de la réadaptation de l'aphasie, il faut d'abord comprendre les effets de l'aphasie sur la participation sociale. Avant d'explorer ces effets, il importe de bien comprendre ce qu'est l'aphasie et ses implications sur la communication, ainsi que de définir le concept même de participation sociale. Ceci mènera à une description de la participation sociale des personnes aphasiques.

1.1.1 L'aphasie et la communication

L'aphasie est une difficulté à utiliser le langage à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'une autre condition neurologique acquise, entraînant des difficultés à parler, à comprendre, à lire et à s'exprimer par écrit (Benson et Ardila, 1996). Conséquemment, les personnes ayant une aphasie ne peuvent communiquer efficacement. En plus de ne pas pouvoir transmettre et recevoir des messages efficacement en raison de leurs difficultés langagières, ces personnes sont susceptibles de ne pas pouvoir interagir de façon optimale avec leur entourage, puisqu'elles s'expriment et comprennent avec difficulté, ce qui risque de compromettre toute activité qui implique la communication. Effectivement, la communication est nécessaire pour effectuer des activités du quotidien, comme avoir une conversation avec un membre de la famille, prendre un rendez-vous médical ou sortir pour se procurer un bien ou un service. Il sera question plus loin des effets de l'aphasie sur la participation d'une personne à ses activités quotidiennes, mais avant d'aborder ces effets, il importe de s'attarder aux définitions de « participation » et de « participation sociale » en explorant les modèles théoriques qui les représentent, et ce, dans un contexte de réadaptation.

1.1.2 La participation et la participation sociale : modèles et définitions

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Selon cette classification, la

« participation » d'une personne fait référence à son engagement dans une activité, en tenant compte de ses incapacités et des facteurs de son environnement (Organisation mondiale de la santé, 2001). L'incapacité d'une personne est définie par l'altération de sa santé, alors que les facteurs environnementaux correspondent aux aspects de l'environnement physique et social dans lequel évolue la personne, en plus des attitudes de son entourage (OMS, 2001).

Au Québec, le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH), issu du Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), est privilégié dans les milieux cliniques (Tessier, 2012) et enseigné dans les universités aux futurs professionnels de la réadaptation. Bien qu'il partage beaucoup de similitudes avec la CIF, ce modèle met plutôt en lumière des situations de handicap engendrées par l'interaction entre les facteurs personnels, c'est-à-dire les caractéristiques appartenant à la personne (ex. : âge, genre, identité socioculturelle, système organique, aptitudes), et les facteurs environnementaux, soit les dimensions sociales ou physiques qui déterminent l'organisation et le contexte d'une société. Lorsqu'une situation de handicap est rencontrée, c'est la « participation sociale » de la personne qui est compromise, c'est-à-dire la réalisation de ses habitudes de vie (Réseau international sur le Processus de production du handicap, 2018). Selon le MDH-PPH, il y a 12 habitudes de vies : six activités courantes (communication, déplacements, nutrition, condition physique et bien-être psychologique, soins personnels et de santé, habitation) et six rôles sociaux (responsabilités, relations interpersonnelles, vie associative et spirituelle, éducation, travail, loisirs). Il est à noter ici que la communication est une habitude de vie à part entière selon ce modèle, mais que, comme discuté plus tôt, elle est également nécessaire à la réalisation de plusieurs autres activités quotidiennes.

En utilisant le vocabulaire du MDH-PPH, l'aphasie est une incapacité à produire et à comprendre normalement le langage. Cette incapacité a le potentiel d'entraîner des situations de handicap pour la personne ayant une aphasie lorsqu'elle évolue dans différents environnements qui font intervenir la communication. Conséquemment, sa participation sociale dans ses activités peut être réduite.

Selon la Convention relative aux droits des personnes handicapées, endossée par le Canada, l'objectif ultime de la réadaptation est la pleine participation de la personne à tous les aspects de sa vie (Assemblée générale des Nations Unies, 2007). Au Québec, l'Institut national

d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) indique que la réadaptation post-AVC au Québec devrait contribuer à optimiser la participation sociale de la personne (Tessier, 2012).

Bien que l'auteure reconnaisse que le terme « participation » est largement employé dans les écrits scientifiques puisque beaucoup privilégient la nomenclature de l'OMS, dans le cadre du présent travail, c'est plutôt la définition de « participation sociale » telle que décrite par le RIPPH qui sera retenue, étant donné que ce vocabulaire est utilisé de façon prédominante dans la formation universitaire des orthophonistes et rend davantage justice aux aspects qui sont généralement pris en compte dans la réadaptation de la personne, soit ses habitudes de vie. La prochaine section poursuit en abordant les effets de l'aphasie sur la participation sociale de la personne.

1.1.3 La participation sociale des personnes ayant une aphasie

Plusieurs études ont démontré un effet négatif de l'aphasie sur la participation de la personne, ou sa participation sociale, selon qu'on se situe dans le modèle théorique de l'OMS ou dans celui du RIPPH (Cruice, Worrall et Hickson, 2006b; Cruice, Worrall, Hickson et Murison, 2003; Dalemans, de Witte, Beurskens, van den Heuvel et Wade, 2010; Dalemans, de Witte, Wade et van den Heuvel, 2008; Le Dorze, Salois-Bellerose, Alepins, Croteau et Hallé, 2014; Viscogliosi, Belleville, Desrosiers, Caron et Ska, 2011). Plus précisément, une recension des écrits qui utilise la classification de l'OMS a démontré que l'aphasie affecte négativement la vie domestique, les relations interpersonnelles, l'éducation et l'emploi, ainsi que la vie communautaire, civique et sociale de la personne (Dalemans, de Witte, Wade, et al., 2008). Selon une étude québécoise s'inspirant plutôt du modèle du RIPPH, ce sont quatre habitudes de vie qui seraient perturbées à la suite de l'aphasie, soit la communication, la vie associative et spirituelle, les loisirs et les responsabilités (Viscogliosi et al., 2011). Ceci n'est pas surprenant étant donné que les habiletés langagières, compromises chez la personne ayant une aphasie, sont nécessaires pour entretenir des relations interpersonnelles, participer à des activités sociales, réussir un programme d'études, occuper un emploi et assumer des responsabilités sociales telles que faire des achats ou gérer un budget. Ainsi, les personnes ayant une aphasie, étant donné leurs possibles difficultés dans ces sphères de leur vie, pourraient avoir de la difficulté à trouver

leur place dans la société et, conséquemment, être à risque d'isolement. Des études ont effectivement conclu que des personnes ayant une aphasie post-AVC participeraient à moins d'activités sociales et auraient moins de contacts sociaux que leurs pairs sans aphasie après leur réadaptation (Cruice et al., 2006b; Hilari, 2011).

En plus d'avoir des effets négatifs sur la personne aphasique elle-même, l'aphasie affecterait également ses proches. Comme mentionné plus tôt, les personnes aphasiques, en raison de leurs difficultés expressives et réceptives, risquent de ne pas pouvoir interagir de façon optimale avec leur entourage. Selon le vocabulaire du MDH-PPH, les interlocuteurs de la personne aphasique font partie de son environnement. Comme les facteurs environnementaux entrent en jeu lorsqu'il est question de participation sociale, les interlocuteurs de la personne ayant une aphasie sont des acteurs clés dans la réintégration de celle-ci à ses activités quotidiennes. Les personnes aphasiques rapportent d'ailleurs que leurs interlocuteurs ne communiquent pas de façon optimale avec elles (Le Dorze et al., 2014), ce qui compromet leur participation sociale. Puisque les interlocuteurs font aussi partie des interactions sociales d'une personne, on peut déduire que les difficultés de communication vécues par les personnes aphasiques concernent également leurs proches, soit leurs interlocuteurs les plus fréquents. Les proches rapportent eux aussi des situations de handicap reliées aux difficultés de communication de la personne aphasique (Le Dorze et Brassard, 1995) et leur relation avec celle-ci risque de changer à la suite de l'AVC (Hallé, Duhamel et Le Dorze, 2011).

Puisque l'identité d'une personne est entre autres négociée à travers sa participation à des activités significatives, et plus particulièrement celles qui font intervenir la communication, l'identité de la personne ayant une aphasie est également perturbée (Shadden, 2005). Il n'est pas difficile d'imaginer qu'une participation sociale limitée et une perturbation de l'identité associées à l'aphasie peuvent mener à une détresse émotionnelle. Une revue systématique a démontré que la dépression, la sévérité des difficultés langagières et de communication et le niveau de participation de la personne à des activités ont un impact sur sa qualité de vie (Hilari, Needle et Harrison, 2012). Plusieurs autres études ont également reconnu les effets négatifs de l'aphasie sur la qualité de vie (Cruice, Worrall et Hickson, 2006a; Cruice et al., 2003; Franzén-Dahlin, Karlsson, Mejhert et Laska, 2010; Hilari, 2011; Kim et al., 2005; Ross et Wertz, 2003).

Ainsi, les effets de l'aphasie sur la participation sociale d'une personne sont bien réels. Il apparaît donc évident que les orthophonistes qui prennent en charge les personnes ayant une aphasie en vue de leur réadaptation devraient s'intéresser à leur participation sociale et éventuellement à celle de leurs proches. La prochaine section présente des connaissances relatives aux pratiques cliniques des orthophonistes, tant au plan des recommandations de pratiques optimales que des données disponibles sur l'état de la pratique orthophonique en réadaptation de l'aphasie, qui ne sont toutefois pas suffisantes pour en dresser un portrait clair. Ceci permettra de discuter ultérieurement de la place des enjeux de participation sociale dans les pratiques des orthophonistes.

1.2 Les pratiques orthophoniques en réadaptation de l'aphasie

La prochaine section permet de faire le point sur les connaissances relatives à la pratique des orthophonistes. Afin de réaliser ceci, il importe d'abord de rappeler à quel moment ces professionnels rencontrent les personnes aphasiques dans le continuum de soins du système de santé québécois. Ensuite, puisque la pratique des orthophonistes devrait notamment être basée sur les données probantes afin qu'ils dispensent des soins de qualité (Tessier, 2012), il est utile de décrire le modèle de pratique basée sur les données probantes dans le domaine de la réadaptation de l'aphasie. Finalement, il est pertinent de détailler les pratiques optimales selon ce modèle et de les mettre en lien avec ce que l'on connaît de la pratique réelle des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie, ceci afin de déterminer l'écart entre les données issues de la recherche et la pratique clinique, notamment au sujet de la participation sociale.

1.2.1 La trajectoire des personnes aphasiques dans le système de santé québécois

Étant donné que l'étiologie la plus courante de l'aphasie est l'AVC, c'est la trajectoire des personnes aphasiques dans le continuum de soins post-AVC qui est décrite ici. Au Québec, la réadaptation consiste généralement en trois phases, représentées respectivement par les établissements de soins aigus, aussi dits de « première ligne »; les établissements offrant une

réadaptation interne, ou de « deuxième ligne », et les établissements offrant une réadaptation externe, dits de « troisième ligne ». La personne qui subit un AVC intègre donc le système de santé public lors de son admission dans un établissement de soins aigus, où l'on s'occupe de la stabilisation de sa condition médicale (Tessier, 2012). Lors de son séjour dans cet établissement, de brèves séances de réadaptation sont amorcées, en fonction de sa durée de séjour, ce qui peut inclure ou non un suivi en orthophonie. Lorsque le personnel de l'établissement de soins aigus juge que la personne est une bonne candidate à la réadaptation, c'est-à-dire dans près de 80 % des cas, celle-ci réintègre son domicile (60 %) ou un établissement de réadaptation (17 %) qui lui offrira des services intensifs à l'interne, à raison de plusieurs séances par semaine, dans différentes disciplines, telles que l'orthophonie, l'ergothérapie et la physiothérapie (Tessier, 2012). Les personnes qui réintègrent leur domicile directement après leur séjour aux soins aigus, de même que les personnes qui obtiennent leur congé de l'établissement de réadaptation interne, ont généralement accès à des services de réadaptation sur une base externe, où la fréquence des services offerts est cependant moindre. De façon générale, au Québec, les services de réadaptation pour les personnes ayant subi un AVC sont offerts à court terme et varient en fonction des besoins de chaque patient.

Certains établissements se spécialisent dans la réintégration de la personne à son milieu de vie. Ils offrent ainsi des services sur une base externe ou à domicile, appelés services de troisième ligne. Ces services sont disponibles à plus long terme. Une culture d'établissement centrée sur la participation sociale est davantage présente dans ces milieux, mais toutes les personnes ayant subi un AVC n'ont pas accès à ces établissements. On ignore d'ailleurs la proportion de Québécois qui accèdent à de tels services (Tessier, 2012).

Par ailleurs, il existe au Québec plusieurs organismes communautaires qui offrent des activités de loisirs aux personnes ayant une aphasie, dont le but est l'amélioration de la qualité de vie de ces personnes (<https://aphasiequebec.org/>). Toutefois, ces instances n'ont pas de mandat de réadaptation auprès des personnes aphasiques et ne sont pas disponibles dans toutes les régions du Québec. En outre, elles n'emploient pas systématiquement des orthophonistes.

Puisqu'une personne aphasique fréquente généralement plus d'un type d'établissement lors des différentes étapes de sa réadaptation, il importe de mieux comprendre la pratique des orthophonistes provenant de divers milieux du continuum de soins. Ces professionnels, à l'instar

de tous les professionnels de la réadaptation, sont appelés à observer une pratique basée sur les données probantes pour optimiser l'efficacité de leurs interventions, et ce, peu importe leur milieu de travail.

1.2.2 Le modèle de pratique basée sur les données probantes en orthophonie

Les professionnels de la réadaptation, incluant les orthophonistes, sont encouragés à adopter une pratique basée sur les données probantes afin d'offrir des soins de qualité aux personnes ayant subi un AVC (Tessier, 2012). En réadaptation de l'aphasie, selon la définition de Patterson et Coppens (2017), la pratique basée sur les données probantes consiste en un processus visant à atteindre la meilleure prise de décisions cliniques possible menant aux meilleurs résultats possibles pour les patients et leurs proches dans différentes situations de communication (traduction libre, p. 355). La définition de la pratique basée sur les données probantes utilisée en réadaptation, inspirée de l'*evidence-based medicine*, est l'utilisation « consciencieuse, explicite et judicieuse » des meilleures données scientifiques disponibles pour la prise de décisions cliniques concernant les soins qui correspondent aux valeurs des patients (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes et Richardson, 1996; Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg et Haynes, 2000). Dollaghan (2007) apporte des précisions quant aux trois piliers de la pratique basée sur les données probantes en orthophonie: les données issues des écrits scientifiques *externes* au clinicien; l'expertise clinique *interne* à la pratique; les préférences d'un patient suffisamment informé.

Les données issues des écrits scientifiques, pilier qui « fait de l'ombre » aux deux autres (Dollaghan, 2007) étant donné la valorisation accordée aux données scientifiques dans le monde de la recherche, correspondent aux résultats de la recherche dans un domaine donné et sont généralement accessibles dans des articles scientifiques revus par les pairs. Elles sont souvent associées à des devis de recherche quantitatifs, dont les plus rigoureux sont les méta-analyses et les revues systématiques. Par contre, ces types de recherche ne sont pas toujours assez informatifs ou pertinents pour la réalité clinique des orthophonistes (McCurtin et Roddam, 2012). De plus, les orthophonistes perçoivent des facteurs qui pourraient limiter leur utilisation des données issues des écrits scientifiques, tels que le temps disponible pour les consulter (Dodd,

2007; Foster, Worrall, Rose et O'Halloran, 2013; Hoffman, Ireland, Hall-Mills et Flynn, 2013; McCurtin et Roddam, 2012; Zipoli et Kennedy, 2005), le manque d'accès à ces données (Dijkers, Murphy et Krellman, 2012; Dodd, 2007; Foster et al., 2013; Hoffman et al., 2013; McCurtin et Roddam, 2012), le manque de support organisationnel (Hoffman et al., 2013; Young, Shrubsole, Worrall et Power, 2018), le trop grand nombre de données issues de la recherche (Ratner, 2006) et le manque de qualification perçu pour juger de la qualité de ces données (Dijkers et al., 2012). Pour toutes ces raisons, il se peut que les données issues des écrits scientifiques ne constituent pas le pilier qui prédomine dans la pratique des orthophonistes. Conséquemment, la place des deux autres piliers du modèle de pratique basée sur les données probantes, l'expertise clinique et les valeurs des clients, s'avère particulièrement importante pour cette profession (Dodd, 2007; McCurtin et Roddam, 2012). Malgré les efforts consentis par les programmes de formation dans l'enseignement des données scientifiques à la base des pratiques cliniques, peu de données sont disponibles quant aux effets produits sur la pratique des orthophonistes. De plus, comme mentionné précédemment, des obstacles demeurent quant à l'implantation de ces données.

Selon la définition de Sackett et al. (1996), l'expertise clinique correspond à la compétence et au jugement acquis par le clinicien à travers l'expérience et la pratique clinique. Cependant, le concept d'« expertise clinique », même s'il n'est pas clairement défini dans les écrits scientifiques qui concernent la réadaptation de l'aphasie, inclut beaucoup d'autres aspects selon sa définition dans différents domaines de l'orthophonie (ex. : bégaiement, surdité). En effet, dans ces domaines, l'expertise clinique des orthophonistes comprendrait leur expérience clinique (Kenny, Lincoln, Blyth et Balandin, 2009; Millard et Cook, 2010; Muttiah, Georges et Brackenbury, 2011), leurs connaissances théoriques (Adams, Lockton, Gaile, Earl et Freed, 2012; Baker et McLeod, 2011; Fallon et Katz, 2008; Iwarsson, 2015; Kent-Walsh, Stark et Binger, 2008; Millard et Cook, 2010), leurs connaissances tacites, c'est-à-dire acquises sur le terrain (Anderson, Balandin et Stancliffe, 2014; Baker et McLeod, 2011; Okalidou et al., 2014) ainsi que leurs habiletés thérapeutiques, qui correspondent aux compétences professionnelles développées pour créer une relation d'aide, organiser la prise en charge, donner et recevoir des informations, résoudre des problèmes, prendre des décisions cliniques, établir des objectifs et mener la thérapie (Adams et al., 2012; Baker et McLeod, 2011; Graves, 2007; Iwarsson, 2015;

Kamhi, 2006; Kenny et al., 2009; Millard et Cook, 2010; Okalidou et al., 2014). Il s'agit donc d'un concept complexe qui permettrait aux orthophonistes non seulement d'adapter à leur réalité clinique des recommandations issues des données scientifiques, mais également de développer des façons de faire correspondant à ce qu'ils considèrent important pour leurs clients. D'ailleurs, bien que les orthophonistes soient généralement ouverts au modèle de pratique basée sur les données probantes (Hoffman et al., 2013; McCurtin et Carter, 2015; McCurtin et Roddam, 2012; Zipoli et Kennedy, 2005), ils préféreraient se fier à l'opinion de leurs collègues plutôt qu'aux données scientifiques afin de prendre des décisions cliniques (Zipoli et Kennedy, 2005), c'est-à-dire qu'ils privilégieraient l'expertise clinique au détriment des données issues des écrits scientifiques. Même si ces écrits datent de plusieurs années, il est pertinent de croire qu'encore de nos jours, en raison des exigences élevées du contexte clinique, le temps manque toujours aux orthophonistes pour connaître et appliquer de façon optimale les recommandations des données scientifiques.

Finalement, le troisième pilier de la pratique basée sur les données probantes, les valeurs des clients, est également d'importance particulière pour les orthophonistes en réadaptation de l'aphasie. Notamment, ils se préoccupent du fait que leurs clients apprennent à vivre avec l'aphasie avec succès (Brown, Worrall, Davidson et Howe, 2011). Ainsi, en vue de l'appropriation de certaines pratiques, en plus d'utiliser leur savoir-faire, ils doivent effectivement considérer les besoins des personnes aphasiques (Foster et al., 2013; Kovarsky, 2008), qui sont guidés par leurs valeurs. Puisque ces valeurs et besoins sont propres à chaque individu, ils ne peuvent constituer la base commune de la pratique orthophonique. Ainsi, les valeurs des clients sont considérées ici comme une partie importante du modèle de pratique basée sur les données probantes, mais ce sont surtout les deux autres piliers du modèle qui sont exploités pour caractériser la pratique des orthophonistes.

En orthophonie, une pratique basée sur les données probantes permettrait aux professionnels d'améliorer leur confiance envers leurs décisions cliniques et de mieux justifier les interventions auprès des clients et des gestionnaires, et ce, surtout dans un contexte de manque de ressources humaines et matérielles (Dodd, 2007; Foster et al., 2013). Plusieurs facteurs influenceraient l'adoption de recommandations issues des données scientifiques dans

la pratique orthophonique, dont l'accès aux recommandations et la compréhension de celles-ci, les ressources requises pour effectuer des changements dans la pratique ainsi que la motivation à effectuer ces changements (Miao, Power et O'Halloran, 2014). En effet, les cliniciens ne savent pas toujours comment les implanter (Patterson et Coppens, 2017), notamment parce que ce qui est présenté dans la recherche ne correspondrait pas à la réalité clinique (McCurtin et Roddam, 2012). Ainsi, il est pertinent de s'intéresser aux défis reliés à l'implantation d'une pratique basée sur les données probantes, mais d'abord, d'explorer dans quelle mesure la pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie correspond à une pratique basée sur les données probantes, ce dont il est question dans la prochaine sous-section.

1.2.3 Les recommandations et pratiques cliniques des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie

Il existe un nombre grandissant de données issues des écrits scientifiques qui devraient contribuer à orienter les pratiques cliniques des orthophonistes travaillant auprès de personnes ayant une aphasie. Plusieurs de ces données concernent la participation sociale de la personne aphasique. Cette section permet un survol des recommandations de pratiques optimales en réadaptation de l'aphasie qui ont un effet potentiel ou démontré sur la participation sociale. Il a été démontré plus tôt que les orthophonistes font notamment appel à leur expertise clinique afin de décider s'ils utilisent ou non ces recommandations. Ainsi, la façon dont certaines recommandations se traduisent dans les pratiques dépend de plusieurs facteurs, dont la connaissance de celles-ci et si l'orthophoniste veut bien les utiliser (Miao et al., 2014). Avant d'aller plus loin dans la description des pratiques optimales, il importe d'évoquer le cadre professionnel et légal qui guide la pratique orthophonique au Québec, ainsi que les cadres de référence au Canada et à l'international.

Au Québec, la pratique orthophonique est encadrée par l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes (OOAQ). Selon l'OOAQ, les interventions de l'orthophoniste ont pour but de « développer, restaurer ou maintenir la capacité de communiquer de la personne et [de] favoriser son autonomie et son intégration dans les activités familiales, scolaires, professionnelles et sociales » (www.ooaq.qc.ca). Le but général des interventions orthophoniques est donc tout à

fait cohérent avec l'objectif ultime de la réadaptation au Québec, soit la participation sociale de la personne. Certaines activités sont « réservées » à l'orthophoniste (article 37.1), c'est-à-dire qu'aucun autre professionnel ne peut les exécuter. Parmi celles-ci figure l'évaluation du trouble du langage *dans le but de déterminer un plan de traitement et d'intervention orthophoniques*. Ainsi, selon le cadre normatif québécois, l'évaluation des habiletés de la personne devrait précéder l'établissement d'un plan de traitement et d'intervention, c'est-à-dire l'établissement d'objectifs d'intervention.

Au Canada, les « Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC » regroupent les résultats issus d'écrits scientifiques destinés à guider les pratiques des cliniciens (Groupe de rédaction des pratiques optimales de réadaptation post-AVC, 2013). Dans ce cadre de référence, la pratique clinique ayant le meilleur niveau de preuve scientifique en ce qui concerne la réadaptation de l'aphasie est la formation des partenaires de communication afin d'améliorer les habiletés conversationnelles de la personne aphasique et de ses interlocuteurs.

Au plan international, en 2015, une équipe de chercheurs australiens a présenté 82 énoncés rendant compte des meilleures pratiques en réadaptation de l'aphasie (Power et al., 2015) et, afin de les rendre accessibles aux orthophonistes, a créé le site internet *Australian Aphasia Rehabilitation Pathway* (AARP) (www.aphasiapathway.com.au). Cette ressource présente et regroupe les meilleures pratiques en huit étapes successives de la prise en charge orthophonique : recevoir les références pertinentes; optimiser le contact initial avec la personne aphasique; établir des objectifs et mesurer l'efficacité de la thérapie; évaluer la personne; lui offrir des interventions; bonifier son environnement; améliorer ses facteurs personnels; et planifier les transitions à travers le continuum de soins ainsi que le congé. Chacune de ces étapes inclut des recommandations spécifiques pour la pratique et plusieurs d'entre elles, qui seront détaillées plus loin, sont en lien étroit avec la participation sociale de la personne aphasique. Il est à noter que, dans ce cadre théorique, l'établissement des objectifs d'intervention vient avant l'évaluation des habiletés, ce qui est différent du cadre normatif de l'OOAQ. Plus récemment, une étude internationale a identifié 10 pratiques optimales en réadaptation de l'aphasie couvrant sensiblement les mêmes étapes de la prise en charge que celles proposées dans l'AARP, mais de manière moins exhaustive (Simmons-Mackie et al., 2017). Ces recommandations sont issues

d'un consensus de 500 experts provenant de différents pays. À l'instar des recommandations australiennes, celles-ci ne sont pas sans rappeler que la participation sociale est l'objectif ultime de la réadaptation de l'aphasie.

À présent, il s'avère nécessaire de regarder attentivement les recommandations ainsi que les pratiques associées à chacune des activités cliniques auxquelles prennent part les orthophonistes qui travaillent auprès de personnes aphasiques, soit l'établissement des objectifs d'intervention, l'évaluation, les interventions thérapeutiques réalisées auprès de la personne et celles qui concernent son environnement, pour terminer avec la planification du congé thérapeutique.

1.2.3.1 L'établissement des objectifs d'intervention

Power et al. (2015) rapportent que les personnes aphasiques, de même que leurs proches, doivent participer à l'établissement des objectifs d'intervention, et ce, avant que l'orthophoniste réalise une évaluation formelle des habiletés langagières. Cette façon de faire permet une prise en charge centrée sur les besoins des clients et ceux de leurs proches (Baas, 2012; Cott, 2004) et leur envoie le message clair qu'ils participent activement à la réadaptation. En choisissant elle-même ses objectifs thérapeutiques, la personne ayant une aphasie pourrait effectivement être plus susceptible de s'investir pleinement dans la thérapie. D'ailleurs, le modèle *SMARTER goal-setting* (Hersh, Worrall, Howe, Sherratt et Davidson, 2012) propose une collaboration entre l'orthophoniste, la personne ayant une aphasie et ses proches dans l'établissement des objectifs. Ceux-ci devraient par ailleurs être révisés de façon dynamique, c'est-à-dire régulière, et être disponibles dans un format compréhensible pour les personnes aphasiques (Hersh et al., 2012). On ne connaît toutefois pas les pratiques orthophoniques au Québec en lien avec ces recommandations.

1.2.3.2 L'évaluation

Selon les recommandations des pratiques optimales en réadaptation de l'aphasie, l'évaluation devrait également être réalisée de façon dynamique, avoir un apport thérapeutique

et tenir compte de tous les domaines de la CIF (Power et al., 2015), incluant la participation et l'environnement de la personne. Il existe un ensemble d'outils d'évaluation, certains qui visent principalement à évaluer les habiletés langagières et d'autres qui mesurent davantage des aspects de participation sociale, dont il serait fastidieux de faire la compilation, puisque leur utilisation par les orthophonistes dépend entre autres de la langue parlée, du contexte culturel, etc. Toutefois, une équipe de chercheurs québécois a effectué une recension des outils d'évaluation utilisés par les orthophonistes pour évaluer le langage chez les adultes et a répertorié 12 tests couramment utilisés dont les propriétés de mesure ne sont pas toujours vérifiées (Monetta et al., 2016). Par ailleurs, il existe aussi plusieurs outils qui visent à évaluer la participation sociale. Parmi ceux-ci, la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) est un outil québécois créé par le RIPPH pour évaluer chacune des habitudes de vie des personnes vivant avec des incapacités ayant une bonne fiabilité (Noreau et al., 2004), mais qui n'est pas spécialement destiné à la clientèle aphasique. Selon une revue systématique qui remonte à plusieurs années (Dalemans, de Witte, Lemmens, van den Heuvel et Wade, 2008), le *Community Integration Questionnaire* serait l'outil le plus approprié pour évaluer la participation sociale des personnes aphasiques. Quant à lui, le test *Assessment for Living with Aphasia* a été spécifiquement créé pour évaluer la qualité de vie des personnes aphasiques et a démontré une fiabilité et une validité satisfaisantes (Simmons-Mackie et al., 2014). Les outils d'évaluation peuvent être utilisés aussi bien en début de suivi qu'à la fin de celui-ci, afin de mesurer l'efficacité de la thérapie. Dans un sondage ayant rejoint des orthophonistes américains et canadiens (n = 94), la plupart (85 %) d'entre eux mesureraient l'efficacité de leurs interventions, mais moins de 10 % y incluraient des aspects de participation (Simmons-Mackie, Threats et Kagan, 2005). Dans l'ensemble, on ne sait ni dans quelle mesure ces outils sont utilisés par les orthophonistes québécois en réadaptation de l'aphasie, ni quels sont les motifs qui guident le choix des outils d'évaluation. On ne connaît pas non plus les mesures employées pour vérifier l'efficacité de leurs interventions, le cas échéant.

1.2.3.3 L'intervention thérapeutique

De façon générale, les interventions auprès des personnes ayant une aphasie, c'est-à-dire les approches thérapeutiques, devraient avoir un impact sur les activités de la personne, sa participation et sa qualité de vie (Hilari et al., 2012). Les pratiques optimales suggèrent que ces interventions incluent, en plus d'approches visant à réduire les incapacités langagières de la personne, l'enseignement de stratégies de communication compensatoires lui permettant d'utiliser ses capacités langagières et de communication résiduelles, telles que l'utilisation de gestes, de l'écriture et d'images (Shrubsole, Worrall, Power et O'Connor, 2017; Simmons-Mackie et al., 2017), afin qu'elle puisse continuer à communiquer avec les personnes de son entourage. Les interventions peuvent aussi inclure des séances individuelles et de groupe, être réalisées en présentiel et en téléadaptation et inclure des séances à l'ordinateur (Simmons-Mackie et al., 2017). De surcroît, les orthophonistes devraient informer les personnes aphasiques sur les services disponibles dans la communauté et les encourager à y participer (Shrubsole et al., 2017). Enfin, le niveau de preuve est élevé en ce qui concerne la formation des partenaires de conversation, qui devraient en outre recevoir des informations personnalisées (Shrubsole et al., 2017; Simmons-Mackie et al., 2017). Effectivement, la formation des partenaires de conversation a démontré son efficacité pour améliorer les habiletés du partenaire de communication afin de faciliter les échanges avec la personne aphasique (Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland et Cherney, 2010; Simmons-Mackie, Raymer et Cherney, 2016). Toutefois, des études antérieures à la publication des guides de pratique optimale précédemment cités démontrent que les orthophonistes incluent peu, ou seulement sous certaines conditions particulières, les proches dans leur prise en charge des personnes ayant une aphasie (Hallé, Le Dorze et Mingant, 2014; Johansson, Carlsson et Sonnander, 2011). Par ailleurs, les orthophonistes québécois semblent accorder davantage de place à la rééducation langagière qu'à la participation sociale dans leur prise en charge (Laliberté et al., 2016). La place de la participation sociale pourrait également être limitée dans la pratique des orthophonistes américains (Torrence, Baylor, Yorkston et Spencer, 2016) et australiens (Verna, Davidson et Rose, 2009).

1.2.3.4 La planification du congé

En ce qui a trait à la planification du congé thérapeutique, l'orthophoniste devrait contribuer à la décision d'équipe interdisciplinaire quant aux mesures à mettre en place lors de la transition de la personne vers son domicile ou sa participation à des activités dans la communauté, informer la personne aphasique et ses proches de ces mesures et leur fournir des informations concernant les services communautaires (Power et al., 2015). Toutefois, on ne sait pas dans quelle mesure les orthophonistes du Québec participent à la planification du congé de leurs clients.

En somme, un ensemble de données scientifiques mettent en lumière l'importance de se préoccuper de la participation sociale chez les personnes ayant une aphasie et proposent des moyens aux orthophonistes pour la favoriser. Toutefois, puisqu'on ne sait pas dans quelle mesure ces recommandations sont connues, utilisées ou valorisées, ni ce qui guide de façon générale la prise en charge orthophonique des personnes aphasiques, cette thèse s'emploiera notamment à apporter des réponses à ces questions. De plus, cette recension des écrits a permis de mettre en lumière suffisamment d'éléments pour comprendre que la place de la participation sociale n'est peut-être pas centrale dans les pratiques cliniques des orthophonistes québécois. D'ailleurs, les personnes ayant une aphasie rapportent que les services reçus en réadaptation ne répondent pas toujours à leurs besoins (Le Dorze et al., 2014), et ce, malgré le fait que les professionnels de la réadaptation s'emploient à aider leurs clients à reprendre leurs activités significatives, par exemple par l'usage des centres commerciaux dans des activités thérapeutiques (Alary Gauvreau et al., 2017). Ainsi, il serait pertinent de prévoir une stratégie de transfert de connaissances qui permettrait d'accompagner les orthophonistes dans le développement de leurs connaissances et de les soutenir dans leurs réflexions en ce qui concerne la place de la participation sociale dans leur pratique auprès des personnes ayant une aphasie.

En considérant le modèle de pratique basée sur les données probantes, le pilier des données issues des écrits scientifiques n'est possiblement pas suffisant pour guider les pratiques cliniques des orthophonistes. Par ailleurs, l'expertise clinique que certains orthophonistes pourraient avoir développée n'est possiblement pas répertoriée dans les écrits. Pourtant, puisque

le MDH-PPH est présent dans les milieux cliniques depuis de nombreuses années, il se peut que certains orthophonistes aient développé des moyens thérapeutiques visant à optimiser la participation sociale de la personne aphasique. La stratégie de transfert de connaissances choisie devrait ainsi faire appel aux connaissances et expériences des orthophonistes ainsi qu'à l'interaction avec d'autres, car il se peut qu'il existe au Québec des cliniciens ayant trouvé des façons d'intégrer le concept de participation sociale à leurs pratiques. La stratégie de transfert de connaissances devrait néanmoins prévoir une exposition des orthophonistes aux pratiques optimales en réadaptation de l'aphasie.

La prochaine section porte sur les écrits qui concernent les communautés de pratique, stratégie de transfert des connaissances qui a été choisie afin de favoriser l'évolution des pratiques orthophoniques vers l'adoption plus explicite de moyens visant la participation sociale des personnes aphasiques.

1.3 Les communautés de pratique

La section qui suit fait d'abord état des caractéristiques propres aux communautés de pratique. Elle se poursuit avec une présentation des éléments qui peuvent servir à guider la conception et la mise sur pied d'une communauté de pratique. La section se termine avec une explication des raisons qui ont mené au choix de la communauté de pratique comme stratégie de transfert de connaissances dans le cadre de cette thèse.

1.3.1 Les caractéristiques des communautés de pratique

Les communautés de pratique (CdP) sont des « groupes de personnes qui partagent des défis, des problèmes ou une passion commune envers un sujet et qui approfondissent leurs connaissances et leur expertise en interagissant sur une base régulière »² (Wenger, McDermott et Snyder, 2002, p. 4). Elles ont d'abord été créées pour le domaine des affaires afin de favoriser l'échange de connaissances parmi les employés d'une même compagnie. Depuis, leur utilisation

² Traduction libre

s'est étendue au domaine de la santé et, éventuellement, à celui de la réadaptation (Evans, Yeung, Markoulakis et Guilcher, 2014).

Les CdP sont ancrées dans un paradigme constructiviste³, qui reconnaît que les connaissances sont construites à travers l'interaction des membres et leurs expériences (Guba et Lincoln, 1994). Dans le domaine de la santé, les CdP sont connues pour permettre l'interaction sociale entre ses membres, le partage de connaissances, la création de connaissances et le développement de l'identité professionnelle (Li et al., 2009). Les CdP permettent ainsi de faire des apprentissages avec un groupe de pairs, ce qui rend possible une meilleure intégration des connaissances (Bandura, 1977). Ces apprentissages ont lieu dans un contexte authentique et significatif pour l'apprenant (Lave et Wenger, 1991), puisque les autres membres sont généralement issus du même milieu et partagent les mêmes préoccupations que lui.

La réflexion est également à l'avant-plan des CdP, à travers des activités de partage et de création de connaissances notamment. D'ailleurs, la pratique réflexive, telle que décrite par Schön (1983), fait référence aux connaissances tacites et implicites d'un professionnel et à leur intégration dans sa pratique clinique. Afin de favoriser la pratique réflexive chez les orthophonistes, les approches prédominantes sont de créer des opportunités de discussion en petits groupes et d'amener les professionnels à mettre leurs réflexions par écrit (Caty, Kinsella et Doyle, 2015), ce qui est possible à travers une CdP.

1.3.2 Les éléments qui guident la conception des communautés de pratique

Plusieurs éléments peuvent contribuer à guider la conception d'une CdP. Ainsi, cette section discute des considérations relatives au type de CdP, aux formats possibles, à la durée, aux caractéristiques de ses membres et à l'animation.

Il existe différents types de CdP. Certaines sont créées par un groupe de personnes qui tentent de répondre à une ou des questions qui émergent naturellement entre elles; il s'agit des CdP *bottom-up*. D'autres sont plutôt créées par une personne ou une organisation extérieure au groupe et sont considérées comme étant *top-down*. Il est à noter que les CdP qui émergent

³ Une explication plus détaillée du paradigme constructiviste est disponible dans le chapitre 2 sur la méthodologie.

naturellement seraient plus efficaces que les CdP *top-down* pour transférer des connaissances issues des écrits scientifiques vers les pratiques cliniques (Thomson, Schneider et Wright, 2013).

Les CdP peuvent prendre la forme de rencontres en personne ou exister dans des lieux d'échanges virtuels, par exemple sur une plate-forme web. Si les rencontres en face-à-face sont un gage de succès selon certains (McKellar, Pitzul, Yi et Cole, 2014), d'autres ne relèvent pas de différence entre les apprentissages faits en ligne et ceux réalisés en personne (Dennis, 2003).

En ce qui concerne la durée prescrite des CdP, il n'y a pas de consensus dans la recherche, mais il a été démontré que des changements dans les pratiques cliniques pouvaient avoir lieu après 10 semaines, pour une CdP *top-down*, virtuelle et dont l'objectif était d'accompagner des physiothérapeutes vers l'adoption de meilleures pratiques (Evans et al., 2014).

L'homogénéité des membres d'une même stratégie de transfert de connaissances peut également être un facteur de succès (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate et Kyriakidou, 2004) : ainsi, une CdP devrait privilégier le regroupement de personnes occupant les mêmes fonctions professionnelles.

Finalement, l'animation devrait être une préoccupation centrale dans la préparation d'une CdP (Barwick, Peters et Boydell, 2009; Evans et al., 2014; Wenger et al., 2002). Le rôle de l'animateur est de créer des activités qui favorisent le partage des connaissances, de faciliter le développement de la CdP et de coordonner l'ensemble des activités qui s'y déroulent, de faciliter les discussions entre les participants et de résoudre les problèmes éventuels (Barwick et al., 2009; Wenger et al., 2002).

1.3.3 La justification d'une communauté de pratique comme choix de stratégie de transfert de connaissances

Puisque la recension des écrits révèle que la participation sociale des personnes aphasiques est limitée malgré la réadaptation et qu'on ne sait pas exactement de quoi est constituée la pratique des orthophonistes, il y a tout lieu de s'interroger sur la façon dont les orthophonistes pourraient s'approprier des connaissances et faire une réflexion sur le sujet de la

participation sociale des personnes aphasiques. Comme discuté plus tôt, la stratégie de transfert de connaissances sélectionnée pour répondre à cet enjeu devrait faire appel non seulement aux écrits scientifiques, mais également à l'expertise clinique, qui est d'importance particulière lorsqu'on s'intéresse aux pratiques des orthophonistes (McCurtin et Roddam, 2012). Effectivement, les professionnels de la réadaptation pourraient avoir développé une certaine expertise en raison de la présence du modèle MDH-PPH dans les milieux de réadaptation.

Comme vu précédemment, les communautés de pratique permettent une exposition aux données scientifiques à travers des activités visant l'acquisition de connaissances et offrent des opportunités de développer et de partager son expertise clinique (Wenger et al., 2002), notamment en interagissant avec des pairs et en réfléchissant en groupe sur les enjeux particuliers (Li et al., 2009). Les communautés de pratique permettent en outre aux participants de participer à la création de connaissances (Li et al., 2009).

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'efficacité des stratégies de transfert des connaissances serait meilleure lorsque les utilisateurs de connaissances, soit les personnes à qui sont destinées les connaissances à transférer, sont directement impliqués et participent à la création de ces connaissances (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009). À titre d'exemple, les publications scientifiques sont une stratégie de transfert de connaissances ayant un important degré de rayonnement, mais ne permettant aucune interaction avec les utilisateurs de connaissances. À l'inverse, les « pratiques collaboratives » telles que définies par l'INSPQ, bien qu'elles aient un moindre rayonnement dans le monde scientifique, favorisent par ailleurs l'interaction entre les chercheurs et les utilisateurs de connaissances (Lemire et al., 2009). Ces stratégies misant sur la collaboration comportent des activités intensives, actives et multimodales, ce qui leur confère une meilleure efficacité que les stratégies qui incluent des activités passives et qui n'ont lieu qu'une fois, lorsqu'on étudie le domaine du transfert des connaissances en réadaptation post-AVC (Walker, Fisher, Korner-Bitensky, McCluskey et Carey, 2013). Parmi les stratégies de transfert de connaissances incluses dans les pratiques collaboratives, on retrouve notamment les communautés de pratique.

En résumé, afin de favoriser l'évolution des pratiques orthophoniques vers l'optimisation de la participation sociale chez les personnes aphasiques, la stratégie de transfert des connaissances proposée devrait permettre une exposition aux données issues des écrits

scientifiques, solliciter l'expertise des orthophonistes, les impliquer activement, leur permettre de partager leurs expériences, offrir des opportunités de réfléchir entre pairs et éventuellement permettre la création de nouvelles connaissances. Les communautés de pratique offrent toutes ces possibilités et visent spécifiquement à produire des interactions complexes et dynamiques afin de créer de nouvelles connaissances à travers un processus d'engagement des membres (Bowen et Graham, 2013).

En bref, cette recension des écrits a permis de révéler que la participation sociale des personnes aphasiques est limitée à la suite de leur réadaptation. De plus, malgré le nombre grandissant de données scientifiques en réadaptation de l'aphasie qui concernent la participation sociale, il y a des raisons de croire que les orthophonistes n'y accordent pas une place centrale dans leurs pratiques cliniques en raison de divers obstacles perçus ou réels. Malgré cela, les détails de ce qui constitue la pratique clinique des orthophonistes ne sont pas connus, pas plus que ce qui l'oriente. Finalement, dans l'idée de prévoir une stratégie de transfert de connaissances pour favoriser l'évolution des pratiques orthophoniques en réadaptation de l'aphasie vers l'inclusion de moyens qui facilitent la participation sociale, cette stratégie devrait permettre un investissement actif de la part des participants, l'exposition à des connaissances, la réflexion et l'interaction entre pairs, ce que peuvent offrir les communautés de pratique. C'est ainsi que, pour ce projet de recherche, une communauté de pratique virtuelle a été créée, mise sur pied, puis étudiée. Les choix méthodologiques qui ont guidé sa conception et son implantation seront détaillés dans le prochain chapitre, mais d'abord, les objectifs de la thèse sont présentés.

1.4 Objectifs

L'objectif principal de cette thèse est de comprendre et de favoriser l'évolution de la pratique des orthophonistes en réadaptation vers une prise en compte plus explicite du concept de participation sociale des personnes aphasiques, et ce, dans le contexte d'une communauté de pratique. Afin de répondre à cet objectif général, quatre objectifs spécifiques ont été ciblés :

- 1) Mieux comprendre la pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie et la place accordée à la participation sociale dans la prise en charge. L'étude 1 est associée à cet objectif.
- 2) Évaluer et décrire les composantes d'une communauté de pratique destinée à des orthophonistes et portant sur les approches qui concernent la participation sociale. L'étude 2 est associée à cet objectif.
- 3) Évaluer les retombées à court terme de la communauté de pratique pour les orthophonistes qui y ont participé. L'étude 2 est associée à cet objectif.
- 4) Évaluer les retombées à long terme de la communauté de pratique pour les orthophonistes qui y ont participé. L'étude 3 est associée à cet objectif.

Chapitre 2. Méthodologie

Ce chapitre propose une présentation de l'ensemble des considérations méthodologiques propres à cette thèse. Il est d'abord question de recherche qualitative et de la position particulière du chercheur clinicien, puisque l'auteure de la thèse est elle-même une orthophoniste qui pose un regard sur la pratique orthophonique. Le contexte de la collecte de données est ensuite abordé, suivi de la façon dont le recrutement s'est opéré et les caractéristiques recherchées chez les participants. S'ensuit une description détaillée de la planification et du déroulement de la collecte de données aux différentes étapes du projet. Finalement, des explications sont fournies quant aux méthodes d'analyse qui ont été utilisées avec chaque type de données recueillies, selon les objectifs de recherche.

2.1 La position particulière de la chercheuse clinicienne

Il est important de débiter avec une explication de la position qui caractérise l'auteure de cette thèse par rapport à la collecte de données. Étant donné que l'auteure est elle-même une orthophoniste clinicienne ayant de l'expérience auprès de cette clientèle, elle adopte la position particulière de « chercheuse clinicienne » dans le cadre de cette thèse. Le chercheur clinicien, c'est-à-dire le chercheur qui étudie des enjeux associés au milieu d'intervention clinique où il joue un rôle de clinicien ou dans un milieu équivalent, occupe une position « limite » entre la recherche et la pratique qui présuppose une contribution bidirectionnelle entre recherche et pratique (De Lavergne, 2007). Ainsi, tout au long de cette thèse, l'auteure a eu le double rôle de mener un projet de recherche qui concerne la pratique des orthophonistes travaillant auprès de personnes ayant une aphasie et d'agir comme orthophoniste clinicienne avec cette même clientèle. L'auteure considère que les orthophonistes qui travaillent en réadaptation de l'aphasie sont les meilleurs informateurs possible pour lui permettre de décrire avec justesse et de mieux comprendre le phénomène des pratiques cliniques. La participation des principaux intéressés au phénomène étudié à la collecte de données permet l'émergence de connaissances qui proviennent de leur expérience. La recherche qualitative est toute désignée pour permettre à un chercheur d'étudier les pratiques des professionnels du domaine de la santé dans lequel il joue

un rôle de clinicien. Toutefois, le chercheur qui est également clinicien doit clarifier sa position paradigmatique, c'est-à-dire ses croyances par rapport au monde, lorsqu'il entreprend une recherche qualitative (O'Brien, Harris, Beckman, Reed et Cook, 2014).

Dans le cas présent, la position paradigmatique de l'auteure est le constructivisme, qui reconnaît que les connaissances sont relatives au contexte étudié et construites par les acteurs impliqués dans le phénomène à l'étude. Il existe un continuum de positions paradigmatiques entre le positivisme et le constructivisme en recherche. Le paradigme positiviste, généralement associé à la recherche quantitative (Guba et Lincoln, 1994), évolue dans une perspective épistémologique (conceptions de la nature des connaissances) d'objectivité, où peu de place est laissée à l'interprétation des résultats par le chercheur. Le positivisme est ancré dans une ontologie (étude de ce qui est observable) réaliste et vise à expliquer la réalité avec des données quantifiables. Étant donné que l'auteure souhaite recueillir l'expérience des participants et qu'elle a elle-même une certaine expérience, vision et compréhension de la pratique orthophonique, il aurait été inapproprié de considérer les données comme des faits immuables. Ainsi, le paradigme constructiviste fait plutôt appel à une ontologie relativiste, c'est-à-dire que la « réalité » est spécifique au contexte étudié et construite par les acteurs impliqués dans le phénomène à l'étude. La position épistémologique associée au constructivisme est donc la subjectivité, où l'instrument d'analyse s'avère inséparable du chercheur et des choix posés tout au cours de la recherche (Guba et Lincoln, 1994). En raison du phénomène à l'étude et de la nature des données que l'auteure souhaite recueillir, l'adoption d'un paradigme constructiviste apparaît évidente.

Lorsqu'un chercheur clinicien étudie les pratiques associées à son propre domaine d'expertise, il doit faire preuve de réflexivité, un outil d'analyse qui constitue une conscience de soi aiguisée et réfléchie (Finlay, 2002) et qui sert à rendre explicites ses propres valeurs. En recherche, la réflexivité permet au chercheur clinicien d'examiner l'impact du chercheur sur son objet d'étude et d'évaluer le processus de recherche, sa méthode et ses retombées (Finlay, 2002). Il existe différentes stratégies afin de faire preuve de réflexivité pour le chercheur clinicien, dont il est question prochainement.

2.2 Le contexte de la collecte de données

Il est important de mentionner que la collecte de données a débuté en novembre 2015, alors que le système de santé québécois venait de subir une importante réorganisation en début d'année et que toutes les nouvelles façons de faire n'étaient pas forcément mises en place. Ainsi, la prochaine section vise à décrire les impacts possibles de la réorganisation sur la collecte de données.

En février 2015, le système de santé du Québec a connu une réorganisation majeure, passant de trois à deux niveaux de gouvernance. Divers types d'établissements ont ainsi été regroupés par région géographique. La province est maintenant composée de 13 Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de neuf Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ces derniers ayant un rôle supplémentaire de recherche et de formation de par leur affiliation à une université (Wankah et al., 2018). Le gouvernement du Québec indique que le but de cette réorganisation est de « favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau » (<http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1>).

