



Les meilleures pratiques en orthophonie pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC

Revue rapide

Une production de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) et du Pôle universitaire en réadaptation (PUR)

Isabelle Linteau, conseillère scientifique, UETMI, DEUR, CCSMTL

Akram Djouini, conseiller scientifique, UETMI, DEUR, CCSMTL

Fannie Tremblay-Racine, bibliothécaire et responsable des Bibliothèques en déficience physique, IURDPM, DEUR, CCSMTL

Avril 2023

Auteurs

Isabelle Linteau, Ph. D., conseillère scientifique, UETMI, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), CCSMTL

Akram Djouini, M.D., M. Sc., conseiller scientifique, UETMI, DEUR, CCSMTL

Fannie Tremblay-Racine, B.A., M.S.I., bibliothécaire et responsable des Bibliothèques en déficience physique, Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM), DEUR, CCSMTL

Demandeur

Gina Mills, adjointe à la directrice, Pratique professionnelle et Télésanté, Direction de la réadaptation et des services multidisciplinaires, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Représentantes du demandeur

Dana Benoit, chef d'administration de programmes, Programme de réadaptation ambulatoire du continuum neurologie adulte, Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Teresa Harvie, orthophoniste, Programme de neurologie, Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Collaboratrice au cadrage du projet

Chantal Robillard, coordonnatrice de recherche clinique – Site MAB-Mackay, Direction des Affaires académiques, Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Gestionnaires du mandat

Catherine Safianyky, chef de service des Bibliothèques et de l'UETMI, DEUR, CCSMTL

Frédérique Laurier, directrice adjointe – Enseignement, UETMI et diffusion des connaissances, DEUR, CCSMTL

Soutien à la recherche documentaire

Noémie Delarosbil, technicienne en documentation, Bibliothèques en déficience physique, IURDPM, DEUR, CCSMTL

Comité PUR-UETMI

Représentants des établissements membres et partenaires du PUR

Manon Parisien, cheffe de service, IURDPM, DEUR, CCSMTL

Chantal Robillard, coordonnatrice de recherche clinique – Site MAB-Mackay, Direction des Affaires académiques, Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Stéphanie Laurin, coordonnatrice, Soins, services et programmes de 2^e ligne en déficience physique, Direction DI-TSA et DP, CISSS de Laval, Hôpital juif de réadaptation

Cloé Rodrigue, directrice de la recherche, CISSS de la Montérégie-Centre

Renée Rancourt, cheffe en réadaptation en déficience auditive et en déficience visuelle, Direction des programmes DI-TSA-DP, CISSS de Lanaudière

Lynda Cloutier, APPR, Direction des services multidisciplinaires de l'enseignement et de la recherche, CISSS des Laurentides

Représentantes de l'UETMI

Isabelle Linteau, conseillère scientifique, UETMI, DEUR, CCSMTL

Frédérique Laurier, directrice adjointe – Enseignement, UETMI et diffusion des connaissances, DEUR, CCSMTL

Conception graphique

Équipe Diffusion des connaissances, DEUR, CCSMTL

Révision linguistique

Marie-Pier Gagné et Valérie Tremblay, techniciennes en communication, Équipe Diffusion des connaissances, DEUR, CCSMTL

Responsabilité

L'UETMI du CCSMTL assume la responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et constats formulés ne reflètent pas nécessairement les opinions du CCSMTL, du Pôle universitaire en réadaptation (PUR) ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

Pour citer ce document

Linéau, I., Djouini, A. et Tremblay-Racine, F. (2023). *Les meilleures pratiques en orthophonie pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC*. Revue rapide. Montréal, Qc : UETMI, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Pôle universitaire en réadaptation (PUR), 76 p.

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible à ccsmtl-mission-universitaire.ca/fr/etmi

Correspondance

Toutes correspondances doivent être adressées à uetmi.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

©CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Pôle universitaire en réadaptation (PUR), 2023

ISBN (En ligne) 978-2-550-94515-4

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

Bibliothèque et Archives Canada, 2023

La réalisation de cette revue rapide découle d'un partenariat entre l'UETMI du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et le Pôle universitaire en réadaptation (PUR).

Assurant la gouvernance collaborative du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), le PUR est une association de quatre établissements :

- le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, qui comprend l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM) ;
- le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, qui comprend le Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay ;
- le CISSS de Laval, qui comprend l'Hôpital juif de réadaptation ;
- le CISSS de la Montérégie-Centre, qui comprend l'Institut Nazareth et Louis-Braille.

Le PUR compte également deux établissements partenaires : le CISSS de Lanaudière et le CISSS des Laurentides.

Ensemble, ces établissements desservent des services pour tous les types de déficience physique (motrice, auditive, visuelle, du langage et de la communication) auprès de personnes de tous âges.