Cette réorganisation n'était pas la première que connaissait le système de santé québécois, lequel avait déjà subi des changements majeurs en 2004. Si ces changements successifs ont toujours une intention d'amélioration continue, la centralisation des prises de décision n'est pas toujours bénéfique à l'accessibilité, la qualité, l'efficacité ou la performance des services de santé (Wankah et al., 2018). De plus, pour une efficacité optimale, l'ampleur de la réorganisation doit être prise en considération, car on observe une moindre efficacité des réformes des instances au service de plus de 100 000 personnes (Bojke, Gravelle et Wilkin, 2001). Au Québec, la fusion des établissements de santé sous un même CISSS ou CIUSSS concerne plusieurs centaines de milliers de personnes. Conséquemment, il est possible qu'elle n'arrive pas à satisfaire aux besoins de la population (Wankah et al., 2018). Les retombées à long terme de cette réorganisation ne sont pas encore connues, tant sur les professionnels de la réadaptation que sur les personnes ayant une aphasie. Par contre, les participants ont effectivement mentionné lors de la collecte de données que ce contexte influence leur pratique,

que ce soit parce qu'ils sont amenés à changer de milieu de travail, à prendre en charge une clientèle différente, à devoir interagir avec d'autres acteurs du continuum de soins ou encore à voir un plus grand nombre de patients dans une période plus courte.

2.3 Le recrutement des participants

En recherche qualitative, les participants sont généralement recrutés sur la base de leur connaissance du phénomène à l'étude (Carter, Ritchie et Sainsbury, 2009). Dans le cas présent, les participants doivent avoir non seulement des connaissances, mais aussi un intérêt pour le sujet étudié. Ainsi, puisque la chercheuse clinicienne cherche à recruter des participants pouvant l'informer sur la place de la participation sociale dans leurs pratiques cliniques d'orthophonistes, ceux-ci doivent minimalement comprendre à quoi le concept de participation sociale fait référence et, éventuellement, que cela les intéresse. La chercheuse clinicienne souhaite également recueillir l'expérience d'orthophonistes de différents milieux du continuum de soins en réadaptation de l'aphasie, afin d'obtenir un portrait complet des perspectives de ces professionnels. Les seuls critères d'inclusion pour ce projet étaient d'avoir au moins un an d'expérience en orthophonie, peu importe la clientèle, et de travailler au moment du projet en question auprès de personnes aphasiques, afin d'avoir un intérêt pour cette clientèle. Ainsi, les orthophonistes devaient avoir au moins un an d'expérience puisqu'ils devaient être en mesure de poser un regard global sur leur pratique et de réfléchir à certaines situations en particulier. Seuls des orthophonistes travaillant auprès de personnes aphasiques ont été recrutés, afin d'assurer une certaine homogénéité à l'échantillon, sans compter que l'homogénéité serait un facteur de succès pour la mise en place d'une stratégie de transfert de connaissances (Greenhalgh et al., 2004). En acceptant de s'engager dans le projet, les orthophonistes recrutés savaient qu'il leur serait demandé de participer à une première entrevue individuelle portant sur leurs pratiques cliniques auprès des personnes aphasiques, de s'investir, si désiré, dans une communauté de pratique (CdP) qui porterait sur la participation sociale et de prendre part à une seconde entrevue individuelle à la suite de leur engagement dans cette CdP.

Le recrutement s'est déroulé en plusieurs étapes. D'abord, l'auteure a présenté son projet de recherche dans trois centres de réadaptation qui emploient des orthophonistes, dont celui où

elle travaillait toujours à titre d'orthophoniste clinicienne à ce moment. Les trois établissements sont affiliés au centre de recherche de l'auteure et de sa directrice. Les professionnels de ces établissements sont fréquemment sollicités pour participer à des projets de recherche et sont familiers avec les processus reliés aux projets de recherche. Neuf participants ont été recrutés de cette façon, dont cinq collègues de l'auteure. Trois participants provenant également de milieux affiliés au centre de recherche ont été recrutés via des lettres de recrutement électroniques envoyées à leur gestionnaire. Des lettres de recrutement ont également été envoyées à des orthophonistes provenant de milieux non affiliés au centre de recherche, et trois participants ont été recrutés ainsi. Deux orthophonistes ont contacté l'auteure directement pour participer au projet après en avoir entendu parler par des collègues et ont été inclus dans l'échantillon. Au total, 17 participants (16 femmes, 1 homme) ont été recrutés dans différents milieux du continuum de soins, c'est-à-dire les soins aigus ($n = 2$), la réadaptation interne ($n = 5$) et la réadaptation externe ($n = 10$), ayant entre 1,5 et 28 années d'expérience en orthophonie (moyenne = 13,5 ans). Trois personnes avaient en plus une expérience de travail dans un milieu issu du partenariat public-privé offrant des services aux personnes aphasiques et à leurs proches à la suite de la réadaptation, et une personne avait déjà travaillé dans une association de personnes aphasiques dans le milieu communautaire. Sept participants avaient moins de cinq ans d'expérience et dix avaient 15 ans ou plus d'expérience. En plus des cinq participants qui étaient collègues de l'auteure, sept avaient déjà été en contact avec sa directrice dans le cadre de projets de recherche ou de stages antérieurs.

Puisque le chercheur qui est aussi clinicien est appelé à se questionner sur les données qu'il souhaite recueillir et sur comment les participants recrutés l'aideront à répondre à ses questions de recherche (Baribeau, 2009; Finlay, 2002), l'auteure s'est d'abord assurée que les participants comprenaient bien l'ensemble du projet. Elle a présenté celui-ci dans son intégralité, qui incluait les entrevues individuelles ainsi qu'une éventuelle participation à des activités de la CdP. Ceci allait permettre une collecte de données diversifiée et une description approfondie de l'expérience des participants. Il est à noter que l'auteure a déclaré avant le début du projet qu'elle était elle-même orthophoniste clinicienne de façon à être complètement transparente auprès des participants (Richards et Emslie, 2000), assumant ainsi son double rôle de chercheuse et de clinicienne. Cette situation a pu provoquer deux effets différents : intimider les participants et

les freiner dans leur ouverture à parler de leur pratique clinique, ou encore les encourager à exprimer leur expérience de façon détaillée puisqu'ils étaient en présence d'une personne qui connaît bien la réalité clinique. Il sera expliqué plus tard que les participants ont plutôt eu tendance à se confier ouvertement et que l'auteure a plusieurs raisons de croire qu'elle a recueilli des propos authentiques. De plus, le fait que certains participants étaient des collègues de l'étudiante a permis une co-construction de la narration de leur expérience (Clark, 2015), ce qui permet de faciliter l'interprétation des données. L'auteure est également l'animatrice de la CdP, ce qui lui confère une position privilégiée par rapport aux données empiriques et lui offre la chance de développer une relation particulière avec les participants.

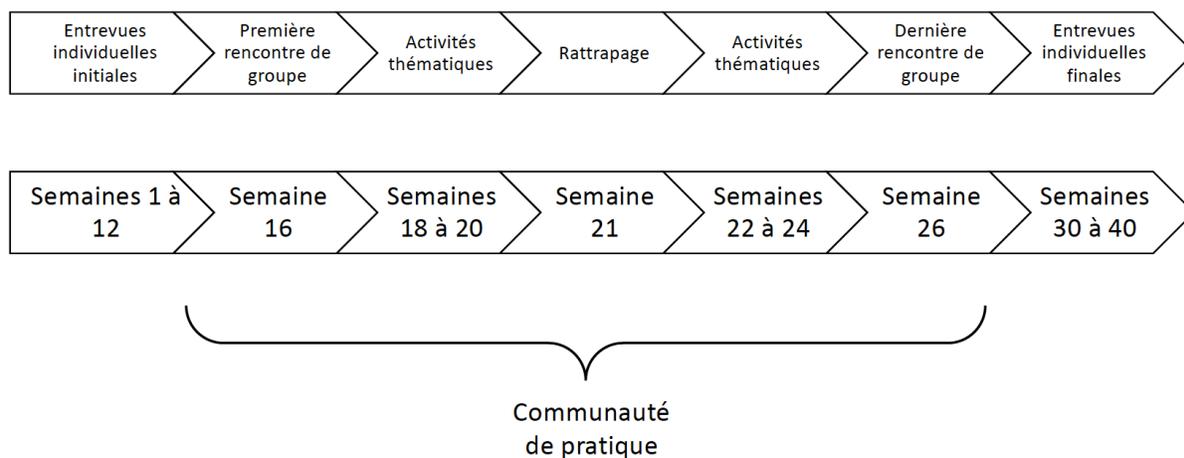
Ultimement, les 17 participants ont été rencontrés à deux reprises pour les entrevues individuelles, 13 ont participé à l'ensemble des activités de la CdP et une personne a débuté les activités de la CdP et a dû la quitter après deux semaines en raison d'un changement d'emploi qui l'amenait à travailler auprès d'une clientèle différente. Cette participante a éventuellement été considérée comme n'ayant pas fait partie de la CdP puisque son expérience dans la CdP était trop différente – car plus limitée – de celle des autres. Par ailleurs, trois participants ont pris la décision, après l'entrevue initiale, de ne pas prendre part aux activités de la communauté de pratique, non par manque d'intérêt mais surtout par manque de temps. Par exemple, ces participants n'ont pas obtenu ou n'ont pas demandé l'autorisation d'être libérés de leurs heures cliniques pour participer au projet de recherche. Il y a possiblement d'autres raisons qui ont motivé leur décision, mais elles ne sont pas connues. Ces personnes ont toutefois accepté de participer à l'entrevue finale, qui était différente de celle des participants à la communauté de pratique. D'ailleurs, il est important de mentionner que dans le formulaire de consentement, il était prévu que les participants puissent se retirer de l'étude à tout moment, la participation à l'entrevue initiale ne garantissant ainsi en rien la participation aux étapes ultérieures du projet.

2.4 La planification et le déroulement de la collecte de données

Avant même de commencer sa collecte de données, l'auteure s'est penchée sur les modalités qui lui permettraient de répondre aux questions de recherche et le type de données qui seraient recueillies. Le premier objectif spécifique de la thèse vise à mieux comprendre la

pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie et la place qu'occupe la participation sociale dans cette pratique. Les données reliées à cet objectif ont été recueillies dans le cadre d'une entrevue individuelle initiale, permettant aux participants de se confier en toute liberté. L'entrevue pré-CdP a également été conçue en fonction des principes de l'entrevue motivationnelle, qui seront détaillés plus loin. Le deuxième objectif spécifique de la thèse est d'évaluer une CdP destinée à des orthophonistes en réadaptation portant sur des approches qui concernent la participation sociale. Afin d'évaluer la CdP, il faut d'abord bien décrire ses composantes et les relier les unes aux autres et ensuite considérer les retombées de la CdP à court et à plus long terme. Les retombées à court terme ont été recueillies à l'aide des journaux de bord remplis par les membres de la CdP pendant le déroulement de celle-ci, alors que les retombées à long terme ont été recueillies au moyen d'entrevues individuelles finales, c'est-à-dire après la fin des activités de la CdP. Afin de présenter une vue d'ensemble des étapes de la collecte de données, la figure 1 illustre chacune de ces étapes et inclut le temps séparant chacune d'elles (voir figure 1).

Figure 1 Déroulement de la collecte de données



2.4.1 Les entrevues initiales

Afin d'avoir une compréhension approfondie de la pratique des orthophonistes et de la place du concept de participation sociale, il est d'abord nécessaire de connaître ce qui oriente cette pratique. La première entrevue individuelle a donc été organisée autour de cet objet de

motivation et a permis aux participants d'évoquer ce qu'ils considèrent comme étant l'objectif ultime, ou la finalité, des interventions en réadaptation de l'aphasie. Puisque cette entrevue vise à détailler ce qui constitue les pratiques cliniques des orthophonistes, les participants ont été questionnés sur les liens qu'ils perçoivent entre la finalité des interventions évoquée et les activités cliniques qu'ils mettent en place pour y répondre. C'est ainsi que la première entrevue individuelle a pris la forme d'une entrevue motivationnelle, une forme d'entretien qui est généralement utilisée afin de renforcer la motivation d'une personne à effectuer un changement de comportement (Miller et Rollnick, 2012) et peut être utilisée auprès des professionnels de la réadaptation pour faciliter le transfert des connaissances de la recherche vers la pratique selon une recension des écrits (Lal et Korner-Bitensky, 2013).

Puisque la motivation des cliniciens et leur préparation au changement sont deux facteurs qui influenceraient l'implantation de la pratique basée sur les données probantes et que l'entrevue motivationnelle vise la motivation à changer, cette forme d'entretien aurait le potentiel de donner lieu à des changements dans les pratiques (Lal et Korner-Bitensky, 2013). Toutefois, dans la présente étude, l'entrevue motivationnelle n'a pas été employée pour entraîner des changements de pratique comme but premier, mais plutôt pour déclencher un processus de réflexion en lien avec la finalité perçue de la réadaptation de l'aphasie. Par exemple, dès le début de l'entrevue, le participant doit identifier quel est pour lui « l'objectif ultime » de ses interventions en réadaptation de l'aphasie. Ensuite, il détaille chacune de ses pratiques (ex. : outils cliniques utilisés pour évaluer les habiletés de la personne aphasique), tout en étant constamment invité à mettre en lien ces pratiques avec la finalité de la réadaptation mentionnée en début d'entrevue. L'entrevue motivationnelle se distingue ainsi des autres types d'entrevue par sa structure particulière, qui requiert que le participant soit amené à faire des liens explicites entre un but et les moyens employés pour l'atteindre et, dans cette recherche, entre la finalité de la réadaptation telle qu'il l'énonce et sa pratique. Il ne s'agissait pas d'encourager le participant à changer sa pratique, mais plutôt de lui offrir une occasion d'effectuer une réflexion sur ce qui oriente celle-ci.

L'auteure de la thèse a mené l'ensemble des entrevues. Quelques jours avant chaque entrevue individuelle initiale, elle a fait parvenir au participant un document visant à le préparer à l'entrevue à laquelle il allait prendre part. Ce document a permis à l'auteure, d'une part, de

recueillir à l'avance un certain nombre d'informations démographiques sur les participants et, d'autre part, à ces derniers de connaître les sujets qui allaient être abordés au cours de l'entrevue. Le guide de préparation à l'entrevue initiale est disponible en annexe 1. Ainsi, lors de l'entrevue initiale, les participants avaient une bonne idée de ce qu'ils allaient partager avec l'intervieweuse. Ils ont partagé leurs perceptions de la finalité des interventions, décrit leurs pratiques cliniques et discuté de leur contexte de travail, des facteurs qui influencent l'atteinte ou non de la finalité de la réadaptation de l'aphasie telle qu'ils la perçoivent, de leur perception de leur « expertise clinique » telle que définie par le modèle de pratique basée sur les données probantes ainsi que des attentes qu'ils avaient face à la CdP à laquelle ils allaient possiblement participer. La grille complète de l'entrevue initiale est disponible en annexe 2.

2.4.2 La communauté de pratique

Afin de répondre à l'objectif général de la thèse, qui est de comprendre et de favoriser l'évolution de la pratique des orthophonistes en réadaptation vers une prise en compte plus explicite du concept de participation sociale des personnes aphasiques, le choix de la méthode s'est arrêté sur une communauté de pratique, pour toutes les raisons évoquées dans la recension des écrits. Puisqu'une telle CdP n'existait pas, l'auteure l'a créée. La conception de la CdP constitue une méthode en soi et a fait l'objet de nombreuses considérations théoriques et pratiques qui sont explicitées à travers les prochaines sous-sections. Ainsi, les caractéristiques générales de la CdP sont abordées, suivies du choix des objectifs, des thèmes et des activités de la CdP. Le déroulement de la CdP est ensuite détaillé.

2.4.2.1 Les caractéristiques générales de la communauté de pratique

D'abord, le cadre conceptuel de la CdP prévoit une certaine flexibilité afin d'accueillir des changements qui peuvent survenir pendant son déroulement. Des rencontres régulières entre l'auteure de la thèse et sa directrice ont eu lieu afin de réévaluer la CdP pendant son déroulement, ce qui témoigne de cette ouverture et de l'aspect potentiellement évolutif de la CdP. Une flexibilité dans la conception permet de réajuster le contenu aux besoins des participants.

Le type de CdP choisi pour ce projet est le type *top-down*, puisque la CdP a été spécifiquement créée pour les fins de ce projet de recherche. Afin de minimiser les risques d'abandon, la CdP a été conçue pour avoir une durée déterminée et circonscrite dans le temps, ce qui a d'ailleurs été annoncé aux participants dès le début du projet. Une CdP peut avoir des effets sur les pratiques des professionnels de la réadaptation en 10 semaines vers l'adoption de meilleures pratiques (Evans et al., 2014) et les risques d'abandon sont moins élevés lorsque des activités sont proposées de façon hebdomadaire (MacDermid, Solomon, Law, Russell et Stratford, 2006). Ainsi, la CdP s'est effectivement étendue sur une durée prédéterminée (11 semaines) et des activités structurées ont été proposées pendant six semaines.

Par ailleurs, la CdP est virtuelle, hébergée sur la plate-forme web *Adobe Connect*, qui permet la tenue de rencontres synchrones, c'est-à-dire des discussions en temps réel où les membres peuvent se parler, se voir et/ou s'écrire. La plate-forme offre également la possibilité de tenir des activités asynchrones, c'est-à-dire des modules où les participants peuvent télécharger des documents proposés par d'autres, proposer eux-mêmes des documents en vue de les partager avec les membres de la CdP, réagir par écrit aux ressources consultées, ou encore répondre à des questions par écrit au moment où cela leur convient. La CdP est virtuelle afin de faciliter les échanges entre les participants, qui proviennent d'un peu partout au Québec et dont certains sont géographiquement éloignés de la région dans laquelle la collecte de données a lieu.

2.4.2.2 Le choix des objectifs de la communauté de pratique

La CdP est caractérisée par deux types d'objectifs qui ont guidé sa conception : des objectifs de recherche et des objectifs de formation continue. Ces deux types d'objectifs sont nécessaires pour assurer la planification d'activités qui répondent non seulement aux besoins de l'auteure, mais également à ceux des membres de la CdP, étant donné que ceux-ci participent notamment à la CdP afin de contribuer à leur formation professionnelle continue. Effectivement, la CdP leur a été présentée dès le départ comme une opportunité d'apprentissage et de réflexion sur leur pratique pouvant être comptabilisée parmi le total d'heures annuelles consacrées à la formation continue auprès de l'OOAQ.

Les objectifs de recherche de la CdP sont au nombre de quatre et ont été déterminés en toute cohérence avec la définition d'une CdP (Wenger et al., 2002) : 1- soutenir les apprentissages des participants; 2- soutenir les réflexions des participants; 3- décrire les apprentissages des participants; 4- décrire les réflexions des participants. Ces objectifs ont été élaborés dans le but de permettre à l'auteure de recueillir les données qui répondraient à ses questions de recherche.

Les objectifs de formation continue sont également inspirés de la définition des CdP (Wenger et al., 2002) de même que par les caractéristiques des CdP du domaine de la santé (Li et al., 2009). Ces objectifs visent à encadrer l'expérience d'apprentissage des participants, afin de leur permettre de : 1- acquérir des connaissances; 2- interagir entre pairs; 3- partager des connaissances; 4- créer des connaissances; 5- développer leur identité professionnelle. Alors que les trois premiers objectifs de formation continue sont relativement transparents, les quatrième et cinquième sont de plus haut niveau conceptuel et méritent qu'on s'intéresse davantage à leur signification. Selon Li et al. (2009), la création de connaissances correspond au processus de développer de nouvelles façons de faire afin de remplir des exigences, réaliser des tâches professionnelles et/ou résoudre un problème. Le développement de l'identité correspond pour sa part au processus d'acquérir une identité professionnelle, ou une identité d'expert dans son domaine.

Le tableau 1 détaille la planification des activités hebdomadaires de la CdP et des sujets de discussion de la CdP en fonction du thème de la semaine, des objectifs de recherche et des objectifs de formation continue. En effet, chaque semaine, un thème est exploité dans la CdP. Le choix des thèmes est expliqué dans la prochaine sous-section. Pour chacun des thèmes hebdomadaires, des objectifs de recherche et des objectifs de formation continue sont établis, chacun menant à la planification d'une ou plusieurs activités. Le choix des activités est également détaillé plus loin. Par exemple, lors de la semaine 1, portant sur les bases théoriques du projet et la finalité de la réadaptation, le premier objectif de recherche est de soutenir les apprentissages des participants dans la CdP en ce qui a trait aux bases théoriques du projet, de même que soutenir leur engagement. Cet objectif sert à assurer que les participants vont effectivement s'engager dans la CdP et y participer pleinement, ce qui a le potentiel de donner vie au projet de recherche, de susciter de l'intérêt et de limiter les abandons. L'objectif de

formation continue correspondant est d'acquérir des connaissances, ce qui assure aux participants d'être davantage informés sur la méthode dans laquelle ils s'engagent. Ces objectifs mènent vers l'activité de consultation des ressources portant sur les sujets qui correspondent au thème de la semaine (voir tableau 1). Effectivement, en lisant sur des sujets tels que la pratique basée sur les données probantes et la pratique réflexive – considérations théoriques qui ont guidé la conception de la CdP – ainsi que sur les caractéristiques et retombées des CdP dans le milieu de la santé, les participants peuvent se sentir davantage engagés dans le processus.

2.4.2.3 Le choix des thèmes de la communauté de pratique

Dans les prochains paragraphes, il est question de la sélection des thèmes, de leur ordre d'apparition dans la CdP ainsi que des ressources associées à ces thèmes présentées aux participants lors des activités de la CdP. Les six thèmes, qui correspondent à six semaines d'activités structurées (voir tableau 1), ont été sélectionnés pour leur pertinence en réadaptation de l'aphasie. Ils suivent un ordre semblable à celui utilisé par le *Australian Aphasia Rehabilitation Pathway* (AARP), qui présente les étapes de la prise en charge de la réadaptation de l'aphasie, et ce, afin de faire écho aux pratiques optimales (Power et al., 2015). Les six thèmes sont les suivants : 1- les bases théoriques du projet et la finalité de la réadaptation de l'aphasie; 2- l'établissement des objectifs d'intervention; 3- l'évaluation et la mesure de l'efficacité des interventions; 4- l'intervention indirecte; 5- l'intervention directe; 6- la planification du congé. Ils sont détaillés dans les paragraphes qui suivent.

Lors de la première semaine d'activités, la thématique de la semaine se divise exceptionnellement en deux et inclut les bases théoriques du projet et la finalité de la réadaptation. L'exposition aux bases théoriques du projet permet aux participants de mieux comprendre le processus dans lequel ils s'engagent. Ainsi, les participants peuvent en apprendre davantage sur les bases théoriques de la CdP (Evans et al., 2014; Li et al., 2009), sur la pratique basée sur les données probantes (Foster et al., 2013; McCurtin et Roddam, 2012; Miao et al., 2014) ainsi que sur la pratique réflexive (Caty et al., 2015) en orthophonie. Ces ressources sont suggérées afin de favoriser l'engagement des participants dans la CdP, ce qui est un prérequis afin de favoriser des changements de pratique. Le thème de la finalité des interventions en

réadaptation de l'aphasie permet aux participants de poursuivre leur réflexion sur ce thème, entamée de façon individuelle lors de l'entrevue initiale. Ce thème a également été exploité lors de la première rencontre synchrone, qui a eu lieu deux semaines avant la première semaine d'activités structurées, afin de présenter de façon synthétisée une partie du matériel recueilli lors des entrevues initiales sous la forme d'une présentation de l'animatrice. Celle-ci a effectivement offert aux participants une vue d'ensemble sur ce qu'elle avait entendu lors des entrevues individuelles sur le thème de la finalité des interventions. Ainsi, ce thème a suscité des réflexions individuelles au départ, qui se sont transformées en pratique réflexive en groupe (Caty et al., 2015) au cours de la CdP. Ce thème a également permis à l'auteure d'approfondir les motivations des participants dans leurs pratiques cliniques au quotidien. Sachant que la finalité, ou l'objectif ultime, des interventions en réadaptation toutes clientèles confondues est la participation (Assemblée générale des Nations Unies, 2007) ou encore la participation sociale (Tessier, 2012), l'auteure voulait savoir s'il s'agissait effectivement de la finalité de la réadaptation de l'aphasie selon les participants orthophonistes.

Le second thème, l'établissement des objectifs d'intervention en thérapie, est volontairement présenté aux participants avant celui de l'évaluation, car tel qu'abordé dans la recension des écrits, l'établissement des objectifs devrait avoir lieu avant l'évaluation des habiletés de la personne. Selon les pratiques optimales présentées par l'AARP, les objectifs mentionnés par la personne devraient guider les dimensions à évaluer et le choix des modalités pour le faire. Ainsi, les ressources présentées aux participants suggèrent que les objectifs devraient être déterminés avec la personne (Hersh et al., 2012; Worrall et al., 2010) et en collaboration avec ses proches (Howe et al., 2012; Sherratt et al., 2011).

Le troisième thème présenté concerne l'évaluation de la personne et la mesure de l'efficacité des interventions. Ces deux activités cliniques ont été rassemblées sous le même thème dans la logique où elles portent toutes deux sur l'utilisation d'outils de mesure. Cependant, dans le site AARP, la mesure de l'efficacité des interventions fait plutôt partie de la même catégorie que l'établissement des objectifs d'intervention. L'idée de regrouper l'évaluation et la mesure de l'efficacité des interventions s'avère une façon de mettre en relief les raisons de l'évaluation et d'exposer les participants aux outils qui permettent de mesurer de façon pertinente les effets significatifs de la thérapie (Isaksen, 2014). Des outils visant à évaluer

la participation sociale (ex. : MHAVIE; *Community Integration Questionnaire*) et la qualité de vie (ex. : *Assessment for Living with Aphasia, Stroke Specific Quality of Life Scale*) des personnes ayant une aphasie sont ainsi présentés aux participants. Ces outils peuvent être utilisés soit pour évaluer la personne, soit pour mesurer l'efficacité de la thérapie.

Le quatrième thème de la CdP est l'intervention indirecte, c'est-à-dire l'ensemble des interventions qui concernent l'environnement de la personne ayant une aphasie, par exemple ses proches ou les membres de l'équipe interdisciplinaire. Le thème de l'intervention indirecte est volontairement présenté avant celui de l'intervention directe afin de sensibiliser les participants à une partie de la thérapie qui est considérée trop souvent comme optionnelle, alors qu'elle a sa raison d'être (Hallé et al., 2014). D'ailleurs, le terme « intervention indirecte », qui est couramment utilisé dans le jargon des orthophonistes, reflète en soi une préoccupation de second ordre pour les interventions qui ciblent l'environnement de la personne et non pas la personne elle-même. Pourtant, les proches ont besoin d'information, de support et de formation (Hilton, Leenhouts, Webster et Morris, 2014) à divers moments du continuum de soins (Cameron et Gignac, 2008). En ce qui concerne la formation des partenaires de conversation, son efficacité a été démontrée (Shrubsole et al., 2017; Simmons-Mackie et al., 2010; Simmons-Mackie et al., 2016) et constitue au moment de la collecte de données l'intervention orthophonique ayant le meilleur niveau de preuve scientifique selon les Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC (Groupe de rédaction des pratiques optimales de réadaptation post-AVC, 2013). Afin d'outiller les participants, il leur est suggéré de consulter le site britannique *Better Conversations with Aphasia*, qui offre des moyens pour se former à la thérapie conversationnelle (www.ucl.ac.uk/betterconversations/aphasia).

L'intervention directe constitue le cinquième thème abordé au cours de la CdP. Les participants sont ainsi amenés à réfléchir sur les différentes formes que peut prendre l'intervention : intervention individuelle, intervention de groupe (Fama, Baron, Hatfield et Turkeltaub, 2016), intervention dans la communauté (Rautakoski, 2014), utilisation de la technologie (Hoover et Carney, 2014; Palmer et al., 2012), etc. Les participants sont également exposés à une forme de thérapie nouvellement documentée, appelée *Intensive Comprehensive Aphasia Program* (Hoover et Carney, 2014), ainsi qu'aux meilleures pratiques en réadaptation de l'aphasie selon une revue systématique qui vient tout juste d'être publiée dans sa version en

ligne (Shrubsole et al., 2017) au moment de la collecte de données et dont il a été question dans la recension des écrits.

Finalement, le thème de la planification du congé de l'intervention orthophonique auprès de la personne aphasique clôture les thèmes de la CdP. Ce thème a été choisi pour susciter des réflexions sur la façon d'aborder cette étape importante de la prise en charge. Il est à noter que le congé est un thème peu abordé dans la formation universitaire des orthophonistes et qu'il existe peu d'outils pour faciliter la planification du congé thérapeutique. Il est aussi possible que les stagiaires en orthophonie aient peu l'opportunité de se familiariser avec cette étape en stage, puisqu'elle ne survient pas toujours au moment où le stagiaire est présent ou en mesure de planifier le congé. Conséquemment, les participants sont invités à prendre connaissance des écrits qui traitent de la culpabilité que les orthophonistes ont tendance à vivre en lien avec cette étape de la réadaptation (Hersh, 2009, 2010), ce qui justifie qu'on s'y intéresse et qu'on propose des moyens simples et concrets pour le prévoir, comme en discuter ouvertement avec la personne ayant une aphasie (Kovarsky, 2008).

2.4.2.4 Le choix des activités de la communauté de pratique

Diverses activités ont été élaborées sur la base des objectifs de recherche et de formation continue détaillés plus tôt. Certaines sont spécifiquement reliées à des objectifs en particulier, d'autres ont le potentiel de répondre à plusieurs objectifs à la fois. Il y a des activités synchrones et des activités asynchrones, afin de permettre différents types de participation dans la CdP. Certains participants peuvent préférer apprendre et réfléchir en groupe, ce que permettent les activités synchrones, alors que d'autres peuvent privilégier faire des apprentissages et réflexions de façon individuelle, ce qui est possible à travers les activités asynchrones. De plus, puisque la participation à une rencontre synchrone dépend de la disponibilité des membres au moment où celle-ci a lieu, il n'est pas toujours possible pour une personne d'y prendre part même si elle le souhaite. C'est pourquoi l'alternative des activités asynchrones est également présente. Les sept types d'activités suggérées (une synchrone, six asynchrones) sont détaillées dans les prochains paragraphes et figurent également dans le tableau 1. Toutes les activités asynchrones sont disponibles chaque semaine. Toutefois, les participants sont invités à choisir parmi l'éventail

d'activités disponibles celle(s) qui les intéresse(nt) davantage. Au total, il leur est demandé d'investir environ une heure par semaine dans les activités de la CdP.

Premièrement, des rencontres synchrones thématiques sont proposées. Ces rencontres ont lieu sur la plate-forme web à un moment fixe, communiqué aux participants à l'avance, et durent environ une heure. Elles portent sur les thèmes hebdomadaires de la CdP. Ces rencontres n'ont toutefois pas lieu chaque semaine, afin de ne pas sur-solliciter les membres à des moments fixes et de s'assurer que ceux-ci s'investissent également dans les autres activités de la CdP. Ces rencontres sont ainsi prévues pour quatre des six thèmes de la CdP : l'établissement des objectifs d'intervention (semaine 2), l'évaluation et la mesure de l'efficacité des interventions (semaine 3), l'intervention indirecte (semaine 4) et la planification du congé (semaine 6). Lors de ces rencontres thématiques, facilitées par l'animatrice, les participants peuvent échanger librement sur le thème de la semaine. Les rencontres débutent généralement par la « question de la semaine », qui sera expliquée plus loin. Les rencontres sont généralement reliées aux objectifs de recherche « soutenir les réflexions » et « décrire les réflexions » afin de permettre à l'auteure de recueillir des données sur les réflexions des participants. Ces rencontres sont reliées aux objectifs de formation continue suivants : prendre part à des interactions sociales, partager des connaissances, co-crée des connaissances et développer son identité professionnelle (voir tableau 1). Elles permettent ainsi aux participants d'interagir avec des pairs, de partager et d'être exposés à de nouvelles façons de faire et ont le potentiel de mener à la co-création d'outils cliniques et d'amener le professionnel à se questionner sur ses pratiques.

Deuxièmement, étant donné que les rencontres synchrones sont enregistrées en format audiovisuel sur la plate-forme, les participants qui ne peuvent y assister ont la possibilité de les visionner en différé. Effectivement, certains participants peuvent avoir envie de regarder la rencontre sans y prendre part activement, soit pour une question de disponibilité, soit pour une question de type de participation qui est privilégié (réflexion individuelle) par rapport à un autre (réflexion en groupe). L'activité de visionnement des rencontres est associée aux mêmes objectifs de recherche et de formation continue que les rencontres synchrones comme telles, à l'exception de l'objectif de formation continue « interagir entre pairs », qui n'est évidemment pas possible dans un contexte de visionnement en différé.

Troisièmement, des ressources documentaires sont disponibles pour consultation. Ces ressources sont sélectionnées sur la base de leur pertinence par rapport au thème discuté, de leur utilité clinique et de leur rigueur scientifique. Elles incluent des articles scientifiques, des sites web, de la littérature grise et des outils d'évaluation. Les articles de recherche font état de méthodes de recherche quantitative ou qualitative et une variété d'auteurs est présentée. Les participants sont invités à discuter, dans un module dédié sur la plate-forme, de ces ressources suggérées et à poser leurs questions, le cas échéant, concernant ces ressources. L'activité de consultation de ressources correspond aux objectifs de recherche « soutenir les apprentissages » et « décrire les apprentissages » afin de permettre à l'auteure de recueillir des données sur les connaissances développées par les participants en cours de CdP. Cette activité correspond à l'objectif de formation continue « acquérir des connaissances » et permet ainsi aux participants d'être davantage informés sur le thème de la semaine.

Quatrièmement, en lien avec l'activité de consultation de ressources documentaires, il est possible pour les participants de réagir à celles-ci en s'exprimant par écrit dans un module dédié sur la plate-forme. Ainsi, une fois la ressource consultée, un membre peut décider de poser une question aux autres en lien avec cette ressource, formuler une critique ou encore commenter sa pertinence et son utilité. L'activité de discussion sur les ressources suggérées est reliée aux objectifs de recherche de soutenir et décrire les apprentissages, tout en permettant aux participants une interaction sociale, même si asynchrone, puisqu'ils peuvent s'adresser de cette façon à l'ensemble du groupe.

Cinquièmement, il y a sur la plate-forme un module de discussion dédié pour recueillir les réponses écrites des participants à la « question de la semaine ». Cette question posée hebdomadairement par l'animatrice est en lien avec la thématique et les ressources de la semaine, afin de susciter une réflexion collective (voir tableau 1). Les questions de la semaine sont d'intérêt général, demandent d'analyser sa propre pratique et sont formulées de façon claire et positive. Les participants sont invités à participer à la discussion par écrit et les réponses sont disponibles pour consultation par tous les autres membres. Ainsi, les autres participants peuvent réagir à leur tour, et plus d'une fois si désiré. L'activité de réponse à la question de la semaine est associée aux objectifs de recherche de soutenir et décrire les réflexions des participants par

rapport au thème de la semaine et répond à l'objectif de formation continue d'interaction avec les pairs.

Sixièmement, il y a sur la plate-forme un espace dédié où les participants peuvent partager des documents avec les autres membres. Ils peuvent ainsi téléverser tout document qu'ils jugent pertinent en lien avec le thème de la semaine, que ce soit des ressources documentaires (ex. : outils d'évaluation, matériel d'intervention) ou des vignettes de cas (ex. : cas « succès » vécu en clinique). Ces documents partagés deviennent alors disponibles pour consultation par les autres membres. Il est à noter que deux documents sont issus d'une co-création entre des membres et ont été partagés par deux participants à la suite d'une rencontre synchrone. Des détails concernant la co-création de ces documents sont disponibles dans le chapitre 4 (résultats du deuxième article). Comme présenté dans le tableau 1, le partage de ressources sert les objectifs de recherche visant à soutenir et à décrire les apprentissages des participants, alors que le partage de vignettes sert à soutenir et à décrire les réflexions des participants. L'activité de partage de documents correspond à l'objectif de formation continue de partage de connaissances.

Septièmement, le partage de documents précédemment discuté entraîne conséquemment la possibilité pour les participants de consulter le matériel partagé par les autres membres. L'activité de consultation du matériel partagé fait ainsi appel aux mêmes objectifs de recherche et de formation continue que l'activité de partage de documents. Toutefois, en plus, elle permet chez les participants l'acquisition de connaissances partagées par les pairs.

Enfin, toutes les activités proposées ont le potentiel de répondre à deux objectifs de plus haut niveau conceptuel, soit la création de connaissances et le développement de l'identité professionnelle. Les liens les plus évidents entre certaines activités et ces objectifs apparaissent dans le tableau 1. Par contre, aucune activité n'a été créée spécifiquement dans le but de répondre à ces objectifs.

2.4.2.5 Le déroulement de la communauté de pratique

Plusieurs étapes ont encadré le déroulement de la CdP, qui s'est étendue sur un total de 11 semaines. Il y a d'abord eu une première rencontre entre tous les participants, suivie deux

semaines plus tard d'un bloc de six semaines intensives d'activités hebdomadaires, dont fait état le tableau 1. Après trois semaines d'activités, une « semaine de rattrapage » a été proposée afin que les participants puissent se mettre à jour quant aux activités des semaines précédentes. Deux semaines après la fin des activités intensives, une dernière rencontre entre tous les participants était proposée. L'auteure de la thèse a assuré toutes les fonctions d'animatrice de la CdP ainsi que recommandé par les écrits, c'est-à-dire faciliter son déroulement général, animer les discussions et faciliter les interactions entre les participants, coordonner l'ensemble des activités de la CdP et gérer la résolution de problèmes (Barwick et al., 2009; Wenger et al., 2002). L'animatrice a ainsi envoyé des messages aux membres régulièrement afin de les informer sur le déroulement des activités proposées ainsi que préparé et partagé des capsules vidéo pour donner des informations pratiques sur les activités. Lors des rencontres, elle a adopté une attitude d'écoute et d'ouverture, tout en prenant soin d'exprimer des propos neutres, même si inévitablement teintés de son expérience clinique. Elle a posé des questions et reformulé régulièrement les propos des participants pour s'assurer que ce qui avait été dit était compris par tous. En outre, elle s'est assurée que les membres puissent s'exprimer autant que voulu en tout respect du tour de parole et de l'ensemble du groupe. Le texte qui suit détaille chacune de ces étapes de la CdP.

Tableau I. Planification des activités et des sujets de discussion selon les objectifs de recherche et les objectifs de formation continue de la communauté de pratique, en fonction du thème de la semaine

Semaine 1 – Les bases théoriques du projet, la finalité de la réadaptation et les facteurs de satisfaction au travail			
Objectifs de recherche	Objectifs de formation continue	Activités suggérées	Sujets de discussion
Soutenir les apprentissages sur les bases théoriques du projet et l'engagement des participants dans la CdP	Acquérir des connaissances	Consultation de ressources sur la pratique basée sur les données probantes en orthophonie (Foster et al. 2013; McCurtin et Roddam 2012; Miao et al. 2014), la pratique réflexive (Caty, Kinsella et Doyle, 2015) et les communautés de pratique (Evans et al., 2014; Li et al., 2009)	Quelles sont vos réactions par rapport à vos lectures?
	Interagir entre pairs	Discussion sur les ressources suggérées	
Soutenir et décrire les réflexions sur la finalité de la réadaptation de l'aphasie	Interagir entre pairs	Partage et consultation de vignettes démontrant un « cas succès », incluant les objectifs d'intervention poursuivis	Question de la semaine : Quels sont les facteurs qui influencent votre satisfaction au travail? Qu'est-ce qui fait que vous êtes satisfait de vos interventions?
	Partager des connaissances Développer son identité professionnelle		
		Réponse à la question de la semaine sur les facteurs de satisfaction au travail	

Semaine 2 – L'établissement des objectifs d'intervention

Objectifs de recherche	Objectifs de formation continue	Activités suggérées	Sujets de discussion
Soutenir et décrire les apprentissages sur le processus d'établissement des objectifs d'intervention	Acquérir des connaissances	Consultation de ressources sur les objectifs (Hersh et al. 2012; Howe et al., 2012; Sherratt et al., 2011; Worrall et al., 2011); site internet AARP	À la suite des lectures de la semaine, que retenez-vous pour votre pratique concernant l'établissement des objectifs d'intervention?
	Interagir entre pairs Partager des connaissances Acquérir des connaissances	Discussion sur les ressources suggérées Partage et consultation de matériel utilisé pour établir les objectifs (outils, questionnaires, banque d'objectifs)	
Soutenir et décrire les réflexions sur le processus d'établissement des objectifs d'intervention	Interagir entre pairs Partager des connaissances Co-crée des connaissances Développer son identité professionnelle	Réponse à la question de la semaine Participation à une rencontre synchrone thématique portant sur l'établissement des objectifs d'intervention	Question : Quelles sont vos réactions quant au fait que l'établissement des objectifs pourrait être ce qui est fait en premier dans la prise en charge d'un client et quels sont les moyens que vous envisagez afin que l'établissement des objectifs du client soit la première étape de votre prise en charge?

Semaine 3 – L'évaluation et la mesure de l'efficacité des interventions

Objectifs de recherche	Objectifs de formation continue	Activités suggérées	Sujets de discussion
Soutenir et décrire les apprentissages sur l'évaluation et la mesure de l'efficacité des interventions	Acquérir des connaissances	Consultation de ressources sur l'évaluation (Isaksen 2014; Mazaux et al. 2003; outils ALA, CIQ, MHAVIE et SSQoL; site internet AARP	
	Interagir entre pairs Partager des connaissances Acquérir des connaissances	Discussion sur les ressources suggérées Partage et consultation de matériel utilisé pour l'évaluation	À la suite des lectures de la semaine, que retenez-vous pour votre pratique concernant l'évaluation et la mesure de l'efficacité des interventions?
Soutenir et décrire les réflexions sur l'évaluation et la mesure de l'efficacité des interventions	Interagir entre pairs Partager des connaissances Co-crée des connaissances Développer son identité professionnelle	Réponse à la question de la semaine Participation à une rencontre synchrone thématique sur l'évaluation et l'efficacité des interventions	Question de la semaine : Afin de documenter l'efficacité des interventions, on doit commencer par une évaluation initiale qui reflète les changements qu'on anticipe en lien avec l'intervention qui sera proposée, en phase avec les objectifs du client. Dans cette optique, comment s'y prendre pour documenter l'efficacité des interventions en orthophonie?

Semaine 4 – L’intervention indirecte

Objectifs de recherche	Objectifs de formation continue	Activités suggérées	Sujets de discussion
Soutenir et décrire les apprentissages sur l’intervention indirecte	Acquérir des connaissances	Consultation de ressources sur l’intervention auprès des interlocuteurs des personnes aphasiques (Cameron et Gignac, 2008; Hilton et al., 2014; Simmons-Mackie et al., 2010); sites AARP et <i>Better Conversation with Aphasia</i>	
	Interagir entre pairs Partager des connaissances Acquérir des connaissances	Discussion sur les ressources suggérées Partage et consultation de matériel pour l’intervention auprès des interlocuteurs	Que retenez-vous de vos lectures ou de la consultation du site <i>Better Conversations with Aphasia</i> pour votre pratique clinique?
Soutenir et décrire les réflexions sur l’intervention indirecte	Interagir entre pairs Partager des connaissances Co-crée des connaissances Développer son identité professionnelle	Réponse à la question de la semaine Participation à une rencontre synchrone thématique sur l’intervention indirecte Partage et consultation de vignettes décrivant une intervention indirecte qui a eu un effet positif sur la personne et/ou sur son entourage	Question de la semaine : Quels impacts positifs peut avoir une intervention indirecte sur la personne avec aphasie et son entourage?

Semaine 5 – L'intervention directe

Objectifs de recherche	Objectifs de formation continue	Activités suggérées	Sujets de discussion
Soutenir et décrire les apprentissages sur l'intervention directe auprès de la personne aphasique	Acquérir des connaissances	Consultation de ressources sur l'intervention directe (Fama et al., 2016; Hoover et al., 2014; Palmer et al., 2012; Rautakoski, 2014; Shrubsole et al. 2016); site internet AARP	
	Interagir entre pairs Partager des connaissances Acquérir des connaissances	Discussion sur les ressources suggérées Partage et consultation de matériel utilisé pour l'intervention directe auprès des personnes aphasiques	Quelles sont vos réflexions et commentaires par rapport aux ressources partagées cette semaine?
Soutenir et décrire les réflexions sur l'intervention directe auprès de la personne aphasique	Interagir entre pairs Partager des connaissances Développer son identité professionnelle	Réponse à la question de la semaine Partage et consultation de vignettes décrivant une intervention directe qui a eu un effet positif sur la personne et/ou sur son entourage	Question de la semaine : Quels impacts positifs peut avoir une intervention directe sur la personne avec aphasie et son entourage?

Semaine 6 – La planification du congé

Objectifs de recherche	Objectifs de formation continue	Activités suggérées	Sujets de discussion
Soutenir et décrire les apprentissages sur la planification du congé	Acquérir des connaissances	Consultation de ressources sur le congé (Hersh, 2009; Hersh, 2010; Kovarsky, 2008); répertoire de ressources accessibles pour personnes ayant des incapacités physiques et sensorielles	
	Interagir entre pairs Partager des connaissances Acquérir des connaissances	Discussion sur les ressources suggérées Partage et consultation de matériel concernant la planification du congé	Quelles sont vos réflexions par rapport à vos lectures et à la consultation du matériel?
Soutenir et décrire les réflexions sur la planification du congé	Interagir entre pairs Partager des connaissances Co-créeer des connaissances Développer son identité professionnelle	Réponse à la question de la semaine Participation à une rencontre synchrone thématique sur le congé	Question de la semaine : Étant donné que nous n'avons pas toujours le contrôle sur le moment du congé, comment faire en sorte que le congé soit une expérience positive pour vous, pour la personne aphasique et pour son entourage?

La rencontre synchrone initiale, qui a eu lieu avant les six semaines d'activités, a permis aux participants de se familiariser les uns avec les autres, même si certains se connaissaient déjà parce qu'ils venaient du même milieu clinique ou avaient déjà travaillé ensemble par le passé. Avant la tenue de cette rencontre, les participants ont rempli une fiche d'information pour indiquer l'endroit où ils travaillent, leur clientèle principale, leur nombre d'années d'expérience, leur lieu de formation ainsi que la raison pour laquelle ils ont choisi de participer à la CdP. Cette fiche d'information a été partagée sur la plate-forme afin de permettre aux membres de la CdP de se renseigner sur leurs pairs. La rencontre a été enregistrée. Ainsi, même si une des participantes a connu des problèmes techniques durant la rencontre, elle a pu visionner la partie qu'elle avait manquée par la suite. Une autre participante n'était pas disponible au moment choisi pour cette première rencontre et l'a visionnée en différé. La première rencontre synchrone a permis à l'animatrice d'exposer aux participants les bases théoriques du projet et de présenter un résumé préliminaire et sommaire des réponses qu'ils avaient données quant à la finalité perçue des interventions lors des entrevues individuelles initiales. Cette présentation a été réalisée en vue de créer une base commune concernant le contexte théorique du projet et une réflexion commune à propos de la finalité perçue des interventions, ce qui a permis aux participants de savoir ce que d'autres avaient répondu et d'y réagir. Les participants ont été plutôt intéressés et enthousiasmés par ce résumé, mais n'ont pas apporté de nouvelles données quant à la perception de la finalité de la réadaptation, selon nos observations en temps réel, qui n'ont pas fait l'objet d'analyses formelles. Ultérieurement, des analyses plus approfondies des entrevues initiales ont donné lieu à une théorie plus raffinée (voir étude 1). De plus, la rencontre synchrone initiale a permis à l'animatrice de discuter avec les participants du déroulement de la CdP et de leur présenter l'ensemble des thèmes et des activités suggérés. Au départ, il n'était d'ailleurs pas prévu qu'il y ait des rencontres thématiques, mais lorsque l'animatrice a soumis l'idée aux participants, ceux-ci ont démontré un enthousiasme qui a fait en sorte que les rencontres thématiques ont effectivement été ajoutées à l'agenda. Il a aussi été décidé lors de cette rencontre que l'animatrice allait envoyer un courriel hebdomadaire aux participants afin de leur rappeler l'ensemble des activités suggérées et de leur signaler si une activité était d'importance singulière.

Environ deux semaines après cette première rencontre synchrone, les six semaines d'activités structurées ont été lancées, telles que détaillées dans le tableau 1. Chaque semaine, les participants ont rempli un journal de bord, dans lequel il leur était demandé de consigner à quelles activités ils avaient participé, le temps passé à réaliser chacune des activités et/ou le temps total passé dans la CdP, leur appréciation des activités et de leur participation ainsi que leurs apprentissages et réflexions. En plus de constituer une modalité de collecte de données, les journaux de bord ont été conçus en tant qu'outil de pratique réflexive pour les participants, qui devaient se questionner sur l'apport de leur participation aux activités à leur pratique clinique. Un exemple de journal de bord est disponible en annexe 3. L'auteure a consulté les journaux de bord des participants au fur et à mesure que ceux-ci les remplissaient, ce qui lui a permis d'ajuster les informations partagées aux participants chaque semaine. Par exemple, après avoir lu plusieurs fois dans les journaux de bord que les participants sentaient qu'ils n'avaient pas le temps de participer à toutes les activités suggérées, l'auteure a réitéré la recommandation de choisir parmi l'éventail d'activités suggérées hebdomadairement afin de consacrer environ une heure par semaine à la CdP.

Enfin, une dernière rencontre synchrone a eu lieu deux semaines après la fin des six semaines structurées de la CdP, afin de laisser le temps aux participants de poser un regard sur leur expérience globale dans la CdP. Cette dernière rencontre a permis aux membres de partager leur expérience en termes de format et de contenu des activités auxquelles ils avaient participé et de discuter de leurs accomplissements par semaine d'activités. Cette dernière rencontre a également permis de révéler que les participants étaient plutôt déçus de voir se terminer la CdP, et plusieurs ont émis le souhait de poursuivre leurs échanges comme groupe au-delà de ce projet de recherche.

2.4.3 Les données recueillies dans le cadre de la communauté de pratique

Les activités de la CdP ont donné lieu à une quantité importante de données. D'abord, les rencontres synchrones ont permis de recueillir des enregistrements audiovisuels de chaque rencontre, qui ont par la suite été retranscrits. De plus, pendant le déroulement des rencontres synchrones, puisque les participants avaient la possibilité de s'exprimer par écrit sur la plate-

forme en temps réel, ce corpus écrit a également été recueilli. Ensuite, les activités de partage de documents ont donné lieu à un répertoire de documents partagés, classés par semaine. Les discussions écrites sur les ressources consultées ont donné lieu à un corpus écrit, de même que les questions de la semaine. Ces données n'ont pas fait l'objet d'analyses approfondies dans le cadre de cette thèse, mais sont disponibles pour analyse ultérieure.

Les données issues de la communauté de pratique qui ont été analysées dans le cadre de cette thèse correspondent au contenu écrit des journaux de bord remplis hebdomadairement par les participants. Ces journaux de bord contiennent des informations autant quantitatives (ex. : temps passé par semaine dans une activité) que qualitatives (ex. : appréciation de l'activité), informations dont il sera question dans la section 2.5 (analyse des données).

2.4.4 Les entrevues finales

Entre quatre et 10 semaines (moyenne = 6 semaines) après la fin de la CdP et en moyenne six mois après la première entrevue, l'auteure a rencontré chacun des participants en entrevue individuelle semi-structurée. Tout comme pour l'entrevue initiale, les participants ont reçu préalablement un guide de préparation à l'entrevue finale afin d'être informés sur les sujets qui seraient abordés et de démarrer une réflexion sur ceux-ci. Le guide de préparation à cette entrevue est disponible en annexe 4. Avant chacune des entrevues finales, l'auteure a pris soin d'informer les participants qu'elle était prête à entendre tous les aspects de leur expérience dans la CdP, incluant les moins positifs. Elle les a aussi avisés que la CdP a pu n'avoir aucun effet sur leur pratique et, le cas échéant, qu'elle était intéressée à le savoir. Ceci a contribué à installer un climat de confiance dès le début de l'entrevue et a encouragé les participants à se confier ouvertement. L'entrevue finale a permis de recueillir les perceptions des 13 membres de la CdP quant à leur expérience au sein de la communauté, tant au plan du format que du contenu des activités, ainsi que leurs interactions avec les autres membres de la CdP. Les participants ont aussi été questionnés sur les changements éventuels à leur pratique et sur l'évolution de leur expertise clinique. Ils ont pu réviser leurs attentes initiales par rapport à la CdP, qu'ils avaient formulées lors de la première entrevue, et poser un regard sur l'influence du projet de recherche

sur le déroulement de la CdP. La grille complète de l'entrevue finale est disponible en annexe 5.

Par ailleurs, en ce qui concerne les quatre participants qui n'ont pas participé à la CdP (n = 3) ou qui y ont participé seulement en partie (n = 1), ils ont tout de même été rencontrés en entrevue individuelle finale. Un canevas d'entrevue a été conçu spécialement pour les participants qui n'ont pas pris part à la communauté de pratique et se retrouve en annexe 6. Les entrevues finales de ces quatre participants n'ont pas fait l'objet d'analyses dans le cadre de cette thèse, mais pourraient certainement contribuer à approfondir les résultats dans une étape ultérieure.

2.5 L'analyse des données

La collecte de données a permis de recueillir du matériel empirique visant à répondre à chacun des objectifs spécifiques de la thèse. Chacun des objectifs est détaillé dans les prochaines sous-sections, qui précisent également la nature des données recueillies ainsi que la méthode d'analyse utilisée.

2.5.1 Mieux comprendre la pratique orthophonique à l'aide de la théorisation ancrée

Afin de mieux comprendre la pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie et la place accordée à la participation sociale dans la prise en charge, ce qui correspond au premier objectif spécifique de la thèse, les données recueillies sont les transcriptions des entrevues individuelles initiales. Ces données ont été analysées à l'aide de la théorisation ancrée. Le détail et les résultats de cette analyse sont disponibles dans l'étude 1.

La théorisation ancrée est la méthode choisie pour analyser les entrevues en raison de son potentiel à expliquer et à illustrer les résultats de manière théorique à l'aide d'un modèle construit à partir des données permettant de relier les éléments des résultats entre eux (Charmaz, 2014; Corbin et Strauss, 2015). La théorisation ancrée appartient au courant constructiviste et

reconnaît que les connaissances sont relatives à l'expérience des participants en lien avec le phénomène étudié (Guba et Lincoln, 1994).

La théorisation ancrée s'opère en différentes étapes. Bien que celles-ci diffèrent légèrement d'un auteur à l'autre, les étapes qui ont été suivies dans le cadre de ce travail correspondent aux étapes décrites par Charmaz (2014) et Corbin et Strauss (2015). Avant même d'entreprendre le codage, il est utile que le chercheur s'immerge dans les données afin d'en saisir le sens global, ce que l'auteur de cette thèse a fait en écoutant et en lisant plusieurs fois les entrevues des participants avant de commencer l'analyse. La théorisation ancrée débute par un codage initial, ouvert, qui permet de coder chaque partie des données qui répond à la question de recherche sous un « descripteur ». Ce descripteur, afin de bien représenter le sens des paroles des participants, doit inclure des mots simples, idéalement débiter par un verbe d'action et contenir les mots de vocabulaire employés par le participant. Durant la phase de codage initial, des catégories peuvent déjà commencer à apparaître. En théorisation ancrée, les catégories ne sont pas déterminées à l'avance, mais émergent des données, d'où l'importance de demeurer attentif au sens des mots utilisés par les participants. La phase de codage axial correspond à la deuxième étape de la théorisation ancrée. Il s'agit alors de regrouper les descripteurs similaires sous une même catégorie et d'établir des liens entre ces catégories. Les différentes catégories ont des propriétés qui permettent de justifier que l'on regroupe certains descripteurs ensemble. Par exemple, la catégorie « faire des tâches de langage décontextualisées » a différentes propriétés telles que « fréquence à laquelle cette activité clinique est réalisée » et « objectif derrière cette activité clinique ». Ainsi, les énoncés qui donnent des indices similaires quant à la fréquence ou à la raison derrière l'activité sont regroupés ensemble. En cours de codage, de nouvelles propriétés s'ajoutent aux catégories existantes. Les catégories qui réfèrent au même concept sont également regroupées. Si on reprend l'exemple de la catégorie « faire des tâches de langage décontextualisées », elle constitue une activité clinique de l'orthophoniste, au même titre qu'« établir les objectifs d'intervention », par exemple. Une catégorie de niveau supérieur, « activités cliniques des orthophonistes », est ainsi créée et compte, elle aussi, des propriétés qui la caractérisent, telles que « importance de l'activité clinique dans la pratique » et « cible de l'activité clinique ». Les activités cliniques sont donc sous-catégorisées comme étant d'importance « centrale » ou « périphérique », ou encore ayant pour cible « l'incapacité

langagière » ou « la participation sociale ». Lorsqu'il n'y a plus de nouvelles propriétés qui caractérisent la catégorie, on arrive à ce qu'on appelle une saturation théorique (Charmaz, 2014; Corbin et Strauss, 2015). La troisième étape est le codage sélectif, c'est-à-dire le regroupement des différentes catégories autour d'un concept central (*core concept*), dans le but d'arriver à la création d'un modèle théorique pour expliquer l'ensemble des données. Le concept central constitue une idée, un thème général qui transcende les données et qui représente l'ensemble des perceptions des participants. Les catégories qui s'articulent autour de ce concept représentent les conditions pour y arriver, les actions à prendre pour l'actualiser ainsi que les conséquences qui en découlent. Afin d'illustrer le processus d'analyse des données issues des entrevues initiales selon les principes de la théorisation ancrée, voir l'annexe 7, qui constitue également l'« Appendix 1 » du premier article de cette thèse. Finalement, l'ensemble des données s'inscrit dans un contexte particulier, qu'il est généralement utile de décrire et d'inclure au modèle théorique. L'ensemble du codage a été facilité par l'utilisation du logiciel NVivo.

Afin d'arriver à identifier les catégories, le concept central et les liens qui les unissent, il est utile de rédiger, de façon fréquente et à différents moments de la période d'analyse des données, des *mémos* afin de rendre explicite l'interprétation des résultats par le chercheur. Les mémos peuvent porter sur les différentes catégories séparément, sur les propriétés des catégories ou encore sur les liens entre les différentes catégories (Corbin et Strauss, 2015), offrant ainsi une variété de perceptions sur le sens des données. Les mémos sont un outil d'analyse puissant, car ils permettent au chercheur de prendre de la hauteur par rapport aux données brutes en travaillant plutôt avec des concepts, en plus d'offrir la possibilité de faire des vérifications quant aux liens établis entre les concepts et les données brutes (Charmaz, 2014; Corbin et Strauss, 2015). Ils sont également utilisés par le chercheur pour expliciter ses réactions face aux données et pour distinguer ce qui appartient aux connaissances antérieures du chercheur de ce qui appartient aux données empiriques, devenant ainsi un outil de réflexivité (Charmaz, 2014; Mauthner et Doucet, 2003). Les mémos peuvent être la base de discussions entre experts et faire progresser l'analyse. Les mémos ont été utilisés à maintes reprises dans le cadre du présent travail afin de guider les discussions entre l'étudiante et sa directrice, ce qui a grandement contribué au raffinement et à l'approfondissement des analyses.

2.5.2 Évaluer la communauté de pratique à l'aide de l'analyse logique

Afin d'évaluer et de décrire les composantes d'une communauté de pratique destinée à des orthophonistes et portant sur les approches qui concernent la participation sociale, ce qui correspond au deuxième objectif spécifique de la thèse, les données recueillies correspondent à l'entité « communauté de pratique » telle que décrite de façon détaillée dans la section 2.4.2 (caractéristiques générales, choix des objectifs, choix des thèmes, choix des activités, déroulement de la CdP). Cette section fait état du processus de conception et du déroulement de la CdP, qui constitue une méthode en soi, laquelle devient elle-même objet d'analyse dans le cadre d'un objectif d'évaluation de la CdP. La méthode de conception de la CdP a été analysée à l'aide de l'analyse logique. L'étude 2 est associée à cet objectif.

L'analyse logique est utilisée afin d'identifier les relations qui unissent une problématique, la solution étudiée pour y remédier et l'objectif ultime de la mise en place de cette solution (Brousselle et Champagne, 2011). L'analyse logique a été choisie puisqu'elle est généralement accompagnée de l'élaboration d'un modèle logique, qui permet d'illustrer clairement chacune des composantes de l'intervention à évaluer. Dans le cas présent, la « problématique » correspond à l'écart qui semble exister entre les pratiques optimales en réadaptation de l'aphasie et les pratiques des orthophonistes, en lien avec le concept de participation sociale. La « solution » correspond à la stratégie de transfert de connaissances qui a été choisie afin de répondre à la problématique, c'est-à-dire la CdP dans son ensemble, incluant toute la méthode de conception, de planification et d'implantation. L'« objectif ultime » de la mise en place de cette solution proposée constitue quant à lui les changements de pratiques éventuels des participants à la CdP en faveur de l'adoption de pratiques qui concernent la participation sociale. L'utilisation d'un modèle logique permet de représenter et de considérer chacune de ces composantes. Afin d'en faire une évaluation complète, le modèle logique doit considérer les ressources (objectifs, ressources humaines et matérielles), les processus (structure, activités nécessaires à la production de retombées) ainsi que les retombées à court terme (produits, outputs) et à plus long terme (résultats des activités, niveau d'impact) de la CdP (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz, 2011; Chyung, 2015; Cooksy, Gill et Kelly, 2001; Knowlton et Phillips, 2012; McLaughlin et Jordan, 1999; Rush et Osborne, 1991).

2.5.3 Évaluer les retombées à court terme de la communauté de pratique à l'aide de l'analyse thématique de contenu

Afin d'évaluer les retombées à court terme de la communauté de pratique – c'est-à-dire les retombées ayant eu lieu pendant le déroulement de la communauté de pratique – pour les orthophonistes qui y ont participé, ce qui correspond au troisième objectif spécifique de la thèse, les données recueillies correspondent au contenu écrit des journaux de bord. Ces données ont été analysées au moyen de l'analyse thématique de contenu. L'analyse de ces données est disponible dans l'étude 2.

La nature et la quantité de données recueillies via les journaux de bord des participants ne justifient pas l'utilisation de la théorisation ancrée, ni d'une autre méthodologie qualitative plus sophistiquée. Effectivement, le contenu des journaux de bord correspond à de courtes phrases qui dépassent rarement quelques lignes ou même parfois à des mots clés pour exprimer une idée. L'analyse thématique de contenu est ainsi suffisante pour dégager et interpréter les thèmes issus de ces données moins nombreuses et moins complexes (Braun et Clarke, 2006). Par contre, il existe des similitudes entre la théorisation ancrée et l'analyse thématique de contenu quant à la façon de procéder, surtout au début. Les deux méthodologies appartiennent à la recherche qualitative et au courant constructiviste : ainsi, dans les deux cas, des catégories – appelées « thèmes » dans l'analyse thématique – émergent des données empiriques. Toutefois, l'analyse thématique ne cherche pas nécessairement à établir des liens entre les thèmes, et conséquemment, aucun modèle théorique n'en découle. L'analyse thématique de contenu a été employée dans cette thèse sur la base de la méthodologie suggérée par Braun et Clarke (2006).

L'analyse thématique se fait en six étapes. Tout comme pour la théorisation ancrée, la première étape de l'analyse thématique est de se familiariser avec les données, en étant exposé à celles-ci de façon intensive et prolongée. Ainsi, dans le cadre de la présente étude, le contenu des journaux de bord a été lu maintes fois et dans différents ordres. Ceci permet une perspective large des données et parfois de constater l'émergence de *patterns* dans les données. La deuxième étape de l'analyse thématique est de générer des codes initiaux et s'apparente à l'étape du codage ouvert de la théorisation ancrée. La troisième étape, l'identification de thèmes, débute lorsque tous les codes initiaux ont été colligés. À ce moment, les codes initiaux sont analysés et ceux

qui sont similaires sont regroupés sous un même thème. Cette étape de l'analyse permet parfois de mettre en lumière des sous-thèmes ou des thèmes plus généraux, mais c'est seulement lors de la phase suivante que cette hiérarchisation des thèmes sera effectuée. La quatrième étape constitue donc la révision des thèmes, qui implique des allers-retours entre les données brutes et les thèmes trouvés ainsi qu'une réflexion sur la place de certains thèmes par rapport aux résultats en entier. L'utilisation d'une carte conceptuelle de thèmes est parfois judicieuse à cette étape, ce qui fut possible grâce au logiciel NVivo dans le cas de notre étude. Lorsque cette carte conceptuelle est claire et représente les données de façon satisfaisante, la cinquième étape peut débiter, c'est-à-dire définir les caractéristiques et raffiner les thèmes qui ont été trouvés, en portant une attention particulière au vocabulaire qui est employé pour les désigner. La sixième et dernière étape de l'analyse thématique est la production écrite d'un rapport ou d'un article qui décrit le processus d'analyse avec justesse en choisissant des exemples qui représentent bien chaque thème (Braun et Clarke, 2006).

2.5.4 Évaluer les retombées à long terme de la communauté de pratique à l'aide de la théorisation ancrée

Afin d'évaluer les retombées à long terme de la communauté de pratique – c'est-à-dire les retombées ayant eu lieu plusieurs semaines après la fin des activités de la communauté de pratique – pour les orthophonistes qui y ont participé, ce qui correspond au quatrième objectif spécifique de la thèse, les données recueillies correspondent aux transcriptions des entrevues individuelles finales. Ces données ont été analysées à l'aide de la théorisation ancrée telle que décrite à la section 2.5.1. La théorisation ancrée a été choisie pour analyser les entrevues finales en raison de son potentiel à expliquer et à illustrer les résultats à l'aide d'un modèle théorique (Charmaz, 2014; Corbin et Strauss, 2015). L'analyse de ces données est disponible dans l'étude 3.

2.6 La rigueur

Afin d'évaluer la rigueur relative au processus d'analyse des données en recherche qualitative, on peut parler de « crédibilité » et de « transférabilité » de la recherche (Corbin et Strauss, 2015; Lincoln et Guba, 1985), qui se déclinent en plusieurs stratégies. Ces stratégies correspondent d'une part au raisonnement et à la logique derrière la conception du projet de recherche, qui ont été explicités tout au long de cette section, et d'autre part à l'utilisation de diverses techniques assurant la rigueur de la recherche (O'Brien et al., 2014). Les techniques assurant la crédibilité de la recherche correspondent à différents outils permettant notamment d'assurer la réflexivité de la chercheuse clinicienne discutée plus tôt (Finlay, 2002). Ces outils de réflexivité incluent l'utilisation d'un journal de recherche, la rédaction de mémos, la consultation d'experts, les allers-retours fréquents dans les données et la recherche de cas négatifs et sont discutés dans le texte qui suit.

Premièrement, l'auteure a tenu un journal tout au long de sa collecte de données afin d'y consigner ses réflexions, ses *a priori* sur la pratique orthophonique et ses possibles biais. Puisqu'elle avait une connaissance préalable de la pratique orthophonique, il était primordial qu'elle mette par écrit à plusieurs étapes du projet ses préoccupations ainsi que les questions qui sont survenues en cours de collecte et d'analyse des données. Ceci a permis au final de bien faire la distinction entre les données effectivement recueillies et ce qui était connu avant la recherche.

Deuxièmement, après chacune des entrevues individuelles, l'auteure a rédigé un mémo sur sa relation avec le participant, sa perception de la pratique de celui-ci ainsi que de premières interprétations des propos recueillis. Ces mémos ont été consultés à différents moments de l'analyse qui s'en est suivie afin d'interpréter les données dans leur ensemble. Puisque l'auteure connaissait déjà certains participants préalablement à la collecte de données, dont certains en tant que collègues, il était impératif qu'elle distingue ce qu'elle entretenait comme croyances à leur égard avant le début de projet de recherche de ce qu'elle avait appris de leur pratique pendant la collecte. Afin que sa connaissance antérieure de certains participants n'influence pas ou influence le moins possible l'analyse, les données relatives à ces participants déjà connus n'ont pas été analysées dès le départ, mais plutôt après l'analyse de données relatives à d'autres

participants moins connus. Des mémos servant à l'analyse de données, tels que décrits dans la section portant sur la description de la théorisation ancrée (2.5.1), ont également été rédigés.

Troisièmement, les analyses émergentes, les idées nouvelles et les pistes d'exploration ont été discutées de façon régulière et fréquente avec la directrice, ce qui a permis aux analyses d'évoluer et au matériel empirique d'être regardé sous des angles différents. Puisque la directrice de l'auteure a assisté à chacune des rencontres synchrones de la CdP en tant qu'observatrice, les deux parties ont pu discuter en détail de ce qui s'y est passé chaque semaine, de faire une interprétation préliminaire des résultats et d'ajuster au besoin les activités proposées la semaine suivante. Il est aussi à noter que pour les études 1 et 2, les co-auteurs ont également été appelées à donner leur avis sur les analyses, ce qui a permis de réviser et/ou de détailler celles-ci grâce à de nouveaux points de vue d'experts. Toutes ces discussions avec différentes parties ont contribué à enrichir la compréhension, l'interprétation puis la présentation des résultats.

Quatrièmement, l'auteure s'est assurée en cours d'analyse que les résultats correspondaient bien à l'ensemble des données, en vérifiant régulièrement les liens entre les données et les catégories ou thèmes plus globaux et en s'assurant qu'il n'y avait pas de données contradictoires avec la théorie en développement. Ceci a permis de raffiner les analyses et de présenter les données telles que rapportées par les participants. Lorsqu'un cas ou un extrait semblait en contradiction, l'auteure s'assurait d'en tenir compte, ce qui menait souvent à une révision des propriétés du thème ou de la catégorie concernés.

Par ailleurs, la rigueur de cette recherche est également assurée par son caractère transférable, c'est-à-dire sa transférabilité. D'abord, les caractéristiques des participants recrutés ont été bien détaillées (ex. : nombre d'années d'expérience, milieu de travail, etc.), ce qui permet au lecteur d'exercer un jugement sur la transférabilité des résultats dans un autre milieu ou contexte. De plus, l'auteure a expliqué ses liens avec certains des participants et comment ceci a pu influencer les analyses. Finalement, les caractéristiques de la communauté de pratique ont été décrites de façon détaillée, révélant des informations précises sur son contenu et son déroulement, ce qui permet d'éclairer les contextes dans lesquels les résultats pourraient s'appliquer.

Notons finalement que ce projet de recherche dans son ensemble a été évalué et approuvé par le Comité d'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). Le certificat d'éthique associé à ce projet est disponible en annexe 8. Les informations compromettant la confidentialité des participants ont été retirées.

En somme, ce chapitre a permis de faire le point sur la méthodologie employée dans le cadre de ce projet de recherche qualitative. Il a notamment permis d'expliquer la position particulière de l'auteure de cette thèse, qui avait le rôle de chercheuse clinicienne. De plus, il a permis de décrire le contexte dans lequel s'est déroulée la collecte de données. Il a ensuite abordé le recrutement des participants, ainsi qu'une brève description de ceux-ci. Le chapitre s'est poursuivi par une explication de la conception et du déroulement de la collecte de données, incluant les entrevues initiales, la communauté de pratique dans son ensemble ainsi que les entrevues finales. Puisque la conception et la planification de la communauté de pratique constitue une méthode en soi, elle a fait l'objet d'une description détaillée. Ensuite, il a été question d'analyse des données en fonction de chacun des objectifs poursuivis dans le cadre de cette thèse. Le chapitre s'est terminé par les stratégies permettant d'assurer la rigueur durant tout le processus de recherche.

Les chapitres suivants constituent les résultats de cette thèse, présentés sous la forme de trois articles scientifiques. Ainsi, le chapitre 3 contient l'étude qui répond au premier objectif spécifique de la thèse, c'est-à-dire mieux comprendre la pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie et la place accordée à la participation sociale dans la prise en charge. Le chapitre 4 présente une étude qui permet de répondre aux deuxième et troisième objectifs de la thèse, qui sont, respectivement, d'évaluer et de décrire les composantes d'une communauté de pratique destinée à des orthophonistes et portant sur les approches qui concernent la participation sociale; et d'évaluer les retombées à court terme de la communauté de pratique pour les orthophonistes qui y ont participé. Le chapitre 5 contient la troisième et dernière étude, qui permet de répondre au quatrième objectif spécifique de la thèse, qui est d'évaluer les retombées à long terme de la communauté de pratique pour les orthophonistes qui y ont participé.

Chapitre 3. Résultats – premier article

Understanding Practices of Speech-Language Pathologists in Aphasia Rehabilitation: A Grounded Theory Study

Article soumis à la revue *Aphasiology* le 24 décembre 2018; accepté le 27 mars 2019

Dans le cadre de cet article, l’auteure de la thèse a effectué la conception de l’étude, la collecte de données, l’ensemble des analyses et la rédaction de l’article. Toutes ces étapes ont été réalisées sous la supervision attentive de la directrice de recherche, qui a participé activement aux analyses et à la rédaction du manuscrit. Les co-auteurs ont posé un regard global sur les analyses et ont contribué à la révision critique du manuscrit.

Understanding Practices of Speech-Language Pathologists in Aphasia Rehabilitation: A Grounded Theory Study

Christine Alary Gauvreau^{1,2}

Guyline Le Dorze^{1,2}

Claire Croteau^{1,2}

Marie-Christine Hallé^{2,3}

1. School of Speech-Language Pathology and Audiology, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Montreal (Quebec), Canada
2. Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal (CRIR), Montreal (Quebec), Canada
3. School of Physical and Occupational Therapy, McGill University, Montreal (Quebec), Canada

Abstract

Background: Social participation is the stated ideal end purpose of rehabilitation, however people with aphasia often have limited social participation following rehabilitation. Despite growing evidence regarding the importance of addressing social participation issues in aphasia rehabilitation, it is unknown how much these issues are considered by speech-language pathologists. More importantly, it is unclear what aphasia rehabilitation practice includes.

Aim: The aim of this study was to understand speech-language pathology practice in aphasia rehabilitation by means of a theoretical model.

Methods & Procedures: Grounded theory was used to structure this research study. Seventeen speech-language pathologists working in different settings of the care continuum of aphasia rehabilitation in Quebec (Canada) were recruited to participate in individual, semi-structured interviews. They were questioned about the ideal end purpose of aphasia rehabilitation and the clinical activities performed in practice. Recorded interviews were transcribed and analysed following an inductive, constructivist-based approach. Categories were identified and a theoretical model was developed.

Outcomes & Results: The main characteristic of the participants' practice was that it included underlying questions. These questions were either related to the purpose of aphasia rehabilitation or to the clinical activities performed to achieve that purpose. Four central clinical activities were described: counselling; assessing needs and abilities; setting therapy goals; and conducting therapy. Two clinical activities were not systematically performed; thus, they were considered peripheral within practice: including relatives in therapy and considering other parties. The focus of practice was either on language impairment or on social participation of the person with aphasia. Participants expressed different perceptions about the ideal end purpose of aphasia rehabilitation and considered their workplace environment as constraining or encouraging professional autonomy, which had an impact on the focus of practice. Underlying questions led participants to express a need for guidance to orient their practice.

Conclusions: Results contribute to a better understanding of aphasia rehabilitation practice. When deeply motivated by helping the person resume significant life habits, speech-language pathologists' practice was more likely to be focused on social participation, but questions

regarding clinical activities persisted. A future knowledge transfer strategy could help guide and orient speech-language pathologists.

Keywords (1-5): aphasia, rehabilitation, social participation, clinical practice, grounded theory

Background

More than a decade ago, the United Nations declared that participation was the ideal end purpose of rehabilitation (United Nations General Assembly, 2007). Accordingly, professionals, including speech-language pathologists (SLPs), were invited to include more participation-based approaches in rehabilitation practices. However, people with aphasia cannot always resume their life habits and enjoy full participation after rehabilitation (Cruice, Worrall, & Hickson, 2006b; Cruice, Worrall, Hickson, & Murison, 2003; Dalemans, de Witte, Beurskens, van Den Heuvel, & Wade, 2010; Dalemans, de Witte, Wade, & van Den Heuvel, 2010; Le Dorze, Salois-Bellerose, Alepins, Croteau, & Hallé, 2014). Low or restricted participation negatively impacts on quality of life (Cruice, Worrall, & Hickson, 2006a; Franzén-Dahlin, Karlsson, Mejhert, & Laska, 2010; Hilari, 2011; Hilari, Needle, & Harrison, 2012; Kim et al., 2005). This suggests that rehabilitation practices may be insufficient for optimal participation post-rehabilitation, considering that communication is essential to participation. In fact, it is unclear what speech-language pathology practice involves; thus, this study was undertaken with the overall goal of understanding SLP practice in aphasia rehabilitation.

In 2001, the World Health Organization (WHO) adopted a person-centred perspective by placing the individual before the medical condition (World Health Organization, 2001). The WHO created the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and defined participation as “involvement in life situations”. Many healthcare systems adopted this vision. In the province of Quebec, Canada, healthcare professionals refer to a similar model, The Human Development Model – Disability Creation Process (HDM-DCP), created by the International Network on the Disability Creation Process (INDCP). The HDM-DCP aims to document and explain the causes and consequences of a medical condition on social participation (<https://ripph.qc.ca/en/>). In the HDM-DCP, social participation is the realisation of a person’s life habits, which include six activities of daily living (communication, mobility, nutrition, physical fitness and psychological well-being, personal care and health, and housing) and six social roles (responsibilities, interpersonal relationships, community and spiritual life, education, employment, and recreation). In Quebec’s continuum of care, social participation is the stated ideal end purpose of rehabilitation (Tessier, 2012). Thus, it is possible that SLPs have,

as their other colleagues in rehabilitation, begun to consider their clinical practice in light of social participation.

Several life habits may be compromised for people with aphasia, above and beyond communication, such as interpersonal relationships, community life, responsibilities, employment, and recreation (Dalemans, de Witte, Wade, & van den Heuvel, 2008; Viscogliosi, Belleville, Desrosiers, Caron, & Ska, 2011). This is not surprising given that language abilities are needed to negotiate relationships, take on responsibilities such as buying goods, and participating in leisure and vocational activities. Although it is recommended that aphasia rehabilitation includes ways to enhance social participation to potentially have a positive impact on quality of life (Hilari & Northcott, 2006), it is unknown whether and how many of these activities are taken into consideration in speech-language pathology services.

A pilot study conducted in Quebec revealed that SLPs' practices in aphasia rehabilitation included the assessment of language impairment and interventions aiming at reducing language impairment, but considerations regarding social participation were not part of routine practice (Laliberté, Alary Gauvreau, & Le Dorze, 2016). This was also noted in the literature examining American (Torrence, Baylor, Yorkston, & Spencer, 2016) and Australian (Verna, Davidson, & Rose, 2009) SLPs. Regarding conversational partner training, SLPs reported they rarely and under specific conditions only, provided this intervention to significant others (Hallé, Le Dorze, & Mingant, 2014; Johansson, Carlsson, & Sonnander, 2011), although it has proven efficacy (Blom Johansson, Carlsson, & Sonnander, 2012; Hilton, Leenhouts, Webster, & Morris, 2014; Simmons-Mackie, Raymer, Armstrong, Holland, & Cherney, 2010; Simmons-Mackie, Raymer, & Cherney, 2016). It was also found that only a small proportion of SLPs considered social participation in their outcome assessment (Simmons-Mackie, Threats, & Kagan, 2005). Unsurprisingly, social participation was perceived as an implicit, unachieved goal of speech-language pathology services (Laliberté et al., 2016). This state of affairs justifies a deeper investigation into SLPs' practices as they relate to social participation.

When provided with scientific evidence, SLPs find it difficult to implement it in their practice (McCurtin & Roddam, 2012) and tend to give more value to their colleagues' opinion to orient clinical decision making (Zipoli & Kennedy, 2005). It is possible that there are some gaps in clinical practice guidelines, that they are not of sufficient quality in the field of post-

stroke aphasia (Rohde, Worrall, & Le Dorze, 2013 ; Shrubsole, Worrall, Power, & O' Connor, 2017) or that it takes too much time to engage in the uptake of these guidelines (Young, Shrubsole, Worrall, & Power, 2018). Moreover, SLPs might also consider that best practice recommendations are not pertinent to their specific work settings or inappropriate for their clients. This is coherent with the fact that evidence-based practice does not only include scientific evidence, but also clinical expertise and client values (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). In aphasia rehabilitation, evidence-based practice is also dependent on a specific workplace context (Foster, Worrall, Rose, & O' Halloran, 2013). Thus, SLPs need to integrate best external evidence with their clinical expertise and consider their clients' values.

In summary, although social participation is the theoretical, ideal end purpose of aphasia rehabilitation, SLPs may believe that they cannot achieve this goal. One possible consequence of this is that people with aphasia have limited social participation following rehabilitation. Thus, to improve the outcomes of aphasia rehabilitation, attention should be given to knowledge translation strategies that could facilitate the integration of best scientific evidence with clinical expertise, through activities involving interaction with peers. Communities of practice are groups of people “who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis” (p.4) (Wenger, McDermott, & Snyder, 2002). They may be well suited for SLPs motivated to improve outcomes for people with aphasia.

Aim

The aim of this study was to understand speech-language pathology practice in aphasia rehabilitation, in the context of the Quebec (Canada) healthcare system, using a theoretical model illustrating and explaining SLPs' perceptions.

Methods

Design

This qualitative research was set in a constructivist approach which required the recruitment of participants directly involved in the phenomenon and bottom-up data analyses to consider their perspectives (Lincoln & Guba, 1985). Grounded theory was the chosen methodology to best represent the participants' perceptions (Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015), because it allows for inductive elaboration of a data-driven theory.

Context

This study was part of CAG's PhD research. The full research project included an individual interview with SLPs, followed by the engagement of participants in a web-based Community of practice about social participation and aphasia rehabilitation, including online and offline thematic activities, and a second individual interview after the completion of these activities. Seventeen participants (16 women) were involved in the interviews, and 13 participated in the Community of practice, which was described elsewhere (Alary Gauvreau, Le Dorze, Kairy, & Croteau, 2018). The present study reports on the results of the first individual interviews with all 17 participants.

In Quebec's healthcare system, people with aphasia first integrate an acute care hospital. When SLPs from acute care settings recommend intensive rehabilitation, patients are usually transferred to an inpatient rehabilitation centre where they have access to speech-language pathology services typically five sessions a week, among other rehabilitation therapies such as physiotherapy and occupational therapy. When patients return home after acute care or inpatient rehabilitation, some attend outpatient rehabilitation at a lower weekly frequency and for a limited time period. Some institutions offer a "third stage of rehabilitation" and have a clear mission of social and vocational reintegration, however they are not present in all regions of Quebec (Tessier, 2012). In this regard, it was pertinent to have representatives from all the settings of the healthcare continuum.

Recruitment

The recruitment targeted SLPs from different settings of the aphasia rehabilitation continuum, namely acute care, inpatient, and outpatient rehabilitation, who knew about and

were interested in the topic of social participation (Carter, Ritchie, & Sainsbury, 2009). However, participants did not have to know or use specific guidelines or recommendations regarding social participation.

Data collection

Participants took part in an in-person, semi-structured, individual interview. The interview was designed on the principles of motivational interviewing, defined as “a collaborative conversation style for strengthening a person’s own motivation and commitment to change” (Miller & Rollnick, 2012). One purpose of motivational interviewing is to enhance the motivation of clinicians to translate rehabilitation research into practice (Lal & Korner-Bitensky, 2013). Although not specifically used to motivate participants to change their practice, motivational interviewing was used to understand their perceived ideal end purpose of aphasia rehabilitation. The interview was structured in a way that the interviewer used the previously stated ideal end purpose as a point of reference for the questions detailing clinical activities performed to achieve it. The full interview guide included five topics: 1- participants’ workplace context; 2- their perspectives on the ideal end purpose of aphasia rehabilitation and how they achieved it; 3- the factors that influenced the achievement of this ideal end purpose; 4- their perspectives about their own clinical expertise; and 5- their expectations regarding their potential participation in a Community of practice concerning social participation and aphasia rehabilitation. The concept of clinical expertise was introduced to participants as one of the three pillars of evidence-based practice, the two others being scientific evidence and client preferences and values (Sackett et al., 1996).

CAG, a practicing SLP, led all interviews. In line with qualitative and motivational interviewing techniques, she asked evocative open-ended questions, expressed affirmations without judging the participants, listened to them while offering reflections, and frequently summarised their thoughts to ensure full understanding and enhanced engagement (Corbin & Strauss, 2015; Lal & Korner-Bitensky, 2013). Interviews took place between November 2015 and January 2016 and lasted between 38 and 94 minutes. The location was chosen by the participant, and most interviews were conducted in the participant’s office, except for one that

was conducted by videoconference because the participant lived in a distant rural area. All interviews were held in French, were audio recorded and transcribed by a research assistant.

Data analysis

The three general steps of data analysis were based on the methods of grounded theory as described by Charmaz (2014) and Corbin and Strauss (2015): 1-initial, open coding; 2-focused coding and categorising; and 3- theory building, involving grouping categories together around a core concept. The next section explains the analysis in further detail.

CAG began by listening to all interviews and reading the transcribed verbatims many times and in different orders to immerse herself in the data over time. A research question guided data analysis: “How do participants perceive their practice in aphasia rehabilitation?” She began initial coding by writing open codes (i.e., short descriptor phrases) linked to participants’ transcribed verbatims, using simple words, selecting verbs rather than nouns, and staying close to participants’ vocabulary. After the initial coding of several transcripts, categories started to emerge, and the focused coding phase began. Initial coding was reviewed many times, until it was possible to organise all codes under the emerging categories. Focused coding involved the use of transparent conceptual codes, i.e., codes that synthesised the data but remained close to the content of the excerpts. Categorising involved higher-order conceptual codes and categories were shifted, sorted, and reorganised several times over the course of many months. In line with theoretical sampling, properties of the categories were continuously refined until saturation of these properties (Charmaz, 2014; Corbin & Strauss, 2015). Categories were linked to one another around a core concept, to represent the conditions under which certain actions occurred, as well as the consequences of these actions (Corbin & Strauss, 2015). To achieve theory building, CAG frequently reviewed raw data related to the categories, wrote memos to help interpretation of the data, and made tentative figures to illustrate the relationships between categories. Many figures were drawn until they fit satisfactorily with the data. Ultimately, all categories and chosen excerpts were translated to English. To facilitate data analysis, NVivo for

Mac software (version 12.2.0) was used. For an example of the data analysis process, see Supplementary material⁴.

To ensure credibility throughout the data analysis process, many strategies were used (Corbin & Strauss, 2015; Lincoln & Guba, 1985). First, during and after each interview, CAG gathered her impressions and reflections in a journal to clarify her biases and understandings. For transparency purposes, she indicated to participants that she was a practicing SLP herself (Richards & Emslie, 2000). Second, CAG frequently discussed the analyses and emerging results with GLD, her advisor. These debriefing sessions led to defining categories more precisely, writing various memos (e.g., about individual participants, emerging categories, relationships between categories...), and constantly going back to the data to validate the findings. Third, this in-depth analysis led to rich descriptions of the results that were presented to the other authors, both SLPs, who acted as external experts. Fourth, CAG and GLD looked for negative cases by confirming that no element of the dataset was contradictory with the built theory. Finally, the authors observed reflexivity, i.e., the capacity to make explicit one's values and to examine one's impact on the research object (Finlay, 2002).

Results

Participants

The 17 participants had between 1,5 and 28 years of experience with a mean of 13,5 years and worked in various settings (see Table 1). They came from urban, suburban and rural regions of Quebec. Five participants were colleagues of CAG, which facilitated co-construction of the interview narrative due to shared experiences (Clark, 2015).

⁴ L'annexe 7 de cette thèse correspond au « Supplementary material » auquel fait référence ce premier article.

Table 1 Demographic information about speech-language pathologist participants (n = 17)

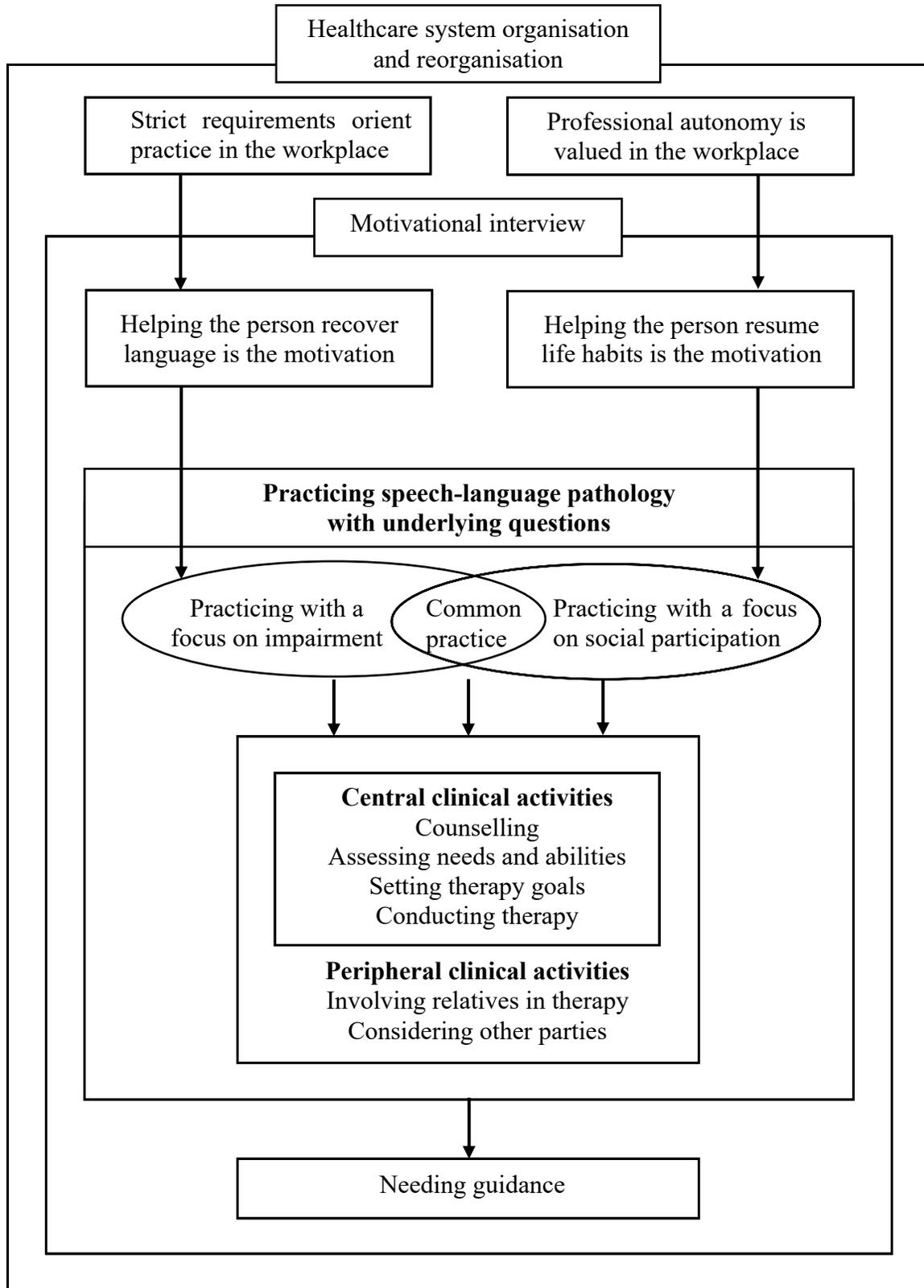
	Nb of participants
Age range (min = 25; max = 53; mean = 39,1 yrs)	
25-34	7
35-44	3
45-54	7
Years of experience (min = 1,5 yr; max = 28 yrs; mean = 13,5 yrs)	
< 5 years	7
> 14 years	10
Main work setting	
Acute care	2
Inpatient rehabilitation	5
Outpatient rehabilitation	10

A model was developed to represent the perspectives of participants about their practice in aphasia rehabilitation. The core concept of this model was “practicing speech-language pathology with underlying questions”. It was further elaborated in terms of six actions: four central clinical activities and two peripheral clinical activities. The central clinical activities were: counselling, assessing the person’s needs and abilities, setting therapy goals, and conducting therapy. Peripheral clinical activities were: involving relatives in therapy and considering other parties, such as professionals from other programmes, team members, or members of community organisations. Throughout the descriptions of their clinical activities, two patterns were found: a practice focused on language impairment and focused on social participation. There were differences and common ground between these two patterns. The term “impairment” was defined as an alteration of the person’s health (HDM-DCP) or body functions (ICF), and in this case the person’s language. Thus, a practice focused on impairment considered language impairment. The perceived ideal end purpose was the “ultimate goal” of aphasia

rehabilitation, the basic motivation of practice. In the model, it was a condition that influenced the focus of practice. The two basic clinical motivations were: helping the person recover language and helping the person resume significant life habits. Furthermore, within the specific healthcare system in which the study occurred, and a recent reorganisation of this system, workplace features were also conditions that influenced the perceived ideal end purpose. Where strict organisational requirements oriented practice, there was a focus on impairment, whereas settings valuing professional autonomy were associated with a focus on social participation. Regardless of focus, participants had two types of questions regarding several aspects of their practice. Some questions were related to how to achieve certain outcomes while others, more fundamental, concerned the rationale for clinical activities and implicitly addressed the purpose of the practices. Consequently, participants expressed a need for guidance (see Figure 1). The next sections detail the conditions influencing practice, the actions focusing either on impairment or on social participation, and the consequences of practicing speech-language pathology with underlying questions.

The study was conducted in the context of the public healthcare system of Quebec and a recent reorganisation changing from three to two levels of governance undertaken to improve accessibility, quality and efficiency of healthcare services (Wankah et al., 2018). Many participants stated that the reorganisation negatively impacted their practice and reduced budgets entailed less services to patients.

Figure 1 Theoretical representation of speech-language pathologists' practice in aphasia rehabilitation



Workplace features

In the model, workplace features influence the purpose of aphasia rehabilitation. When participants perceived their workplace organisation to have strict requirements, such as closely monitored lengths of stay, target numbers of patients to treat daily, and limited team collaboration, participants tended to focus on language impairment. One participant mentioned:

“One difficult thing is that there is not enough time, because we know that the therapy material has to be personalised, that the level of difficulty [of language tasks] has to be gradually increased, but we don’t have the time to prepare it, well it’s less efficient.”

In contrast, when professional autonomy was highly valued in the workplace, participants perceived that they should promote the person’s re-engagement in significant life habits: *“Well we are not too. . . we can do what we want. We do not have like. . . instructions about what to do with a client. We are really quite autonomous to determine what is the best approach for a client.”* Participants from outpatient settings that had social and vocational reintegration missions tended to report higher levels of professional autonomy, but some participants working in other settings also perceived they were free to focus on what was important for their clients.

Source of motivation

The participants’ motivation was consistent with their perceived ideal end purpose of aphasia rehabilitation. When the motivation was to help the person improve language, they stated that the ideal end purpose was, for example: *“that they [clients] could better communicate, no matter if [their problem] is expressive or receptive”*. This was associated with a practice focused on impairment. When the motivation was to help the person resume significant life habits and, to some extent, help the person give or find new meaning to life, the ideal end purpose was perceived differently, and this led to a practice focused on social participation (see Figure 1):

“Well I think that the ideal end purpose, is that the person – well I mean within rehabilitation at large – finds meaning to life. A certain quality of life and especially that this is meaningful for the person, that the person feels useful in society [...].”

Performing central clinical activities with underlying questions

Central clinical activities were described for both practice trends and involved underlying questions (see Table 2). Regardless of the focus of practice, participants valued the importance of providing counselling for people with aphasia, which involved addressing the psychosocial and emotional consequences of aphasia: *“The relationship that you develop with the patient [. . .] makes a difference, I think it is worth much more than the exercises we may suggest”*. However, participants questioned their level of training in counselling and their ability to address the more difficult consequences of living with aphasia:

“I feel that in my practice, what is missing is really the counselling part, which I never found [as a training option]. [...] It happens very very often that people are suffering so much I don't feel like I'm the best person to help.”

Common practice included assessing the person's needs, by asking questions to the person with aphasia, relatives, and/or team members, sometimes in combination with observations in specific situations, collected with homemade clinical tools: *“I created a homemade questionnaire about life habits, but quite detailed, you know. For example, nutrition: ‘Do you order food by phone?’, ‘Do you look at recipes?’”* Assessing language with standardised tests was also common to both practice patterns but served different purposes. When the focus was on impairment, language assessment was conducted to detail the level of language impairment and establish a baseline for discharge. Nonetheless, participants questioned the rationale of language assessment practices:

“But sometimes I thought, especially in the beginning, to reassure myself I really did a lot of testing, and now, I am starting to keep only those [tests] that are the most revealing, and I think to myself ‘is it really necessary to have this result on this test?’ Maybe not.”

When focused on social participation, language assessment was performed to have an overview of the person's communication profile and was useful to *“help the person understand his/her strengths and difficulties”*. A practice focused on social participation also included the use of standardised tests to assess life habits (e.g., The Measure of Life Habits⁵) and/or quality of life (e.g., Assessment for Living with Aphasia).

⁵ Free translation from French

Language-related therapy goals were established regardless of the focus of the practice. Within common practice, goals were related to “functional” communication, which participants discussed as per the definition provided in a recent systematic review as the successful communication of a message via spoken, written, or non-verbal modalities, or a combination of these, in day-to-day interactions (Brady, Kelly, Godwin, Enderby, & Campbell, 2016). Thus, goals targeting taking notes during phone conversations, for example, were considered addressing functional communication. In the practice focused on impairment, it was clear that the SLP was the one formulating therapy goals. Participants used the expression “*my goals*” when referring to therapy goals that were set “*for*” the person with aphasia and considered themselves “*experts*” of language rehabilitation. However, impairment-focused practice came with fundamental questions about the process of setting therapy goals, such as the extent to which the person was involved: “*Well how could I say. . . We [in my team] claim that we include patients in their intervention plan, but it’s not really true, they are not really involved*”. Within a practice focused on social participation, meaningful therapy goals were set in partnership with several individuals:

“all of the team members [...], the person if he/she can talk, and the relatives, of course, the relatives will be involved [...] it does not necessarily happen all at once, so we take the time to get to know the person, his/her resources, challenges, and reactions.”

In this type of practice, goals were related to a person’s life project, such as resuming going to garage sales passing the driver’s license exam, etc.