Pour plus de détails sur le PUR et le CRIR : <https://crir.ca/>

PRINCIPAUX CONSTATS

L'intégration du congé précoce assisté (CPA) dans la trajectoire de services AVC, au Québec, requiert en parallèle une réflexion de fond sur les interventions à offrir à l'intérieur de ce programme, notamment celles pour le traitement de l'aphasie. À ce jour, les synthèses de connaissances existantes ne nous renseignent pas sur le type d'intervention à privilégier en orthophonie durant les premiers jours/semaines post-AVC. C'est précisément dans ce contexte que la Direction de la réadaptation et des services multidisciplinaires du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a mandaté l'UETMI du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour répondre à la question suivante : quelles sont les meilleures pratiques en orthophonie pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC ? Voici les principaux constats qui ressortent de la revue.

Effets des interventions en orthophonie durant le premier mois post-AVC

- D'après les résultats des 10 études retenues, les interventions pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC produisent quelques effets positifs, qui varient toutefois d'un type de thérapie à l'autre, voire d'un patient aphasique à l'autre.
- Le type et la sévérité de l'aphasie sont, en effet, des variables qui pourraient influencer les résultats du traitement. D'autres analyses doivent cependant être réalisées pour le valider.
- Dans quelques études, une absence d'effets est rapportée pour plusieurs ou l'ensemble des mesures.
- La téléadaptation, particulièrement d'intérêt dans un contexte de congé précoce assisté, n'a pas fait l'objet d'évaluation dans les études recensées.

Thérapies individuelles à composantes mixtes

- L'efficacité de ces thérapies pourrait varier selon la sévérité (légère, modérée ou sévère) et le type d'aphasie (Wernicke, Broca ou autres).
- Chez les patients atteints d'une aphasie légère à modérée, une thérapie intensive (60 minutes par séance, 5 jours par semaine, pendant 2 semaines), axée sur la compréhension orale et la recherche lexicale, pourrait améliorer les habiletés de dénomination et d'écriture.
- Chez les patients atteints d'aphasie de Wernicke, la *Language enriched therapy* (LET) (45 minutes par séance, 5 jours par semaine, pendant 3 semaines), axée sur la compréhension et la recherche lexicale, pourrait améliorer la communication sociale.
- Tous types d'aphasie et de sévérité confondus, un traitement cognitif linguistique intensif (60 minutes/jour, 7 jours/semaine, pendant 4 semaines) axé sur la sémantique et la phonologie ne semble produire aucun effet sur plusieurs habiletés

langagières (dénomination, fluence verbale, communication sociale, répétition et compréhension), la qualité de vie et le niveau d'indépendance.

Thérapie par contrainte induite (TCI)

- La thérapie par contrainte induite administrée de manière très intensive (3 heures par séance, 5 jours par semaine, pendant 2 semaines) pourrait améliorer la qualité de la communication, mais non sa quantité.
- La thérapie par contrainte induite administrée de manière moins intensive et sur une plus longue période (45 à 60 minutes par séance, 5 jours par semaine, pendant 4 à 5 semaines) ne semble avoir aucun effet sur le discours, la sévérité de l'aphasie et, plus globalement, la qualité de vie.

Melodic intonation therapy (MIT) modifiée

- Les connaissances sur les effets de ce type de thérapie sont très limitées (une seule étude).
- Chez les patients atteints d'une aphasie de Broca, la participation à une séance (10-15 minutes) de *Melodic intonation therapy* (MIT) modifiée pourrait contribuer à une amélioration du discours, mais ce, de manière différée (\pm 2 jours post-séance). Toutefois, ce résultat positif pourrait être aussi attribuable à une récupération spontanée – indépendamment du traitement suivi – du moins, pour certains patients.

Thérapies intensives à dosage élevé¹

- Chez les patients aphasiques de toutes sévérités, les thérapies intensives à dosage élevé – de type et de format variés – pourraient améliorer le discours, la communication sociale et la sévérité de l'aphasie à la fin du traitement.
- Les effets de ces thérapies, à 3 mois et à 6 mois post-traitement, restent à clarifier.

Recommandations sur le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC

- Seule une minorité des guides consultés formulent des recommandations spécifiques à la phase aiguë ou aux premiers jours/semaines post-AVC.
- D'après les quelques recommandations recensées, le traitement de l'aphasie devrait :
 - Débuter dès que le patient peut le tolérer ;

¹ Dans le cadre de la présente revue, le concept *intensité* renvoie au nombre d'heures de traitement par semaine; le concept *dosage*, au nombre total d'heures de traitement.