Common practice regarding therapy included teaching compensatory communication strategies to the person with aphasia, such as using gestures, and practicing those in therapy. Functional therapy tasks were also included in common practice, such as practicing phone calls from the clinician’s office: “*when he [the patient] returned home, we explored how he would call [. . .] a taxi*”. Within a practice focused on impairment, repetitive and out-of-context language tasks were predominantly used in therapy. The rationale was that the more a task was repeated, the more the person would improve the underlying language function. However, this practice was conducive to questioning the reasons why something was done: “*it’s always in our office but it is so artificial*”. When the focus was on social participation, out-of-context language tasks were also used, but with the aim of helping the person to be hopeful: “*They are so happy to succeed, when we provide cues, to say the words, so. . . and it gives them hope also, so I*

continue, I do this, this type of [language-based] intervention.” Interventions included guidance to help the person achieve a life project, such as planning a trip: “If someone would say ‘well I, next year, I want to go to Venice’. Well, ok, so we would listen to videos about Venice, and work on auditory comprehension, read about Venice, write texts about. . . what one likes about Venice”. The practice focused on social participation involved uncertainty about how to conduct specific types of intervention, such as group therapy: “I was a little worried to facilitate. . . I did not facilitate many groups so. . . it is something I don’t know much about, that I am a bit less comfortable with”.

Table 2 Actions related to central clinical activities included in common practice, in practice focused on impairment, and in practice focused on social participation

Practice focused on impairment	Common practice	Practice focused on social participation
Clinical activity 1 – Counselling		
	Providing counselling for living with aphasia	
Clinical activity 2 – Assessing needs and abilities		
	Assessing needs by observing and questioning the person, relatives, and/or team members	
	Assessing language impairment with standardised tests	Assessing life habits with standardised tests

Practice focused on impairment	Common practice	Practice focused on social participation
--------------------------------	-----------------	--

Clinical activity 3 – Setting therapy goals

Deciding on goals for the person with aphasia	Setting language-related therapy goals	
	Setting goals related to functional communication	Setting goals related to a person’s life project Setting meaningful goals in partnership with the person with aphasia, relatives, and/or team members

Clinical activity 4 – Conducting therapy

Conducting frequent out-of-context tasks addressing language impairment	Teaching and practicing communication strategies with the person with aphasia	
	Conducting functional communication tasks	Conducting occasional out-of-context tasks to answer the person’ need Offering guidance to help the person achieve a life project

Performing peripheral clinical activities with underlying questions

Peripheral clinical activities occurred only under specific conditions and were perceived as optional (see Table 3). Thus, involving relatives and considering other parties was only possible when those parties explicitly asked to be involved. Common practice included informing relatives about aphasia and communication strategies. Within an impairment-focused practice, relatives were perceived as potential assistants, who could help with repeating therapy tasks. When they were available, relatives were invited in therapy sessions to observe the strategies used with the person with aphasia, and/or were encouraged to participate in a therapy task. This practice also involved concerns about one's ability to involve relatives in therapy: "*I am still not comfortable with making space for the family in therapy [...] I am trying to but I still feel awkward about that.*" Alternatively, a practice focused on social participation included consideration of the relatives' needs, such as the need to learn new communication strategies, but only "*when the family was present*". Relatives were invited to learn individualised communication strategies through conversational partner training, even though participants reported this was not always successful, thus revealing that participants probably did not have the necessary tools: "*I did it for a couple. It did not give very good results; the partner lacked empathy*". Family members were sometimes invited to participate in information and support groups with other caregivers.

In addition to occasionally including relatives in therapy, participants sometimes considered involving other parties, such as healthcare professionals working in other settings, interdisciplinary team members, or members of community organisations. A common practice was to inform these people about aphasia and communication strategies. When participants focused on impairment, team members were again perceived as potential assistants: "*So I think it's super important sometimes for some persons with specific needs, or specifically for people with severe aphasia, to tell them [team members] 'this patient can do this, can you encourage this behaviour or...?'*" Team members were also perceived as having a predominant role with regard to social participation, and participants described clear boundaries between professions: "*And the occupational therapist and the educator might be [involved] for a longer period of time because it is true that they are the ones who take care of social reintegration the most.*" Conversely, the practice focused on social participation involved training team members about

different aspects of aphasia rehabilitation, such as helping them to support resilience. This type of practice also included collaboration with other team members to help the person resume a life habit, such as returning to work. Moreover, it involved creating or maintaining relationships with professionals from other programmes or members of community organisations. For example, one participant designed a client's communication aid in collaboration with a person working in an association of people with aphasia which would serve to integrate the client in the association. Nevertheless, concerns existed with regards to considering other parties, regardless of the focus of practice. For example, one participant designed a client's communication aid in collaboration with a person working in an association of people with aphasia which would serve to integrate the client in the association. Nevertheless, concerns existed with regards to considering other parties, regardless of the focus of practice. For example, one participant considered it was difficult to train other professionals in preparing accessible written information for people with aphasia: *"I went to a training session about [how to create aphasia-friendly material], I presented it to my team, I summarised the information in a document, people were interested, it is not because they were not interested, but it was really difficult to introduce that."*

Needing guidance

Regardless of the focus of practice, the clinical activities that were conducted, the ideal end purpose pursued, or the workplace characteristics, all participants expressed underlying and more or less fundamental questions. As a result, a need for guidance was expressed. Participants mentioned needing to *"be guided"*, *"have tools"*, and *"know how others practice"*. Some participants clearly stated that they wanted to improve their practice: *"Well me, of course, I have the goal to improve my practice, even if it's mostly related to assessment, which is always, always, always present in my practice [in acute care]"*. When introduced to the possibility of participating in a Community of practice at the end of the interview, all participants agreed their questions could be addressed in this context.

Table 3 Actions related to peripheral clinical activities included in common practice, in practice focused on impairment and in practice focused on social participation

Practice focused on impairment	Common practice	Practice focused on social participation
Clinical activity 5 – Involving relatives in therapy		
	Providing information about aphasia and communication strategies	
Perceiving relatives as potential assistants in speech-language pathology		Perceiving relatives as having needs of their own
Demonstrating strategies to relatives and/or encouraging their participation in a therapy task		Providing conversational partner training or group therapy to relatives
Clinical activity 6 – Considering other parties		
	Providing information about aphasia and communication strategies	
Perceiving team members as potential assistants in speech-language pathology		Providing training to team members
Perceiving team members as having a predominant role regarding social participation		Collaborating with team members in view with the person’s goals

Practice focused on impairment	Common practice	Practice focused on social participation
--------------------------------	-----------------	--

Clinical activity 6 – Considering other parties (continued)

Creating or maintaining partnerships with other programs or community organisations

Discussion

The general aim of this study was to better understand speech-language pathology practice in aphasia rehabilitation and represent it with a model, while examining the extent to which social participation was considered. Qualitative data were collected in the context of an interview and participants described the central and peripheral clinical activities they performed with respect to their perceived ideal end purpose. Practice was either focused on impairment or on social participation. Common practice included: providing counselling for living with aphasia; assessing the person’s needs by observing and questioning the person with aphasia, relatives, and/or team members; assessing language impairment with standardised tests; setting language-related therapy goals; setting goals related to functional communication; teaching and practicing communication strategies with the person with aphasia; conducting functional communication tasks; and providing information about aphasia and communication strategies to relatives and other parties. Nevertheless, speech-language pathology practice involved underlying questions, which concerned specific clinical activities or, more globally whether the therapy provided to patients was successful.

Practicing with underlying questions referred to situations in which participants did their best while not knowing if they practiced “correctly” and expressed doubts and feelings of discomfort, especially when participants reported on their experiences, trial and errors, and intuition. When describing the development of tacit knowledge, Schön (1983) referred to professionals as practicing in “swampy lowlands”, as opposed to professionals valuing technical

rigor, who are at risk to be confined to a narrower practice. On this account, practicing with underlying questions may represent the complexity of speech-language pathology practice.

The presence of questions in practice may be related in part to the organisational context in which data collection occurred. In Quebec, the aim of acute care services is to stabilise the medical condition of the person, while inpatient rehabilitation aims to optimise the autonomy of the person in order to ensure a safe discharge home (Tessier, 2012). Consequently, SLPs working in these settings may perceive more constraints, such as limited time to work with people with aphasia, compared to those working in outpatient rehabilitation settings with a clear mission of social and vocational reintegration. In fact, participants working in acute care mentioned challenges associated with providing person-centred care, especially when explicitly told to assess language abilities of the person. The challenge of providing person-centred care was previously documented in the acute care aphasia rehabilitation literature (Foster et al., 2013). Furthermore, the healthcare reorganisation mentioned earlier caused organisational fluctuations and may have contributed to the climate of doubts and uncertainties reported by participants. More positively the changes may have normalised having questions about one's practice.

The context of motivational interviewing may have facilitated the collection of authentic data (Lal & Korner- Bitensky, 2013), because participants were constantly reoriented to their source of motivation. Even though the expected result of the interview was not to induce changes in participants' behaviours, a desire to have guidance to orient practice clearly emerged. Contemplating the possibility to change aspects of one's practice is part of the process of changing practice (Prochaska & Velicer, 1997). Implicitly, participants desired a more meaningful practice, recalling the "unachieved ideals" reported by Hallé et al. (2014), thus not feeling like experts. The need for guidance was possibly related to participants' implicit desire for better outcomes for people with aphasia. Although some SLPs had many clinical tools to facilitate the person's re-engagement in life habits, they were still searching for ways to improve.

Regardless of the setting, participants reported two different sources of motivation for aphasia rehabilitation. Purpose and meaningfulness were also reported by SLPs when asked to define living successfully with aphasia (Brown, Worrall, Davidson, & Howe, 2011). Besides,

both SLPs and people with aphasia consider that communication abilities, among other things, are part of living successfully with aphasia (Brown, Worrall, Davidson, & Howe, 2010; Brown et al., 2011). In this perspective, when focused on helping the person recover language, participants were in fact considering something of importance, but may have overlooked other aspects of living successfully with aphasia, such as participation, positivity, and autonomy (Brown, Worrall, Davidson, & Howe, 2012).

A parallel can be made between the two practice patterns revealed in this study and the medical and psychosocial models of care delivery described in the literature. For decades, the medical model has largely dominated healthcare settings and SLPs were perceived to be experts of language and communication. Consequently, their role was to “treat” language impairment. Gradually, since the early 2000s, rehabilitation professionals were encouraged to accompany their clients toward optimal social participation in activities and adopt person-centredness in the care they provided (Cott, 2004; International Network on the Disability Creation Process, 2018; United Nations General Assembly, 2007; World Health Organization, 2001). These two competing models have undoubtedly influenced the field of speech-language pathology over the years and may have contributed to a sense of duality when it comes to describing practice, especially when language-based approaches do not always measure impacts on social participation (e.g., Zhang et al., 2017). Moreover, it is possible that the transition toward social participation is not complete, which suggests that even when impairment is not at the centre of a person’s care, there may still be questions about how to help the person resume life habits.

Practicing speech-language pathology involved optional clinical activities. The peripheral nature of the inclusion of relatives in therapy is not surprising given that approaches considering the environment of the person are rather recent in the literature. For example, participants reported having difficulties conducting conversational partner training. Two systematic reviews published after data collection (Shrubsole et al., 2017; Simmons-Mackie et al., 2016) only recently confirmed the effectiveness of communication partner training, although there was preliminary evidence (Simmons-Mackie et al., 2010) and recommendations that it should be an integral part of aphasia rehabilitation (Blom Johansson et al., 2012). Furthermore, SLPs acknowledged that relatives had needs of their own, related to information, support and training as found in the literature (Hilton et al., 2014). In the present study, SLPs more often

shared information with relatives as opposed to training them, thus perceiving the inclusion of relatives as a challenging bonus, as previously reported (Hallé et al., 2014).

When motivated by helping the person recover language, SLPs expressed questions that were strongly associated with practicing in a workplace where they felt obliged to fulfil their role in a predetermined way. The workplace environment was also found to influence the integration of evidence-based practice recommendations for Australian SLPs (Young et al., 2018). SLPs motivated by helping the person resume life habits did not question the purpose of their practice, but rather wanted to know which clinical activities could help the person the most.

Strengths and limitations

The results represent the practice of SLPs trained and practicing in Quebec (Canada) and may not be generalisable to all SLP practitioners. However, many elements considered in this paper contribute to some degree of transferability. First, participants were graduates of three different universities offering the speech-language pathology curriculum, they represented all settings of the care continuum, had various experience, and practiced in different regions of Quebec. Second, they all practiced under the same professional regulatory body (Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec – OOAQ) and were subject to the same regulations and exposed to the same continuing education opportunities. Another possible limitation of this study was that the researchers knew some of the SLP participants recruited for this study prior to data collection, which possibly entailed a social desirability bias. However, the researchers believe they overcame this limitation because participants reported very openly about their practice as well as concerns and questions. The authors reflected on the social, emotional and intellectual relationship between themselves and the participants to better understand this relationship (Mauthner & Doucet, 2003) and ultimately described the participants' perspectives as faithfully as possible. There is also a potential limitation associated with the fact that participants were asked to engage in the Community of practice about social participation after the interview, but practicing with underlying questions and needing guidance were a universal characteristic of participants, even those who did not anticipate engaging in the Community of

practice. Finally, all participants were involved in a discussion based on motivational interviewing, thus the type of interview might limit the transferability of the findings.

Future studies

Future studies could include SLPs trained and practicing in other countries. Also, since most SLPs from this study also took part in a Community of practice about social participation and aphasia rehabilitation, the results of engaging in this knowledge transfer strategy will be reported and discussed in future studies. Furthermore, it would be interesting to study the practice of SLPs who did not engage in the Community of practice and compare it with that of SLPs who did.

Conclusion

This study revealed that speech-language pathology practice in the field of aphasia rehabilitation is complex and includes underlying questions. The practice includes central and peripheral clinical activities and is either focused on language impairment or on social participation. When practicing in a setting where professional autonomy is valued and when deeply motivated by helping the person with aphasia resume significant life habits or find meaning to life, SLPs are more likely to focus intervention on social participation. However, they wonder how to better achieve this ideal end purpose. When practicing in a setting where they are asked for specific tasks, SLPs may perceive that their role is to help people with aphasia recover language, which tends to elicit fundamental questions about such a practice.

Acknowledgements

The authors wish to acknowledge all participants who took part in this study. Also, CAG acknowledges the financial support of the Fonds de recherche du Québec – Société et Culture, the Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal, and Université de Montreal.

References

- Alary Gauvreau, C., Le Dorze, G., Kairy, D., & Croteau, C. (2018). *Evaluation of a Community of Practice for Speech-Language Pathologists in Aphasia Rehabilitation: A Logic Analysis*. Manuscript submitted for publication.
- Blom Johansson, M., Carlsson, M., & Sonnander, K. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders, 47*(2), 144-155. doi:10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., & Enderby, P. (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*, CD000425. doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub3
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (6). doi:10.1002/14651858.CD000425.pub4
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2010). Snapshots of success: An insider perspective on living successfully with aphasia. *Aphasiology, 24*(10), 1267-1295. doi:10.1080/02687031003755429
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B., & Howe, T. (2011). Exploring speech-language pathologists' perspectives about living successfully with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders, 46*(3), 300-311. doi:10.3109/13682822.2010.496762
- Brown, K., Worrall, L. E., Davidson, B., & Howe, T. (2012). Living successfully with aphasia: a qualitative meta-analysis of the perspectives of individuals with aphasia, family members, and speech-language pathologists. *International Journal of Speechlanguage Pathology, 14*(2), 141-155. doi: 10.3109/17549507.2011.632026
- Carter, S. M., Ritchie, J. E., & Sainsbury, P. (2009). Doing good qualitative research in public health: not as easy as it looks. *New South Wales Public Health Bulletin, 20*(8), 105-111. doi: 10.1071/NB09018
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. Los Angeles, CA: Sage Publications.

- Clark, P. G. (2015). Emerging themes in using narrative in geriatric care: Implications for patient-centered practice and interprofessional teamwork. *Journal of Aging Studies, 34*, 177-182. doi: 10.1016/j.jaging.2015.02.013
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Cott, C. A. (2004). Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disability and Rehabilitation, 26*, 1411-1422. doi: 10.1080/09638280400000237
- Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2006a). Perspectives of quality of life by people with aphasia and their family: suggestions for successful living. *Topics in Stroke Rehabilitation, 13*(1), 14-24.
- Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2006b). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology, 20*(12), 1210-1225. doi: 10.1080/02687030600790136
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology, 17*(4), 333-353. doi: 10.1080/02687030244000707
- Dalemans, R. J. P., de Witte, L. P., Beurskens, A. J., van den Heuvel, W. J. A., & Wade, D. T. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation, 32*(20), 1678-1685. doi: 10.3109/09638281003649938
- Dalemans, R. J. P., de Witte, L. P., Wade, D. T., & van den Heuvel, W. J. A. (2008). A description of social participation in working-age persons with aphasia: a review of the literature. *Aphasiology, 22*(10), 1071-1091.
- Dalemans, R. J. P., de Witte, L. P., Wade, D. T., & van den Heuvel, W. J. A. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders, 45*(5), 537-550. doi: 10.3109/13682820903223633
- Finlay, L. (2002). "Outing" the Researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research, 12*(4), 531-545. doi:10.1177/104973202129120052
- Foster, A. M., Worrall, L. E., Rose, M. L., & O'Halloran, R. (2013). Turning the tide: putting acute aphasia management back on the agenda through evidence-based practice. *Aphasiology, 27*(4), 420-443. doi: 10.1080/02687038.2013.770818

- Franzén-Dahlin, A., Karlsson, M. R., Mejhert, M., & Laska, A.-C. (2010). Quality of life in chronic disease: a comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. *Journal of Clinical Nursing, 19*(13-14), 1855-1860. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03219.x
- Hallé, M.-C., Le Dorze, G., & Mingant, A. (2014). Speech-language therapists' process of including significant others in aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders, 49*, 748-760. doi: 10.1111/1460-6984.12108
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability & Rehabilitation, 33*(3), 211-218. doi: 10.3109/09638288.2010.508829
- Hilari, K., Needle, J. J., & Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation, 93*(1 Suppl), S86-95. doi: 10.1016/j.apmr.2011.05.028
- Hilari, K., & Northcott, S. (2006). Social support in people with chronic aphasia. *Aphasiology, 20*(1), 17-36.
- Hilton, R., Leenhouts, S., Webster, J., & Morris, J. (2014). Information, support and training needs of relatives of people with aphasia: Evidence from the literature. *Aphasiology, 28*(7), 797-822. doi: 10.1080/02687038.2014.906562
- International Network on the Disability Creation Process. (2018). Retrieved Dec 12 2018 from <http://ripph.qc.ca/en>
- Johansson, M. B., Carlsson, M., & Sonnander, K. (2011). Working with families of persons with aphasia: a survey of Swedish speech and language pathologists. *Disability & Rehabilitation, 33*(1), 51-62. doi: 10.3109/09638288.2010.486465
- Kim, J. S., Choi-Kwon, S., Kwon, S. U., Lee, H. J., Park, K.-A., & Seo, Y. S. (2005). Factors Affecting the Quality of Life After Ischemic Stroke: Young Versus Old Patients. *Journal of Clinical Neurology, 1*(1), 59-68.
- Lal, S., & Korner-Bitensky, N. (2013). Motivational interviewing: a novel intervention for translating rehabilitation research into practice. *Disability & Rehabilitation, 35*(11), 919-923. doi: 10.3109/09638288.2012.711897
- Laliberté, M.-P., Alary Gauvreau, C., & Le Dorze, G. (2016). A pilot study on how speech-language pathologists include social participation in aphasia rehabilitation. *Aphasiology, 30*(10), 1117-1133. doi:10.1080/02687038.2015.1100708

- Le Dorze, G., Salois-Bellerose, E., Alepins, M., Croteau, C., & Hallé, M.-C. (2014). A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology*, 28(4), 421-439. doi:10.1080/02687038.2013.869305
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mauthner, N. S., & Doucet, A. (2003). Reflexive accounts and accounts of reflexivity in qualitative data analysis. *Sociology*, 37(3), 413-431. doi:10.1177/00380385030373002
- McCurtin, A., & Roddam, H. (2012). Evidence-based practice: SLTs under siege or opportunity for growth? The use and nature of research evidence in the profession. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 11-26. doi:10.1111/j.1460-6984.2011.00074.x
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York, NY: Guilford press.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- Richards, H., & Emslie, C. (2000). The 'doctor' or the 'girl from the University'? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. *Family Practice*, 17(1), 71-75. doi:10.1093/fampra/17.1.71
- Rohde, A., Worrall, L., & Le Dorze, G. (2013). Systematic review of the quality of clinical guidelines for aphasia in stroke management. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(6), 994-1003. doi:10.1111/jep.12023
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York, NY: Basic books.
- Shrubsole, K., Worrall, L., Power, E., & O'Connor, D. A. (2017). Recommendations for post-stroke aphasia rehabilitation: an updated systematic review and evaluation of clinical practice guidelines. *Aphasiology*, 31(1), 1-24. doi:10.1080/02687038.2016.1143083

- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A., & Cherney, L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, *91*(12), 1814-1837. doi: 10.1016/j.apmr.2010.08.026
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., & Cherney, L. (2016). Communication partner training in aphasia: an updated systematic review. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, *97*(12), 2202-2221. doi: 10.1016/j.apmr.2016.03.023
- Simmons-Mackie, N., Threats, T. T., & Kagan, A. (2005). Outcome assessment in aphasia: a survey. *Journal of Communication Disorders*, *38*(1), 1-27. doi: 10.1016/j.jcomdis.2004.03.007
- Tessier, A. (2012). L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches [Organization and provision of rehabilitation services for persons who had cerebral vascular accident (CVA) and their relatives]. *ETMIS*, *8*(9), 1-101. Retrieved from http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/ETMIS2_012_Vol8_No9.pdf.
- Torrence, J. M., Baylor, C. R., Yorkston, K. M., & Spencer, K. A. (2016). Addressing communicative participation in treatment planning for adults: A survey of US speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *25*, 355-370.
- United Nations General Assembly. (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Retrieved on Jun 4 2018 from <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>.
- Verna, A., Davidson, B., & Rose, T. (2009). Speech-language pathology services for people with aphasia: a survey of current practice in Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *11*(3), 191-205.
- Viscogliosi, C., Belleville, S., Desrosiers, J., Caron, C. D., & Ska, B. (2011). Participation after a stroke: Changes over time as a function of cognitive deficits. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *52*(3), 336-343. doi: 10.1016/j.archger.2010.04.020
- Wankah, P., Guillette, M., Dumas, S., Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., . . . Breton, M. (2018). Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers. *London Journal of Primary Care*, *10*, 48-53.

- Wenger, E., McDermott, R. A., & Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Wenger-Trayner, E., Fenton-O'Creevy, M., Hutchinson, S., Kubiak, C., & Wenger-Trayner, B. (2014). *Learning in landscapes of practice: Boundaries, identity, and knowledgeability in practice-based learning*. New York, NY: Routledge.
- World Health Organization. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
- Young, L., Shrubsole, K., Worrall, L., & Power, E. (2018). Factors that influence Australian speech-language pathologists' self-reported uptake of aphasia rehabilitation recommendations from clinical practice guidelines. *Aphasiology*, 32(6), 646-665. doi:10.1080/02687038.2018.1443201
- Zhang, J., Yu, J., Bao, Y., Xie, Q., Xu, Y., Zhang, J., & Wang, P. (2017). Constraint-induced aphasia therapy in post-stroke aphasia rehabilitation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 12(8), e0183349.
- Zipoli, R. P., & Kennedy, M. (2005). Evidence-based practice among speech-language pathologists: attitudes, utilization, and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 208-220. doi:10.1044/1058-0360(2005/021)

Chapitre 4. Résultats – deuxième article

Evaluation of a Community of Practice for Speech-Language Pathologists in Aphasia Rehabilitation: A Logic Analysis

Article re-soumis après corrections à la revue *BMC Health Services Research* le 16 novembre 2018.

Dans le cadre de cet article, l’auteure de la thèse a effectué la conception de l’étude, la collecte de données, l’ensemble des analyses et la rédaction de l’article. Toutes ces étapes ont été réalisées sous la supervision attentive de la directrice de recherche, qui a participé activement aux analyses et à la rédaction du manuscrit. Les co-auteurs ont posé un regard global sur les analyses et ont contribué à la révision critique du manuscrit.

Evaluation of a Community of Practice for Speech-Language Pathologists in Aphasia Rehabilitation: A Logic Analysis

Christine Alary Gauvreau^{1,3,4}

Guylaine Le Dorze^{1,3}

Dahlia Kairy^{2,3}

Claire Croteau^{1,3}

1. School of Speech-Language Pathology and Audiology, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Montreal (Quebec), Canada
2. School of Rehabilitation, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Montreal (Quebec), Canada
3. Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal (CRIR), Montreal (Quebec), Canada
4. Jewish Rehabilitation Hospital, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval, Laval (Quebec), Canada

Abstract

Background: Aphasia is a communication disorder affecting participation. Although participation is considered the ideal end purpose of rehabilitation, it remains limited after rehabilitation for persons who have aphasia. There are evidence-based practice recommendations about participation and aphasia rehabilitation but translating those in practice is challenging for speech-language pathologists. Communities of practice (CoPs) are a collaborative knowledge transfer strategy that can be used for evidence-based practice implementation. The aim of this study was to describe the components and evaluate a CoP for speech-language pathologists about participation and aphasia rehabilitation.

Methods: The authors designed the CoP based on an extensive review of the knowledge transfer and communities of practice literature. Logic analysis was used to determine the adequacy between resources, implemented activities, outputs and short-term outcomes of the CoP. Qualitative and quantitative descriptive data were collected through observation and participants' logbooks. Thematic analysis and interpretation of descriptive statistics were conducted to provide information about outputs and short-term outcomes of the CoP.

Results: Educational, human and material resources were combined to create various web-based, online and offline activities. Participants invested more time per week than expected in the CoP. They shared and created clinical tools. The time available to do the activities, the level of interaction with other members, the format and content of activities influenced participants' appreciation of the CoP. All 13 participants reported they acquired knowledge about clinical tools and 12 mentioned they reflected on their practice. While the CoP was ongoing, six participants noticed evidence-practice gaps, seven prepared to change their practice, and three changed their practice towards including more participation-based considerations.

Conclusions: This study showed that speech-language pathologists can include more participation-based approaches in aphasia rehabilitation as a result of participating in a time-bound, web-based CoP.

Keywords: Knowledge transfer, community of practice, continuing education, speech-language pathology, aphasia, rehabilitation, participation, logic analysis, qualitative thematic analysis

Background

Aphasia is an acquired communication disorder following brain injury affecting not only expression and understanding of spoken language, reading, and writing [1], but also different aspects of participation, such as interpersonal interactions and relationships, major life areas, and community, social and civic life [2]. Although the ideal end purpose of rehabilitation is participation according to the United Nations [3], current aphasia rehabilitation practices may lack sufficient consideration of participation [4-6]. The International Classification of Functioning, Disabilities and Health defines participation as “involvement in a life situation” [2]. The participation of persons who have aphasia can remain limited after rehabilitation [7, 8], indicating a need that speech-language pathologists be more aware of evidence-based recommendations that promote participation and include these in their practice. The current paper reports on the structure, processes and outcomes of a knowledge transfer strategy for speech-language pathologists.

In Quebec’s continuum of publicly funded health care system (Canada) [9], stroke survivors are first admitted to an acute care hospital, where they receive healthcare and early short-term rehabilitation services. Once their medical condition is stable, they either return home or integrate an inpatient rehabilitation center, where they receive intensive rehabilitation services generally five days a week. Where available, outpatient rehabilitation services are usually offered at a lesser frequency and for a limited period. However, there are no long-term rehabilitation services available in Quebec, reinforcing the importance of addressing participation soon in the care continuum. Some persons with aphasia will join community associations which provide group leisure and social activities, but these are not available in all regions of Quebec [10].

Speech-language pathologists are encouraged to follow evidence-based practice (EBP) recommendations [11-13] across the care continuum of aphasia rehabilitation [14-16]. In aphasia rehabilitation, there is evidence that therapy improves reading, writing, expressive language, and functional communication of persons who have aphasia [1]. However, some speech-language therapy clinical activities may also have a positive impact on the level of participation of persons with aphasia after rehabilitation. Such clinical activities include, but are not limited to: setting goals based on the needs of the persons with aphasia and those of their

relatives [17-19]; assessing and evaluating the outcomes of therapy with tools that measure participation (e.g. *Community Integration Questionnaire, Assessment for Living with Aphasia*) or quality of life (e.g. *Stroke Specific Quality of Life Scale*) [20-22]; training conversation partners to use communication strategies with the person who has aphasia [23, 24]; teaching persons with aphasia to use alternative methods of communication, such as gestures, writing, and/or pictures [25]; and openly discussing discharge plans from speech-language pathology services with the person with aphasia [26-28]. In the context of the present work, such clinical activities were referred to as “participation-based aphasia rehabilitation”, an expression that reflects rehabilitation practices focused especially on a person’s needs as they relate to participation. Participation-based aphasia rehabilitation is not widely used in current speech-language pathology practice [4-6]. Therefore, effective knowledge transfer strategies are needed to support speech-language pathologists in employing intervention strategies that impact participation, the ideal end purpose of rehabilitation.

Rehabilitation speech-language pathologists experience challenges when implementing EBP [13, 29] especially since they report limited time for participating in EBP activities [13, 14, 30-32]. These challenges may also be related to the *nature*, or strength, of the evidence, i.e. the fact that despite randomized controlled trials and systematic reviews being highly valued in research, few are available in speech-language pathology [13]. Furthermore, applying EBP is problematic because of the *use* of evidence, i.e. speech-language pathologists have difficulty transferring the results of scientific research in their clinical reality, and may prefer consulting their peers for clinical decision making [13, 32]. Thus, an effective knowledge transfer strategy should be time-efficient, present clinically pertinent evidence and provide opportunities for collaboration with peers.

Communities of practice (CoPs) can be used to transfer knowledge. Such collaborative knowledge transfer strategies offer a high level of interaction among participants, and between participants and researchers [33]. A CoP is defined as a “group of people who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis” (p.4) [34]. To arouse interest among potential participants, a CoP should have educational characteristics and contribute to continuing education. Moreover, when conducting research about a CoP, one needs to operationalize some

design characteristics to orient data collection [33]. In fact, in aphasia rehabilitation, no known CoP for speech-language pathologists has been studied.

A systematic scoping review indicated that although there are many reasons for undertaking the evaluation of a CoP, such as to assess, to understand, and/or to promote their value, assessment frameworks frequently include attention to the goals, context, structure, process/activities, outcomes, and level of impact [35]. CoPs can thus be analyzed with a logic model, traditionally including *resources/inputs*, *activities*, *outputs*, and *outcomes/impacts* [36-41]. *Resources* include human and material resources and other inputs to support the intervention; *activities* refer to all necessary action steps to produce the outputs; *outputs* are the products of the intervention; and *outcomes* are changes resulting from activities and outputs [40]. Logic analysis allows one to create a model illustrating the different components of an intervention and the relationships between them [42], thus it was an appropriate method for evaluating the current CoP.

Four theoretical concepts were used for the design and implementation of this CoP: constructivism, social learning, situated learning, and reflective practice. Constructivism postulates that meaning and experience come from social interaction and that knowledge is co-constructed by the learners [43]. Social learning theory posits that knowledge is best integrated through social interaction [44]. Situated learning refers to learning in authentic and meaningful contexts [45]. Reflective practice is the product of a tacit and implicit knowledge in one's actions [46]. In speech-language pathology, reflective practice can be operationalized by conducting two types of activities: written reflection and reflective discussion [47].

Given that aphasia affects a person's level of participation and that participation is the under-achieved ideal end purpose of rehabilitation, a CoP about participation-based aphasia rehabilitation in line with current best evidence was designed, implemented and evaluated using logic analysis. Therefore, the aim of this study was to describe the components and evaluate a CoP for speech-language pathologists in aphasia rehabilitation.

Methods

This section presents details about the context of the study, topics of the CoP, participants, data collection and data analysis.

Context

This study was undertaken as part of the first author's PhD research (CAG). GLD was CAG's advisor. Speech-language pathologist participants were recruited to be part of a CoP. They were aware that the CoP was evaluated and knew they could use their involvement as professional continuing education. The CoP was presented to the participants as an opportunity to learn about EBP recommendations, to reflect on their practice and to interact with colleagues. Its ultimate and implicit aim was to fill a gap between literature about participation-based aphasia rehabilitation and actual practices. Finally, the CoP was web-based to allow the participation of speech-language pathologists from all regions of Quebec.

Topics of the CoP

In Quebec, speech-language pathology practice usually involves assessing language, voice, and speech functions, in order to elaborate a treatment plan, and conduct indirect and direct intervention to facilitate a person's communication in his/her environment [48]. No specific details or evidence are provided as to what clinical activities should be employed for such practice. In contrast, the *Australian Aphasia Rehabilitation Pathway* (AARP) [49] presents speech-language pathology practice as a pathway composed of the following evidence-based clinical activities: receiving the right referrals, optimizing initial contact, setting goals and measuring outcomes, assessing, providing intervention, enhancing the communicative environment, enhancing personal factors, and planning for transitions. Topics were selected considering available evidence, the potential they had to induce reflective practice, and because they were part of the usual clinical activities of speech-language pathologists. Thus, the following topics were selected: 1- the ideal end purpose of aphasia rehabilitation; 2- goal-

setting; 3- assessment and outcome evaluation; 4- indirect intervention; 5- direct intervention; and 6- discharge.

Participants

Fourteen speech-language pathologists with a minimum of six months of experience in aphasia rehabilitation were initially recruited to participate in the CoP. One left the project for professional reasons after two weeks, and the data from this participant was not analyzed. The 13 remaining participants (12 women, one man) from the Greater Montreal area (n = 9) and suburban regions (n = 4) of the province of Quebec worked in various aphasia rehabilitation settings: acute care, inpatient, and/or outpatient rehabilitation (see Table 1). Three participants had work experience in a privately funded community-based service for family members of persons with aphasia, and two had worked part-time in a community association for persons with aphasia.

The researchers recruited participants from various settings to engage individuals across the aphasia care continuum who could share their unique experience [50] and to ensure rich and varied perspectives and discussions. CAG presented the project to speech-language pathologists at three rehabilitation centers affiliated with the team's multi-site research organization and recruited six participants. Three were informed about the project by their manager. Two were recruited via emails sent to other institutions of the aphasia rehabilitation care continuum. Finally, two participants contacted CAG directly after they heard about the project. Participants demonstrated their interest by signing the consent form which detailed the topics of the CoP and the expected time investment. Three participants were colleagues of CAG, and seven others had previously interacted with CAG, GLD or their collaborators in various research projects. The other participants had no specific relationships with the university or the researchers.

Data collection

Data was collected through the web platform which recorded the participants' activities and through weekly logbooks that participants completed. Logbooks were also designed to help CoP members reflect on their contributions and learning. They contained questions pertaining

to time spent in each activity and/or for the whole week, appreciation of activities, and perceived outcomes. A logbook document is available in Additional file 1.

Table 1 Demographic information about the 13 CoP participants

	Nb of participants
Age range (min = 25; max = 53; mean = 37,9 yrs)	
25-34	6
35-44	3
45-54	4
Years of experience in speech-language pathology (min = 1,5; max = 28; mean = 12,2)	
< 5 years	6
> 14 years	7
Main work setting	
Acute care	2
Inpatient rehabilitation	5
Outpatient rehabilitation	6
Terms of participation in the CoP	
Dedicated paid time for the whole project	3
Dedicated paid time for part of the project	8
No dedicated paid time	2

Data analysis

Data analysis was guided by logic analysis, which helped describe and illustrate the relationships between all components of the CoP. Thematic analysis and descriptive statistics were undertaken simultaneously and informed the creation of the logic model, which was updated and refined as analyses progressed.

Logic analysis

In order to determine the relationships between the problem, the CoP, and its potential ultimate benefit, a logic model was created [36] that represented the resources, activities, outputs, and outcomes. General concepts about CoPs previously mentioned guided the establishment of the design and educational characteristics of the CoP. The combined expertise of CAG and GLD was another resource that informed the CoP's content and activities. The participants' engagement in the activities provided the outputs and outcomes, including quantitative and qualitative data.

Thematic analysis

Thematic analysis was performed on the written content of the logbooks using NVivo for Mac 11.4.1 to provide a rich and detailed account [51] of the participants' appreciation, participation, and perceived outcomes of the weekly activities. Inductive data-driven thematic analysis involved: 1- familiarizing oneself with the data, i.e. reading the logbooks' extracts several times and in different orders over a period of six weeks; 2- generating initial codes, i.e. coding features of the data inductively and across the entire data set; 3- searching for themes, i.e. grouping together codes conveying similar meaning into potential categories, which were later grouped together into themes and subthemes; 4- reviewing themes and subthemes, 5- refining the analysis as part of an iterative process through regular and repeated discussions between CAG and GLD, 6- confirming the relationship between extracts, themes, and subthemes, 7- defining and labelling themes and subthemes, and finally 8- translating them from French (language in which the data was collected) to English, with careful attention to retain the

precise meaning of each theme and subtheme [51]. Extracts from the logbooks were also translated to English.

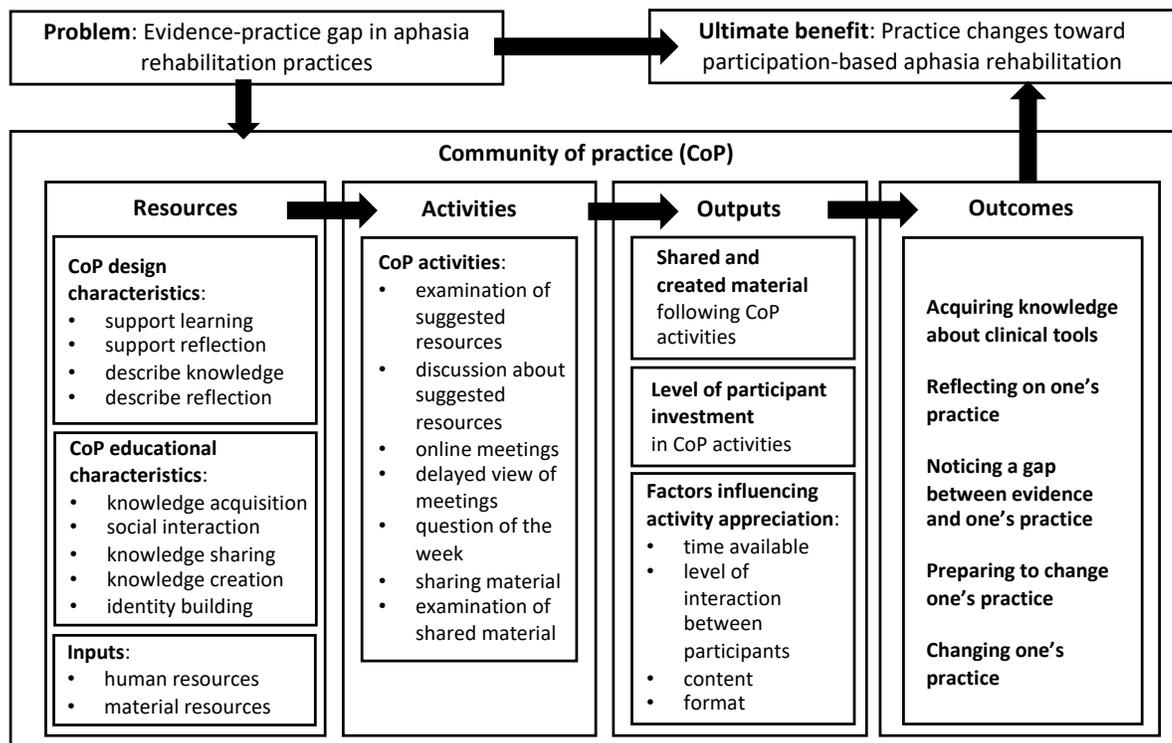
Descriptive statistics

Descriptive statistics were used to summarize the quantitative data collected in the logbooks and recorded on the web platform, i.e. the number of collected logbooks, the number of participants per activity, the number of minutes spent each week in the CoP, and the number of minutes spent per activity.

Results

This section describes the logic model of the CoP and details its resources, activities, outputs, and outcomes (see Figure 1).

Figure 1 Representation of the Community of practice using the logic model



Resources

Resources included design characteristics, educational characteristics, and inputs of the CoP, detailed below.

CoP design characteristics

The CoP was designed to 1- support learning among participants; 2- support reflection among participants [34], and ultimately it helped researchers to 3- describe outcomes in terms of knowledge acquired and 4- describe participant reflections related to the topics of the CoP.

CoP educational characteristics

Five educational characteristics were considered: 1- knowledge acquisition, as per Wenger's definition of a CoP [34]; 2- social interaction; 3- knowledge sharing; 4- knowledge creation; and 5- identity building, as per the main characteristics of a CoP in health care [52]. Table 2 shows the relationship between educational characteristics and the CoP activities. Most educational characteristics were related to specific activities, but knowledge creation and identity building had the potential to be achieved through any or all of the activities.

Inputs

Human and material resources were deployed for this CoP. Participants were considered a resource, because they had varied experience and dedicated paid time to be involved in the CoP (see Table 1). CAG was the CoP facilitator and invested many hours per week to prepare the upcoming activities. She led the online meetings, managed the web platform, sent weekly emails to participants, and answered participants' questions. GLD, a professor in speech-language pathology, participated in the design of the activities and provided expertise about resources in participation-based aphasia rehabilitation and teaching skills. She was present at the online meetings to take notes as a basis for discussion with CAG. A research assistant took care of technical aspects of the online meetings (e.g. turning on/off participants' microphones,

providing written answers in the forum for those who wrote questions during meetings, etc.)
 The chosen user-friendly platform for the CoP was *Adobe Connect*.

Table 2 List of the CoP educational characteristics and related activities

CoP educational characteristics	Activities
Knowledge acquisition	Examination of suggested resources
Social interaction	Discussion about suggested resources Online meetings Delayed view of online meetings Question of the week
Knowledge sharing	Online meetings Sharing material with others Examination of shared material
Knowledge creation	Potentially all activities
Identity building	Potentially all activities

Activities

An initial meeting on the web platform allowed participants to get to know one another and be exposed to the theoretical concepts underlying the CoP. Twelve participants were online during this meeting, including one who had technical problems and watched the part she missed afterwards. The other participant was not available at the time of the meeting and viewed it later.

During the initial meeting, participants were asked to invest about one hour per week in one or several of the suggested activities over the six weeks of the CoP which began two weeks after the initial meeting. They could spend this time on any chosen activity corresponding to their interest. The one hour per week time commitment was estimated on the basis of what seemed a reasonable investment of time in addition to the time dedicated to regular clinical

activities. Most participants were paid by their employer for one hour a week. They were not expected to participate in all of the activities every week. One week of break was provided after the three first weeks during which participants could catch up if needed. A final group meeting was conducted two weeks after the last week of thematic structured activities.

An array of seven types of activities were offered: examination of suggested resources (i.e., clinical tools for goal-setting, assessment, and intervention including research articles, websites, and standardized tests); a discussion forum about these resources; online meetings about the weekly topic; viewing the recorded meetings; a forum for a weekly question and answers; a folder to share material used in one's clinical practice; and examination of materials shared by others. Offline activities were available each week. Researchers offered a total of 32 resources for participants to examine and discuss, at their leisure. One-hour thematic online meetings were offered four times for the following topics: 1- goal-setting; 2- assessment and outcome evaluation; 3- indirect intervention; and 4- discharge. During online meetings, CAG asked general questions about the topic, facilitated the discussion without giving a prescriptive opinion, and occasionally summarized what had been said. The "question of the week" concerned the weekly topic (e.g. "How can discharge from rehabilitation be a positive experience for your client, your client's family, and yourself?"). Each week, participants were asked to complete a logbook summarizing their involvement in the CoP.

Outputs

The outputs described in this section are: the material shared and created by participants, the level of participant investment in the different activities, and the factors influencing the participants' appreciation of the activities of the CoP.

Shared and created material. Thirty-eight documents were shared in total on the dedicated module of the platform, in addition to the resources shared by the facilitator. They included clinical success-stories written by participants, clinical tools (e.g. standardized tests, informal assessment material, therapy material), research articles, summaries of research articles or conferences, material produced by participants for training purposes, and a poster presentation. Also, during two separate online meetings, participants brainstormed ideas about clinical tools that did not exist and that would be useful for practice. After these meetings, two

different participants wrote up the ideas discussed and spontaneously elaborated two co-created tools: a framework for client goal-setting and a checklist of strategies for communication partners.

Level of participant investment in activities. The 13 participants completed 71 logbooks over six weeks with a mean of 11,8 logbooks per week. The time spent in the CoP remained approximately constant overall, with a mean of 101 minutes invested per week per participant, and a mean of 16 hours overall (min=12; max=24), including the initial and final online meetings. This is a relatively higher investment of time than expected. Ten participants spent more time in the CoP than what they were paid for by their employer. For each weekly topic, there were between three and 11 participants who engaged in three or more suggested activities, indicating a very high level of engagement. On weeks 1, 2 and 6, all participants engaged in at least one activity. Week 2, about goal-setting, was the most popular in terms of time spent and number of completed activities. Moreover, the thematic online meeting of week 2 had the highest number of participants. Week 5, about direct intervention, appeared to be the least popular, both in terms of time spent and number of completed activities (see Table 3).

Participants invested the most time in the online thematic meetings (or viewing the recordings if participants were unavailable when they were held), which was about one hour for each meeting. They spent an average of almost one hour each week examining the suggested resources and preparing clinical material to share with CoP members. All participants took part in or viewed at least one online meeting, examined one or more suggested resource, answered at least one weekly question, and examined shared material. The participants most frequently engaged in: answering the question of the week, examining suggested resources, and participating in online meetings. Based on the time invested and the number of participants engaged in them, the most popular activities were judged to be the online meetings, their delayed view, and the examination of suggested resources. The least popular activity was the discussion about the suggested resources. In general, logbooks tended to underestimate the level of engagement in the CoP, in that participants sometimes forgot to fill their logbooks, while the platform had recorded that they had engaged in that activity. For example, participants had indicated in their logbooks that they attended the online meetings a total of 21 times, whereas they actually had attended 24 times (see Table 4).

Table 3 Quantitative data related to participation in the activities as a function of the weekly topic of the CoP

Week	Topic	Nb of collected logbooks (/13)	Nb of participants investing in 3 or more activities	Nb of participants investing in 1 or 2 activities	Nb of inactive participants	Nb of participants viewing or involved in online meetings	Mean duration of investment (minutes)
1	Ideal end purpose of aphasia rehabilitation	13	7	6	0	-	106
2	Goal-setting	12	11	2	0	11	106
3	Assessment and outcome evaluation	13	8	4	1	8	100
4	Indirect intervention	11	5	5	3	6	106
5	Direct intervention	10	3	7	3	-	90
6	Discharge	12	4	9	0	9	95

Table 4 Quantitative data related to number of weeks the activity was offered, number of logbooks, participant engagement in activities, and duration of engagement in activities

Activity type	Nb of weeks the activity was suggested	Total nb of logbooks reporting on the activity	Total nb of times participants engaged in the activity	Total nb of participants engaged in the activity	Nb of participants engaged in the activity 3 times or more	Nb of participants engaged in the activity 1 or 2 times	Nb of inactive participants	Mean duration in minutes per week³ (min-max)
More popular activities								
Initial online meeting ¹	1	12	12	12	-	-	-	-
Thematic online meetings ¹	4	21	24	11	4	7	2	61 (60-75)
Delayed view of meetings ²	4	9	9	8	0	8	5	60 (60-60)
Examination of suggested resources ²	6	32	32	13	9	4	0	56 (5-150)

Activity type (continued)	Nb of weeks the activity was suggested	Total nb of logbooks reporting on the activity	Total nb of times participant s engaged in the activity	Total nb of participants engaged in the activity	Nb of participants engaged in the activity 3 times or more	Nb of participants engaged in the activity 1 or 2 times	Nb of inactive participants	Mean duration in minutes per week ³ (min- max)
Less popular activities								
Discussion about suggested resources ¹	6	6	17	7	3	4	6	15 (5-30)
Question of the week ¹	6	25	42	13	7	6	0	19 (5-60)
Sharing material with others ¹	6	7	21	10	3	7	3	53 (20-90)
Examination of shared material ²	6	24	24	13	8	5	0	20 (10-60)

Legend:

- 1- Data regarding participation in these activities came from researchers' direct observation on the platform.
- 2- Data regarding participation in these activities came from entries in participants' logbooks.
- 3- Data regarding time invested in activities came from entries in participants' logbooks.

Factors influencing activity appreciation. In their logbook comments, participants generally reported to what extent they appreciated the activities. The thematic analysis of the 186 comments extracted from the logbooks' sections "Describe your appreciation of the activity" and "Describe your participation" (see Additional file 1) revealed four factors influencing the degree of appreciation of the different activities. These factors were: the time they had to do the activities, the level of interaction between participants, the format, and the content of activities (see Table 5). Overall, positive comments outnumbered negative comments and the number of satisfied participants exceeded the number of dissatisfied ones for all factors except time. Participants would have liked to have more time to spend on the CoP activities. They were mostly satisfied with the high level of interaction offered by some activities, but did not all have the same level of comfort in the online activities. Consequently, participants appreciated the different ways to participate, and characterized the activities as "interesting", "instructive", "pleasant", and/or "pertinent" for their clinical practice.

Outcomes

Thematic analysis of 130 comments extracted from the logbooks' sections "Describe your learning outcomes" and "Other comments" (see Additional file 1) revealed five themes, further described below: 1- acquiring knowledge about clinical tools; 2- reflecting on one's practice; 3- noticing a gap between evidence and one's practice; 4- preparing to change one's practice; and 5- changing one's practice (see Table 6).

All participants acquired knowledge about clinical tools as a result of this CoP. These clinical tools included research articles, websites, tests, material for intervention, practice guidelines, and resources available in the care continuum of aphasia rehabilitation. Twelve participants described their reflections about their practice. Reflections concerned the topics of the CoP and how the knowledge acquired has influenced their perception of their own practice (e.g. acknowledging that group therapy has many advantages). The reflections were also indicative of professional identity building through interaction with other CoP members (e.g. realizing that other members experience similar challenges in their practice). Indeed, participants explored their own thoughts about one aspect of clinical practice, compared their

clinical activities with those of others, validated their approaches through discussions, and realized there was a certain consistency across settings. As recorded in logbooks, six participants noticed a gap between the evidence on participation-based aphasia rehabilitation available through the CoP and one or more aspects of their own clinical practice. Seven participants mentioned they were preparing to change an aspect of their clinical practice in line with what had been discussed in the CoP. These probable changes included: using a new participation-based clinical tool, such as a structured questionnaire to establish personalized goals with the client; integrating in therapy a recommendation reported on a website or journal article, such as the SMARTER goal-setting framework [18]; being more systematic in presenting information to clients about community services; measuring therapy outcomes related to the person's life habits; training conversational partners; and including relatives more frequently in interprofessional team meetings. Finally, during this CoP, three participants reported they were now using a new participation-based clinical tool. For example, the participant who gathered the ideas about the co-created goal-setting framework reported in her logbook that she was now using it. It was not expected that participants would make changes to their clinical practice while the CoP was ongoing. There was no clear relationship between the engagement of participants in certain topics or activities and the types of outcomes they reported, when topics and activities invested by a participant were compared with the type of outcomes reported by this participant.

In summary, human and material resources were made available for this web-based CoP, that was designed with a number of desirable educational characteristics in mind. Logbook data were collected and analyzed as well as the information about participants' engagement in the online and offline activities recorded on the platform. Participants invested more time than the suggested one hour per week. They shared many clinical tools and co-created two new ones. All 13 participants expressed significant outcomes of the CoP on their practice, such as learning about clinical tools, reflecting on their practice, and/or considering or trying out new ways of providing participation-based aphasia therapy (see Figure 1). There was no indication that participants from across the aphasia care continuum considered that participation-based rehabilitation was not appropriate for their specific clients. There was no evidence that the type of workplace was related to a type of outcome reported by participants

Table 5 Themes related to the factors influencing appreciation of the CoP activities, extracts from logbooks, number of extracts per theme and number of participants mentioning each theme

Factors influencing appreciation of activities	Extracts (n = 186)	Total nb of extracts per theme	Total nb of participants mentioning the theme
Time available to do the activity			
Appreciating to take the extra time	<i>I appreciated this moment because I took the time to sit down, read and take notes. This allowed me to take my reflections further than usual.</i>	9	5
Experiencing a lack of time despite a high interest	<i>Once again, I printed journal articles that I still have to read because they looked interesting. Time was missing!</i>	22	8
Level of interaction between participants			
Being satisfied with a high level of interaction	<i>[Online meetings were] more interactive, which captivated me the most.</i>	30	8
Finding that some activities offer limited interaction among participants	<i>The interaction among participants was limited because we did not necessarily read the same journal articles [discussion on suggested resources].</i>	13	3

Factors influencing appreciation of activities (continued)	Extracts (n = 186)	Total nb of extracts per theme	Total nb of participants mentioning the theme
Format of the activity			
Appreciating the efficiency of the activities and the different ways to participate	<i>I had the opportunity to share my opinions at the time I wanted to share them [during the initial online meeting]. I appreciated the fact that I could participate by using the microphone or by writing in the forum.</i>	29	10
Experiencing technical or format-based difficulties with the platform and activities	<i>I could not fully participate in the discussion [because of a connexion problem].</i>	14	9
Content of the activity			
Considering that some activities were interesting and pertinent	<i>The material was interesting because it was directly applicable in my clinical reality.</i>	63	13
Considering that some activities were less useful	<i>I did an overview [of the suggested resources]; they were too general for me.</i>	6	4

Table 6 Themes describing outcomes of the CoP, extracts from logbooks, number of extracts per theme and number of participants mentioning each theme

Outcomes	Extracts (n = 130)	Total nb of extracts per theme	Total nb of participants mentioning the theme
Acquiring knowledge about clinical tools	<i>I learned about the Better Conversations with Aphasia web site, which I did not know about.</i>	34	13
Reflecting on one's practice			
Reflecting on topics of the CoP	<i>I think that group therapy is an interesting avenue. It is close to normal life and allows one to meet other people. It can reduce isolation and directly enhance social participation.</i>	21	10
Building identity through interaction	<i>I realized that we all aim for social participation somehow.</i>	37	11
Noticing a gap between evidence and one's practice	<i>I lack the structure that would reveal the expectations and goals of the patients and those of their families.</i>	8	6

Outcomes (continued)	Extracts (n = 130)	Total nb of extracts per theme	Total nb of participants mentioning the theme
Preparing to change one's practice	<i>After reading Sherratt et al., 2011, I realized that giving information about aphasia and its related difficulties to the person with aphasia and his/her family could become a more important therapy goal in my acute care practice.</i>	18	7
Changing one's practice	<i>This [an online meeting] inspired me to create a general document for goal-setting with the patient and to give it to him/her afterwards. I used it for the first time today with one patient: it was super interesting. As she lives by herself, I never really talked about her relatives but after reading the article [Hersh et al., 2012] and creating a checkbox labelled "Relatives" in my goal-setting document, it brought many interesting points, including the relatives' need to have more information about aphasia.</i>	3	3

Discussion

The aim of this study was to describe the components and evaluate a CoP for speech-language pathologists in aphasia rehabilitation. Logic analysis helped to describe the components, their relationships and the related short-term effects of this CoP [36-42]. This study provides evidence that a six-week structured CoP can facilitate learning, reflection, interaction with peers, and induce short-term changes in speech-language pathologists' aphasia rehabilitation practice. The results are consistent with the *Readiness to change* framework [53], which suggests clinicians can contemplate change, prepare to change, or actualize changes in the practice, thus indicating that most participants were somewhere along this continuum of change. Thus, this study adds to the growing body of evidence supporting the role of CoPs for promoting EBP in the health care sector [52, 54]. The reasons for the apparent success of this CoP are numerous.

This CoP was successful because of the continuous opportunities for reflection, interaction and collaboration. According to social learning theory, knowledge acquisition better operates in groups such as CoPs [44]. Reflective practice is also easier in groups of peers [55], and in small groups of peers when it comes to speech-language pathologists [47]. Reflecting in a group allowed participants to collaborate in creating clinical tools, which have a high potential to be used in clinical settings [56]. Creating knowledge is consistent with the concept of constructivism [43]. Also, the CoP provided opportunities for participants to write down what they learned and share their thoughts with others, thus facilitating reflective practice [47]. However, other factors than interaction also contributed to the CoP's apparent success.

Participants appreciated that the design of the CoP allowed for a variety of ways they could partake in the CoP which were aligned with their preference and/or availability for interactive activities or for individual reflection. Although there is no information about the factors influencing participants' specific interest for non-interactive activities, participants learned about new clinical tools when consulting suggested resources on the platform. There is evidence that offline individual CoP activities can be as equally effective [57] as interactive activities. Participants stated both types of activities were useful for their clinical practice, and this possibly helped to arouse and maintain interest and motivation throughout the CoP.

The positive outcomes of this CoP could be partially explained by the fact that the participants were particularly motivated and interested by the suggested topics. Some participants, who already knew the researchers' interest in participation and aphasia rehabilitation, were maybe more informed about the topic. Also, participants who had worked in community services for persons with aphasia or their relatives were possibly more sensitive to certain topics, such as conversation partner training. These participants were in all likelihood more prone to question their own practices and more motivated to engage in the CoP. Motivated speech-language pathologists have a higher potential to change their practice [58], which may explain some of the results. Less motivated individuals may not experience the same benefits. Unfortunately, it is not possible to determine retrospectively all of the motivational factors at play in this CoP, especially factors which were not conscious or explicit. Thus, the results may not be applicable to speech-language pathologists working in other settings, with different clinical population, or in a non-public health care system. The motivation of speech-language pathologists was more apparent for some topics than for others. The popularity of the goal-setting topic might be explained in part by the fact that this is a central clinical activity that helps determine the following ones [18], added to the fact that some participants were exposed for the first time to the possibility of considering goal-setting before assessment [49]. Goal-setting was also the topic of the first thematic online meeting. The low level of engagement in the topic of direct intervention might be explained by the fact that it was presented in the second to last week of the CoP, that there was no online meeting on that week, and/or that participants did not feel the need or were not ready to reflect on the activity that dominates their daily practice. In fact, both SLPs' motivation and the popularity of the each topic were probably influenced by many interacting factors.

In this study, most participants received some financial support from their employer for participating in the CoP which certainly contributed to their level of motivation and the resulting time spent in the CoP. In the literature, time is often cited as a barrier to implement EBP or practice changes [13, 14, 30-32]. The time that the participants invested in the CoP's activities, although insufficient to the liking of the participants, was quite high and allows us to think that the time barrier was surmounted at least partially, since the participants provided evidence of emerging and further practice changes. Indeed, time does appear to be a significant factor in the

adoption of new practices related to the best evidence. The discrepancy between the high amount of time devoted to the CoP and participants' perceived lack of time resonates with a conflict clinicians experience between time spent in knowledge transfer activities and time spent delivering direct services to clients [59]. This conflict was not addressed and persisted throughout the CoP. One way this internal conflict could have been attenuated would have been to enlist more organizational support [30] and as much dedicated paid time as participants actually devoted. But such a state of affairs was unlikely to happen in a financially restricted health care system. Finally, overall interest and motivation may have helped the participants who were unpaid by their employer to also engage highly in the CoP.

The basic characteristics of successful CoPs – knowledge acquisition, social interaction, knowledge sharing, knowledge creation, and identity building [34, 52] – were considered: participants had repeated opportunities to interact, share and create clinical tools, and may have developed or transformed their professional identity. Although it is not clear how one should define and measure the construction of professional identity, participants indicated that they had compared their practice to that of other members, and that the experience of other members was a form of validation of their own practice. This indicates that speech-language pathologists benefitted from interaction to (re)define their practice [32]. The concept of “identity building” could be further explored in future studies.

Limitations

This *top-down* CoP was created by researchers whereas most CoPs are frequently *bottom-up*, i.e. created by the members themselves. *Bottom-up* CoPs are considered more efficient because the members' needs drive their creation [60]. The success of the present CoP suggests that it answered some of the speech-language pathologists' needs, even though they did not explicitly drive the creation of the CoP. Critically, the first author was a practicing speech-language pathologist who was aware of the limitations of her own practice in achieving optimal participation for persons with aphasia. She had a professional interest in sharing and exploring participation-based approaches, which participants may have recognized implicitly as similar to their own desire to improve their practice. Also, a great time investment was required

on the part of the CAG and GLD, who had previous specific knowledge in the area of participation-based aphasia rehabilitation, to design, implement and facilitate the CoP. Since this project was part of the first author's PhD research, she was motivated in supporting the participants in achieving the goals of the CoP, as was her advisor, GLD. However, the CoP could not be maintained after the end of the project since it was planned to be a time-bound CoP. Nevertheless, the CoP template, as originally designed, with the materials and activities planned out could be used again requiring a much smaller time commitment to facilitate the activities.

Future studies

Although positive outcomes were demonstrated, future studies are needed to validate these results and evaluate the long-term outcomes of the CoP. Moreover, participants may have reported more positive outcomes than challenges in their logbooks, which may not reflect all of the participants' issues, learning, and global experience in the CoP. In-depth individual interviews could give further information about the impact of the CoP on speech-language pathologists' practice. Future studies should also help to determine which professional environments are most conducive to learning and implementation of some of the participation-based intervention tools presented and discussed. Participants appreciated to have the choice of investing time in online or offline activities, thus participants of future CoPs should continue to benefit from a choice between online and offline activities.

Conclusions

This study indicates that speech-language pathologists can include more participation-based approaches in their aphasia rehabilitation practice following a CoP intentionally designed to support learning, reflection and interaction among peers. To achieve practice changes, they have to be motivated, financially supported by their organization and fully engaged in activities meeting their needs and interests. Moreover, within the structure of a well-designed CoP,

speech-language pathologists have the potential to develop their professional identity and are in all likelihood, willing to implement evidence-based recommendations in their clinical practice.

List of abbreviations

EBP: evidence-based practice

CoP: Community of practice

Declarations

Ethics approval and consent to participate

This study was approved by the Ethics Committee of the Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal (CRIR), number CRIR-1078-0515. All participants signed a consent form previous to their participation.

Consent for publication

Not applicable

Availability of data and materials

The datasets generated in French and analyzed during the current study are not publicly available because individual privacy could be compromised. However, they could be made available given a reasonable request to the corresponding author and with further approval of the Ethics Committee, which would be specifically sought.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Funding

This study was funded by the Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQSC), the Université de Montréal (Montreal, Canada), the Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal (Montreal, Canada), and the Jewish Rehabilitation Hospital Foundation (Laval, Canada).

Authors' contributions

This study is part of CAG's PhD research. She designed the research, elaborated the CoP, and conducted data collection, most data analysis, and was a major contributor in writing the manuscript. GLD is CAG's supervisor, and participated in the CoP design, was present during most of the data collection sessions, participated in data analysis and contributed significantly to writing the manuscript. DK and CC are part of CAG's PhD advisory committee, helped with the design of the research and critically reviewed the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

The authors wish to acknowledge all participants who took part in this study. They also thank Professor Pascale Lehoux for her help with the study design as a member of CAG's PhD advisory committee. The authors thank Alexandra Tessier for technical assistance.

References

1. Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(6); doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub4.
2. World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.who.int/classifications/icf/en/> (2001). Accessed 2 Nov 2018.
3. United Nations General Assembly: Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> (2007). Accessed 4 Jun 2018.
4. Laliberté M-P, Alary Gauvreau C, Le Dorze G. A pilot study on how speech-language pathologists include social participation in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*. 2016;30(10):1117-33. doi: 10.1080/02687038.2015.1100708.
5. Verna A, Davidson B, Rose T. Speech-language pathology services for people with aphasia: a survey of current practice in Australia. *Int J Speech-Lang Pathol*. 2009;11(3):191-205.
6. Torrence JM, Baylor CR, Yorkston KM, Spencer KA. Addressing communicative participation in treatment planning for adults: a survey of US speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2016;25(3):355-70.
7. Dalemans RJP, de Witte LP, Beurskens AJ, van den Heuvel WJA, Wade DT. An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disabil Rehabil*. 2010;32(20):1678-85. doi: 10.3109/09638281003649938.
8. Le Dorze G, Salois-Bellerose E, Alepins M, Croteau C, Hallé M-C. A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology*. 2014;28(4):421-39. doi: 10.1080/02687038.2013.869305.
9. Tessier A: L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches [Organization and provision of rehabilitation services for persons who had cerebral vascular accident (CVA) and their relatives]. In: ETMIS. Edited by Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, vol. 8(9): Gouvernement du Québec; 2012: 1-101.

10. Aphasie Québec - Le réseau: Les membres [The members]. <http://aphasiequebec.org/lesmembres.html> (2018). Accessed 10 Oct 2018.
11. American Speech-Language-Hearing Association: Introduction to Evidence-Based Practice. <http://www.asha.org/Research/EBP/> (2017). Accessed 23 Mar 2017.
12. Bernstein Ratner N. Evidence-based practice: an examination of its ramifications for the practice of speech-language pathology. *Language, Speech & Hearing Services in Schools*. 2006;37(4):257-67.
13. McCurtin A, Roddam H. Evidence-based practice: SLTs under siege or opportunity for growth? The use and nature of research evidence in the profession. *Int J Lang Commun Disord*. 2012;47(1):11-26. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00074.x.
14. Foster AM, Worrall LE, Rose ML, O'Halloran R. Turning the tide: putting acute aphasia management back on the agenda through evidence-based practice. *Aphasiology*. 2013;27(4):420-43. doi: 10.1080/02687038.2013.770818.
15. Fucetola R, Tucker F, Blank K, Corbetta M. A process for translating evidence-based aphasia treatment into clinical practice. *Aphasiology*. 2005;19(3-5):411-22. doi: 10.1080/02687030444000859.
16. Rose ML, Raymer AM, Lanyon LE, Attard MC. A systematic review of gesture treatments for post-stroke aphasia. *Aphasiology*. 2013;27(9):1090-127.
17. Howe T, Davidson B, Worrall L, Hersh D, Ferguson A, Sherratt S, et al. 'You needed to rehab ... families as well': family members' own goals for aphasia rehabilitation. *Int J Lang Commun Disord*. 2012;47(5):511-21. doi: 10.1111/j.1460-6984.2012.00159.x.
18. Hersh D, Worrall L, Howe T, Sherratt S, Davidson B. SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*. 2012;26(2):220-33. doi: 10.1080/02687038.2011.640392.
19. Sherratt S, Worrall L, Pearson C, Howe T, Hersh D, Davidson B. "Well it has to be language-related": speech-language pathologists' goals for people with aphasia and their families. *Int J Speech Lang Pathol*. 2011;13(4):317-28. doi: 10.3109/17549507.2011.584632.
20. Dalemans RJP, de Witte LP, Beurskens AJ, van den Heuvel WJA, Wade DT. Psychometric properties of the community integration questionnaire adjusted for people with aphasia. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(3):395-9. doi: 10.1016/j.apmr.2009.10.021.

21. Simmons-Mackie N, Kagan A, Victor JC, Carling-Rowland A, Mok A, Hoch JS, et al. The assessment for living with aphasia: Reliability and construct validity. *Int J Speech-Lang Pathol*. 2014;16(1):82-94. doi: 10.3109/17549507.2013.831484.
22. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*. 1999;30(7):1362-9.
23. Simmons-Mackie N, Raymer A, Armstrong E, Holland A, Cherney LR. Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(12):1814-37. doi: 10.1016/j.apmr.2010.08.026.
24. Simmons-Mackie N, Raymer A, Cherney L. Communication partner training in aphasia: an updated systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016;97(12):2202-21. doi: 10.1016/j.apmr.2016.03.023.
25. Shrubsole K, Worrall L, Power E, O'Connor DA. Recommendations for post-stroke aphasia rehabilitation: an updated systematic review and evaluation of clinical practice guidelines. *Aphasiology*. 2017;31(1):1-24. doi: 10.1080/02687038.2016.1143083.
26. Hersh D. How do people with aphasia view their discharge from therapy? *Aphasiology*. 2009;23(3):331-50.
27. Hersh D. I can't sleep at night with discharging this lady: the personal impact of ending therapy on speech-language pathologists. *Int J Speech-Lang Pathol*. 2010;12(4):283-91. doi: 10.3109/17549501003721072.
28. Kovarsky D. Representing voices from the life-world in evidence-based practice. *Int J Lang Commun Disord*. 2008;43(S1):47-57. doi: 10.1080/13682820701698036.
29. Dijkers MP, Murphy SL, Krellman J. Evidence-based practice for rehabilitation professionals: concepts and controversies. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(8 Suppl 2):S164-76. doi: 10.1016/j.apmr.2011.12.014.
30. Hoffman LM, Ireland M, Hall-Mills S, Flynn P. Evidence-based speech-language pathology practices in schools: findings from a national survey. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*. 2013;44(3):266-80. doi: 10.1044/0161-1461(2013/12-0041).
31. Dodd B. Evidence-based practice and speech-language pathology: strengths, weaknesses, opportunities and threats. *Folia Phoniatria et Logopaedica*. 2007;59(3):118-29.

32. Zipoli RP, Kennedy M. Evidence-based practice among speech-language pathologists: attitudes, utilization, and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2005;14(3):208-20. doi: 10.1044/1058-0360(2005/021).
33. Desgagné S. Le concept de recherche collaborative: l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants [The concept of collaborative research: the idea of a collaboration between researchers and teachers]. *Revue des sciences de l'éducation*. 1997;23(2):371-93. doi: 10.7202/031921ar.
34. Wenger E, McDermott RA, Snyder W. *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*: Harvard Business Press; 2002.
35. McKellar K, Pitzul K, Yi J, Cole D. Evaluating communities of practice and knowledge networks: a systematic scoping review of evaluation frameworks. *EcoHealth*. 2014;11(3):383-99. doi: 10.1007/s10393-014-0958-3.
36. Brousselle A, Champagne F. Program theory evaluation: logic analysis. *Evaluation and Program Planning*. 2011;34(1):69-78.
37. Chyung SYY. Foundational concepts for conducting program evaluations. *Performance improvement quarterly*. 2015;27(4):77-96.
38. Cooksy LJ, Gill P, Kelly PA. The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation. *Evaluation and program planning*. 2001;24(2):119-28.
39. Knowlton LW, Phillips CC. *The logic model guidebook: better strategies for great results*: Sage; 2012.
40. McLaughlin JA, Jordan GB. Logic models: a tool for telling your programs performance story. *Evaluation and program planning*. 1999;22(1):65-72.
41. Rush B, Ogborne A. Program logic models: expanding their role and structure for program planning and evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 1991;6(2):95.
42. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. *L'évaluation: concepts et méthodes [Evaluation: concepts and methods]*. Montreal, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal; 2011.
43. Guba EG, Lincoln YS: Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994. p. 105-17.

44. Bandura A. Social learning theory. New York: General Learning Press; 1977.
45. Lave J, Wenger E. Situated learning: Legitimate peripheral participation: Cambridge university press; 1991.
46. Schön DA. The reflective practitioner: How professionals think in action. United States of America: Basic books; 1983.
47. Caty ME, Kinsella EA, Doyle PC. Reflective practice in speech-language pathology: a scoping review. *Int J Speech Lang Pathol.* 2015;17(4):411-20. doi: 10.3109/17549507.2014.979870.
48. Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec: Exercer la profession [Practicing as a speech-language pathologist]. <http://www.ooaq.qc.ca/profession/orthophonie#haut> (2018). Accessed 1 Oct 2018.
49. Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. <http://www.aphasiapathway.com.au> (2018). Accessed 29 Mar 2017.
50. Carter SM, Ritchie JE, Sainsbury P. Doing good qualitative research in public health: not as easy as it looks. *New South Wales Public Health Bulletin.* 2009;20(8):105-11. doi: 10.1071/NB09018.
51. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology.* 2006;3(2):77-101.
52. Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyte PC, Graham ID. Use of communities of practice in business and health care sectors: a systematic review. *Implement Sci.* 2009;4(27); doi: 10.1186/1748-5908-4-27.
53. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997;12(1):38-48.
54. Ranmuthugala G, Plumb J, Cunningham F, Georgiou A, Westbrook J, Braithwaite J. How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):273.
55. Baxter S, Gray C. The application of student-centered learning approaches to clinical education. *Int J Lang Commun Disord.* 2001;36(S1):396-400. doi: 10.3109/13682820109177918.
56. Lemire N, Souffez K, Laurendeau MC. Animer un processus de transfert des connaissances: bilan des connaissances et outil d'animation [To facilitate a knowledge

transfer process: knowledge report and facilitation tool]: Institut national de santé publique du Québec, Gouvernement du Québec; 2009.

57. Evans C, Yeung E, Markoulakis R, Guilcher S. An online community of practice to support evidence-based physiotherapy practice in manual therapy. *J Contin Educ Health Prof.* 2014;34(4):215-23. doi: 10.1002/chp.21253.
58. Miao M, Power E, O'Halloran R. Factors affecting speech pathologists' implementation of stroke management guidelines: a thematic analysis. *Disabil Rehabil.* 2014;37(8):674-85. doi: 10.3109/09638288.2014.932444.
59. Barwick MA, Peters J, Boydell K. Getting to uptake: do communities of practice support the implementation of evidence-based practice? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2009;18(1):16-29.
60. Thomson L, Schneider J, Wright N. Developing communities of practice to support the implementation of research into clinical practice. *Leadership in Health Services.* 2013;26(1):20-33. doi: 10.1108/17511871311291705.

Chapitre 5. Résultats – troisième article

Outcomes of a Community of Practice for Speech-Language Pathologists about Social Participation in Aphasia Rehabilitation

Article soumis à la revue *Disability and Rehabilitation* le 2 janvier 2019.

Dans le cadre de cet article, l’auteure de la thèse a effectué la conception de l’étude, la collecte de données, l’ensemble des analyses et la rédaction de l’article. Toutes ces étapes ont été réalisées sous la supervision attentive de la directrice de recherche, qui a participé activement aux analyses et à la rédaction du manuscrit.

Outcomes of a Community of Practice for Speech-Language Pathologists about Social Participation in Aphasia Rehabilitation

Christine Alary Gauvreau^{1,2}

Guylaine Le Dorze^{1,2}

1. School of Speech-Language Pathology and Audiology, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Montreal (Quebec), Canada
2. Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal (CRIR), Montreal (Quebec), Canada

Abstract

Purpose: Because of their communication difficulties, people with aphasia are at risk of not fully participating in significant activities after rehabilitation. Speech-language pathologists can contribute to support optimal social participation in rehabilitation. A Community of practice (CoP) was designed to provide speech-language pathologists with opportunities to acquire knowledge and reflect on the topic of social participation within aphasia rehabilitation. The aim of this study was to understand the long-term outcomes of the CoP.

Methods: Semi-structured individual interviews were conducted four to 10 weeks after the end of the CoP with 13 speech-language pathologist participants. Analyses were guided by grounded theory.

Results: Participants perceived that the CoP experience contributed to a better alignment of their practice with the ideal end purpose of optimized social participation. A sense of community was built among CoP members, which encouraged them to reflect on their practice and share materials. Participants felt better equipped, had adopted new practices and had promoted organizational changes to optimize social participation of people with aphasia. Ultimately, they felt more confident, motivated, and had the energy to concentrate on what they considered important.

Conclusions: CoPs designed for speech-language pathologists in aphasia rehabilitation may offer a context for learning, reflecting and facilitating more consistent clinical decision-making.

Keywords: aphasia; speech-language pathology; community of practice; social participation; grounded theory

Introduction

Although participation is the stated ultimate goal of rehabilitation for all types of clients [1], people with aphasia do not fully participate in significant activities after rehabilitation [2, 3, 4, 5], which negatively impacts on their quality of life [6, 7, 8, 9, 10]. Aphasia is an acquired language impairment experienced by an individual following a neurological condition [11], such as stroke or traumatic brain injury, and resulting in communication difficulties. Speech-language pathology has proven to be effective for aphasia rehabilitation [12, 13] and there is a growing number of evidence-based practice recommendations available for speech-language pathologists to optimize social participation of people with aphasia [14, 15], but little is known regarding their uptake. Communities of practice (CoPs) can be used to facilitate knowledge acquisition and reflection among peers [16], in addition to supporting implementation of new practices [17]. A CoP was designed for speech-language pathologists in aphasia rehabilitation on the topic of social participation. The main goal of this study was to understand the outcomes of this CoP regarding the practice of speech-language pathologist participants.

In Quebec, a province of Canada, *social participation* is the aim of rehabilitation [18]. Social participation is defined as a person's accomplishment of life habits by the International Network of the Disability Creation Process (INDCP) [19]. The Human Development Model – Disability Creation Process (HDM-DCP), created by the INDCP, is widely used among rehabilitation institutions and professional teams in Quebec. It includes 12 life habits: six everyday activities (communication, mobility, nutrition, physical fitness and psychological well-being, personal care and health, and housing) and six social roles (responsibilities, interpersonal relationships, community and spiritual life, education, employment, and recreation). Within the HDM-DCP, when an individual interacts in a physical and/or social environment, his/her impairment may be revealed or not depending on the situation and affect the extent of his/her social participation [19]. Given that language abilities are needed to have a conversation, negotiate relationships, take on responsibilities such as buying goods, and participating in leisure and vocational activities, language impairment such as aphasia can negatively affect several life habits of people with aphasia. These include communication, interpersonal relationships, community life, responsibilities, employment, and recreation [20, 21].

Typically, speech-language pathologists in Quebec meet people with aphasia at different stages of the healthcare continuum. First, the person is admitted to acute care, until the medical condition is stable. Then, the person accesses inpatient rehabilitation, where intensive speech-language pathology services are provided among other services such as physiotherapy and occupational therapy, and/or outpatient rehabilitation, where therapy is offered at a lesser frequency [18] and sometimes only involves speech-language pathology services. In this public healthcare system, which has undergone a particularly challenging reorganization in the last few years [22], people with aphasia generally access therapy for a limited time period. This time constraint, added to the fact that speech-language pathologists working in aphasia rehabilitation may consider that their role is to help the person recover language abilities, may result in a practice that does not explicitly address social participation issues [23, 24, 25]. In line with this, speech-language pathologists have underlying questions about their practice, which raises a need for guidance to orient the practice [26].

In order to be more involved in therapy and ultimately achieve optimal social participation, people with aphasia and their relatives should be involved in the establishment of therapy goals [14, 15, 27]. Furthermore, speech-language pathologists need to be able to measure important and relevant outcomes of therapy, for example by using assessment tools targeting life habits and/or quality of life [15, 28]. Meaningful goal-setting with people with aphasia and relatives and appropriate outcome measurement can help speech-language pathologists be more comfortable in managing discharge plans [29]. Moreover, to help the person enjoy full social participation, speech-language pathologists should also consider the needs of relatives to receive information, support, and training [30] at different stages of the care continuum. Since relatives are the people who know the person with aphasia best, who communicate with him/her many times a day, and who have a number of conversational topics to address, they should be provided conversational partner training, which can contribute to better participation of both parties [14, 31, 32]. It is also important that other team members be trained because they frequently interact with persons who have aphasia while they receive rehabilitation services [14]. To make speech-language pathologists aware of these recommendations and to encourage their reflection on these, a knowledge transfer strategy could be used.

Communities of practice are “groups of people who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis” (p.4) [16]. Thus, they offer the opportunity to develop one’s clinical expertise, an important component of the evidence-based practice definition [33]. In speech-language pathology, clinical expertise helps professionals make informed clinical decisions based on available scientific evidence and patient values [34]. In addition, CoPs allow for knowledge sharing and knowledge creation through interaction with peers [35]. Interaction with other speech-language pathologists could be highly effective, especially since these professionals highly value colleagues’ opinions to orient their decision-making [36] and because learning happens better in a group setting [37]. A group of peers can also assist speech-language pathologists to engage in reflective practice [38], a reflection about one’s professional actions [39]. In the field of rehabilitation, CoPs have been used with professionals to share and create knowledge, think collectively, and uptake best practice recommendations [17], but have not yet been fully studied in speech-language pathology. To date, only the short-term outcomes of a CoP for speech-language pathologists in aphasia rehabilitation on the topic of social participation were evaluated [40]. These early results revealed practice changes among participants while the CoP was ongoing, therefore it was deemed necessary to also explore long-term effects on the practice of speech-language pathologist participants.

Aim

This study aims to understand the long-term outcomes of a CoP about social participation and aphasia rehabilitation on speech-language pathologists’ practice.

Methods

Design

This qualitative study follows a constructivist-based approach [41]. The authors explored the experience and perspectives of the participants through a data-driven analysis. Analyses were guided by the principles of grounded theory, which allowed the creation of an

inductive theoretical model to represent the outcomes of the CoP as per the participants' perceptions [42, 43].

Context

This study was part of a CAG's PhD project which was conducted in three phases and led to collection of different types of data. The full research project involved 17 speech-language pathologist participants. They were initially recruited from various settings of the healthcare continuum of aphasia rehabilitation and had to show an interest for the topic of social participation, although they did not have to know or use specific clinical practice guidelines regarding social participation. They first participated in an individual interview. Later, thirteen of them engaged in a 11-week, web-based CoP on social participation and aphasia rehabilitation by participating in online and offline thematic activities and filling out weekly logbooks to report on their learning outcomes while the CoP was ongoing. The topics discussed in the CoP were: the ideal end purpose of aphasia rehabilitation, goal-setting, assessment and outcome measurement, intervention targeting the person's environment, direct intervention with the person, and discharge management. The suggested activities included online meetings about these topics, examination of suggested resources, a forum for discussing about suggested resources, a forum for questions and answers, and a platform for sharing materials used in one's practice with other CoP members. The CoP was facilitated by CAG. A detailed description and evaluation of the CoP is available elsewhere [40]. After the end of the CoP, the 13 participants who were members of the CoP were met for a final individual interview that probed the outcomes of the CoP on their practice. This paper reports on the results of these final interviews.

Participants

The 13 participants (12 women, one man) were speech-language pathologists practicing in various settings of the healthcare continuum of aphasia rehabilitation: acute care, inpatient, and outpatient rehabilitation. They came from urban, suburban, and rural regions of Quebec and had different ranges of experience. One participant moved outside Quebec during the implementation of the CoP but continued to practice speech-language pathology in aphasia

rehabilitation and remained engaged in the project. Only half of the participants had immediate colleagues, i.e. speech-language pathologists in the same program with whom they had the opportunity to frequently interact (see table 1). Three were colleagues of CAG, a practicing speech-language pathologist, and seven had already interacted either with CAG or her advisor, GLD, in previous research projects.

Table 1 Demographic information about the 13 speech-language pathologist (SLP) participants

	Nb of participants
Age range (min = 25; max = 53; mean = 37,9 yrs)	
25-34	6
35-44	3
45-54	4
Years of experience in SLP (min = 1,5; max = 28; mean = 12,2)	
< 5 years	6
> 14 years	7
Primary workplace setting	
Acute care	2
Inpatient rehabilitation	5
Outpatient rehabilitation	6
Location of workplace	
Urban area	6
Suburban area	3
Rural area (far from an urban centre)	4
Interaction with SLP colleagues in the workplace	
Had immediate SLP colleagues	7
Had no immediate SLP colleagues	6

Data collection

Participants accepted to be involved in a semi-structured, individual interview that occurred four to 10 weeks (mean=6 weeks) after the end of the CoP activities. This period of time allowed them to integrate what they had learned during the CoP and potentially implement new practices. Interviews lasted between 50 and 82 minutes (mean=64 minutes). A videoconference was set up with the participant who had moved to another country during the CoP. CAG led all interviews, which were held in French, audio-recorded, and transcribed by a research assistant.

Before the beginning of each interview, CAG made participants aware that she was ready to hear all aspects of their experience in the CoP, even if it had no impact on their practice. She indicated that she anticipated collecting positive as well as negative comments and encouraged participants to share the full spectrum of their experience in order to guide future research. Topics of the interview were the following: overall experience in the CoP, interaction with other CoP members, changes (if any) in clinical practice, perceptions of one's clinical expertise, revision of the participants' pre-CoP expectations as mentioned in the first individual interview of the research project, and potential consequences of studying the impacts of the CoP.

Data analysis

Data analysis was guided by the following research question: "What were the outcomes of the CoP according to participants?" CAG first listened to and read all interviews many times and in different orders to immerse herself in the data over time. In accordance with the data analysis process suggested by grounded theory [42, 43], initial open coding was first undertaken, which entailed writing short phrases depicting the essential meaning in the segment of the data answering the research question. After writing initial codes for most of the data, focused coding began, a step of analysis achieved by grouping together initial codes that were similar in meaning into conceptual codes. Higher-order conceptual codes, called categories, emerged through this process and were frequently shifted, sorted, and reorganized. In line with theoretical sampling, the definition of each category was revised many times. The emerging findings were frequently discussed between the two authors. Coherence between raw data and the definition

of each category was continuously verified, until authors could explain all parts of the dataset. Negative cases were sought. At many stages of data analysis, CAG wrote memos and discussed them with GLD, which facilitated the interpretation of challenging pieces of data. Categories were organized around a core concept representing the main message conveyed by the data. Conditions leading to the core concept were found, as well as actions put into place to operationalize the core concept, and finally consequences deriving from the core concept. Ultimately, the results were represented by a theoretical model [42, 43].

Rigor

To ensure credibility throughout this study [43], the researchers continuously reorganized the categories, wrote numerous definitions for each category, and constantly refined the theoretical model to ensure saturation of the results. Also, frequent debriefing sessions between the authors allowed them to delve deeply in the data and this led to rich descriptions of the results. Particular attention was given to the discourse of one participant who seemed to report divergent results, but this data enabled a more sophisticated understanding of the categories. Furthermore, CAG kept a journal during all stages of data collection and analysis, reflecting on her dual role as researcher and speech-language pathologist [44], helping to clarify potential biases and to present the participants' perspectives as faithfully as possible [45].

Results

The theoretical model shown in figure 1 represents the outcomes of the CoP as per the speech-language pathologist participants' experiences. The core concept was that following the CoP experience, participants better aligned their practice with an ideal end purpose. This ideal end purpose was the perceived "ultimate" goal of aphasia rehabilitation. This meant that the clinical activities they engaged in were more clearly aligned with what they hoped to ultimately achieve, that is better social participation outcomes for people with aphasia. Two conditions were represented in the model: the sense of community created within the CoP and the opportunities to reflect and share. Both conditions facilitated the alignment of practice with the

ideal end purpose. The core concept was translated into three actions as represented in the model. Operating now within a well-aligned practice, participants stated feeling equipped to focus therapy on optimal social participation, had implemented new strategies in their practice to facilitate social participation of people with aphasia, and had promoted organizational changes in the workplace. These actions led to the following consequences: increased self-confidence, motivation, well-being, and energy to concentrate on what is important.

Aligning practice with an ideal end purpose

The CoP contributed to modify the way participants perceived their practice. Participants described their practice in terms of the clinical activities they performed, i.e., at a more concrete level, and the purpose pursued through the chosen activities, i.e., at a more abstract level. Within the CoP, participants were invited to think about what the ideal end purpose of aphasia rehabilitation was, to write about success stories and what factors contributed to their satisfaction at work. In the end, these activities helped participants pondered what was really important in their practice. Overall, they believed that it was to help the person with aphasia resume significant life habits, achieve a good quality of life, and/or find new meaning to life through self-fulfillment:

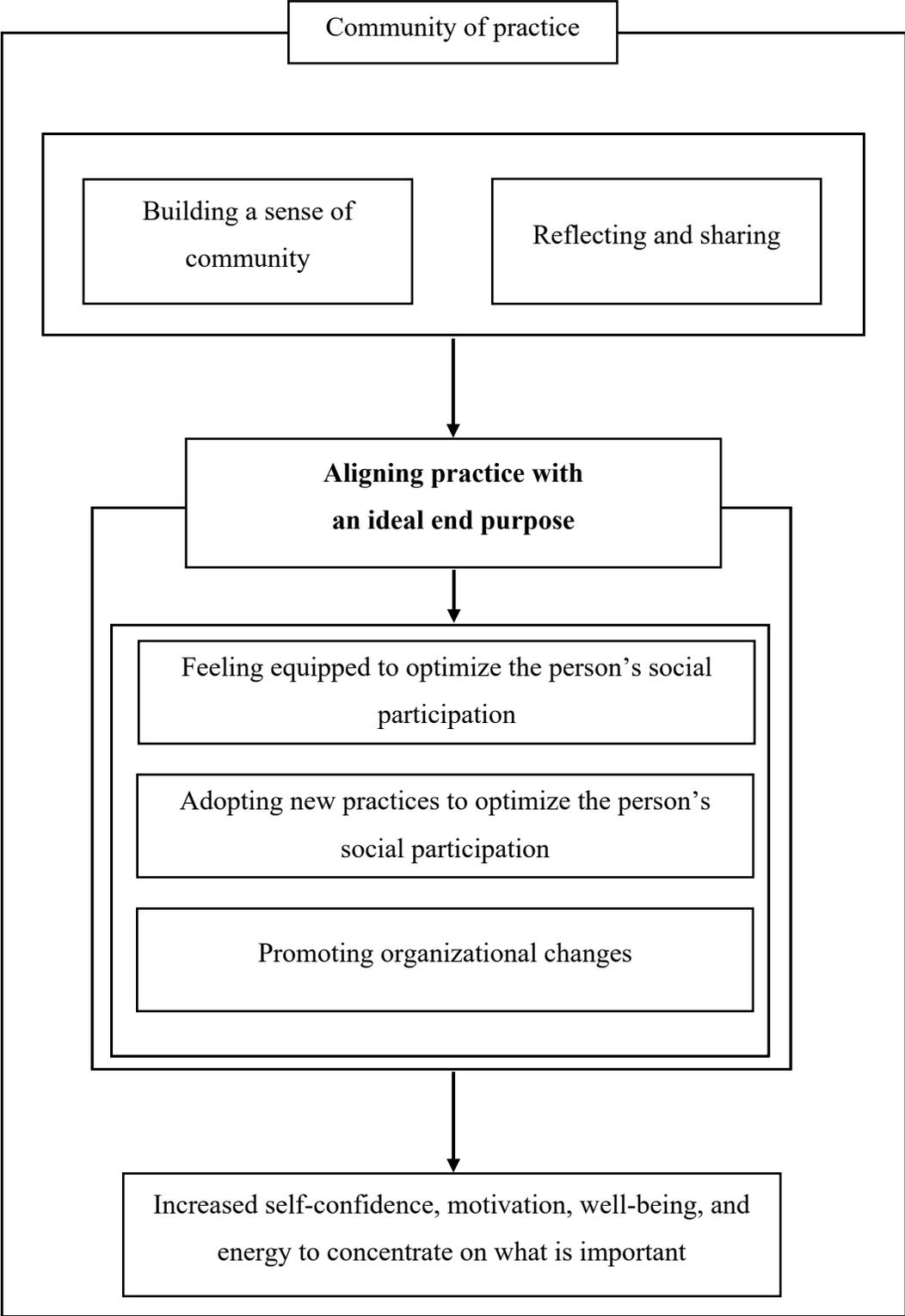
“Communicating, you do that for a purpose. You do that to live, in some way. To participate in your community, in your environment, to your life. [...] I don’t think that it is too much to aim for self-fulfillment of the person, in some way.”

Participants expressed appreciation for the “*philosophical discussion*” regarding the ideal end purpose of rehabilitation which happened during the first online meeting of the CoP. Questions were raised about the most appropriate ways to better involve the person with aphasia and other parties in therapy, in order to achieve this ideal end purpose. Therefore, participants believed that persons with aphasia, relatives, and other interdisciplinary team members should be involved in goal-setting: “*To me, therapy goals are what I think, and what they [patients] think, what the wife thinks, and sometimes what the team thinks.*” Inclusion of other parties was also perceived to be important with regard to outcome measurement: “*To reassess frequently, that’s it, I think I could, like, involve more the client himself, the family, the other team members*”. To obtain satisfying therapy outcomes, participants knew they had to fully involve

the person with aphasia in his/her intervention: “*You can’t just do any old thing, treat the patient in a random kind of way, to get at the end, optimal results*”.

Participants also expressed a tension between timing and amount of clinical activities targeting language versus those targeting social participation: “Well of course it’s always about that, the right dose between social participation and aspects of language recovery [...] and how to achieve social participation in a hospital.” They questioned whether they should decrease the frequency of some activities focusing on language to the benefit of the others focusing on social participation. Therefore, participants reflected on what would be a desirable proportion for them, in their own practice.

Figure 1 Theoretical model representing the outcomes of the Community of practice on speech-language pathologists’ practice



Building a sense of community

As represented by figure 1, specific conditions were necessary for participants to better align their practice with an ideal end purpose. In fact, the CoP was a safe space made up of understanding peers, which permitted them to share knowledge and think together. Participants were aware that they succeeded in building a real sense of community. One participant expressed: *“So there was, there was something reassuring and challenging at the same time, reading journal articles, sharing materials, to see what others did.”* Feelings of being validated by others did not mean that everyone practiced in the exact same way, but they had noticed common questions and challenges: *“Well me, first of, what I get from this experience, is that it really allowed me to see that I was not the only one to question myself [...] it really has made me feel good.”*

The motivation to try new things was also reinforced by the other members of the CoP:

“I felt like I was part of a team of speech-language pathologists, even if they were far away. And this feeling allowed me to become confident and to try out new things, it encouraged me to try out things. Yes, the fact of feeling supported.”

Thus, participants described a feeling of being supported by the group, of being part of a team and belonging to a community, which encouraged them and put them at ease. This was particularly true for participants who did not have colleagues in the workplace with whom to share questions. However, even those who had many colleagues in the workplace were not satisfied with how much they could share with them. For example, one participant mentioned having to look at videos on the internet when wondering how to perform a certain task: *“If you want to know more [about how other speech-language pathologists’ practice], you need to watch videos on YouTube, of let’s say a speech-language pathologist who, well, performs an assessment or conducts therapy about X.”* This revealed that some were dissatisfied with their relationships with speech-language pathologist colleagues. Participants expressed wanting to implement or maintain some knowledge transfer activities in their workplace, similar to the CoP: *“Because look, it would be possible to sometimes have meetings on the same kind of web platform [as for the CoP] to share therapy materials. There is certainly something we could do.”* Finally, the CoP offered a dedicated time and space for participants to question their practice, which was considered an important victory in itself: *“Just the fact of taking the time to*

sit down and think, this is a big victory anyways.” The sense of community that was built throughout the CoP allowed participants to collectively discuss their practice and share materials and ideas.

Reflecting and sharing

During the CoP, participants mentioned that the various activities, such as online meetings, examination of material shared by other members, and weekly questions, elicited interesting discussions and pushed them to think about the purpose and the clinical activities associated with their practice. Participants explicitly recognized the competence of others:

“I take the example of [name of one participant] who is a speech-language pathologist that I like a lot, that I admire a lot, I think she has a very innovative practice, really. She influenced speech-language pathology practice in Quebec, she thinks outside the box, and she’s very interesting.”

Some participants hoped to further interact with other members who were seen as potential “*mentors*”, after the CoP had formally ended.

CoP members mutually recognized each other’s expertise, which may have contributed to the realignment of practice with a more clearly understood end purpose and this facilitated further reflections. One participant pointed out that: *“People really, they really participated, they really shared their experience, and this was so very, very, very rewarding for us. And the questions that came too.”* It was also clear that participants had learned from each other: *“I consulted the training material that was shared by [name of two participants] I think [...] I consulted it because me, in [my workplace], I would like to do that, so it was also interesting in this way.”* They used other members’ materials or adapted these to their specific needs. Also, interacting with each other allowed participants to have an overview of speech-language pathology practice beyond their own.

Feeling equipped to optimize the person’s social participation

In order to better align practice with the ideal end purpose pursued, participants proceeded with many actions, as shown by figure 1. One of them was that they prepared to

change aspects of their practice. Participants stated wanting to focus more on social participation outcomes for people with aphasia. For example, participants considered offering more information and training to conversation partners of persons with aphasia, such as relatives and team members, because they had learned about concrete tools to help them achieve this:

“I really put a lot of energy on [‘Better Conversation with aphasia’, a website that was introduced to CoP members] yes, I looked at that a lot, yes, and I completed almost all modules, I stopped at some point, but I would have to go back to it.”

Also, participants planned to use newly discovered clinical tools to fully involve the person with aphasia in goal-setting: *“The document that [name of one participant] made on the different therapy goals, I really appreciated it. I did not use it yet with my patients, but it’s coming, it’s coming.”* Finally, interest and awareness were raised around group therapy for people with aphasia, which many participants wished to implement: *“So I was thinking to myself ‘it’s [group therapy] a nice transition and a nice generalization of the therapy goals, I find’. I thought this was very interesting, and eventually I would like to put that in place.* Because they had the necessary tools to achieve what they thought was important in their practice, participants felt ready to implement changes.

Adopting new practices to optimize the person’s social participation

Including more consideration of social participation in clinical activities was another action that explained the better alignment of practice with a purpose. Between the end of their engagement in the CoP and the final interviews several weeks later, participants had adopted new practices. They engaged persons with aphasia and relatives in open discussions about therapy goals and specific interventions: *“Before [the CoP], I did my assessment and I thought [about therapy goals] afterwards, and now it’s like ‘OK, what is important in your life?’”* New practices also involved the use of newly discovered tools: *“Well of course, I already had a tool to question the patient about his or her life habits [...] I resumed using other tools and improved them with what we discussed [in the CoP].”* Transparent discussions with the person with aphasia also occurred regarding discharge:

“I noticed that I addressed more frequently the question of how patients perceived discharge [...] for example ‘yes, and how do you feel about, how equipped do you feel?”

How do you see discharge happening? Is it scary for you? Do you feel comfortable? How will you manage the transition?’ and all of this.”

Furthermore, clinical tools shared by other members were used to facilitate communication between people with aphasia and their conversation partners. This was done with relatives “*So now, with the person with aphasia that I have [on my caseload] right now, I saw four of his relatives at different times*” and/or with interdisciplinary team members:

“Yes, well actually the tool that I really used was the algorithm [tool shared by one participant to help team members understand the person with aphasia by offering successive choices] and [...] I wanted to have authorization from [name of the participant] to use it in a patient’s communication book.”

Finally, participants indicated that the CoP made them change the way they measured therapy outcomes and/or they added outcome measurement as an important clinical activity in their practice. Some participants readily engaged the person with aphasia in a discussion to review therapy goals, thus effectively reducing the time spent doing language testing for measuring outcomes: “*We looked at [the therapy goals] one by one, where she’s at and why, and in the end my final assessment, I didn’t do any testing with her.*” These new practices were better aligned with the ideal purpose of rehabilitation, because when the person with aphasia and relatives were more engaged in therapy, they could decide on what was important for them, which in turn became important for the speech-language pathologist. Eventually this situation had a spill-over effect such that the participants were empowered to bring about organizational changes in their workplace.

Promoting organizational changes

Feeling equipped and having new tools to implement changes in their practice may have encouraged participants to make further changes at a higher organizational level. Accordingly, advocating for people with aphasia was perceived to be a further step in fully playing one’s role. If no one else in the healthcare system would advocate for them, speech-language pathologists felt that this was one of their responsibilities:

“I felt like ‘well, if no one speaks out for these people, if I don’t do it, who will do it?’ I am the only speech-language pathologist here [in my workplace], and I really felt like people with aphasia were penalized in their rights. This is something that I would not have done before [the CoP] I would not have gotten involved in this [...] it did not interest me much.”

Consequently, participants engaged in discussions with their managers to try to effect organizational changes in their workplace, for example by explaining that the delays associated with waiting lists were shorter in other settings, as they learned from other members of the CoP. Also, participants tried to advocate for the rights of people with aphasia in terms of the type of end of life care they wanted:

“So that’s it, it made me want to, like this week I went to see a head nurse and I told him: ‘for patients who arrive [in acute care], what do you do? For those who can’t talk, who can’t express their last wishes, about... do they want to be resuscitated?’”