- Être axé sur la gravité des déficits de langage et de communication, mais aussi sur les différentes sphères de la vie touchées par l'aphasie (ex. relations, vocation, loisirs).
- Le traitement de l'aphasie peut se faire dans le cadre de rencontres individuelles ou de groupe. Aucun guide n'émet de recommandations sur l'utilisation de la téléadaptation au cours du premier mois post-AVC.
- L'intensité du traitement ne fait pas consensus dans les guides. Aucune recommandation sur le dosage n'est disponible.
- Aucun guide n'émet de recommandations sur l'implication des proches et de la famille.

TABLE DES MATIÈRES

PRINCIPAUX CONSTATS.....	5
ABRÉVIATIONS	11
GLOSSAIRE	12
INTRODUCTION.....	14
L'efficacité des interventions en orthophonie pour le traitement de l'aphasie.....	14
Le congé précoce assisté.....	15
MANDAT	15
MÉTHODOLOGIE	16
Question décisionnelle et questions d'évaluation.....	16
PICOTS et critères d'inclusion et d'exclusion	17
Recherche documentaire	18
Sélection des documents	19
Évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus.....	19
Extraction et synthèse des données	20
RÉSULTATS	21
Efficacité des interventions en orthophonie pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC.....	21
<i>Caractéristiques des études.....</i>	<i>21</i>
<i>Efficacité par types de thérapie</i>	<i>24</i>
<i>Intensité et dosage du traitement.....</i>	<i>35</i>
Pratiques en orthophonie recommandées dans les guides.....	39
<i>Caractéristiques des guides de pratique.....</i>	<i>39</i>
<i>Recommandations durant le premier mois post-AVC.....</i>	<i>43</i>
<i>Recommandations sans indication sur le temps post-AVC.....</i>	<i>44</i>
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	48
LIMITES DE LA REVUE.....	49
RÉFÉRENCES	50
ANNEXE 1. Recherche documentaire	54
Bases de données scientifiques consultées.....	54

Stratégies de recherche dans les bases de données.....	55
Sites Web consultés	62
Résultats de la recherche documentaire	65
ANNEXE 2. Diagramme de sélection.....	66
ANNEXE 3. Évaluation de la qualité méthodologique des études scientifiques (MMAT).....	67
ANNEXE 4. Informations complémentaires sur les études retenues (incluant les résultats détaillés) ...	69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Critères de sélection des documents basés sur le modèle PICOTS et autres critères.....	17
Tableau 2 – Caractéristiques des études sur l’efficacité de thérapies individuelles à composantes mixtes.....	25
Tableau 3 – Caractéristiques des études sur l’efficacité de la thérapie par contrainte induite (TCI).....	29
Tableau 4 – Caractéristiques de l’étude sur l’efficacité de la Melodic Intonation Therapy (MIT) modifiée.....	33
Tableau 5 – Caractéristiques des études sur l’efficacité des thérapies intensives à dosage élevé.....	36
Tableau 6 – Liste des guides de pratique consultés et temporalité des recommandations sur le traitement de l’aphasie post-AVC.....	41

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Sévérité de l’AVC et de l’aphasie des participants (catégorie la plus importante dans les études).....	22
Figure 2. Début et durée des interventions évaluées dans les études scientifiques.....	22
Figure 3. Format et milieu des interventions évaluées dans les études scientifiques.....	23

ABRÉVIATIONS

AHA	American Heart Association
ASA	American Stroke Association
CCRE	Centre for Clinical Research Excellence
CCSMTL	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CISSS	Centres intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux
Cœur + AVC	Fondation des maladies du cœur et de l'AVC
CPA	Congé précoce assisté
CSBP	Canadian Stroke Best Practices
CR	Centre de réadaptation
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
DEUR	Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
ECR	Essai contrôlé randomisé
EESRA	Étude expérimentale sans répartition aléatoire
HQO	Health Quality Ontario
IURDPM	Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal
MHLTC	Ministry of Health and Long-Term Care
MIT	Melodic Intonation Therapy
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PUR	Pôle universitaire en réadaptation
RCP	Royal College of Physicians
S.O.	Sans objet
TCI	Thérapie par contrainte induite
UETMI	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention
VA/DoD	Department of Veterans Affairs / Department of Defense
WSO	World Stroke Organization