When speech-language pathologists succeeded in advocating for persons with aphasia and aiming at better social participation outcomes for them, they felt good, were more confident, motivated at work, and had more energy to do what they considered important.

Increased self-confidence, motivation, well-being, and energy to concentrate on what is important

The main consequence of aligning practice with an ideal end purpose was that participants generally felt more competent about their work in aphasia rehabilitation. Participants recognized that it was important to concentrate on social participation:

“And now I spend more time and give more importance [to social participation], meaning that this ‘phase’, I will put energy into it. I will be more present in this ‘phase’ and this comes from the discussions [in the CoP].”

While some participants acknowledged that social participation was the ideal end purpose of aphasia rehabilitation prior to their involvement in the CoP, after their engagement in it they reported having more tools to fulfil this purpose, which they now considered to be of critical importance. They no longer felt that they were “going too far” when addressing social participation issues.

The CoP reinforced participants’ self-confidence: “Perhaps it [the CoP] just gave me confidence in my clinical expertise”. They reported greater motivation at work and a high level

of energy to accomplish what they felt was really important: *“I feel that I have the energy to do some kind of reorganization of the speech-language pathology department”*. It should be noted that it was important to them to include as much as possible the person with aphasia in decisions about therapy which they believed would facilitate optimal social participation. Participants mentioned that they “felt” more like speech-language pathologists: *“Well I would say that I feel maybe a little bit more like a speech-language pathologist than before, it’s funny”*, reinforcing their feeling of identifying with their profession. They expressed feelings of well-being *“But it really made me feel good, I had a positive feeling”*, or even that they now appreciated their job more:

“It made me question myself, and it reassured me on other things, regarding therapy and the problems I encountered. And that’s it, it was challenging. I think it’s always a good thing to discuss, I think, it gave me energy as well. Like as if it made me like my job more.”

Finally, less experienced speech-language pathologist participants mentioned that they did not have an *“impostor syndrome”* as strong as before the CoP and allowed themselves to make mistakes: *“Anyways, it’s not perfect but now I can talk about it [...] now I have the right to make mistakes. It’s not perfect, but it’s ok!”*

Discussion

The aim of this study was to understand the outcomes of a CoP about social participation and aphasia rehabilitation on speech-language pathologists’ practice. The results revealed many effects of the CoP on the participants’ practice, including how they perceived the ideal end purpose of aphasia rehabilitation and how they achieved it. In fact, after the CoP, participants adopted more interventions addressing social participation and felt more confident and motivated in doing so. This was due to a sense of community that was created among the CoP members and to the fact that the CoP offered many opportunities to think deeply about speech-language pathology practice and share knowledge and materials among a group of understanding peers.

Before the CoP, participants had fundamental questions about their practice and more concrete questions concerning specific clinical activities, raising a need for guidance. The focus

of practice was either language impairment or social participation and interestingly, clinical activities were not systematically planned to be in line with an ultimate purpose of the intervention [26]. In the present study it was shown that speech-language pathologists, through a CoP, not only had the opportunity to reflect on the ideal end purpose of aphasia rehabilitation, but also learned and discussed about clinical activities that could help achieve that purpose. The focus of practice was in harmony with a stated ideal end purpose of rehabilitation [1, 18] and newly adopted clinical activities addressed more directly social participation issues of people with aphasia. The results of this study also confirm the previously documented short-term outcomes of the CoP: acquiring knowledge, reflecting on practice, noticing gaps between evidence and one's practice, preparing to change, and implementing changes in one's practice [40]. However, the long-term outcomes described here were much broader because participants had the opportunity to ponder the question of the ultimate goal of their practice during and after the CoP and felt empowered to do what was needed to align their practice with that goal. The questions they had before the CoP may not have disappeared, but they found tools to focus on social participation, which alleviated them.

The fact that participants were more focused on social participation in aphasia rehabilitation also contributed to a better use of scientific evidence. For example, best practice recommendations indicate that people with aphasia should participate in determining their therapy goals [14]. Participants from this study claimed that they had learned about new clinical tools to involve people with aphasia in goal-setting and had the confidence to try these tools. Evidence also shows that despite a strong level of evidence for conversational partner training [14, 31, 32], this practice is poorly integrated to speech-language pathologists' practice [26, 46, 47]. After the CoP, participants acknowledged that relatives of people with aphasia had needs regarding information, support, and training, such as indicated in the literature [30]. Moreover, participants learned about specific tools (e.g. *Better Conversations with Aphasia* website [48]) to include relatives more systematically in therapy or at least felt more equipped to do so. Also, participants of the CoP became aware of instruments specifically designed to assess social participation of people with aphasia [28] and were willing to try them with clients. Finally, to be able to manage discharge with more ease, speech-language pathologists need to have transparent discussions with people with aphasia [29], which participants also achieved. It is

important to mention here that only one participant did not report adopting new practices. However, she was not different from the others with respect to all other elements in the model, in that she reported enjoying the reflection about the ideal end purpose of aphasia rehabilitation and the interaction with others, learned about new clinical tools, shared some of her clinical tools, and this resulted in increased self-confidence.

Although best practice recommendations are based on scientific evidence, the definition of evidence-based practice also includes patient values and clinical expertise [33]. For speech-language pathologists, this involves that clinical expertise is used to select the most pertinent evidence or recommendations for their specific context and clients [34, 49]. In that sense, CoPs aim to develop clinical expertise through interaction with peers [16]. Since knowledge acquisition is particularly effective in groups [37] and discussing with peers facilitates reflective practice [38], social interaction was an important component of this CoP. It led participants to recognize their peers' expertise, and possibly their own as well.

In the field of aphasia rehabilitation, there is no clear definition of clinical expertise. The concept was defined by authors from other fields of speech-language pathology, and can include, but is possibly not limited to, a clinician's theoretical knowledge [50, 51, 52, 53, 54, 55], tacit knowledge [54, 56, 57], clinical experience [53, 58, 59], and therapeutic skills [50, 53, 54, 55, 57, 58, 60, 61]. Members of the CoP acknowledged that others had useful knowledge and shared pertinent clinical tools. Furthermore, some were considered particularly skillful in their practice (e.g. "*she has a very innovative practice*"). It is possible that a good alignment of practice with a purpose is an essential component of clinical expertise, thus generating feelings of self-confidence, motivation, well-being, and energy to concentrate on what is important. Thus, the present results may point to a significant facet of clinical expertise in aphasia rehabilitation.

Overall, it can be concluded that this CoP was an effective knowledge transfer strategy that allowed participants to become ready to change and to actually effect practice changes, as per the transtheoretical model of health behavior for change [62]. Changes were not limited to the specific clinical practice of the speech-language pathologist, but some were extended to an organizational level, which was an unexpected finding. This was probably related to the feeling

of empowerment developed through the CoP. Empowerment might also contribute to maintain practice changes over time now that participants are clearer on what is important.

The CoP studied here was *top-down*, meaning that it was created specifically for this research project. *Bottom-up* CoPs are known to be more effective for inducing behavioral changes because they emerge from the members' desires or needs [63]. However, this study demonstrated that a top-down CoP can also be effective, provided that a sense of community is created that facilitates collective reflection. More importantly though, participants had many choices during the CoP. They could engage in any online or offline activity of the CoP each week, as a function of their preferred learning style. They could also choose the topics they considered most pertinent or interesting. These features may have offset limitations usually associated with top-down CoPs.

A CoP with similar characteristics could be used for continuing education purposes and support the professional development of rehabilitation clinicians, such as speech-language pathologists in aphasia rehabilitation. Following their engagement in the CoP, clinicians could better use scientific evidence and develop their clinical expertise to address important values of rehabilitation clients, thus achieving an evidence-based practice [33].

Strengths and limitations

The results presented here are specific to a group of speech-language pathologists practicing in the context of the Quebec healthcare system. In 2015, this system underwent a major reorganization and the number of levels of governance was reduced from three to two [22]. This general climate of change might have influenced the participants in that they were more open to change and better equipped to promote further intra-organizational changes concerning service delivery.

It is possible that the results of this study are transferable to other speech-language pathologists who could also participate to a similar CoP, because participants were representative of many settings within the healthcare system, had a variety of years of experience, and came from urban, suburban, and rural regions of Quebec. One participant even moved out of the province during the course of the research project and did not report different

outcomes than other participants. Furthermore, the fact that participants could select the activities in which they engaged in during the CoP illustrates that even though everyone did not have the exact same experience in the CoP, they all reported aligning their practice with a purpose and feeling more competent afterwards. It is also possible that the participants were particularly motivated and thus the results may be specific to this group.

Finally, the authors recognize that CAG, who was also a speech-language pathologist, was the facilitator of the CoP and the interviewer, which might have influenced the results. However, she tried to offset potential biases by being transparent about her role with participants and open to hear all aspects of their experience during data collection, and frequently asked herself during data analysis if she was faithfully reporting the experience of participants. GLD also frequently challenged emerging findings which led both authors to reread transcripts and data extracts with the intention of representing as clearly as possible what the participants had stated.

Future studies

Future research could replicate this CoP with different speech-language pathologist participants to validate the findings of this study. This could be done again in the context of the Quebec healthcare system and/or in other international settings. Also, the chosen knowledge transfer strategy studied here, a CoP, could be compared with another knowledge transfer strategy that is normally employed in continuing professional education, such as a lecture on the same topics that were addressed in the CoP. Outcomes of the CoP on the practice of speech-language pathologists could also be compared to that of participants who took part in initial [26] and final interviews but did not engage in the CoP. Finally, since the present study demonstrated that a CoP can contribute to practice changes among speech-language pathologists in the field of aphasia rehabilitation, it would be interesting to study how to implement such a CoP and involve speech-language pathologists from similar settings.

Conclusion

A CoP regarding social participation for speech-language pathologists working in aphasia rehabilitation contributed to the implementation of new ways to practice, but more importantly, to a better alignment between these new practices and an ideal end purpose. When practice was more aligned with a social participation purpose, speech-language pathologists may have the necessary confidence, motivation, and energy to accomplish what they considered really important, which helped to reinforce a feeling of greater expertise.

Acknowledgments

The authors wish to acknowledge all participants who took part in this study. CAG acknowledges the financial support of the Fonds de recherche du Québec – Société et Culture, the Centre for Interdisciplinary Research in Rehabilitation of Greater Montreal, and Université de Montreal.

Declaration of interest

The authors report no conflicts of interest.

References

1. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: UN Web Services Section, Department of Public Information; 2007 [cited 4 Jun 2018]. Available from: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
2. Cruice M, Worrall L, Hickson L, et al. Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*. 2003;17(4):333-353.
3. Cruice M, Worrall L, Hickson L. Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*. 2006;20(12):1210-1225.
4. Dalemans RJP, de Witte LP, Beurskens AJ, et al. An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disabil Rehabil*. 2010;32(20):1678-1685.
5. Le Dorze G, Salois-Bellerose E, Alepins M, et al. A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology*. 2014;28(4):421-439.
6. Cruice M, Worrall L, Hickson L. Perspectives of quality of life by people with aphasia and their family: suggestions for successful living. *Top Stroke Rehabil*. 2006;13(1):14-24.
7. Franzén-Dahlin A, Karlsson MR, Mejhert M, et al. Quality of life in chronic disease: a comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(13-14):1855-1860.
8. Hilari K. The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability & Rehabilitation*. 2011;33(3):211-218.
9. Hilari K, Needle JJ, Harrison KL. What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2012;93(1 Suppl):S86-95.
10. Kim JS, Choi-Kwon S, Kwon SU, et al. Factors Affecting the Quality of Life After Ischemic Stroke: Young Versus Old Patients. *J Clin Neurol*. 2005;1(1):59-68.
11. Benson DF, Ardila A. *Aphasia: A clinical perspective*. New York (NY): Oxford University Press; 1996.

12. Brady MC, Kelly H, Godwin J, et al. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;5:CD000425.
13. Brady MC, Kelly H, Godwin J, et al. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016(6).
14. Shrubsole K, Worrall L, Power E, et al. Recommendations for post-stroke aphasia rehabilitation: an updated systematic review and evaluation of clinical practice guidelines. *Aphasiology*. 2017;31(1):1-24.
15. Power E, Thomas E, Worrall L, et al. Development and validation of Australian aphasia rehabilitation best practice statements using the RAND/UCLA appropriateness method. *BMJ Open*. 2015;5(7):e007641.
16. Wenger E, McDermott RA, Snyder W. *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Boston (MA): Harvard Business School Press; 2002.
17. Evans C, Yeung E, Markoulakis R, et al. An online community of practice to support evidence-based physiotherapy practice in manual therapy. *J Contin Educ Health Prof*. 2014;34(4):215-223.
18. Tessier A. L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches [Organization and provision of rehabilitation services for persons who had cerebral vascular accident (CVA) and their relatives]. In: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, editor. *ETMIS 2012*; 8(9): 1-1012012.
19. International Network on the Disability Creation Process. [Internet]. Québec (QC): INDCP; 2018 [cited 2018 Dec 12]. Available from: <http://ripph.qc.ca/en>
20. Dalemans RJP, de Witte LP, Wade DT, et al. A description of social participation in working-age persons with aphasia: a review of the literature. *Aphasiology*. 2008;22(10):1071-1091.
21. Viscogliosi C, Belleville S, Desrosiers J, et al. Participation after a stroke: Changes over time as a function of cognitive deficits. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011;52(3):336-343.
22. Wankah P, Guillette M, Dumas S, et al. Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers. *London Journal of Primary Care*. 2018:1-6.

23. Laliberté M-P, Alary Gauvreau C, Le Dorze G. A pilot study on how speech-language pathologists include social participation in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*. 2016;30(10):1117-1133.
24. Verna A, Davidson B, Rose T. Speech-language pathology services for people with aphasia: a survey of current practice in Australia. *Int J Speech-Lang Pathol*. 2009;11(3):191-205.
25. Torrence JM, Baylor CR, Yorkston KM, et al. Addressing Communicative Participation in Treatment Planning for Adults: A Survey of US Speech-Language Pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2016:1-16.
26. Alary Gauvreau C, Le Dorze G, Croteau C, et al. Understanding Practices of Speech-Language Pathologists in Aphasia Rehabilitation: A Grounded Theory Study (submitted). 2018.
27. Hersh D, Worrall L, Howe T, et al. SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*. 2012;26(2):220-233.
28. Simmons-Mackie N, Kagan A, Victor JC, et al. The assessment for living with aphasia: Reliability and construct validity. *Int J Speech-Lang Pathol*. 2014;16(1):82-94.
29. Hersh D. I can't sleep at night with discharging this lady: the personal impact of ending therapy on speech-language pathologists. *Int J Speech-Lang Pathol*. 2010;12(4):283-291.
30. Hilton R, Leenhouts S, Webster J, et al. Information, support and training needs of relatives of people with aphasia: Evidence from the literature. *Aphasiology*. 2014;28(7):797-822.
31. Simmons-Mackie N, Raymer A, Armstrong E, et al. Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91(12):1814-1837.
32. Simmons-Mackie N, Raymer A, Cherney L. Communication partner training in aphasia: an updated systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*. 2016;97(12):2202-2221.
33. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JAM, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996;312.
34. McCurtin A, Roddam H. Evidence-based practice: SLTs under siege or opportunity for growth? The use and nature of research evidence in the profession. *Int J Lang Commun Disord*. 2012;47(1):11-26.

35. Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, et al. Use of communities of practice in business and health care sectors: a systematic review. *Implement Sci.* 2009;4(27).
36. Zipoli RP, Kennedy M. Evidence-based practice among speech-language pathologists: attitudes, utilization, and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology.* 2005;14(3):208-220.
37. Bandura A. *Social learning theory.* New York (NY): General Learning Press; 1977.
38. Caty ME, Kinsella EA, Doyle PC. Reflective practice in speech-language pathology: a scoping review. *Int J Speech Lang Pathol.* 2015;17(4):411-420.
39. Schön DA. *The reflective practitioner: How professionals think in action.* New York (NY): Basic books; 1983.
40. Alary Gauvreau C, Le Dorze G, Kairy D, et al. Evaluation of a Community of Practice for Speech-Language Pathologists in Aphasia Rehabilitation: A Logic Analysis. Manuscript submitted for publication; 2018.
41. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks (CA): Sage; 1994. p. 105-117.
42. Charmaz K. *Constructing grounded theory.* Los Angeles (CA): Sage Publications; 2014.
43. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory.* 4th ed. Los Angeles (CA): Sage Publications; 2015.
44. Finlay L. "Outing" the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity. *Qualitative Health Research.* 2002;12(4):531-545.
45. Mauthner NS, Doucet A. Reflexive Accounts and Accounts of Reflexivity in Qualitative Data Analysis. *Sociology.* 2003;37(3):413-431.
46. Hallé M-C, Le Dorze G, Mingant A. Speech–language therapists’ process of including significant others in aphasia rehabilitation. *Int J Lang Commun Disord.* 2014.
47. Johansson MB, Carlsson M, Sonnander K. Working with families of persons with aphasia: a survey of Swedish speech and language pathologists. *Disability & Rehabilitation.* 2011;33(1):51-62.
48. *Better Conversations with Aphasia* [Internet]. London;2019 [cited 2018 Dec 04]. Available from: <https://extendstore.ucl.ac.uk/product?catalog=UCLXBCA>

49. Foster AM, Worrall LE, Rose ML, et al. Turning the tide: putting acute aphasia management back on the agenda through evidence-based practice. *Aphasiology*. 2013;27(4):420-443.
50. Adams C, Lockton E, Gaile J, et al. Implementation of a manualized communication intervention for school-aged children with pragmatic and social communication needs in a randomized controlled trial: the Social Communication Intervention Project. *Int J Lang Commun Disord*. 2012;47(3):245-256.
51. Fallon KA, Katz LA. Augmentative and alternative communication and literacy teams: facing the challenges, forging ahead. *Seminars in Speech & Language*. 2008;29(2):112-119.
52. Kent-Walsh J, Stark C, Binger C. Tales from school trenches: AAC service-delivery and professional expertise. *Seminars in Speech & Language*. 2008;29(2):146-154.
53. Millard SK, Cook FM. Working with young children who stutter: raising our game. *Seminars in Speech & Language*. 2010;31(4):250-261.
54. Baker E, McLeod S. Evidence-based practice for children with speech sound disorders: part 2 application to clinical practice. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2011;42(2):140-151.
55. Iwarsson J. Reflections on clinical expertise and silent know-how in voice therapy. *Logoped Phoniatr Vocol*. 2015;40(2):66-71.
56. Anderson K, Balandin S, Stancliffe R. Australian parents' experiences of speech generating device (SGD) service delivery. *Dev Neurorehabil*. 2014;17(2):75-83.
57. Okalidou A, Kitsona M, Anagnostou F, et al. Knowledge, experience and practice of SLTs regarding (re)habilitation in deaf children with cochlear implants. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2014;78(7):1049-1056.
58. Kenny BJ, Lincoln M, Blyth K, et al. Ethical perspective on quality of care: the nature of ethical dilemmas identified by new graduate and experienced speech pathologists. *Int J Lang Commun Disord*. 2009;44(4):421-439.
59. Muttiah N, Georges K, Brackenbury T. Clinical and research perspectives on nonspeech oral motor treatments and evidence-based practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2011;20(1):47-59.

60. Graves J. Factors influencing indirect speech and language therapy interventions for adults with learning disabilities: the perceptions of carers and therapists. *Int J Lang Commun Disord.* 2007;42 Suppl 1:103-121.
61. Kamhi AG. Treatment decisions for children with speech-sound disorders. *Lang Speech Hear Serv Sch.* 2006;37(4):271-279.
62. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997;12(1):38-48.
63. Thomson L, Schneider J, Wright N. Developing communities of practice to support the implementation of research into clinical practice. *Leadership in Health Services.* 2013;26(1):20-33.

Chapitre 6. Discussion

Cette thèse a pour objectif général de comprendre et de favoriser l'évolution de la pratique des orthophonistes en réadaptation vers une prise en compte plus explicite du concept de participation sociale des personnes ayant une aphasie, et ce, dans le contexte d'une communauté de pratique. Afin de répondre à cet objectif, quatre objectifs spécifiques sont établis et discutés à travers trois articles scientifiques précédemment présentés.

Afin de mieux comprendre la place qu'occupe la participation sociale dans les pratiques cliniques des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie (premier objectif), ce chapitre débute avec une discussion de la contribution des résultats découlant de la première étude aux connaissances scientifiques présentement disponibles pour décrire les pratiques cliniques des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie, en accordant une attention particulière à la place des enjeux de participation sociale des personnes aphasiques. Le chapitre se poursuit avec une discussion à propos des changements qui ont eu lieu dans les pratiques des orthophonistes à la suite de leur participation à une communauté de pratique (troisième et quatrième objectifs) et la mesure dans laquelle ces changements favorisent une meilleure participation sociale pour la personne aphasique, selon les résultats obtenus aux études 2 et 3. Puisque ces changements ont le potentiel de contribuer à une meilleure offre de services, et ultimement, à une meilleure qualité de vie pour les personnes aphasiques et leurs proches, le chapitre présente ensuite des recommandations quant à ce que devrait inclure une pratique orthophonique optimale en réadaptation de l'aphasie. S'ensuit une discussion sur la contribution de la deuxième étude aux connaissances relatives aux communautés de pratique dans le domaine de la réadaptation, étant donné que celles-ci ont été peu étudiées dans ce domaine, et encore moins en orthophonie. Cette contribution est rendue possible grâce à l'évaluation approfondie et la description détaillée de la méthode de conception de la communauté de pratique qui a été créée puis mise sur pied dans le cadre de ce projet (deuxième objectif). La discussion se termine par les forces et les limites de la thèse, suivies des suggestions pour la recherche future.

En résumé, les résultats de la première étude révèlent que la pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie est accompagnée de questions sous-jacentes. Ces questions concernent tantôt la finalité de la réadaptation de l'aphasie, tantôt les activités cliniques réalisées

pour l'atteindre. La recension des écrits a démontré que la finalité, ou l'objectif ultime, des interventions en réadaptation était la participation (Assemblée générale des Nations Unies, 2007) ou la participation sociale (Tessier, 2012), selon le modèle théorique dans lequel on se situe. Lorsqu'un orthophoniste se questionne sur la finalité de ses interventions, il se questionne sur ce qui guide, ce qui oriente, bref sur ce qui donne un « sens » à ses interventions. En effet, ce type de questionnement est beaucoup plus fondamental que des questions relatives aux types d'activités cliniques à utiliser pour répondre à un objectif ultime. Lorsque des questions fondamentales sur la pratique sont présentes, elles sont associées à une pratique orientée vers la récupération des habiletés langagières. Toutefois, des questions sur les moyens concrets à utiliser sont présentes peu importe quelle est la finalité perçue de la réadaptation. Lorsque l'objectif ultime est perçu comme étant d'accompagner la personne vers la reprise de ses habitudes de vie, l'orthophoniste peut se poser des questions sur les façons les plus efficaces, réalistes, pertinentes d'aider la personne. Inversement, une pratique axée sur la récupération langagière entraîne des questions concernant le « rôle » de l'orthophoniste dans la vie de la personne, c'est-à-dire ce qui donne sens à sa pratique. Ainsi, peu importe la finalité perçue, les orthophonistes ont besoin de repères afin de guider leur pratique, tantôt pour révéler ce qui l'oriente, tantôt pour déterminer les moyens à utiliser pour atteindre la finalité de la réadaptation qu'ils visent.

Les études 2 et 3 révèlent que les orthophonistes semblent avoir trouvé ces repères au sein d'une communauté de pratique créée spécialement pour la présente recherche et portant sur la participation sociale et la réadaptation de l'aphasie. Cette communauté de pratique virtuelle, limitée dans le temps et offrant des opportunités d'apprentissage, de réflexion et d'interaction à travers une variété d'activités synchrones et asynchrones, a permis aux participants de mieux aligner leurs pratiques cliniques avec la finalité des interventions, qui est dorénavant unanimement perçue comme étant la participation sociale de la personne aphasique. Ainsi, pour les participants qui considéraient que la finalité était l'amélioration des habiletés de communication, leur engagement dans la communauté de pratique leur a permis de faire une réflexion sur ce qui donne sens à leur pratique. Pour les orthophonistes qui considéraient déjà la participation sociale comme étant l'objectif ultime de la réadaptation, ils ont trouvé au sein de la communauté de pratique d'autres moyens concrets pour mieux aligner leurs activités

cliniques à cette finalité. Ultimement, cet alignement a permis de faire émerger chez les professionnels des sentiments de confiance, de motivation, de bien-être et d'énergie pour faire ce qu'ils considèrent comme réellement important, c'est-à-dire accompagner la personne ayant une aphasie vers une participation sociale optimale.

Dans l'ensemble, il est possible d'affirmer que les trois études qui constituent les résultats de cette thèse ont bien répondu aux quatre objectifs spécifiques fixés et que la façon dont la communauté de pratique a été conçue a permis d'atteindre des résultats positifs.

6.1 L'état de la pratique orthophonique en réadaptation de l'aphasie et la place accordée à la participation sociale

En réponse au premier objectif spécifique de la thèse, qui était de mieux comprendre la pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie et la place accordée à la participation sociale, les résultats de la première étude ont permis de décrire de quoi est composée la pratique en termes d'activités cliniques, et ce, avant la participation des orthophonistes à la communauté de pratique. De plus, ils ont mis en évidence deux facteurs qui influencent la pratique : les caractéristiques du milieu de travail et la finalité de la réadaptation perçue par l'orthophoniste. Les orthophonistes sont guidés soit par l'idée d'aider la personne aphasique à mieux communiquer, soit par l'idée de l'accompagner vers la reprise de ses habitudes de vie, mais dans tous les cas, ils demeurent avec des questions sous-jacentes et expriment tous le besoin d'avoir davantage de repères pour orienter leur pratique.

Selon les résultats, la participation sociale fait partie des préoccupations d'au moins certains orthophonistes. Selon les écrits, il est vrai que les orthophonistes considèrent que le concept de participation est important au plan « théorique » (Brown et al., 2011), mais des études démontrent qu'il ne s'agit pas toujours de leur préoccupation principale (Laliberté et al., 2016; Torrence et al., 2016; Verna et al., 2009). Les résultats issus de la première étude indiquent que certaines pratiques orthophoniques sont résolument orientées vers la participation sociale, principalement lorsque la reprise des habitudes de vie de la personne est perçue comme étant la finalité de la réadaptation de l'aphasie. Inversement, lorsque l'orthophoniste vise à ce que les

personnes aphasiques récupèrent le langage, donc perçoit que la finalité de la réadaptation est d'aider la personne à mieux communiquer, la pratique de cet orthophoniste va nécessairement cibler davantage des dimensions langagières que des dimensions relatives à la participation sociale.

Les deux orientations des pratiques professionnelles des orthophonistes, qui visent soit surtout la récupération du langage, soit surtout la reprise des habitudes de vie, ne sont pas sans rappeler la dualité entre le modèle médical, qui a largement dominé le monde de la santé et de la réadaptation avant l'arrivée de la CIF (OMS, 2001), et les modèles psychosociaux qui découlent de cette nouvelle classification. Dans le cadre du modèle médical, le rôle du professionnel est de « traiter » l'incapacité (ici le langage) alors que les modèles psychosociaux sont davantage centrés sur la personne et non sur ses incapacités, ainsi le rôle du professionnel est davantage de s'intéresser à ses activités ou à ses habitudes de vie (ici la participation sociale). En effet, depuis l'arrivée de la CIF en 2001 (OMS), les professionnels de la réadaptation sont encouragés à considérer la participation de la personne à ses activités et à identifier des situations de handicap potentielles, notamment en utilisant le cadre du MDH-PPH (RIPPH, 2018) pour bien comprendre comment surviennent les difficultés de la personne au quotidien dans de réelles situations. Même si ces derniers modèles de soins axés sur la participation sociale comme objectif ultime de la réadaptation existent depuis près de deux décennies, il semble que les pratiques professionnelles, du moins celles des orthophonistes, n'ont pas toutes évolué dans ce sens. De plus, le fait que les orthophonistes expriment davantage de questions fondamentales lorsque leur pratique vise principalement à traiter les difficultés de langage peut effectivement engendrer un besoin important de repères, puisque la pratique n'est pas conforme à l'objectif préconisé de la réadaptation, qui est la participation sociale de la personne. Ces questions fondamentales qui entraînent un besoin de repères n'est pas sans rappeler le désir des orthophonistes québécois d'avoir une pratique « idéale » sans pouvoir l'atteindre, rapporté par Hallé et al. (2014).

Par ailleurs, même les orthophonistes qui ne formulent pas de questions de « fond » en lien avec l'orientation de leur pratique, c'est-à-dire ceux dont la pratique est davantage orientée vers la participation sociale, se questionnent sur les moyens thérapeutiques à employer auprès des personnes aphasiques. Pourtant, plusieurs pratiques optimales selon les écrits visent à

favoriser la participation sociale de la personne. Comptons parmi ceux-ci la formation des partenaires de conversation (Simmons-Mackie et al., 2010; Simmons-Mackie et al., 2016), qui possède un excellent niveau de preuve scientifique (Shrubsole et al., 2017). Toutefois, les écrits scientifiques ne mentionnent pas comment mettre en place de telles interventions. Ainsi, même si certains participants font des tentatives de thérapie conversationnelle, qui est l'une des façons d'entraîner les partenaires de conversation, celle-ci ne fait pas partie de leur pratique courante. Il se pourrait donc que les orthophonistes manquent de moyens pour adopter certaines approches. Cette méconnaissance des approches thérapeutiques ou des outils cliniques pour les mettre en place peut être associée à différents facteurs, incluant le temps disponible pour consulter les données scientifiques (Dodd, 2007; Foster et al., 2013; Hoffman et al., 2013; McCurtin et Roddam, 2012; Zipoli et Kennedy, 2005) ou le manque d'accès à ces données (Dijkers et al., 2012; Dodd, 2007; Foster et al., 2013; Hoffman et al., 2013; McCurtin et Roddam, 2012).

La première étude permet de détailler les composantes spécifiques de la pratique orthophonique en réadaptation de l'aphasie et de révéler que certaines activités cliniques sont centrales à la pratique et d'autres, plutôt périphériques. Ainsi, la création d'une relation d'aide, l'évaluation, l'établissement des objectifs et l'intervention auprès de la personne sont toujours réalisées au cours de la prise en charge orthophonique. Par contre, inclure les proches de la personne ou encore d'autres personnes, telles que des membres de l'équipe interdisciplinaire ou des partenaires communautaires, ne fait pas systématiquement partie de la pratique.

Mentionnons également que bien que deux tendances dans la pratique aient émergé, plusieurs activités spécifiques sont communes à l'ensemble des orthophonistes qui travaillent auprès de cette clientèle. Une pratique commune est une activité que tous font, peu importe la finalité perçue de la réadaptation.

Une première pratique commune est la création et le maintien d'une bonne relation thérapeutique, qui requiert du temps selon les participants. Conséquemment, elle doit faire partie de la thérapie de façon à évoluer vers une relation authentique, afin d'aider la personne à vivre avec l'aphasie. Une étude américaine s'employant à décrire la pratique orthophonique en réadaptation de l'aphasie au moyen de la théorisation ancrée a également reconnu que la relation

d'aide est centrale dans la pratique et que celle-ci est continuellement renouvelée dans le but de mieux répondre aux besoins des personnes aphasiques (Page et Howell, 2015).

Une autre pratique commune est l'évaluation « des besoins », comme elle est souvent appelée par les participants. Celle-ci a lieu soit en observant la personne aphasique, soit en la questionnant ou en questionnant ses proches ou les membres de l'équipe interdisciplinaire à l'aide de questionnaires « maison », c'est-à-dire conçus par l'orthophoniste, par exemple. L'évaluation des besoins est généralement réalisée avant ou parallèlement à l'évaluation des habiletés langagières de la personne. Bien que l'évaluation des besoins soit considérée comme une pratique commune, il est vrai qu'elle implique une certaine variabilité. Lorsque la pratique est centrée sur le langage, les besoins sont davantage décrits en termes de difficultés langagières, alors que lorsque la pratique est centrée sur la participation sociale, l'orthophoniste s'intéresse aux besoins reliés aux habitudes de vie.

L'évaluation des habiletés langagières avec des tests standardisés est également une pratique commune. Toutefois, lorsque la pratique vise la récupération langagière, l'évaluation du langage apparaît comme une fin en soi (ex. : avoir un portrait clair de chaque sphère langagière), alors que lorsqu'elle vise la reprise des habitudes de vie, elle constitue plutôt une façon de répondre au besoin d'une personne qui voudrait, par exemple, mieux comprendre ses forces et ses difficultés. L'évaluation du langage vise donc un but complètement différent dans les deux cas. La pratique orientée vers la participation inclut en outre l'utilisation d'outils qui permettent d'évaluer les habitudes de vie de la personne, tels que la *Mesure des habitudes de vie* (Noreau et al., 2004), ou encore sa qualité de vie, tels que l'*Assessment of Living with Aphasia* (Simmons-Mackie et al., 2014). Des questions sur les raisons qui sous-tendent l'évaluation accompagnent une pratique davantage orientée vers le langage, ce qui laisse croire que certains orthophonistes ne savent pas toujours comment justifier l'évaluation du langage. Certains avouent même qu'ils le font par automatisme, ou encore pour bien détailler le « type » d'aphasie, même si au final le type d'aphasie n'a pas d'impact sur les interventions qui s'ensuivront, toujours selon les participants. Dans tous les cas, l'évaluation est préalable à l'établissement d'un plan d'intervention, ce qui est conforme à ce que préconise l'OOAQ (www.ooaq.qc.ca).

Il apparaît que le fait de formuler des objectifs qui visent à améliorer le langage relève également de la pratique commune. Encore ici, ces objectifs langagiers sont parfois le cœur de la thérapie, alors que dans d'autres cas, ils font partie d'un processus beaucoup plus large qu'est la reprise des habitudes de vie. L'établissement des objectifs d'intervention n'est pas rapporté comme préalable à l'évaluation comme le propose le AARP (www.aphasiapathway.com.au), au contraire de l'OOAQ.

Afin de se rapprocher davantage de situations réelles, tous les participants formulent également des objectifs reliés à la « communication fonctionnelle ». Selon Brady, Kelly, Godwin, Enderby et Campbell (2016), ce concept correspond à la communication qui requiert la modalité verbale, écrite, non-verbale ou encore une combinaison de ces modalités, afin de transmettre un message avec succès à l'intérieur d'une interaction quotidienne. Ainsi, ces objectifs sont davantage en lien avec les activités quotidiennes de la personne, mais cernent particulièrement les habiletés de communication de la personne à travers ces activités, sans prendre en considération l'activité dans son contexte, ou l'activité en situation réelle. Par exemple, un objectif de communication fonctionnelle peut inclure la prise d'un rendez-vous médical qui implique un appel téléphonique, mais celui-ci est créé par l'orthophoniste et ne se déroule pas dans le contexte réel dans lequel cet appel est normalement fait (ex. : lieu dans lequel se trouve la personne pour faire l'appel téléphonique, pression subie, stress qui accompagne l'appel téléphonique).

Une autre pratique orthophonique commune est l'enseignement à la personne aphasique de stratégies permettant de faciliter la communication (ex. : utiliser un geste pour exprimer une idée lorsque le mot n'est pas disponible). L'orthophoniste pratique également ces stratégies avec la personne aphasique, normalement à travers des tâches structurées réalisées en thérapie, par exemple lors d'un exercice de dénomination d'images.

La pratique orthophonique commune inclut également des interventions sur la communication fonctionnelle telle que définie par Brady et al. (2016). Ce type d'intervention s'apparente à la mise en pratique des stratégies de communication avec la personne aphasique, à la différence que cette intervention se déroule à l'intérieur d'une situation de la vie de tous les jours et non dans le cadre d'une tâche structurée. Par exemple, l'orthophoniste demande à la personne aphasique d'appeler un membre de sa famille pour mettre en pratique l'objectif « faire

un appel téléphonique », donc pour les fins de la thérapie. Ainsi, ces situations sont la plupart du temps créées pour les besoins de la thérapie et ne répondent pas nécessairement au besoin de la personne aphasique au moment où il se présente.

La réalisation de tâches structurées et décontextualisées, ciblant la rééducation langagière, fait également partie de la pratique commune. Dans le cas d'une pratique qui cible la rééducation langagière, elle occupe la plus grande partie de la thérapie, alors que dans le cas d'une pratique centrée sur la participation sociale, elle est plutôt ponctuelle. Dans le premier cas, les tâches langagières sont réalisées en vue de l'amélioration des habiletés de langage comme telles, alors que dans le deuxième, elles sont mises en place pour répondre à un besoin spécifique du client. Tout comme pour l'évaluation, les questions fondamentales qui font partie de la pratique orientée vers le langage portent à croire que les orthophonistes ne savent pas toujours dans quel but ils effectuent ces tâches décontextualisées.

Bien que certaines activités soient périphériques dans la pratique des orthophonistes selon les résultats à la première étude, il y a tout de même des éléments communs entre la pratique orientée vers le langage et celle orientée vers la participation sociale. Ainsi, lorsque les proches des personnes aphasiques sont disponibles, les orthophonistes vont surtout les informer sur l'aphasie et les stratégies de communication à privilégier. Ce résultat confirme d'une part que les orthophonistes ne cherchent pas à inclure les proches systématiquement dans leur prise en charge (Hallé et al., 2014; Johansson et al., 2011) et d'autre part, que quand ils le font, c'est davantage pour les informer que pour répondre à leurs autres besoins tout aussi, sinon plus importants, de support et de formation (Hilton et al., 2014).

En plus d'avoir permis une compréhension plus approfondie de la pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie, les résultats issus de la première étude ont également mis en lumière certains facteurs qui l'influencent. Pour bien saisir l'importance de ces facteurs, il faut situer l'étude dans un contexte particulier, celui du système de santé québécois. Ce système offre aux personnes aphasiques une trajectoire particulière, telle que décrite de façon détaillée dans la recension des écrits, ainsi que des services de réadaptation limités dans le temps (Tessier, 2012). De plus, la collecte de données a eu lieu alors que le système de la santé venait de subir une réorganisation d'envergure qui a pu avoir un impact sur les usagers (Wankah et al., 2018). Selon la première étude de cette thèse, les effets de la

réorganisation du système de santé se sont également étendus aux professionnels et aux équipes de soins de tous les milieux qui prennent en charge les personnes ayant subi un AVC. Effectivement, les participants ont rapporté que, dans le cadre de cette réorganisation qui venait d'avoir lieu, ils étaient amenés à voir une clientèle différente, à changer de milieu clinique ou à adopter de nouvelles façons de faire.

Selon les résultats, les pratiques orthophoniques sont influencées par les exigences plus ou moins strictes des milieux cliniques. Effectivement, des exigences élevées en termes de nombre de patients à voir par jour et des contraintes de durée de séjour renforcent une pratique orientée vers l'amélioration du langage, alors que la valorisation de l'autonomie professionnelle et du travail interdisciplinaire dans le milieu de travail renforce plutôt une pratique orientée vers la participation sociale. Il a déjà été démontré que les orthophonistes qui travaillent auprès de personnes aphasiques dans des établissements de soins aigus éprouvent de la difficulté à adopter une approche centrée sur la personne plus que sur l'incapacité (Foster et al., 2013), ce qui est cohérent avec les résultats de la première étude puisque les durées de séjour sont effectivement limitées dans ces milieux, tout comme dans les milieux de réadaptation interne (Tessier, 2012). Par ailleurs, les milieux de réadaptation dits de troisième ligne, ayant un mandat clair de réintégration sociale, favorisent une pratique qui vise l'amélioration de la participation sociale de la personne. Des facteurs environnementaux tels que le temps disponible et le support organisationnel sont connus pour exercer une influence sur l'adoption de meilleures pratiques en orthophonie (Foster et al., 2013; Hoffman et al., 2013; McCurtin et Roddam, 2012; Young et al., 2018), mais n'avaient jamais été mis en lien avec un type de pratique par rapport à un autre. Ces résultats permettent de mettre en lien une pratique orthophonique davantage axée vers la participation sociale avec un milieu de réadaptation de troisième ligne, un milieu dans lequel la durée de la réadaptation n'est pas aussi limitée que dans un établissement de soins aigus ou de réadaptation interne.

Un autre facteur, la perception de la finalité des interventions par l'orthophoniste, influence également la cible de la pratique. Ce facteur est plus central que le milieu de travail puisque les orthophonistes ont un certain contrôle sur celui-ci. D'ailleurs, dans la première étude, c'est l'approche de l'entrevue motivationnelle (Miller et Rollnick, 2012) qui a contribué à révéler la finalité perçue par des participants, que celle-ci soit en lien avec le langage ou avec

la participation sociale. Comme certains le rapportent dans le cadre de la troisième étude, cette première entrevue a eu pour effet de démarrer chez eux un processus réflexif sur ce qu'ils considèrent comme réellement important, ce qu'ils ne prennent pas le temps de faire normalement. Ces réflexions, ajoutées à toutes les activités de la communauté de pratique auxquelles ils ont participé, se sont d'ailleurs traduites plus tard par des changements de pratique. L'utilisation de l'entrevue motivationnelle constitue un aspect novateur de cette thèse, puisqu'elle a possiblement été le point de départ de plusieurs réflexions qui, combinées plus tard à la stratégie de transfert de connaissances, ont mené à des changements dans les pratiques en permettant un meilleur alignement de ces pratiques avec la finalité perçue de la réadaptation et à un renforcement du sentiment d'expertise. D'ailleurs, l'entrevue motivationnelle influence la motivation et la préparation au changement, deux facteurs qui eux-mêmes influencent l'implantation de la pratique basée sur les données probantes selon Lal et Korner-Bitensky (2013).

Attendu que les orthophonistes travaillent dans un milieu leur permettant un bon niveau d'autonomie professionnelle (premier facteur) et qu'ils considèrent que leurs interventions servent à ce que la personne aphasique reprenne ses habitudes de vie significatives (deuxième facteur), la pratique de ces orthophonistes est normalement orientée d'abord vers la participation sociale. Ceci n'est pas surprenant mais n'a jamais été révélé explicitement. Puisqu'ils décident de la façon dont ils distribuent leur temps dans une journée, ces orthophonistes ont peut-être davantage le loisir d'explorer les écrits scientifiques. Or, on sait que les orthophonistes rapportent le manque de temps comme un frein à l'adoption de pratiques optimales (Dodd, 2007; Foster et al., 2013; Hoffman et al., 2013; McCurtin et Roddam, 2012; Zipoli et Kennedy, 2005). Toutefois, comme ils valorisent davantage les connaissances de leurs collègues (Zipoli et Kennedy, 2005), il est également possible que leur temps soit davantage consacré à la consultation d'autres orthophonistes du milieu. Il se peut aussi que ce temps serve à préparer du matériel individualisé répondant aux objectifs des personnes aphasiques, ou encore à expérimenter de nouvelles façons de faire avec les personnes aphasiques.

Une pratique orientée vers la participation sociale a le potentiel d'avoir des retombées positives sur les personnes aphasiques ainsi que sur leur entourage. Ainsi, à l'intérieur de ce type de pratique, puisque les personnes ayant une aphasie sont plus directement impliquées,

sélectionnent eux-mêmes leurs objectifs thérapeutiques, sont davantage « maîtres » de la thérapie tout en étant guidées vers l'atteinte de leur projet de vie, la prise en charge devrait en principe mieux répondre à leurs besoins. Conséquemment, ils risquent d'avoir une meilleure participation sociale à l'issue de la réadaptation, ce qui peut entraîner des effets sur leur qualité de vie (Cruice et al., 2006a; Ross et Wertz, 2003). De plus, lorsque les proches sont directement impliqués, par exemple lorsqu'ils bénéficient d'une formation sur la communication avec la personne aphasique, ceux-ci ont également le potentiel d'avoir une meilleure participation sociale à l'issue de la réadaptation (Simmons-Mackie et al., 2016).

Par contre, il est connu que les personnes aphasiques ont une participation sociale limitée malgré leur séjour en réadaptation (Cruice et al., 2006b; Cruice et al., 2003; Dalemans et al., 2010; Dalemans, de Witte, Wade, et al., 2008; Le Dorze et al., 2014; Viscogliosi et al., 2011). Ceci peut vouloir dire que soit les pratiques sont davantage orientées vers la rééducation du langage chez la plupart des orthophonistes, soit les orthophonistes dont les pratiques sont orientées vers la participation sociale manquent de moyens pour atteindre cette finalité. Puisqu'une participation sociale réduite a des impacts sur la qualité de vie (Cruice et al., 2006a; Cruice et al., 2003; Franzén-Dahlin et al., 2010; Hilari, 2011; Hilari et al., 2012; Kim et al., 2005; Ross et Wertz, 2003), il se peut qu'une pratique orientée vers la participation sociale telle que décrite par certains participants ait un impact sur la qualité de vie des personnes aphasiques, ce qui pourrait être documenté ultérieurement. Les résultats de l'étude 3 révèlent qu'il est possible de favoriser l'évolution des pratiques orthophoniques vers une meilleure participation sociale pour les personnes aphasiques.

Une meilleure compréhension de la pratique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie est maintenant disponible, puisqu'on a identifié ce qui la compose en détail ainsi que ce qui l'influence, ce qui a permis de poser un regard sur les retombées positives pouvant découler d'une pratique orientée vers la participation sociale. Dans la prochaine section, il est question de ce qu'il advient de cette pratique lorsque des orthophonistes participent activement à une stratégie de transfert de connaissances qui vise l'apprentissage, la réflexion et l'interaction entre pairs portant sur le sujet de la participation sociale, soit une communauté de pratique.

6.2 L'évolution de la pratique orthophonique en réadaptation de l'aphasie et la place accordée à la participation sociale après la communauté de pratique

Les résultats de la première étude démontrent que la pratique orthophonique en réadaptation de l'aphasie ne prend pas systématiquement en considération la participation sociale de la personne, mais permettent de révéler que lorsque cette considération est présente, les questions qui accompagnent la pratique, bien qu'elles soient réelles, sont moins fondamentales. Les résultats mettent aussi en relief le besoin de repères des orthophonistes, qui semblent avoir besoin d'un espace de réflexion afin de se questionner sur ce qui donne un sens à leur pratique, ou encore sur les moyens thérapeutiques à utiliser. Même lorsque les orthophonistes reconnaissent que la finalité de leurs interventions est de favoriser la participation sociale de la personne aphasique, leurs questions indiquent qu'ils n'ont pas toujours les moyens nécessaires pour atteindre cette finalité souhaitée et ont tout de même besoin de repères. La communauté de pratique créée dans le cadre de ce travail a permis aux participants d'être exposés à des moyens visant l'amélioration de la participation sociale chez les personnes aphasiques, en plus d'offrir à ses membres un espace pour la réflexion individuelle et collective.

6.2.1 Intégration et discussion des résultats des études 2 et 3 pour répondre aux objectifs 3 et 4

Les résultats de la deuxième étude permettent de répondre au troisième objectif spécifique de la thèse, qui est d'évaluer les retombées à court terme de la communauté de pratique pour les orthophonistes qui y ont participé. Les données ont été recueillies au moment où la communauté de pratique se déroulait, au moyen de journaux de bord remplis chaque semaine. Ainsi, les retombées en cours de communauté de pratique, soit ses retombées à court terme, indiquent que les participants ont effectivement fait des apprentissages et ont eu l'occasion de réfléchir à leur pratique, comme le prévoient les objectifs de recherche et de formation continue de la communauté de pratique. Par ailleurs et de façon plutôt inattendue pour ce qui concerne les retombées à court terme, les participants ont également émis des réflexions

qui laissent croire qu'ils avaient amorcé un processus de changement de pratiques. Selon la théorie de la préparation au changement, plusieurs étapes subséquentes mènent aux changements dans la pratique : faire des apprentissages, réfléchir sur sa pratique, remarquer un écart entre les données scientifiques et sa pratique, se préparer à effectuer des changements de pratique et apporter des changements dans sa pratique (Prochaska et Velicer, 1997). Ici, les participants ont remarqué des écarts entre les données scientifiques auxquelles ils ont été exposés en cours de communauté de pratique et leurs propres pratiques cliniques. Ils se sont aussi préparés à effectuer des changements à leur pratique, en réfléchissant à des outils à ajouter ou à retirer à celle-ci. Certains orthophonistes ($n = 3$) ont même apporté des changements à leurs pratiques en cours de participation, ce qui était inattendu puisque les changements de pratiques n'étaient pas anticipés à court terme, mais plutôt après un certain temps, une fois que la communauté de pratique se serait terminée. Ainsi, certains ont adopté de nouveaux outils, auxquels ils avaient été exposés lors de la communauté de pratique. Ces nouveaux outils concernent notamment une meilleure inclusion de la personne aphasique dans sa prise en charge orthophonique. Par contre, cette deuxième étude ne permet pas de révéler les raisons qui sous-tendent les changements de pratique ou de savoir si les participants ont également changé leur perception de la finalité des interventions en réadaptation de l'aphasie. Ainsi, la troisième étude, en plus de confirmer les résultats de la seconde en répertoriant le même type de retombées, permet de mieux saisir la nature de celles-ci et d'aller encore plus loin dans la compréhension des pratiques des participants après leur participation à la communauté de pratique. En outre, la troisième étude, qui tente de répondre à l'objectif d'évaluer les retombées à long terme de la communauté de pratique pour les orthophonistes qui y ont participé, permet de comprendre à quoi sont reliés les changements de pratique des orthophonistes. Ceux-ci sont reliés à un désir des participants d'aligner leurs pratiques à la finalité de la réadaptation, qui est dorénavant reconnue par tous comme étant l'optimisation de la participation sociale de la personne aphasique. Ces changements correspondent soit à l'adoption de nouveaux outils cliniques ou façons de faire, soit à l'intégration de nouvelles perspectives globales sur la pratique.

Le résultat principal qui ressort de la troisième étude est que, plusieurs semaines après la fin des activités de la communauté de pratique, les participants ont été en mesure de réaligner leurs pratiques, c'est-à-dire leurs activités cliniques quotidiennes, avec la finalité perçue de la

réadaptation de l'aphasie, soit la participation sociale optimale de la personne aphasique. Cet alignement implique une réflexion approfondie, parmi un groupe de pairs, au sens de sa pratique, ce qui est cohérent avec la façon dont s'opère la pratique réflexive en orthophonie (Caty et al., 2015). Pour les participants qui adoptaient plus instinctivement des pratiques ciblant le langage avant le début des activités de la communauté de pratique, cette réflexion a entraîné un questionnement assez profond sur ce qui donne sens à leur pratique, qui a d'ailleurs débuté dès l'entrevue initiale pour certains, alors qu'ils étaient questionnés sur la finalité de la réadaptation. Pour ceux qui considéraient déjà la participation sociale comme étant la finalité de la réadaptation de l'aphasie, la communauté de pratique leur a fourni des moyens concrets pour faciliter l'atteinte de cette finalité. Ainsi, peu importe le point de départ de chacun concernant la finalité de la réadaptation, tous les participants sont repartis avec plus de confiance, de motivation, de bien-être et d'énergie au travail.

La communauté de pratique a ainsi favorisé une évolution de la pratique orthophonique vers davantage de considération pour la participation sociale. Concrètement, les participants se sont sentis plus équipés à aborder la participation sociale de leurs patients et ont apporté des changements conséquents à leurs pratiques. Par exemple, les participants ont discuté plus ouvertement avec les personnes aphasiques et leurs proches des objectifs d'intervention, comme recommandé dans les écrits (Hersh et al., 2012; Power et al., 2015), et ont abordé le congé de façon transparente avec la personne tel que suggéré par Kovarsky (2008). Ils ont également utilisé des outils cliniques qu'ils ont connus grâce à la communauté de pratique, principalement ceux partagés par les autres membres. Par exemple, certains se sont approprié un outil de suppléance à la communication partagé par un membre, qu'ils ont remis à une personne de l'équipe interdisciplinaire. D'autres ont utilisé, après l'avoir modifié dans certains cas, un canevas co-créé par les membres qui facilite l'établissement des objectifs d'intervention avec la personne, ou encore une liste de stratégies de communication à remettre aux interlocuteurs de la personne aphasique, également issue d'une co-création entre membres. Certains participants qui ne l'avaient jamais essayé ont tenté de mettre en pratique la thérapie conversationnelle, après avoir entendu d'autres membres parler de leur expérience ou encore après avoir visité le site *Better Conversations with Aphasia* (<https://www.ucl.ac.uk/betterconversations/aphasia>). Ces essais, même si pas toujours fructueux, leur ont permis de se rapprocher de la recommandation

d'offrir une formation aux partenaires de communication des personnes aphasiques (Power et al., 2015; Shrubsole et al., 2017; Simmons-Mackie et al., 2017). De plus, alors que la mesure de l'efficacité des interventions ne semblait pas faire systématiquement partie des pratiques des orthophonistes avant leur participation à la communauté de pratique, comme en témoigne la première étude, les résultats de la troisième étude ont révélé que la mesure de l'efficacité des interventions est désormais non seulement présente dans les pratiques, mais que les orthophonistes se soucient de mesurer des retombées pertinentes pour les personnes aphasiques (Isaksen, 2014). Par exemple, les orthophonistes se préoccupent dorénavant de faire un retour sur les objectifs thérapeutiques avec la personne aphasique en discutant ouvertement avec elle des effets perçus de la thérapie dans sa vie. Ces nouvelles activités cliniques leur permettent d'ailleurs de diminuer l'utilisation d'outils d'évaluation du langage comme mesure d'efficacité des interventions, qui ne sont pas toujours utiles pour déterminer dans quelle mesure les habitudes de vie sont reprises.

Toujours selon la troisième étude, les changements dans les activités cliniques effectués par les orthophonistes ont entraîné chez eux un désir d'apporter des modifications au-delà de leur pratique, c'est-à-dire de susciter des changements organisationnels, reliés à leur milieu de travail. Par exemple, certains ont mentionné être plus sensibles à la cause des droits des personnes aphasiques, se soucient qu'elles reçoivent des services de qualité dans leur établissement et qu'elles puissent exercer des choix sur leurs soins de santé. Lorsqu'on sait que les difficultés de communication vécues par les personnes aphasiques entraînent des difficultés à défendre leurs droits (Elman, Ogar et Elman, 2000), les participants ont pu sentir que cela relevait de leur rôle de les aider à accéder à des services optimaux. Ces prises de conscience ont ainsi suscité des discussions avec leurs gestionnaires et/ou avec des membres de l'équipe interdisciplinaire vers l'adoption de nouvelles façons de faire.

Le cas particulier d'une des participantes à la communauté de pratique mérite qu'on s'y attarde. Une seule participante a spécifié, à plusieurs reprises durant l'entrevue finale, qu'elle n'a apporté aucun changement à ses activités cliniques à la suite de cette communauté de pratique. Pourtant, elle a mentionné, tout comme les autres participants, avoir appris l'existence de nouveaux outils et a elle-même partagé du matériel. En écoutant et en lisant son entrevue, l'auteure a eu l'impression d'être devant un cas « négatif » ou « contrasté », c'est-à-dire qui ne

correspond pas à ce qui ressort de façon générale dans les données. Pourtant, la participante a rapporté qu'elle avait apprécié se questionner sur la finalité de la réadaptation et le fait de pouvoir se comparer à d'autres orthophonistes, ce qui n'était pas possible dans son milieu. Ceci a contribué à renforcer des sentiments de confiance et de bien-être chez elle. Ses pratiques n'ont donc effectivement pas changé, mais l'alignement de celles-ci avec la finalité de la réadaptation – maintenant encore plus claire – est bien réel. Ainsi, les données relatives à cette participante ont permis à l'auteure de découvrir que le concept central des résultats de la troisième étude n'est pas le changement de pratiques comme tel, mais plutôt l'alignement des pratiques avec une finalité, ce qui entraîne des sentiments liés à la compétence professionnelle.

Grâce à ces sentiments de confiance, de motivation, de bien-être et d'énergie, il est possible de penser que les changements apportés par les orthophonistes à leurs pratiques ont un bon potentiel de se maintenir dans le temps, puisque les professionnels ont dorénavant davantage confiance en eux, ce qui est nécessaire pour effectuer des changements et avoir une pratique alignée à une finalité de la réadaptation qu'ils considèrent importante. Puisque ce qui donne sens à la pratique est désormais plus clair pour les participants et qu'ils ont connu, adopté ou même co-créé des moyens pour y arriver, l'intégration de ces moyens devrait être plus aisée que si l'utilisation d'un nouvel outil avait été imposée ou ne faisait pas « sens » pour eux. Effectivement, la participation des utilisateurs de connaissances dans la création de celles-ci est généralement gage d'efficacité dans une stratégie de transfert de connaissances (Lemire et al., 2009). La pratique, qui initialement révélait un besoin de repères, semble être définitivement mieux orientée à la suite de la communauté de pratique.

Maintenant que les retombées à court et à long terme de la communauté de pratique ont été discutées, il est utile de se questionner sur les raisons pour lesquelles il y a eu de tels impacts à la suite de cette stratégie de transfert de connaissances. Plusieurs possibilités sont évoquées et discutées dans le texte qui suit.

6.2.2 Discussion des impacts de la communauté de pratique

Un sentiment de communauté s'est créé en peu de temps entre les participants. Ceci vient possiblement du fait que certaines personnes se connaissaient déjà ou ont appris à se connaître

rapidement même si seulement via une plate-forme web. Dès les premières rencontres, ils ont appris à se connaître comme professionnels, en interagissant, en consultant le matériel partagé par les autres membres, en prenant connaissance de leurs commentaires écrits et en étant témoins de leurs réflexions au moment où celles-ci avaient lieu. Selon les résultats à la première étude, les orthophonistes ont peu d'occasion de communiquer avec leurs pairs; pourtant ils valorisent les opinions de ceux-ci plus que les écrits scientifiques pour orienter leurs décisions cliniques (Zipoli et Kennedy, 2005). Ils se sont donc sentis en confiance parmi d'autres orthophonistes qui se posaient parfois exactement les mêmes questions qu'eux, ce qui a facilité leur engagement dans les activités et créé des conditions optimales pour l'apprentissage.

Les retombées de la communauté de pratique sont aussi possiblement attribuables au fait que les participants étaient invités à se questionner chaque semaine, à travers le journal de bord, sur les activités dans lesquelles ils s'étaient investis, sur leur niveau de participation et de satisfaction quant aux activités de même que sur leurs accomplissements. Cet encouragement à mettre par écrit son expérience a possiblement été un puissant outil de pratique réflexive (Caty et al., 2015). Les participants ont ainsi pu réfléchir à leur pratique, chose qu'ils n'arrivent pas à faire au quotidien au travail.

La deuxième étude révèle également une série de raisons qui ont pu justifier le succès de cette communauté de pratique. Les participants ont notamment rapporté avoir apprécié la variété dans le format et le contenu des activités disponibles. Ils ont aussi pu choisir une modalité de participation privilégiée, qu'elle soit synchrone ou asynchrone, selon leur style d'apprentissage. Alors que certaines personnes apprennent mieux en réfléchissant individuellement, d'autres apprennent mieux dans l'action, en expérimentant soi-même ou en étant exposées à l'expérience des autres (Kolb et Kolb, 2009). Une autre raison pouvant expliquer les retombées positives de la communauté de pratique est la présence d'un intérêt manifesté d'emblée pour le sujet de la participation sociale, qui a été vérifié dès l'étape du recrutement. Enfin, le support organisationnel reçu sous forme de libération de temps par la plupart des participants a sans doute contribué au succès de cette communauté de pratique. Toutes ces raisons peuvent expliquer, lorsqu'elles interagissent, les retombées positives de la communauté de pratique conçue dans le cadre de ce travail.

En observant la définition des communautés de pratique selon Wenger et al. (2002), il est possible de remarquer qu'elles visent notamment à rassembler des personnes qui approfondissent leurs connaissances et leur *expertise* par rapport à un sujet d'intérêt en interagissant entre elles. L'expertise clinique des membres devrait ainsi être observée lorsqu'on s'intéresse aux retombées d'une communauté de pratique. Rappelons que l'expertise clinique des orthophonistes qui travaillent auprès de personnes aphasiques est peu documentée. Toutefois, des écrits du domaine de l'orthophonie rapportent que l'expertise clinique pourrait inclure l'expérience, les connaissances théoriques et tacites de même que les habiletés thérapeutiques du professionnel (Adams et al., 2012; Anderson et al., 2014; Baker et McLeod, 2011; Fallon et Katz, 2008; Graves, 2007; Iwarsson, 2015; Kamhi, 2006; Kenny et al., 2009; Kent-Walsh et al., 2008; Millard et Cook, 2010; Muttiah et al., 2011; Okalidou et al., 2014). La troisième étude a permis de contribuer à cette définition. D'abord, les participants semblent avoir reconnu l'expertise des autres membres de la communauté de pratique, qui étaient perçus comme ayant de bons outils cliniques (déjà utilisés ou co-crésés dans le cadre de la communauté de pratique) et de bonnes habiletés. Les orthophonistes ayant le plus d'expérience étaient généralement perçus comme plus « experts », éventuellement comme de possibles mentors. Une étude récente indique que les professionnels de la réadaptation (dans ce cas, des ergothérapeutes) qui ont une pratique basée sur les données probantes sont notamment perçus par leurs pairs comme étant des apprenants motivés à s'engager dans des activités de développement professionnel, ayant beaucoup de connaissances, de compétences et d'expérience (Hallé et al., 2018), ce qui suggère qu'il y avait possiblement des « experts » dans le groupe, selon les membres. Par ailleurs, il se peut qu'un bon alignement entre les pratiques et la finalité des interventions fasse partie de la définition d'une pratique d'expert, puisque ceci implique effectivement que le clinicien ait des connaissances et des compétences et se serve de ses expériences passées pour mettre en pratique ses habiletés (Schön, 1983). Cet alignement induit des sentiments de confiance, de motivation, de bien-être et d'énergie chez les professionnels : ainsi, on peut penser que ces sentiments contribuent à renforcer l'expertise perçue des cliniciens. Un clinicien expert serait donc quelqu'un qui réfléchit à sa pratique de différentes façons, qui a appris ou apprend des moyens pour améliorer sa pratique, qui les met en place et qui est potentiellement en mesure de maintenir ces changements ou de mettre en place d'autres moyens afin de rester aligné avec ce qu'il considère important.

Pour terminer, la pratique orthophonique telle que décrite dans la première étude est celle qui semble représenter le mieux la pratique clinique des orthophonistes québécois en réadaptation de l'aphasie, si on la compare à la pratique telle que rapportée dans la troisième étude, qui fait plutôt état des effets de la communauté de pratique. Les principaux changements sont reliés au fait que les orthophonistes ont augmenté leur usage de moyens thérapeutiques qui favorisent la participation sociale des personnes aphasiques et ont parfois diminué leur utilisation de moyens qui visent uniquement la rééducation des habiletés langagières. Ainsi, si de nouveaux orthophonistes québécois qui travaillent dans le système de santé public étaient recrutés puis questionnés sur leur pratique, il en ressortirait fort probablement que cette pratique comporte des questionnements sous-jacents, deux orientations distinctes (amélioration des habiletés langagières versus amélioration de la participation sociale) ainsi que le besoin de repères, comme décrit plus tôt. Par ailleurs, si les effets de la même communauté de pratique que celle qui a été créée ici sur les pratiques d'un nouveau groupe d'orthophonistes en réadaptation de l'aphasie étaient étudiés, les mêmes effets seraient possiblement documentés, soit un réalignement entre les pratiques et la finalité de la réadaptation, qui est la participation sociale. Ces prédictions sont avancées sur la base que les orthophonistes ayant participé à ce projet proviennent d'une variété de milieux cliniques et de régions du Québec, ont fréquenté différentes universités et ont un nombre varié d'années d'expérience, ce qui fait que le groupe étudié représente assez bien la diversité des orthophonistes québécois. Pour arriver aux mêmes résultats, il faudrait évidemment que les mêmes étapes soient reprises, incluant une réflexion préalable sur la finalité de la réadaptation, qui pourrait se faire individuellement ou en groupe. Bien sûr, les participants à ce projet étaient également sensibilisés à la question de la place de la participation sociale dans la réadaptation de l'aphasie, mais il serait surprenant qu'un orthophoniste n'ait jamais effleuré la question de cet enjeu, puisqu'il s'agit depuis de nombreuses années de l'objectif ultime déclaré de la réadaptation, toutes clientèles confondues.

6.3 Quelques recommandations pour la pratique clinique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie

Les résultats révélés par cette thèse, mis en lien avec les écrits scientifiques qui rendent compte des connaissances sur les pratiques optimales, permettent de formuler certaines recommandations quant à la pratique clinique des orthophonistes en réadaptation de l'aphasie. Ces recommandations sont basées sur les trois piliers de la pratique basée sur les données probantes (Sackett et al., 1996). Effectivement, en plus de s'inspirer des écrits scientifiques, elles sont en lien avec l'expertise clinique, c'est-à-dire les connaissances expérientielles des orthophonistes telles que rapportées dans les résultats de cette thèse. En outre, l'application de ces recommandations doit toujours tenir compte des valeurs de la personne aphasique, qui sont différentes pour chaque individu. Conséquemment, les recommandations suivantes devraient être adaptées aux besoins individuels.

Les activités cliniques communes qui font partie de la pratique orthophonique, peu importe si celle-ci vise la rééducation langagière ou la participation sociale de la personne, ont été détaillées plus tôt. Dans la prochaine section, il est question des activités cliniques spécifiques à la pratique orthophonique orientée vers la reprise des habitudes de vie, puisque celles-ci sont considérées comme ayant le potentiel de contribuer à une meilleure participation sociale des personnes aphasiques.

De façon générale, l'orthophoniste devrait faire une place centrale dans sa pratique à la création d'une relation authentique avec la personne aphasique et, dans l'ordre, établir des objectifs significatifs avec la personne aphasique avant d'évaluer ses habiletés langagières, s'il le juge pertinent; évaluer sa participation sociale ou sa qualité de vie; offrir une intervention qui cible tout autant la personne aphasique elle-même que son environnement, c'est-à-dire ses interlocuteurs réels et potentiels; et mesurer l'efficacité de ses interventions. Ces activités sont détaillées dans les prochains paragraphes.

D'abord, les orthophonistes sont encouragés à débiter leur prise en charge par l'établissement d'objectifs en partenariat avec la personne aphasique, ses proches et/ou, selon la pertinence, d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire (Hersh et al., 2012; Power et al., 2015). Les orthophonistes pourraient établir de tels objectifs avant de procéder à une évaluation

des habiletés langagières, comme recommandé par le AARP (Power et al., 2015), afin de bien cibler les besoins de participation sociale de la personne et ainsi éviter d'évaluer des aspects langagiers inutilement. Par exemple, si une personne aphasique n'exprime pas le besoin de reprendre des activités qui impliquent l'écriture, et lorsque l'orthophoniste s'est assurée que cette activité n'est effectivement pas centrale ou nécessaire dans la vie de la personne, il n'est pas indiqué de passer du temps à évaluer l'expression écrite chez cette personne. Cette recommandation ne se trouve pas en contradiction avec le cadre normatif tel que proposé par l'OOAQ. Effectivement, le fait d'établir d'abord des objectifs avec la personne peut seulement guider l'orthophoniste vers une évaluation plus ciblée, donc plus pertinente, qui pourra servir à préciser le plan de traitement orthophonique. Ce dernier aura toutefois été déterminé à partir des besoins relatifs aux habitudes de vie de la personne et non pas seulement à partir des résultats à l'évaluation du langage.

Les orthophonistes peuvent en outre établir des objectifs qui sont en lien avec un projet de vie de la personne, c'est-à-dire relier les tâches ou activités faites en thérapie à un but que vise la personne. Le fait d'établir des objectifs significatifs pour la personne, avec celle-ci et en lien avec un projet, a le potentiel d'entretenir l'espoir et de renforcer la motivation chez la personne aphasique, puisque celle-ci devient davantage impliquée dans la thérapie (Hersh et al., 2012).

Ensuite, les orthophonistes qui travaillent auprès de personnes aphasiques sont encouragés à considérer d'utiliser, en plus de leurs outils formels d'évaluation du langage, des outils d'évaluation des habitudes de vie. Comptons parmi ces outils standardisés la MHAVIE (Noreau et al., 2004), le test *Assessment for Living with Aphasia* (Simmons-Mackie et al., 2014) et le *Community Integration Questionnaire* (Dalemans, de Witte, Lemmens, et al., 2008). Malgré le fait que ces deux derniers outils soient seulement disponibles en anglais, le premier est imagé à l'aide de pictogrammes, ce qui rend tout de même possible son utilisation, et le second constitue une série de questions à poser à la personne ayant une aphasie, que le clinicien doit traduire lui-même, s'il est en mesure de le faire.

Lorsqu'on parle d'intervention orthophonique, il existe une panoplie d'approches thérapeutiques qui visent la rééducation langagière, si bien qu'on ne sait pas laquelle est supérieure aux autres (Brady, Kelly, Godwin et Enderby, 2012; Brady et al., 2016). Puisqu'on

sait toutefois que l'intensité et la fréquence sont les éléments critiques de l'efficacité de la thérapie langagière (Brady et al., 2016), on peut se demander à quel point il est efficace d'utiliser une approche thérapeutique en particulier, dans le contexte où les services de réadaptation sont généralement offerts pour une durée limitée et dont la période la plus intensive a lieu au début de la trajectoire de la personne dans le continuum de soins (Tessier, 2012), période qui dépasse rarement quelques semaines. Ainsi, s'ils effectuent des tâches répétitives de rééducation du langage, par exemple la répétition, la copie ou encore la dénomination d'images, les orthophonistes doivent s'assurer que ces tâches sont reliées à une habitude de vie significative pour la personne et identifier de façon attentive à quel besoin elles répondent, le cas échéant. Par exemple, la personne aphasique pourrait demander explicitement une telle rééducation, pour pouvoir accomplir une tâche aussi spécifique qu'écrire son nom. Dans ce cas, il est recommandé que l'orthophoniste rende explicite la raison pour laquelle il s'intéresse aux habiletés d'écriture de la personne. Par ailleurs, en toute logique avec l'établissement d'objectifs qui concernent la reprise d'habitudes de vie, les orthophonistes devraient se considérer comme des guides qui accompagnent la personne vers l'accomplissement d'un projet de vie. Pour reprendre un exemple cité dans la première étude, si une personne exprime le souhait de recommencer à fréquenter les ventes de garage, une pratique orientée vers la participation sociale impliquerait que le vocabulaire travaillé soit associé à des objets d'intérêt pour la personne aphasique que l'on peut retrouver dans une vente de garage, des conversations avec un proche pourraient porter sur ce sujet, des recherches à l'ordinateur pourraient servir à repérer des événements et à planifier des trajets permettant la visite de ventes de garage, etc.

Les suggestions formulées précédemment entraînent la réflexion vers un autre aspect important de l'intervention, la préparation de la thérapie. Lors des entrevues initiales avec les participants, il en est ressorti que certains orthophonistes planifient souvent longuement et avec attention plusieurs tâches structurées différentes pour « construire » leurs thérapies à l'avance. Ils indiquent d'ailleurs que la planification de ces tâches leur demande beaucoup de temps. Or on a déjà démontré que le temps est un élément critique de la pratique orthophonique. Une pratique orientée vers la participation sociale pourrait comporter l'avantage non négligeable de nécessiter moins de temps de préparation de la part de l'orthophoniste, puisque la thérapie et les tâches ne sont pas prévues d'avance, mais sont plutôt conçues avec comme but de répondre au

besoin de la personne aphasique au moment où celui-ci se présente. Ainsi, une personne qui exprimerait le besoin de dire quelque chose à son conjoint pourrait profiter du moment de la thérapie orthophonique pour le faire avec support, tout comme une autre qui exprimerait le désir de se tenir informée des actualités pourrait participer à des séances consacrées à la compréhension d'informations écrites dans un journal que la personne aphasique aurait apporté.

En ce qui concerne l'inclusion des autres personnes que la personne aphasique elle-même dans la thérapie, ce que nous avons appelé les interventions « indirectes », comme le veut l'usage courant, elles devraient occuper une place centrale plutôt que périphérique dans la pratique. Redonner une place centrale à l'intervention auprès des interlocuteurs des personnes aphasiques permettrait à cette intervention de ne plus être perçue comme étant « indirecte », justement. Plus spécifiquement, les orthophonistes sont encouragés à reconnaître que les proches ont leurs besoins propres (Hilton et al., 2014) et à tenter de les aborder ouvertement (Hersh et al., 2012). Ils devraient également considérer de leur offrir une formation à l'utilisation de stratégies de communication, par exemple sous forme de thérapie conversationnelle, puisque la formation des partenaires de communication a un niveau de preuve élevé (Power et al., 2015; Shrubsole et al., 2017; Simmons-Mackie et al., 2017). Les orthophonistes pourraient aussi proposer aux proches de personnes aphasiques d'intégrer des groupes conçus pour les proches, ce qui existe déjà, mais n'est pas une pratique répandue. Selon les données disponibles, ces groupes se retrouvent dans les milieux dits de troisième ligne, mais gagneraient évidemment à être implantés dans d'autres types de milieux, car les besoins des proches sont présents à toutes les étapes du continuum de soins (Cameron et Gignac, 2008).

Les membres de l'équipe interdisciplinaire devraient également recevoir des informations ou une formation en ce qui concerne les stratégies de communication à utiliser avec les personnes aphasiques (Shrubsole et al., 2017; Simmons-Mackie et al., 2017). Ils devraient aussi être perçus comme des partenaires avec qui collaborer pour atteindre les objectifs de réadaptation de la personne aphasique. Ainsi, si le souhait de la personne est de reprendre son travail et que celui-ci lui demande des habiletés motrices ainsi que langagières, il serait pertinent d'établir des objectifs de concert avec le physiothérapeute et l'ergothérapeute de la personne, par exemple, afin que tous visent le même but et contribuent à leur façon à la reprise des activités professionnelles. De plus, lorsque la personne ayant une aphasie fréquente un

milieu communautaire tel qu'une association pour personnes aphasiques parallèlement à ses thérapies en réadaptation, il serait important de créer des liens avec ces organisations afin de faciliter l'intégration de la personne à ce nouveau milieu. Ceci implique que l'orthophoniste aide la personne à intégrer non seulement des activités communautaires spécialement conçues pour des personnes aphasiques, mais qu'il contribue également, et surtout, à son intégration à des activités qui s'adressent à tout le monde. Dans ce cas, il peut vraiment affirmer qu'il a aidé la personne à retrouver une place dans la société.

Enfin, les orthophonistes sont invités à mesurer l'efficacité de leurs interventions, ce qui n'est pas toujours fait, et lorsque ce l'est, la mesure d'efficacité porte rarement sur la participation (Simmons-Mackie et al., 2005). Cette activité clinique ne devrait pas surcharger l'orthophoniste puisqu'elle peut tout simplement consister en une discussion ouverte avec la personne aphasique sur l'atteinte ou non de ses objectifs d'intervention (Isaksen, 2014).

Les recommandations formulées dans cette section proviennent des données issues des écrits scientifiques combinées aux résultats découlant de l'analyse des pratiques des orthophonistes à la suite de leur participation à une communauté de pratique. Elles pourraient servir à analyser les retombées d'une communauté de pratique similaire sur les pratiques de futurs participants à cette communauté, contribuer à la recherche future sur les pratiques optimales en réadaptation de l'aphasie, ou même guider dans leurs réflexions des orthophonistes particulièrement intéressés à la pratique orientée vers la participation sociale.

6.4 La contribution aux connaissances sur les communautés de pratique en réadaptation

Afin de répondre au deuxième objectif spécifique de la thèse, qui est d'évaluer une communauté de pratique destinée à des orthophonistes et portant sur les approches qui concernent la participation sociale, les résultats contribuent notamment aux connaissances générales sur les communautés de pratique pour les orthophonistes et, par extension, pour les professionnels de la réadaptation. Ainsi, dans cette section, il est question des composantes ayant contribué à l'efficacité de la communauté de pratique.

Pour avoir du succès tant dans son implantation que dans ses retombées, une communauté de pratique doit être conçue avec beaucoup d'attention. Des objectifs devraient guider son élaboration, afin qu'à son terme il soit possible d'en mesurer les effets. Dans le cas présent, la communauté de pratique a été élaborée suivant quatre objectifs de recherche – soutenir les apprentissages des participants, soutenir leurs réflexions, décrire leurs apprentissages et décrire leurs réflexions – basés sur la définition d'une communauté de pratique (Wenger et al., 2002). Ces objectifs ont guidé la planification des activités de la communauté de pratique et ont permis de conclure à son succès lorsqu'elle a été évaluée. Si les objectifs qui visent à décrire les apprentissages et les réflexions sont plutôt utiles au chercheur, ceux qui visent à soutenir les apprentissages et les réflexions sont utiles aux participants de toute communauté de pratique. Aussi, pour que la communauté de pratique soit profitable aux participants et non seulement aux chercheurs, il importe d'établir des objectifs de formation pour les membres. Ceci permet un engagement optimal des participants, qui peuvent en retirer des bénéfices personnels, en plus de permettre de mesurer plus tard l'impact de la communauté de pratique sur les pratiques cliniques des participants, pour un chercheur qui souhaiterait s'adonner à ceci. Les cinq objectifs de formation établis dans le cadre de cette communauté de pratique, basés sur la définition ainsi que sur les caractéristiques des communautés de pratique dans le domaine de la santé (Wenger et al., 2002; Li et al., 2009) – acquérir des connaissances, interagir avec les membres, partager des connaissances, créer des connaissances et développer son identité professionnelle – ont été fort utiles pour guider l'élaboration des activités et ont permis de structurer les questions d'entrevue finale, qui ont également contribué à identifier les retombées de la communauté de pratique.

Pour être efficace, une communauté doit aussi inclure différents types de ressources humaines, à commencer par des gens qui réfléchissent attentivement à son élaboration et qui connaissent bien les écrits scientifiques, mais aussi la pratique clinique sur le terrain, concernant le thème qui y sera discuté. La communauté de pratique doit également compter un animateur qui adopte une attitude neutre face au thème discuté tout en étant familier avec celui-ci, qui prend en charge la gestion de l'ensemble des activités qui s'y déroulent, qui facilite les interactions entre les participants et qui est à l'affût des situations potentiellement problématiques (Barwick et al., 2009; Evans et al., 2014; Wenger et al., 2002). Les participants

à la communauté de pratique font également partie des ressources humaines nécessaires. Ainsi, pour qu'elle fonctionne, les activités doivent être investies par les participants et susciter leur intérêt et leur motivation pour toute la durée de la communauté de pratique. C'est d'ailleurs pour minimiser les risques d'abandon qu'une communauté de pratique devrait aussi être limitée dans le temps (MacDermid et al., 2006). Les ressources matérielles sont aussi une importante composante de la communauté de pratique. La plate-forme sélectionnée était donc une ressource centrale au bon déroulement de la communauté de pratique. Puisque des rencontres en temps réel étaient prévues, il fallait que la plate-forme le permette, en plus de rendre possible des échanges en modalité asynchrone, pour que les participants qui voulaient choisir le moment de leur participation puissent le faire. Finalement, la plate-forme devait être facile d'utilisation, ce qui a orienté le choix vers *Adobe Connect*. Toute autre plate-forme ayant ces mêmes caractéristiques pourrait également être utilisée.

En termes d'activités offertes, la communauté de pratique en a proposé une grande variété, ce qui a été hautement apprécié de la part des participants. Ceux-ci ont pu privilégier un mode d'apprentissage interactif par rapport à individuel ou l'inverse, selon les activités dans lesquelles ils ont choisi de s'investir. Effectivement, les activités synchrones permettent davantage d'interaction entre les membres, mais ce ne sont pas tous les participants qui sont à l'aise avec cette modalité. Certains ont préféré lire des articles, prendre le temps de répondre à la question de la semaine dans le module dédié à cette activité ou même visionner les rencontres synchrones après qu'elles ont eu lieu, donc sans y participer activement, mais en profitant quand même de l'expérience des autres. Cette grande diversité dans les activités offertes a toutefois entraîné chez les participants une impression de manquer de temps pour s'investir pleinement dans la communauté de pratique, ce qui a causé quelques insatisfactions et de la frustration chez certains. Des participants ont mentionné que, s'ils avaient eu plus de temps, ils se seraient investis dans davantage d'activités. Pourtant, seulement une heure d'investissement par semaine a été demandée. Toutefois, certains ont trouvé les activités si intéressantes qu'ils auraient aimé passer plus de temps hebdomadairement à faire ces activités. Malgré cette insatisfaction, les participants ont tout de même passé beaucoup plus de temps en moyenne par semaine que les 60 minutes initialement prévues, dépassant ainsi l'engagement qu'ils avaient pris en signant le formulaire de consentement dès le début du projet. Ainsi, pour qu'une communauté de pratique

ait du succès, l'investissement de temps prévu doit être clairement énoncé, ce qui pourrait être accompagné d'un avertissement aux membres sur le fait qu'ils n'auront possiblement pas le temps de participer à toutes les activités suggérées, si la communauté de pratique est conçue comme celle du présent projet. Par ailleurs, il est probable que, si l'éventail d'activités proposées n'avait pas été aussi vaste, les participants y auraient trouvé moins d'intérêt. Ceci pourrait être vérifié au moyen d'une recherche future qui comparerait, par exemple, deux communautés de pratique ayant chacune un nombre différent d'activités proposées par semaine.

En lien avec le temps investi dans les activités de la communauté de pratique, les organisateurs devraient prévoir que les membres de la communauté reçoivent du support de leur organisation (Hoffman et al., 2013) afin de s'assurer d'une participation et d'un investissement optimaux de leur part. Ce support organisationnel pourrait prendre la forme d'une compensation financière ou d'une entente avec le gestionnaire qui leur permettrait d'être libérés de leurs tâches cliniques pour la durée totale de leur engagement. De cette façon, les membres de la communauté de pratique pourraient y participer sans ressentir de conflit entre le temps passé auprès de leur clientèle et celui passé à s'investir dans des activités de transfert de connaissances (Barwick et al., 2009), conflit qui a été évoqué par les membres de la communauté de pratique, qui souvent n'ont pas été libérés pour la durée totale de leur participation à ce projet.

Pour qu'une communauté de pratique ait du succès, il faut également que les thèmes abordés soient intéressants pour les participants. Dans le cas présent, les thèmes sélectionnés constituent les étapes normales d'une prise en charge en orthophonie : ils sont ainsi pertinents pour la pratique clinique. Si les participants étaient ainsi familiers avec les thèmes de cette communauté de pratique, ils ne l'étaient pas ou très peu avec les ressources partagées, ce qui a possiblement contribué à maintenir l'intérêt. De plus, l'ordre dans lequel les thèmes ont été présentés a pu les surprendre, ce qui faisait partie du processus réflexif qu'il était souhaitable de créer.

La diversité des activités et des thèmes présentés a eu pour effet de donner un large éventail d'options aux participants, qui ont finalement chacun eu une expérience unique au sein de la communauté de pratique. Personne n'a fait exactement les mêmes choix d'activités, tous n'ont pas consulté les mêmes ressources et n'ont pas passé un nombre de minutes équivalent dans chaque activité. Ceci a possiblement eu pour effet d'atténuer les limites généralement

reliées aux communautés de pratique de type *top-down*. Effectivement, les communautés de pratique de type *bottom-up* seraient plus efficaces pour transférer des connaissances théoriques vers la pratique clinique étant donné qu'elles émergent naturellement des besoins et désirs de leurs membres (Thomson et al., 2013). Cette communauté de pratique, pour les besoins du projet de recherche, était *top-down*. Pourtant, le fait que les participants aient eu l'opportunité de « personnaliser » leur expérience a pu avoir pour effet qu'ils ne sentaient pas qu'on leur imposait des activités, mais plutôt qu'ils pouvaient venir chercher ce qui leur plaisait dans l'éventail disponible. Ultimement, les retombées sur la pratique sont les mêmes pour l'ensemble des participants, et ce, malgré la diversité des expériences au sein de la communauté de pratique. Ce phénomène justifierait qu'on s'y intéresse davantage. Par exemple, il serait possible d'étudier en parallèle les impacts sur la pratique de deux stratégies de transfert de connaissances différentes. Dans un premier cas, tout le monde aurait la même expérience d'apprentissage (ex. : formation continue traditionnelle sous forme de présentation magistrale) et, dans un deuxième cas, les participants seraient invités à participer à une communauté de pratique où l'expérience serait davantage personnalisée, comme dans la communauté de pratique dont traite cette thèse. Cette dernière option semble avoir le potentiel de répondre davantage aux besoins des professionnels.

En somme, les recommandations en lien avec l'implantation d'une communauté de pratique destinée à des professionnels de la réadaptation pour en assurer une efficacité optimale incluent notamment de porter une attention particulière à sa conception, en y incluant au moins des objectifs de formation pour les participants. Les instigateurs devraient aussi compter dans leur équipe des experts du sujet dont il sera question, ainsi qu'un animateur familier avec le domaine, mais qui demeure neutre et ouvert. En outre, la communauté de pratique devrait rassembler des membres intéressés par le sujet. Elle devrait aussi avoir les ressources matérielles nécessaires à sa réalisation, notamment une plate-forme web efficace si elle est virtuelle. Les membres devraient recevoir un support de leur organisation afin qu'ils s'engagent pleinement dans les activités sans ressentir de conflit entre le temps passé à réaliser celles-ci et le temps passé à voir des clients. La communauté de pratique devrait également inclure une variété d'activités, afin que les membres puissent exercer un choix quant à l'expérience qu'ils veulent

y vivre. Les activités devraient par ailleurs, et de façon centrale, susciter l'interaction, afin que les membres aient accès aux expériences et aux connaissances des autres.

6.5 Les forces et les limites des études de la thèse

Les études que présente cette thèse incluent certaines forces et limites qui sont discutées ici. Une première force générale de la thèse est que l'auteure est aussi orthophoniste clinicienne travaillant auprès des personnes aphasiques, donc elle a une connaissance du sujet traité ainsi que les compétences nécessaires pour concevoir et mettre en place la stratégie de transfert de connaissances. Cela compte aussi l'avantage qu'elle comprend et peut interpréter facilement les propos et préoccupations des orthophonistes et a une bonne connaissance du système de santé dont il est question. Le fait qu'elle ait gardé une attitude ouverte aux points de vue des participants pendant le déroulement des entrevues individuelles et des rencontres de la communauté de pratique a permis à ceux-ci de s'ouvrir sans se sentir jugés. Elle a ainsi réussi à recueillir des propos authentiques, puisque les participants ont rapporté de nombreuses questions sous-jacentes à leur pratique et ont décrit leur pratique telle qu'elle était et non telle que l'auteure aurait pu vouloir l'entendre, puisqu'elle avait précisé dès le recrutement que son projet portait sur la participation sociale. L'auteure a d'ailleurs tenté de limiter les impacts possibles de son rôle de chercheuse clinicienne sur la recherche en faisant un effort particulier de réflexivité, qui s'est manifesté pendant le recrutement, au cours de la collecte de données et pendant l'analyse de celles-ci.

Bien que la stratégie de transfert de connaissances ait été planifiée de façon minutieuse, il se peut que certains choix aient limité son efficacité. Par exemple, des participants ont rapporté qu'ils auraient aimé avoir des rencontres en présentiel, avoir plus de temps pour s'investir dans les activités et que la communauté de pratique soit plus homogène, notamment en termes de type de milieu de travail d'où provenaient les participants. Ceci dit, l'impact des choix concernant ces aspects n'a pas été étudié, donc des recherches futures pourraient comparer différents paramètres d'une communauté de pratique. Par exemple, une communauté de pratique virtuelle pourrait être comparée à une communauté de pratique qui se déroule en présentiel, ou dont une partie de ses rencontres se déroule en présentiel. Autrement, une communauté de

pratique telle que présentée ici pourrait être comparée à une communauté de pratique au contenu identique, mais échelonnée sur une plus longue période de temps. Enfin, les retombées d'une communauté de pratique impliquant des membres provenant de différents milieux cliniques pourraient être mises en parallèle avec les retombées d'une communauté de pratique qui impliquerait uniquement des orthophonistes qui travaillent en centre de réadaptation interne, par exemple.

Le fait que cette communauté de pratique était *top-down* a semblé à un certain moment être une limite majeure de la thèse. Toutefois, comme expliqué plus tôt, les limites associées à ce type de communauté de pratique ont été compensées par le fait que celle-ci offrait une variété d'activités parmi lesquelles les participants pouvaient choisir afin de créer une expérience unique qui répondrait à leurs besoins, comme c'est le cas dans les communautés de pratique *bottom-up*.

Rappelons également que cette collecte de données a été menée dans le contexte particulier du système de santé public du Québec et que le même projet de recherche mené ailleurs dans le monde pourrait mener à des résultats différents. Si on refaisait la même recherche au Québec, avec le même type de participants, comme postulé plus tôt, les résultats seraient possiblement similaires. Par ailleurs, il serait intéressant de faire l'expérience d'une telle communauté de pratique avec d'autres professionnels de la réadaptation (ex. : physiothérapeutes, ergothérapeutes), attendu que les organisateurs soient des experts dans le domaine.

Finalement, une limite de la thèse demeure le fait que l'ensemble du matériel recueilli dans le cadre de ce projet n'a pas fait l'objet d'analyses approfondies, ce qui est discuté dans la prochaine section.

6.6 Les recherches futures

Cette thèse a pu contribuer aux connaissances sur les pratiques orthophoniques en réadaptation de l'aphasie et sur les communautés de pratique comme stratégie de transfert de connaissances auprès des orthophonistes. Toutefois, afin de confirmer ou d'apporter des

nuances quant à ces résultats, des études nouvelles ou partageant des caractéristiques communes pourraient être menées, que ce soit avec des orthophonistes québécois ou ailleurs dans le monde.

Le matériel non analysé issu de cette collecte de données pourrait l'être. Ce matériel inclut entre autres les transcriptions des rencontres synchrones entre les participants, qui pourraient révéler des informations plus précises quant au contenu discuté lors de la communauté de pratique et son lien ou non avec les changements de pratiques rapportés par les participants. De la même façon, les répertoires d'outils partagés et consultés par les participants pourraient être analysés et mis en lien avec les nouveaux outils qu'ils ont adoptés. Aussi, l'analyse des entrevues finales des participants qui ne se sont pas investis dans la communauté de pratique pourrait permettre de comparer leurs réflexions à celles des membres de la communauté de pratique, sur des sujets qui y ont été discutés. Ainsi, il pourrait y avoir une comparaison des pratiques des participants membres et non membres de la communauté de pratique pour confirmer que les retombées rapportées ici sont bel et bien le fruit de la participation à la communauté de pratique et ne sont pas associées à d'autres événements fortuits.

Par ailleurs, de futures études pourraient approfondir la notion de construction de l'identité professionnelle en lien avec les communautés de pratique, ou encore explorer les facteurs motivationnels reliés à la participation à de telles structures. Des communautés de pratique telles que celle décrite dans ce projet pourraient être répliquées avec d'autres orthophonistes ou dans d'autres milieux, avec d'autres clientèles ou dans un autre système, par exemple dans des milieux privés.

En ce qui concerne les communautés de pratique de manière générale, il serait souhaitable que cette stratégie de transfert de connaissances puisse être réutilisée, que ce soit pour contribuer à la recherche ou comme modalité de formation continue pour des orthophonistes québécois en réadaptation de l'aphasie qui s'intéressent à la participation sociale. Ceci pourrait permettre de favoriser des changements de pratique chez les orthophonistes en vue de l'adoption de pratiques davantage orientées vers la participation sociale de la personne aphasique, ce qui peut également avoir des effets positifs pour la personne et son environnement.

De plus, il serait intéressant d'étudier l'impact qu'aura eu la communauté de pratique à plus long terme sur les pratiques des orthophonistes qui y ont participé. Afin de réaliser une telle étude, les participants pourraient être rencontrés encore plus longtemps après la fin des activités de la communauté de pratique pour voir quels changements se sont maintenus à plus long terme et lesquels sont apparus, le cas échéant. Il serait également possible de faire un audit de dossiers ou encore de questionner certains de leurs patients avant et après la participation de l'orthophoniste à la communauté de pratique pour objectiver si les changements qu'ils rapportent sont bien réels.

Enfin, à un niveau plus global, cette thèse a permis de faire la démonstration qu'il était non seulement possible, mais pertinent, voire essentiel de décrire de façon approfondie les pratiques cliniques des orthophonistes, et ce, afin de mieux les comprendre. Ainsi, des études offrant une description détaillée des pratiques orthophoniques dans d'autres milieux, d'autres pays ou même dans d'autres domaines que la réadaptation de l'aphasie pourraient avoir lieu afin d'informer les professionnels sur ce qui compose la pratique clinique. Ces informations sur le contenu de la pratique orthophonique pourraient contribuer à mieux cibler quelles sont les composantes de la pratique qui méritent l'attention de la communauté clinique et scientifique pour éventuellement favoriser l'évolution de ces pratiques.

Chapitre 7. Conclusion

Puisqu'on ne savait pas dans quelle mesure l'enjeu de la participation sociale des personnes aphasiques préoccupait les orthophonistes en réadaptation, mais que plusieurs indices laissaient présager que ceux-ci bénéficieraient de moyens pour soutenir leurs apprentissages et leurs réflexions quant à cet enjeu, cette thèse a été entreprise dans le but de comprendre la place de la participation sociale des personnes aphasiques dans les pratiques cliniques des orthophonistes œuvrant en réadaptation, avant et après leur participation à une communauté de pratique.

Cette thèse a effectivement permis de mieux comprendre de quoi les pratiques cliniques des orthophonistes sont constituées et ce qui distingue une pratique orientée vers la rééducation du langage d'une pratique orientée vers l'optimisation de la participation sociale. Puisqu'une communauté de pratique a été conçue en guise de stratégie de transfert de connaissances pour favoriser l'évolution des pratiques orthophoniques vers une plus grande utilisation de moyens visant la participation sociale des personnes aphasiques, elle a fait l'objet d'une évaluation approfondie afin d'en documenter les retombées. Celles-ci incluent des changements de pratiques chez les orthophonistes, qui utilisent dorénavant davantage de moyens afin de contribuer à la reprise des habitudes de vie des personnes aphasiques. Les participants ont également développé des sentiments reliés à la compétence professionnelle, qui pourraient contribuer au maintien de ces changements de pratique dans le temps ou à la mise en place de nouveaux moyens permettant de conserver un bon alignement entre leurs pratiques et la finalité de la réadaptation de l'aphasie, c'est-à-dire la participation sociale de la personne. Ultiment, les personnes ayant une aphasie qui reçoivent des services de réadaptation orientés vers la reprise de leurs habitudes de vie pourraient avoir une meilleure participation sociale et, conséquemment, une meilleure qualité de vie.

Une recension des écrits a permis de valider que les personnes aphasiques ne sont pas toujours pleinement outillées pour reprendre leurs activités quotidiennes en quittant la réadaptation. Par ailleurs, bien qu'un ensemble de recommandations issues des écrits scientifiques relatives à la réadaptation de l'aphasie soient disponibles, il existait préalablement à cette thèse peu d'informations quant à ce qui constitue la pratique des orthophonistes,

notamment en ce qui a trait à la place accordée au concept de participation sociale. De plus, le modèle de pratique basée sur les données probantes indique que l'expertise clinique est une composante importante qui permet au professionnel de juger de la pertinence des données issues des écrits scientifiques en utilisant ses connaissances tacites. Une communauté de pratique portant sur le sujet de la participation sociale a été conçue puis mise sur pied afin de solliciter l'expertise clinique d'orthophonistes en réadaptation de l'aphasie en les exposant à de nouvelles connaissances et en leur permettant d'interagir entre eux.

Les résultats de la première étude, qui porte sur la place accordée au concept de participation sociale dans les pratiques cliniques des orthophonistes du continuum de soins de l'aphasie, décrivent les pratiques cliniques des orthophonistes en termes d'activités centrales, par exemple déterminer des objectifs d'intervention, et d'activités périphériques, par exemple inclure les proches de la personne aphasique dans la thérapie. Toutefois, il semble que ce soit la finalité des interventions en réadaptation qui distingue les pratiques en deux orientations distinctes. Lorsque la finalité de la réadaptation de l'aphasie est perçue comme étant l'amélioration de la communication, les orthophonistes tendent à utiliser des moyens qui visent la rééducation du langage, alors que lorsqu'elle est perçue comme étant la reprise des habitudes de vie de la personne, leur pratique inclut davantage de moyens en lien avec le concept de participation sociale et ils impliquent davantage la personne aphasique dans sa prise en charge. Enfin, peu importe la finalité perçue de la réadaptation, les pratiques cliniques incluent bon nombre de questions sous-jacentes. Celles-ci sont tantôt en lien avec la finalité des interventions, tantôt en lien avec les moyens à utiliser pour l'atteindre. Ces questions font en sorte que les orthophonistes ont besoin de repères pour guider leur pratique. Bien qu'informatrice, cette première étude mériterait d'être répliquée, soit avec d'autres orthophonistes québécois, soit avec des orthophonistes qui pratiquent ailleurs dans le monde, dans un contexte différent, afin d'approfondir la compréhension de la pratique orthophonique en réadaptation de l'aphasie.

Afin de répondre au besoin de repères mentionné par les participants, une communauté de pratique a été proposée à ceux-ci pour leur permettre de faire des apprentissages et des réflexions sur la place du concept de participation sociale dans leur pratique. Les résultats de la deuxième et de la troisième étude expliquent les retombées de la communauté de pratique et, plus précisément, décrivent la place dorénavant accordée à la participation sociale dans les

pratiques cliniques des participants. Ces résultats révèlent que les participants ont effectué non seulement des apprentissages et des réflexions au sein de la communauté de pratique, mais ont aussi apporté des changements à leur pratique, au profit de l'inclusion de nouveaux moyens thérapeutiques qui favorisent la participation sociale de la personne aphasique. Par exemple, ils incluent davantage la personne dans l'établissement des objectifs d'intervention et tentent des approches qui visent spécifiquement à offrir aux proches des moyens pour mieux communiquer avec la personne aphasique. Ainsi, les activités cliniques décrites comme périphériques avant la communauté de pratique occupent davantage d'espace dans la thérapie. Si certains participants ont essentiellement trouvé des moyens thérapeutiques à inclure à la thérapie, tels que précédemment mentionnés, d'autres ont pu par ailleurs approfondir leur réflexion sur ce qui donne sens à leur pratique. Ce faisant, les participants ont mieux aligné leurs pratiques à la finalité de la réadaptation, qui est dorénavant perçue comme étant l'optimisation de la participation sociale de la personne, ainsi que recommandé par les écrits. Ce réalignement, rendu possible principalement grâce aux nombreuses opportunités de réflexion collective au sein de la communauté de pratique, a permis ultimement aux participants de se sentir plus compétents dans leur domaine. Un sentiment de compétence chez les professionnels a le potentiel de contribuer à une meilleure expertise clinique, leur permettant d'exercer un jugement sur l'adoption de pratiques cliniques en particulier. Ce jugement est nécessaire dans le processus d'appropriation des pratiques optimales par exemple, puisqu'il permet au clinicien de déterminer si celles-ci sont pertinentes selon son milieu de travail, sa clientèle et les besoins individuels de la personne ayant une aphasie qu'il prend en charge. Tout comme la première étude, l'évaluation des retombées de la communauté de pratique telles que décrites par les études 2 et 3 pourrait être répétée si une telle communauté de pratique était offerte à nouveau à d'autres participants. De plus, les retombées de la communauté de pratique pourraient être évaluées de différentes façons, incluant via des entrevues à plus long terme avec les participants ou encore un audit de leurs dossiers. Certains paramètres de la communauté de pratique pourraient également être comparés afin de déterminer quels sont les plus efficaces (ex. : durée plus ou moins longue, nombre d'activités plus ou moins élevé, ...).

L'évaluation rigoureuse de la communauté de pratique qui a été conçue puis mise sur pied pour les besoins de cette thèse permet cependant de faire des recommandations en ce qui a

trait à une future utilisation dans les milieux cliniques. Ainsi, les résultats de la deuxième étude indiquent que, pour avoir du succès, une communauté de pratique doit inclure des objectifs destinés à ses membres, solliciter des interactions entre ceux-ci, rassembler les ressources nécessaires à son bon déroulement, incluant des gens qui la conçoivent et qui l'animent, en plus d'offrir une diversité d'activités portant sur des sujets d'intérêt pour les membres. En outre, les professionnels impliqués dans une communauté de pratique devraient recevoir du support de leur organisation afin qu'ils soient ouverts à s'y investir pleinement.

Enfin, la formation continue des professionnels gagnerait à s'inspirer d'un modèle de communauté de pratique tel que décrit dans cette thèse. En plus d'offrir les mêmes possibilités que la formation classique, notamment l'acquisition de connaissances, la communauté de pratique offre l'avantage non négligeable de l'accès aux pairs et de la réflexion individuelle mais aussi en groupe. En créant un espace rassurant permettant aux professionnels de s'arrêter sur leur pratique et d'identifier ce qui lui procure un sens, la communauté de pratique permet d'accompagner les professionnels vers la réappropriation de leur pratique, et ce, afin qu'ils puissent contribuer pleinement à ce que leurs clients retrouvent, eux aussi, un sens aux activités qu'ils mènent et, ultimement, à leur vie.

Bibliographie

- Adams, C., Lockton, E., Gaile, J., Earl, G. et Freed, J. (2012). Implementation of a manualized communication intervention for school-aged children with pragmatic and social communication needs in a randomized controlled trial: the Social Communication Intervention Project. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(3), 245-256. doi: 10.1111/j.1460-6984.2012.00147.x
- Alary Gauvreau, C., Kairy, D., Mazer, B., Guindon, A. et Le Dorze, G. (2017). Rehabilitation strategies enhancing participation in shopping malls for persons living with a disability. *Disability and Rehabilitation*, 40(8), 917-925. doi: 10.1080/09638288.2017.1280093
- Anderson, K., Balandin, S. et Stancliffe, R. (2014). Australian parents' experiences of speech generating device (SGD) service delivery. *Developmental neurorehabilitation*, 17(2), 75-83. doi: 10.3109/17518423.2013.857735
- Assemblée générale des Nations Unies. (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Repéré le 4 juin 2018 à <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Baas, L. S. (2012). Patient- and family-centered care. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 41(6), 534-535. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.08.001
- Baker, E. et McLeod, S. (2011). Evidence-based practice for children with speech sound disorders: part 2 application to clinical practice. *Language, Speech & Hearing Services in the Schools*, 42(2), 140-151. doi: 10.1044/0161-1461(2010/10-0023)
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York, NY: General Learning Press.
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*, 28(1), 133-148.
- Barwick, M. A., Peters, J. et Boydell, K. (2009). Getting to uptake: do communities of practice support the implementation of evidence-based practice? *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18(1), 16-29.
- Benson, D. F. et Ardila, A. (1996). *Aphasia: A clinical perspective*. New York, NY: Oxford University Press.

- Bojke, C., Gravelle, H. et Wilkin, D. (2001). Is bigger better for primary care groups and trusts? *BMJ*, 322, 599-602. doi: 10.1136/bmj.322.7286.599
- Bowen, S. J. et Graham, I. D. (2013). From knowledge translation to engaged scholarship: promoting research relevance and utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(1, Supplement), S3-S8. doi: 10.1016/j.apmr.2012.04.037
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J. et Enderby, P. (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub3
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P. et Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi: 10.1002/14651858.CD000425.pub4
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brousselle, A. et Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: logic analysis. *Evaluation and Program Planning*, 34(1), 69-78. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2010.04.001
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P. et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montreal, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Brown, K., Worrall, L., Davidson, B. et Howe, T. (2011). Exploring speech-language pathologists' perspectives about living successfully with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(3), 300-311. doi: 10.3109/13682822.2010.496762
- Cameron, J. I. et Gignac, M. A. (2008). "Timing it right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education & Counseling*, 70(3), 305-314. doi: 10.1016/j.pec.2007.10.020
- Carter, S. M., Ritchie, J. E. et Sainsbury, P. (2009). Doing good qualitative research in public health: not as easy as it looks. *New South Wales Public Health Bulletin*, 20(8), 105-111. doi: 10.1071/NB09018
- Caty, M. E., Kinsella, E. A. et Doyle, P. C. (2015). Reflective practice in speech-language pathology: a scoping review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(4), 411-420. doi: 10.3109/17549507.2014.979870
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. Los Angeles, CA: Sage Publications.

- Chyung, S. Y. Y. (2015). Foundational concepts for conducting program evaluations. *Performance improvement quarterly*, 27(4), 77-96. doi: 10.1002/piq.21181
- Clark, P. G. (2015). Emerging themes in using narrative in geriatric care: Implications for patient-centered practice and interprofessional teamwork. *Journal of Aging Studies*, 34, 177-182. doi: 10.1016/j.jaging.2015.02.013
- Cooksy, L. J., Gill, P. et Kelly, P. A. (2001). The program logic model as an integrative framework for a multimethod evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 24(2), 119-128. doi: 10.1016/S0149-7189(01)00003-9
- Corbin, J. et Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4^e éd.). Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Cott, C. A. (2004). Client-centred rehabilitation: client perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 26(24), 1411-1422. doi: 10.1080/09638280400000237
- Cruice, M., Worrall, L. et Hickson, L. (2006a). Perspectives of quality of life by people with aphasia and their family: suggestions for successful living. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 13(1), 14-24. doi: 10.1310/4JW5-7VG8-G6X3-1QVJ
- Cruice, M., Worrall, L. et Hickson, L. (2006b). Quantifying aphasic people's social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20(12), 1210-1225. doi: 10.1080/02687030600790136
- Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L. et Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 17(4), 333-353. doi: 10.1080/02687030244000707
- Dalemans, R. J. P., de Witte, L. P., Beurskens, A. J., van den Heuvel, W. J. A. et Wade, D. T. (2010). An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 32(20), 1678-1685. doi: 10.3109/09638281003649938
- Dalemans, R. J. P., de Witte, L. P., Lemmens, J., van den Heuvel, W. J. A. et Wade, D. T. (2008). Measures for rating social participation in people with aphasia: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 22(6), 542-555. doi: 10.1177/0269215507087462
- Dalemans, R. J. P., de Witte, L. P., Wade, D. T. et van den Heuvel, W. J. A. (2008). A description of social participation in working-age persons with aphasia: a review of the literature. *Aphasiology*, 22(10), 1071-1091. doi : 10.1080/02687030701632179

- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur: un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 3, 28-43.
- Dennis, J. K. (2003). Problem-based learning in online vs. face-to-face environments. *Education for Health*, 16(2), 198-209. doi: 10.1080/1357628031000116907
- Dijkers, M. P., Murphy, S. L. et Krellman, J. (2012). Evidence-based practice for rehabilitation professionals: concepts and controversies. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93(8, Supplement), S164-S176. doi: 10.1016/j.apmr.2011.12.014
- Dodd, B. (2007). Evidence-based practice and speech-language pathology: strengths, weaknesses, opportunities and threats. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 59(3), 118-129. doi: 10.1159/000101770
- Dollaghan, C. A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Baltimore, MD: Paul H Brookes Publishing Company.
- Elman, R. J., Ogar, J. et Elman, S. H. (2000). Aphasia: awareness, advocacy, and activism. *Aphasiology*, 14(5-6), 455-459. doi: 10.1080/026870300401234
- Evans, C., Yeung, E., Markoulakis, R. et Guilcher, S. (2014). An online community of practice to support evidence-based physiotherapy practice in manual therapy. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 34(4), 215-223. doi: 10.1002/chp.21253
- Fallon, K. A. et Katz, L. A. (2008). Augmentative and alternative communication and literacy teams: facing the challenges, forging ahead. *Seminars in Speech & Language*, 29(2), 112-119. doi: 10.1055/s-2008-1079125
- Fama, M. E., Baron, C. R., Hatfield, B. et Turkeltaub, P. E. (2016). Group therapy as a social context for aphasia recovery: a pilot, observational study in an acute rehabilitation hospital. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 23(4), 276-283. doi: 10.1080/10749357.2016.1155277
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: the provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545. doi: 10.1177/104973202129120052
- Foster, A. M., Worrall, L. E., Rose, M. L. et O'Halloran, R. (2013). Turning the tide: putting acute aphasia management back on the agenda through evidence-based practice. *Aphasiology*, 27(4), 420-443. doi: 10.1080/02687038.2013.770818

- Franzén-Dahlin, A., Karlsson, M. R., Mejhert, M. et Laska, A.-C. (2010). Quality of life in chronic disease: a comparison between patients with heart failure and patients with aphasia after stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1855-1860. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03219.x
- Graves, J. (2007). Factors influencing indirect speech and language therapy interventions for adults with learning disabilities: the perceptions of carers and therapists. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42(1, Supplement), 103-121.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P. et Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Groupe de rédaction des pratiques optimales de réadaptation post-AVC. (2013). *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC* (4^e éd).
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *Handbook of qualitative research* (p. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hallé, M.-C., Duhamel, F. et Le Dorze, G. (2011). The daughter-mother relationship in the presence of aphasia: how daughters view changes over the first year poststroke. *Qualitative Health Research*, 21(4), 549-562. doi: 10.1177/1049732310391274
- Hallé, M.-C., Le Dorze, G. et Mingant, A. (2014). Speech-language therapists' process of including significant others in aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(6), 748-760. doi: 10.1111/1460-6984.12108
- Hallé, M.-C., Mylopoulos, M., Rochette, A., Vachon, B., Menon, A., McCluskey, A., . . . Thomas, A. (2018). Attributes of evidence-based occupational therapists in stroke rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(5), 351-364. doi: 10.1177/0008417418802600
- Hersh, D. (2009). How do people with aphasia view their discharge from therapy? *Aphasiology*, 23(3), 331-350. doi: 10.1080/02687030701764220
- Hersh, D. (2010). I can't sleep at night with discharging this lady: the personal impact of ending therapy on speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 12(4), 283-291. doi: 10.3109/17549501003721072

- Hersh, D., Worrall, L., Howe, T., Sherratt, S. et Davidson, B. (2012). SMARTER goal setting in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 26(2), 220-233. doi: 10.1080/02687038.2011.640392
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without? *Disability & Rehabilitation*, 33(3), 211-218. doi: 10.3109/09638288.2010.508829
- Hilari, K., Needle, J. J. et Harrison, K. L. (2012). What are the important factors in health-related quality of life for people with aphasia? A systematic review. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93(1, Supplement), S86-S95. doi: 10.1016/j.apmr.2011.05.028
- Hilton, R., Leenhouts, S., Webster, J. et Morris, J. (2014). Information, support and training needs of relatives of people with aphasia: evidence from the literature. *Aphasiology*, 28(7), 797-822. doi: 10.1080/02687038.2014.906562
- Hoffman, L. M., Ireland, M., Hall-Mills, S. et Flynn, P. (2013). Evidence-based speech-language pathology practices in schools: findings from a national survey. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 44(3), 266-280. doi: 10.1044/0161-1461(2013/12-0041)
- Hoover, E. L. et Carney, A. (2014). Integrating the iPad into an intensive, comprehensive aphasia program. *Seminars in speech and language*, 35(1), 25-37. doi: 10.1055/s-0033-1362990
- Howe, T., Davidson, B., Worrall, L., Hersh, D., Ferguson, A., Sherratt, S. et Gilbert, J. (2012). 'You needed to rehab... families as well': family members' own goals for aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(5), 511-521. doi: 10.1111/j.1460-6984.2012.00159.x
- Isaksen, J. K. (2014). 'It really makes good sense': the role of outcome evaluation in aphasia therapy in Denmark. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(1), 90-99. doi: 10.1111/1460-6984.12049
- Iwarsson, J. (2015). Reflections on clinical expertise and silent know-how in voice therapy. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 40(2), 66-71. doi: 10.3109/14015439.2014.949302
- Johansson, M. B., Carlsson, M. et Sonnander, K. (2011). Working with families of persons with aphasia: a survey of Swedish speech and language pathologists. *Disability & Rehabilitation*, 33(1), 51-62. doi: 10.3109/09638288.2010.486465

- Kamhi, A. G. (2006). Treatment decisions for children with speech-sound disorders. *Language, Speech & Hearing Services in the Schools*, 37(4), 271-279. doi: 10.1044/0161-1461(2006/031)
- Kenny, B. J., Lincoln, M., Blyth, K. et Balandin, S. (2009). Ethical perspective on quality of care: the nature of ethical dilemmas identified by new graduate and experienced speech pathologists. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(4), 421-439. doi: 10.1080/13682820902928711
- Kent-Walsh, J., Stark, C. et Binger, C. (2008). Tales from school trenches: AAC service-delivery and professional expertise. *Seminars in Speech & Language*, 29(2), 146-154. doi: 10.1055/s-2008-1079128
- Kim, J. S., Choi-Kwon, S., Kwon, S. U., Lee, H. J., Park, K.-A. et Seo, Y. S. (2005). Factors affecting the quality of life after ischemic stroke: young versus old patients. *Journal of Clinical Neurology*, 1(1), 59-68. doi: 10.3988/jcn.2005.1.1.59
- Knowlton, L. W. et Phillips, C. C. (2012). *The logic model guidebook: better strategies for great results*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kolb, A. Y. et Kolb, D. A. (2009). The learning way: meta-cognitive aspects of experiential learning. *Simulation & Gaming*, 40(3), 297-327. doi: 10.1177/1046878108325713
- Kovarsky, D. (2008). Representing voices from the life-world in evidence-based practice. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(1, Supplement), 47-57. doi: 10.1080/13682820701698036
- Lal, S. et Korner-Bitensky, N. (2013). Motivational interviewing: a novel intervention for translating rehabilitation research into practice. *Disability & Rehabilitation*, 35(11), 919-923. doi: 10.3109/09638288.2012.711897
- Laliberté, M.-P., Alary Gauvreau, C. et Le Dorze, G. (2016). A pilot study on how speech-language pathologists include social participation in aphasia rehabilitation. *Aphasiology*, 30(10), 1117-1133. doi: 10.1080/02687038.2015.1100708
- Lave, J. et Wenger, E. (1991). *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge university press.
- Le Dorze, G. et Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9(3), 239-255. doi: 10.1080/02687039508248198

- Le Dorze, G., Salois-Bellerose, E., Alepins, M., Croteau, C. et Hallé, M.-C. (2014). A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology*, 28(4), 421-439. doi: 10.1080/02687038.2013.869305
- Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M. C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances: bilan des connaissances et outil d'animation*. Dans Institut national de santé publique du Québec (dir.). Québec, Canada : Gouvernement du Québec.
- Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C. et Graham, I. D. (2009). Use of communities of practice in business and health care sectors: a systematic review. *Implementation Science*, 4(27). doi: 10.1186/1748-5908-4-27
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.
- MacDermid, J., Solomon, P., Law, M., Russell, D. et Stratford, P. (2006). Defining the effect and mediators of two knowledge translation strategies designed to alter knowledge, intent and clinical utilization of rehabilitation outcome measures: a study protocol [NCT00298727]. *Implementation Science*, 1(14). doi:10.1186/1748-5908-1-14
- Mauthner, N. S. et Doucet, A. (2003). Reflexive accounts and accounts of reflexivity in qualitative data analysis. *Sociology*, 37(3), 413-431. doi: 10.1177/00380385030373002
- McCurtin, A. et Carter, B. (2015). 'We don't have recipes; we just have loads of ingredients': explanations of evidence and clinical decision making by speech and language therapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(6), 1142-1150. doi: 10.1111/jep.12285
- McCurtin, A. et Roddam, H. (2012). Evidence-based practice: SLTs under siege or opportunity for growth? The use and nature of research evidence in the profession. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 11-26. doi: 10.1111/j.1460-6984.2011.00074.x
- McKellar, K., Pitzul, K., Yi, J. et Cole, D. (2014). Evaluating communities of practice and knowledge networks: a systematic scoping review of evaluation frameworks. *EcoHealth*, 11(3), 383-399. doi: 10.1007/s10393-014-0958-3
- McLaughlin, J. A. et Jordan, G. B. (1999). Logic models: a tool for telling your programs performance story. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), 65-72. doi: 10.1016/S0149-7189(98)00042-1

- Miao, M., Power, E. et O'Halloran, R. (2014). Factors affecting speech pathologists' implementation of stroke management guidelines: a thematic analysis. *Disability and Rehabilitation*, 37(8), 674-685. doi: 10.3109/09638288.2014.932444
- Millard, S. K. et Cook, F. M. (2010). Working with young children who stutter: raising our game. *Seminars in Speech & Language*, 31(4), 250-261. doi: 10.1055/s-0030-1265758
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York, NY: Guilford press.
- Monetta, L., Desmarais, C., MacLeod, A. A., St-Pierre, M.-C., Bourgeois-Marcotte, J. et Perron, M. (2016). Recension des outils franco-qubécois pour l'évaluation des troubles du langage et de la parole. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology & Audiology*, 40(2), 165-175.
- Muttiah, N., Georges, K. et Brackenbury, T. (2011). Clinical and research perspectives on nonspeech oral motor treatments and evidence-based practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(1), 47-59. doi: 10.1044/1058-0360(2010/09-0106)
- Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougereyrollas, P., Rochette, A. et Viscogliosi, C. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 26(6), 346-352. doi: 10.1080/09638280410001658649
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A. et Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. doi: 10.1097/acm.0000000000000388
- Okalidou, A., Kitsona, M., Anagnostou, F., Tsoukala, M., Santzakli, S., Gouda, S. et Nikolopoulos, T. P. (2014). Knowledge, experience and practice of SLTs regarding (re)habilitation in deaf children with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 78(7), 1049-1056. doi: 10.1016/j.ijporl.2014.04.001
- Organisation mondiale de la santé. (2001). Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. Repéré le 2 novembre 2018 à <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Page, C. et Howell, D. (2015). Current clinical practice of speech-language pathologists who treat individuals with aphasia: a grounded theory study. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 6(1), 1-23. doi: 10.1558/jircd.v6i1.1

- Palmer, R., Enderby, P., Cooper, C., Latimer, N., Julious, S., Paterson, G., . . . Hilton, R. (2012). Computer therapy compared with usual care for people with long-standing aphasia poststroke: a pilot randomized controlled trial. *Stroke*, *43*(7), 1904-1911. doi: 10.1161/STROKEAHA.112.650671
- Patterson, J. et Coppens, P. (2017). Integrating principles of evidence-based practice into aphasia rehabilitation. Dans P. Coppens et J. Patterson (dir.), *Aphasia rehabilitation: Clinical challenges* (p. 355-392). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Power, E., Thomas, E., Worrall, L., Rose, M., Togher, L., Nickels, L., . . . Clarke, K. (2015). Development and validation of Australian aphasia rehabilitation best practice statements using the RAND/UCLA appropriateness method. *BMJ Open*, *5*(7), e007641. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007641
- Prochaska, J. O. et Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, *12*(1), 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38
- Ratner, N. B. (2006). Evidence-based practice: an examination of its ramifications for the practice of speech-language pathology. *Language, Speech & Hearing Services in Schools*, *37*(4), 257-267. doi: 10.1044/0161-1461(2006/029)
- Rautakoski, P. (2014). Models for enhancing activity and participation of people with aphasia in Finland. *Perspectives on Global Issues in Communication Sciences and Related Disorders*, *4*(1), 12-19. doi: 10.1044/gics4.1.12
- Réseau international sur le Processus de production du handicap. (2018). Modèle de développement humain - Processus de production du handicap. Repéré le 4 mai 2018 à <http://www.ripph.qc.ca>
- Richards, H. et Emslie, C. (2000). The 'doctor' or the 'girl from the University'? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. *Family Practice*, *17*(1), 71-75. doi: 10.1093/fampra/17.1.71
- Ross, K. et Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology*, *17*(4), 355-364. doi: 10.1080/02687030244000716
- Rush, B. et Ogborne, A. (1991). Program logic models: expanding their role and structure for program planning and evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, *6*(2), 95-106.

- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. M. et Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. (2^e éd.). New York: Churchill-Livingstone.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York, NY: Basic books.
- Shadden, B. (2005). Aphasia as identity theft: theory and practice. *Aphasiology*, 19(3-5), 211-223. doi: 10.1080/02687930444000697
- Sherratt, S., Worrall, L., Pearson, C., Howe, T., Hersh, D. et Davidson, B. (2011). "Well it has to be language-related": speech-language pathologists' goals for people with aphasia and their families. *International Journal of Speechlanguage Pathology*, 13(4), 317-328. doi: 10.3109/17549507.2011.584632
- Shrubsole, K., Worrall, L., Power, E. et O'Connor, D. A. (2017). Recommendations for post-stroke aphasia rehabilitation: an updated systematic review and evaluation of clinical practice guidelines. *Aphasiology*, 31(1), 1-24. doi: 10.1080/02687038.2016.1143083
- Simmons-Mackie, N., Kagan, A., Victor, J. C., Carling-Rowland, A., Mok, A., Hoch, J. S., . . . Streiner, D. L. (2014). The assessment for living with aphasia: reliability and construct validity. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 82-94. doi: 10.3109/17549507.2013.831484
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A. et Cherney, L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(12), 1814-1837. doi: 10.1016/j.apmr.2010.08.026
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A. et Cherney, L. (2016). Communication partner training in aphasia: an updated systematic review. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 97(12), 2202-2221. doi: 10.1016/j.apmr.2016.03.023
- Simmons-Mackie, N., Threats, T. T. et Kagan, A. (2005). Outcome assessment in aphasia: a survey. *Journal of Communication Disorders*, 38(1), 1-27. doi: 10.1016/j.jcomdis.2004.03.007

- Simmons-Mackie, N., Worrall, L., Murray, L. L., Enderby, P., Rose, M. L., Paek, E. J. et Klippi, A. (2017). The top ten: best practice recommendations for aphasia. *Aphasiology*, *31*(2), 131-151. doi: 10.1080/02687038.2016.1180662
- Tessier, A. (2012). L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches. Dans Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (dir.), *ETMIS*, *8*(9), 1-101.
- Thomson, L., Schneider, J. et Wright, N. (2013). Developing communities of practice to support the implementation of research into clinical practice. *Leadership in Health Services*, *26*(1), 20-33. doi: 10.1108/17511871311291705
- Torrence, J. M., Baylor, C. R., Yorkston, K. M. et Spencer, K. A. (2016). Addressing communicative participation in treatment planning for adults: a survey of US speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *25*(3), 355-370. doi: 10.1044/2015_AJSLP-15-0049
- Verna, A., Davidson, B. et Rose, T. (2009). Speech-language pathology services for people with aphasia: a survey of current practice in Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *11*(3), 191-205. doi: 10.1080/17549500902726059
- Viscogliosi, C., Belleville, S., Desrosiers, J., Caron, C. D. et Ska, B. (2011). Participation after a stroke: changes over time as a function of cognitive deficits. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *52*(3), 336-343. doi: 10.1016/j.archger.2010.04.020
- Walker, M. F., Fisher, R. J., Korner-Bitensky, N., McCluskey, A. et Carey, L. M. (2013). From what we know to what we do: translating stroke rehabilitation research into practice. *International Journal of Stroke*, *8*(1), 11-17. doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00974.x
- Wankah, P., Guillette, M., Dumas, S., Couturier, Y., Gagnon, D., Belzile, L., . . . Breton, M. (2018). Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers. *London Journal of Primary Care*, *10*(3), 48-53. doi: 10.1080/17571472.2018.1453957
- Wenger, E., McDermott, R. A. et Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A. et Davidson, B. (2010). What people with aphasia want: their goals according to the ICF. *Aphasiology*, *25*(3), 309-322. doi: 10.1080/02687038.2010.508530

- Young, L., Shrubsole, K., Worrall, L. et Power, E. (2018). Factors that influence Australian speech-language pathologists' self-reported uptake of aphasia rehabilitation recommendations from clinical practice guidelines. *Aphasiology*, 32(6), 646-665. doi: 10.1080/02687038.2018.1443201
- Zipoli, R. P. et Kennedy, M. (2005). Evidence-based practice among speech-language pathologists: attitudes, utilization, and barriers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 208-220. doi: 10.1044/1058-0360(2005/021)

Annexe 1. Guide de préparation à l’entrevue initiale

Vous participerez bientôt à une entrevue sur votre rôle d’orthophoniste en réadaptation de l’aphasie. D’abord, je vous demande de répondre à ces quelques questions qui me serviront à recueillir des données sur tous les orthophonistes qui participent.

1. À quel(s) endroit(s) travaillez-vous?
2. Nommez et faites une brève description de la clientèle du/des programme(s) auquel/auxquels vous travaillez.
3. Combien d’années d’expérience avez-vous à ce programme?
4. Combien d’années d’expérience avez-vous à titre d’orthophoniste?
5. Quelles sont vos expériences antérieures auprès de personnes aphasiques? (autres programmes auxquels vous avez travaillé, autres lieux de travail, expériences de bénévolat, connaissances personnelles, ...)
6. Recevez-vous des stagiaires dans votre milieu clinique? À quelle fréquence environ?
7. Où avez-vous fait votre formation universitaire en orthophonie?
8. Quelles sont vos expériences de formation continue pertinente? (en réadaptation de l’aphasie)
9. Le cas échéant, quelle est votre formation antérieure? (avant d’étudier en orthophonie)
10. Avant d’être orthophoniste, avez-vous occupé des emplois marquants?

Au cours de l’entrevue à laquelle vous participerez bientôt, les thèmes suivants seront abordés :

- Contexte clinique dans lequel vous travaillez
- Objectif ultime de la réadaptation de l’aphasie
- Éléments qui rendent facile ou difficile l’atteinte de cet objectif
- Votre expertise clinique en réadaptation de l’aphasie
- Votre expérience en lien avec les regroupements professionnels/communautés de pratique

Annexe 2. Grille de l'entrevue initiale

Bonjour. Merci d'avoir accepté de participer à cette entrevue. (Est-ce qu'on peut se tutoyer?) Vous avez pris connaissance du document préparatif que je vous ai envoyé la semaine dernière. Aujourd'hui, je souhaite comprendre qui vous êtes, ce que la réadaptation représente pour vous, quelle est votre expertise clinique et quelles sont vos expériences concernant les communautés de pratique. Nous sommes dans un contexte où le travail des cliniciens est influencé par les réorganisations de services, les changements, les contraintes diverses. Je m'intéresse à savoir ce qui est réellement important pour vous, dans votre pratique clinique.

- 1) **Contexte.** Pouvez-vous me décrire votre pratique clinique? Parlez-moi de votre formation universitaire, de votre milieu de travail, de votre formation continue, de la formation des stagiaires, etc.

Idées pour stimuler la discussion : Décrivez-moi une journée type. Donnez-moi un exemple de prise en charge d'un client récemment qui illustre bien votre rôle et la nature de vos tâches.

- 2) **Participation sociale et pratique clinique.** Quel est l'objectif ultime de vos interventions en orthophonie auprès des personnes qui ont une aphasie? Quels sont les moyens que vous utilisez pour atteindre cet objectif?

Idées pour préciser/stimuler la discussion : Qu'est-ce que vous faites qui fait en sorte qu'on cible/qu'on atteint cet objectif (communication, communication fonctionnelle, participation sociale, qualité de vie)? Quelle est l'importance, l'utilisation de cet objectif ultime? Comment cet objectif influence-t-il l'établissement des objectifs d'intervention, les méthodes d'évaluation, les méthodes d'intervention, la planification du congé, etc. ?

- 3) **Facilitateurs et obstacles.** Quels sont les éléments qui facilitent ou qui rendent difficile l'atteinte de cet objectif dans votre prise en charge?

4) **Expertise clinique.** Partons du principe que vous êtes un/e « expert/e » dans le domaine de la réadaptation de l'aphasie. Vous avez X années d'expérience, vous recevez des stagiaires, vous avez accepté de participer à un projet de recherche qui vous poussera à réfléchir à vos pratiques cliniques.

- a. Quelle est votre expertise en réadaptation de l'aphasie? Décrivez-moi comment cette expertise se traduit dans vos pratiques cliniques.
- b. Comment pourrait-elle évoluer?

5) **Expérience concernant les groupes.** À la suite de cette entrevue, je vous demanderai de participer à une communauté de pratique (CdP) regroupant plusieurs orthophonistes de votre domaine. La particularité de cette CdP est qu'elle sera structurée, qu'il y a une volonté de faire ressortir des outils concrets pour les orthophonistes en réadaptation de l'aphasie.

- a. Avez-vous déjà participé à une CdP, un groupe de travail, un regroupement formel ou informel, de nature professionnelle? Décrivez-moi de quoi il s'agissait.
- b. Quelles sont vos attentes par rapport à la CdP à laquelle vous participerez pour ce projet de recherche? Que venez-vous chercher en participant à ce projet?

6) **Autres points pertinents.** Avez-vous d'autres informations à ajouter en lien avec les thèmes abordés dans cette entrevue?

Merci d'avoir participé à cette entrevue. Si vous le souhaitez, vous pourrez participer à une CdP à la suite de cette entrevue. Le but de cette CdP est d'acquérir et de construire des connaissances en lien avec la pratique basée sur les données probantes dans le domaine de la participation sociale et de l'aphasie. Les objectifs plus spécifiques de la CdP seront établis en lien avec les réponses des orthophonistes à cette entrevue.

Annexe 3. Exemple de journal de bord

Semaine 2 – 29 février au 4 mars 2016 – Objectifs d'intervention

1. Je suis allé(e) sur la plate-forme cette semaine : oui non
 Si non, pouvez-vous partager la raison ?

2. Quant aux activités suggérées cette semaine, veuillez répondre aux questions suivantes :

	J'y ai participé	Qualifier votre appréciation de l'activité	Qualifier votre appréciation de votre participation	Qualifier/décrire vos apprentissages	Autres commentaires
Lecture d'articles ou consultation du AARP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Temps:				
Partage de réaction quant aux lectures	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Temps:				
Réponse à la question de la semaine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Temps :				
Lecture du matériel partagé par les participants/réflexion	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Temps:				

Rencontre synchrone du 2 mars 2016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	oui	non				
	Temps:					

Annexe 4. Guide de préparation à l’entrevue finale pour les participants à la communauté de pratique

Merci d’avoir accepté de participer à cette dernière entrevue. Ce document sert de préparation à l’entrevue finale. D’abord nous nous entretiendrons, le cas échéant, sur les changements qu’il y a pu avoir dans votre situation professionnelle depuis notre dernière entrevue (ex. : changement d’emploi, de milieu, d’équipe, etc.).

Au cours de l’entrevue, les thèmes suivants seront abordés :

- Votre expérience générale quant à votre participation à la Communauté de pratique (CdP)
- Les interactions vécues au sein de la CdP
- Les liens que vous pouvez faire avec votre pratique clinique
- L’évolution de votre expertise clinique
- Un retour sur vos attentes initiales
- L’influence du projet de recherche sur la CdP

Annexe 5. Grille de l’entrevue finale pour les participants à la communauté de pratique

Bonjour. Merci d’avoir accepté de participer à cette dernière entrevue. Le but de l’entrevue aujourd’hui c’est de comprendre ton expérience par rapport à ta participation à la CdP à travers six thèmes qu’on va aborder.

Je tiens à te mettre à l’aise dès maintenant en te disant que je suis prête à entendre les bons côtés de ton expérience comme les moins bons. Je fais ce projet de recherche dans le but de contribuer au domaine de l’orthophonie, donc si tu te censures dans tes réponses, je ne pourrai pas savoir de quelle façon ce type d’activité peut être amélioré ou contribuer à la formation continue. Je m’attends à ce que tu me partages des éléments qui t’ont moins plu dans le projet, je tiens à préciser que c’est très important pour moi de les connaître tout comme les aspects qui t’ont interpellé et plu. Tu peux voir cette entrevue comme une dernière occasion de partager toutes les facettes de ton expérience dans la CdP et de contribuer à la recherche future.

D’accord? (*Chercher l’approbation*). On va commencer.

On va aborder six thèmes ensemble aujourd’hui. Ce sont les mêmes que tu as pu lire dans le document de préparation à l’entrevue finale que je t’ai envoyé. Il s’agit de : ton expérience dans la CdP, tes interactions avec les autres membres, les liens que tu peux faire avec ta pratique clinique, le développement de ton expertise, un retour sur tes attentes, et finalement un regard sur le projet de recherche en général. Est-ce que ce programme te convient? (*Chercher l’approbation*). As-tu des questions avant de débiter? (*Si oui, y répondre à enregistreuse ouverte et si non, commencer*).

Question préliminaire

D’abord j’aimerais savoir s’il y a eu des changements majeurs dans ta vie professionnelle depuis la première fois qu’on s’est rencontré. Tu peux avoir changé de milieu de travail, de programme, d’équipe, de collègues, etc. J’aimerais connaître ces changements, s’il y en a eu.

Questions par thème

1) Expérience générale.

- a. Je voudrais savoir si tu as eu du temps libéré par ton employeur pour participer à ce projet de recherche. Si oui, combien d'heures? Et combien d'heures, approximativement, as-tu investi au total dans ce projet? Je vais te remettre une attestation de participation au projet et on va inscrire le nombre total d'heures pour lesquelles tu as participé.
- b. Parle-moi de ton expérience avec la CdP. Tu peux me parler du format de la plate-forme, des activités auxquelles tu as participé, de ton degré de participation, de ta satisfaction, de tes accomplissements.

2) Interactions. Dans les activités de la CdP, il y a eu des opportunités d'interagir avec les autres participants, via une plate-forme web.

- a. Comment as-tu interagi avec les autres participants au sein des activités prévues ?
- b. As-tu eu des interactions avec les autres en-dehors des activités prévues?
- c. Peux-tu me parler de ce que ces interactions t'ont apporté ?

3) Liens avec la pratique clinique. La CdP a pu avoir différents impacts pour les participants. C'est normal que chaque orthophoniste vive ces impacts différemment. C'est possible qu'il n'y ait eu aucun impact de la CdP sur ta pratique et si c'est le cas je voudrais le savoir. Mais s'il y en a eu, ces impacts pourraient prendre différentes formes: réfléchir sur sa pratique, voir certaines choses différemment, connaître des nouveaux outils, envisager des changements de pratique, apporter des modifications à sa pratique, enlever des choses, en ajouter, etc. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, bien sûr.

- a. Est-ce qu'il y a des choses qui ont changé dans ta pratique? Si oui, lesquelles? Pourquoi? Dirais-tu que ces changements sont en lien avec la CdP ou il y a eu d'autres facteurs qui ont influencé ces changements-là (ex. : changements dans le système de la santé, changement d'équipe, autres changements)? Si non, pourquoi? Penses-tu qu'il pourrait y avoir un impact à plus long terme? Que tu ne vois pas tout de suite?
- b. Voudrais-tu me donner un exemple concret d'une chose qui aurait changé?

4) Évolution de l'expertise clinique. La prochaine question porte sur l'expertise clinique.

- a. Depuis qu'on s'est vues la première fois, dirais-tu que ton expertise a évolué? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?
- b. Sur quels aspects de ta pratique te questionnes-tu davantage aujourd'hui?

5) Retour sur les attentes. Dans quelle mesure tes attentes ont été répondues, non répondues, dépassées, en lien avec ta participation à la CdP? Est-ce qu'il y a eu des aspects inattendus?

6) Influence du projet de recherche sur la CdP. Comme tu le sais, la CdP a été créée dans le cadre d'un projet de recherche. Il y avait donc un contexte de recherche en arrière-plan, un « cadre » qui entourait la CdP. Qu'est-ce que ça a pu avoir comme impact selon toi? Tu peux me parler des entrevues pré-post, des aspects éthiques, de la confidentialité, des « règles » établies dans la CdP, ou d'autres choses.

Merci beaucoup. On a abordé nos 6 thèmes. Est-ce qu'il y aurait autre chose dont on n'a pas parlé et que tu aurais aimé partager? (Si oui, écouter. Si non, éteindre l'enregistrement)

Annexe 6. Grille de l’entrevue finale pour les participants qui n’ont pas fait partie de la communauté de pratique

Bonjour. Merci d’avoir accepté de participer à une deuxième entrevue. Même si tu n’as pas participé à la Communauté de pratique, ta participation aujourd’hui est aussi importante pour moi que la participation d’une personne qui aurait pris part au projet en entier.

Ce que je te propose aujourd’hui, c’est qu’on explore ensemble les thèmes qui ont été abordés avec les participants de la CdP dans les dernières semaines. Pour t’expliquer rapidement, il y eu six semaines d’activités structurées dans la CdP en ligne à laquelle les gens ont participé. Chacune des semaines d’activités portait sur un thème. Pour chaque thème, il y avait une « question de la semaine » et j’invitais les participants à y répondre selon leur intérêt. Des fois ils y répondaient, des fois non. Je te propose de faire un peu la même chose aujourd’hui. Je vais te proposer six questions, en lien avec six thèmes qui ont un lien avec la réadaptation de l’aphasie, puis tu me diras si tu as envie d’y répondre. Si tu as envie de partager autre chose par rapport à ce thème-là, tu peux le faire aussi. Tu peux répondre à toutes les questions, ou tu peux décider d’en passer. Est-ce que cette proposition te convient?

Les six thèmes dont on va parler aujourd’hui sont les suivants : les facteurs qui influencent ta satisfaction au travail, l’établissement des objectifs d’intervention, l’évaluation et l’évaluation de l’efficacité des interventions, l’intervention indirecte, l’intervention directe et le congé.

1. Facteurs de satisfaction. Quels facteurs influencent ta satisfaction au travail? En d’autres termes, qu’est-ce qui fait que tu es satisfait(e) de tes interventions?

Ou tout autre commentaire en lien avec la satisfaction au travail en général.

2. Objectifs. Dans les écrits scientifiques et selon l'expérience des orthophonistes, on remarque que les objectifs du client sont au cœur des préoccupations des orthophonistes. L'établissement des objectifs pourrait donc être ce qui est fait en premier dans la prise en charge d'un client.

a) Quelles sont tes réactions face à cette proposition ?

b) Quels sont les moyens que tu pourrais envisager afin que l'établissement des objectifs du client soit la première étape de ta prise en charge?

Ou tout autre commentaire en lien avec les objectifs d'intervention en général.

3. Évaluation et efficacité des interventions. Pour arriver à documenter l'efficacité des interventions en orthophonie, on doit commencer par une évaluation initiale qui reflète les changements qu'on anticipe en lien avec l'intervention qui va être proposée. Cette évaluation devrait être en phase avec les objectifs du client. Dans cette optique, comment faire pour documenter l'efficacité des interventions en orthophonie?

Ou tout autre commentaire en lien avec l'évaluation en général ou l'évaluation de l'efficacité des interventions en orthophonie.

4. Intervention indirecte. On va maintenant parler d'intervention indirecte. Une intervention indirecte est une intervention qui n'a pas pour unique cible la personne aphasique, mais également son entourage (ex. : ses proches, les autres membres de l'équipe interdisciplinaire). Quels impacts positifs peut avoir une intervention indirecte sur la personne avec aphasie et son entourage?

Ou tout autre commentaire en lien avec l'intervention indirecte en général.

5. Intervention directe. Une intervention directe est tout ce qui concerne directement la personne aphasique. L'intervention directe peut être individuelle, de groupe, recourir à différents moyens comme l'intégration des nouvelles technologies, etc. Quels impacts positifs peut entraîner une intervention directe sur la personne avec aphasie et son entourage?

Ou tout autre commentaire en lien avec l'intervention directe en général.

6. Congé. Étant donné que nous n'avons pas toujours le contrôle sur le moment du congé, comment faire en sorte que le congé soit une expérience positive pour toi comme orthophoniste, pour la personne aphasique et pour son entourage?

Ou tout autre commentaire en lien avec le congé en général.

7. Projet de recherche. On a parlé de tous les thèmes présentés en début d'entrevue. J'aimerais finir avec une question qui porte plus généralement sur le projet de recherche. J'aimerais savoir si tu as des commentaires généraux en lien avec le projet. Si tu es à l'aise, voudrais-tu me dire pourquoi tu n'as pas participé à la CdP? Qu'est-ce qui aurait fait en sorte que tu y participes?

Merci de ta participation. Aurais-tu voulu partager autre chose durant cette entrevue? (Si oui, écouter. Si non, éteindre l'enregistrement).

Note : Un canevas particulier, de format « hybride », a été spécialement utilisé pour la participante qui a débuté la communauté de pratique et qui a dû la quitter en raison d'un changement d'emploi qui l'amenait à travailler avec une autre clientèle que les personnes aphasiques. Pour cette participante, les questions relatives à ses semaines de participation dans la communauté de pratique ont été posées en lien avec le canevas d'entrevues finales des participants à la communauté de pratique, ainsi que les questions relatives aux semaines auxquelles elle n'avait pas participé en lien avec le canevas créé pour les participants n'ayant pas pris part à la communauté de pratique.

Annexe 7. Tableau correspondant au processus d'analyse des données dans le cadre du premier article

Appendix 1 Example of the process of data analysis

Finding excerpts related to the research question	Initial open coding (i.e. writing short descriptor phrases)	Focused coding (i.e. writing transparent conceptual codes)	Categorising (i.e. writing higher-order conceptual codes)	Grouping together categories around core concept
<i>“I am trying to come up with [...] a mix of exercises more and less based on real-life, for therapy to look like, something like daily life conversation [...] I think it’s possible [to offer the client to practice in a real-life situation], but I have to admit I have almost never done that.”</i>	Trying to mix less and more real-life based exercises to get closer to conversation, but realizing that real-life situations are almost never offered to patients	Conducting frequent decontextualised tasks addressing language impairment	Conducting intervention focused on impairment	Action - Central clinical activities related to a practice focused on impairment

Finding excerpts related to the research question (<i>continued</i>)	Initial open coding (i.e. writing short descriptor phrases)	Focused coding (i.e. writing transparent conceptual codes)	Categorising (i.e. writing higher-order conceptual codes)	Grouping together categories around core concept
<i>“They [clients] are so happy to succeed, when we facilitate the production, to say the words, so... and it gives them hope, so I continue, I do this, this type of [language-based] intervention.”</i>	Justifying doing language-based interventions because people are asking for it, are happy to succeed and it gives them hope	Conducting occasional decontextualised tasks to answer a client’s need	Conducting intervention focused on social participation	Action - Central clinical activities related to a practice focused on social participation

Annexe 8. Certificat d'éthique de la recherche

Comité d'éthique de la recherche
des établissements du CRIR



Montréal, le 28 juillet 2015

Madame Christine Alary Gauvreau
Candidate au Ph.D. en sciences biomédicales, option orthophonie
École d'orthophonie et d'audiologie
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7

- o Centre de réadaptation
Constance-Leithbridge
- o Centre de réadaptation
Lucie-Bruneau
- o Hôpital juif de réadaptation
- o Institut de réadaptation
Gingras-Lindsay-de-Montréal
- o Institut Nozareth
et Louis-Braille
- o Institut Raymond-Dewar

Objet : Émission de votre certificat d'éthique
Notre dossier : CRIR-1078-0515

Madame,

Veillez trouver, ci-joint, une copie du certificat d'éthique qui a été décerné pour votre projet de recherche intitulé « Favoriser l'évolution des pratiques orthophoniques en réadaptation vers la participation sociale des personnes aphasiques ». Ce certificat, ainsi que les documents approuvés, sont également disponibles sur la plateforme de soumission des projets de recherche.

Accès : <http://ethique.crir.ca/acceschercheur/>

Ce certificat est valable pour un an. Le CÉR demande à être informé de toute modification qui pourrait être apportée au projet de recherche mentionné ci-dessus (Formulaire M à compléter via la plateforme).

À noter que vous pourrez débiter votre projet uniquement lorsque vous recevrez l'autorisation de la personne dûment mandatée par les CISSS et CIUSSS impliqués.

Vous pourrez alors contacter les personnes suivantes afin de l'aviser du début de votre projet de recherche :

-
-
-
-

.../2

- 
-
-

Veillez recevoir, Madame Alary Gauvreau, mes cordiales salutations.



✓ M^e Anik Nolet ✓
Coordonnatrice à l'éthique de la recherche
des établissements du CRIR
☎ (514) 527-4527, poste 2649
✉ anolet.crir@ssss.gouv.qc.ca

AN/cl

Pièces jointes : certificat d'éthique et copie des documents approuvés

c.c. : 

Certificat d'éthique

Par la présente, le comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR (CÉR) atteste qu'il a évalué, lors de sa réunion du 7 juillet 2015, le projet de recherche CRIR-1078-0515 intitulé :

« Favoriser l'évolution des pratiques orthophoniques en réadaptation vers la participation sociale de la personne ayant une aphasie ».

Présenté par: Christine Alary Gauvreau, candidate au Ph.D.
Guylaine Le Dorze, Ph.D.

Le présent projet répond aux exigences éthiques de notre CÉR. Le Comité autorise donc sa mise en œuvre sur la foi des documents suivants :

- Lettre d'introduction datée du 8 mai 2015;
- Formulaire A;
-

- Rapport du jury d'examen du projet de thèse de doctorat de l'Université de Montréal et daté du 16 mars 2015;

- Preuve d'octroi d'une subvention de 12 000 \$ du CRLB dans le cadre du concours 2014-2015 de bourses pour étudiants des cycles supérieurs du CRLB- Projet Stratégique Innovant;
- Budget;
- Protocole de recherche (version du 28 juillet 2015);
- Formulaire d'information et de consentement (version du 28 juillet 2015);
- Lettre de recrutement (version du 28 juillet 2015);
- Affiche de recrutement (version du 28 juillet 2015) ;
- Canevas de l'entrevue initiale (version du 28 juillet 2015).

Ce projet se déroulera dans les sites du CRIR suivants :

-
-
-
-
-
-
-

Ce certificat est valable pour un an. En acceptant le présent certificat d'éthique, le chercheur s'engage à :

1. Informer, dès que possible, le CÉR de tout changement qui pourrait être apporté à la présente recherche ou aux documents qui en découlent (Formulaire M) ;
2. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout incident ou accident lié à la procédure du projet ;
3. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, ou encore, d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation au projet ;
4. Notifier, dès que possible, le CÉR de toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme de subvention ou de réglementation ;
5. Notifier, dès que possible, le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet ainsi que la décision du CÉR ;
6. Notifier, dès que possible, le CÉR de l'interruption prématurée, temporaire ou définitive du projet. Cette modification doit être accompagnée d'un rapport faisant état des motifs à la base de cette interruption et des répercussions sur celles-ci sur les sujets de recherche ;

7. Fournir annuellement au CÉR un rapport d'étape l'informant de l'avancement des travaux de recherche (formulaire R) ;
8. Demander le renouvellement annuel de son certificat d'éthique ;
9. Tenir et conserver, selon la procédure prévue dans la *Politique portant sur la conservation d'une liste des sujets de recherche*, incluse dans le cadre réglementaire des établissements du CRIR, une liste des personnes qui ont accepté de prendre part à la présente étude ;
10. Envoyer au CÉR une copie de son rapport de fin de projet / publication ;
11. En vertu de l'article 19.2 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, obtenir l'autorisation du Directeur des services professionnels de l'établissement sollicité avant d'aller consulter les dossiers des usagers de cet établissement, le cas échéant.


Me Michel T. Giroux
Président du CÉR


Date d'émission
28 juillet 2015

Composition du comité d'éthique de la recherche des établissements du CRIR

M. Simon Coulombe / M. Kenneth Southall (membre substitut)	Une personne possédant une vaste connaissance du domaine psychosocial en réadaptation
Dre Céline Lamarre / Mme Imen Khelia (membre substitut)	Une personne possédant une vaste connaissance du domaine biomédical en réadaptation
Mme Saïda El Haïli / Mme Isabelle Fournier (membre substitut)	Clinicien détenant une vaste connaissance des déficits sensoriel visuels ou auditifs
Mme Mariama Touré / M. Dany Gagnon (membre substitut)	Clinicienne détenant une vaste connaissance des déficits moteurs ou neurologiques
M. Yanick Farmer / Me Delphine Roigt (membre substitut)/ M. Frédérick Tremblay (membre substitut)	Une personne spécialisée en éthique
Me Michel T. Giroux / Me Nathalie Lecoq (membre substitut)	Une personne spécialisée en droit
Mme Monique Provost / Mme Marie-Claude Lavigne (membre substitut)	Une personne non affiliée à l'établissement et provenant de la clientèle des personnes adultes et aptes
Mme Diane L. Gaumond / Mme Dominique Labrèche (membre substitut)	Une personne non affiliée à l'établissement et provenant de la clientèle des personnes mineures ou inaptes
M. Michel Sinotte /	Une personne siégeant à titre de représentante du public
Mme Suzette McMaster Clément	Une personne siégeant à titre de représentante du public
À déterminer	Représentant de l'Université du Québec à Montréal
M. Cyril Duclos	Représentant de l'Université de Montréal
Mme Patricia McKinley	Représentante de l'Université McGill
Me Anik Nolet	Secrétaire du CER et membre non-votant