GLOSSAIRE²

Communication sociale	<p>Composantes plus sociales de la communication (Sun et al., s. d.).</p> <p>Exemples de mesure utilisée pour l'évaluer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) • Functional Communication Profile
Compréhension écrite	Compréhension du langage écrit et des symboles alphanumériques (Sun et al., s. d.).
Compréhension orale	Compréhension des sons de la parole entendus (Sun et al., s. d.).
Congé précoce assisté	« Intervention en réadaptation avec assistance en milieu communautaire, qui a pour but le congé précoce du centre de soins de courte durée en offrant un système de réadaptation similaire à la réadaptation offerte en institution, soit une réadaptation intensive offerte par une équipe interdisciplinaire au domicile de l'utilisateur » (MSSS, 2017, p. 60).
Dénomination	<p>Habilité d'une personne à retrouver et nommer certains objets (Sun et al., s. d.).</p> <p>Exemple de mesure utilisée pour l'évaluer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Boston Naming Test
Discours	<p>Habilité d'une personne pour donner des instructions, raconter une histoire ou donner une description.</p> <p>Le discours peut être évalué de plusieurs manières. Par exemple, pour mesurer l'exactitude et l'efficacité dans une communication, on peut calculer le pourcentage d'unités d'information correcte (UIC) par minute (%UIC/min) (Godecke et al., 2012).</p>
Dosage	Nombre total d'heures de traitement en orthophonie. Dans le cadre de la présente revue, le dosage d'un traitement est jugé « élevé » s'il est égal ou supérieur à 15h, soit 5 séances par semaine de 45 minutes pendant 4 semaines.
Écriture	Habilité d'une personne à produire du langage écrit (Sun et al., s. d.).

² Les définitions suivantes sont tirées partiellement ou intégralement des sources citées en référence.

Fluence verbale	<p>Aisance à s'exprimer verbalement. On peut l'évaluer, entre autres, à partir du discours spontané. (Sun et al., s. d.). Certains outils standardisés en aphasie prévoient une section à cette fin, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aachen Aphasia Test (AAT) • Western Aphasia Battery (WAB)
Intensité	<p>Nombre d'heures de traitement en orthophonie par semaine. Dans le cadre de la présente revue, l'intensité d'un traitement est jugée « élevée » si elle est supérieure ou égale à 3h45, soit l'équivalent de 5 séances par semaine de 45 minutes.</p>
PICOTS	<p>(P) Population, (I) Intervention, (C) Comparateur, (O) <i>Outcomes</i> (résultats d'intérêt), (T) Temporalité, (S) <i>Setting</i> (milieu d'intervention)</p> <p>PICOTS : critères utilisés pour formuler les questions d'évaluation, orienter la recherche documentaire et préciser les critères de sélection lors d'une revue de littérature (revue systématique, revue rapide ou autre).</p>
Répétition	<p>Habilité d'une personne à répéter un mot, une phrase ou un texte donné (Sun et al., s. d.).</p>
Thérapie à composantes mixtes	<p>Dans le cadre de la présente revue, thérapie reposant sur différentes approches théoriques (ex. sémantique et phonologie) et/ou comprenant différents exercices pour travailler différents déficits (ex. dénomination et compréhension).</p>

INTRODUCTION

Au Canada, un AVC entraînant une visite à l'hôpital ou aux urgences survient toutes les cinq minutes. Au Québec, en 2017, plus de 13 000 cas d'AVC ont mené à une hospitalisation (Holodinsky et al., 2022). Grâce à une plus grande sensibilisation de la population à l'égard des signes de l'AVC et d'une meilleure prise en charge précoce des patients, le taux de survie est maintenant de 80%. Dans ce contexte, un plus grand nombre de personnes doivent composer avec les séquelles de la maladie et requièrent des services et du soutien tout au long de leur rétablissement, particulièrement lors du retour à domicile (Cœur + AVC, 2017).

Une séquelle courante de l'AVC est l'aphasie : environ un survivant sur trois en souffre (Flowers et al., 2013; Cœur + AVC, 2017; Grönberg et al., 2022). L'aphasie est un trouble de la communication acquis, causé par une lésion cérébrale dans les zones du langage. Elle peut entraîner des difficultés à s'exprimer, à comprendre, à lire et à écrire ([Info AVC, s. d.](#)). De telles difficultés peuvent avoir de lourdes conséquences sur la vie sociale (perte de contacts avec les proches, isolement), sur l'autonomie (difficulté de communiquer lors d'activités courantes, telles que faire l'épicerie ou commander au restaurant), sur la carrière (besoin de modifier les tâches et responsabilités, changer d'emploi ou arrêter de travailler) et sur la santé mentale (risques plus élevés de dépression) ([OOAQ, s. d.](#)).

Les interventions en orthophonie pour le traitement de l'aphasie s'inscrivent donc souvent dans deux grandes approches : l'une axée sur les déficits de langage et de communication (*impairment-based therapies*), l'autre sur les conséquences de l'aphasie dans les différentes sphères de vie (tâches quotidiennes, travail, relations, loisirs, etc.). Autrement dit, la première vise à réparer ce qui a été « brisé » et la seconde, à favoriser la participation sociale (*participation-based approaches*) (Davis, 2011; Edmonds et Morgan, 2022).

L'efficacité des interventions en orthophonie pour le traitement de l'aphasie

À ce jour, il est difficile de statuer clairement sur l'efficacité des interventions en orthophonie en raison de la grande hétérogénéité des résultats. Par exemple, d'après la 19^e Édition de *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*, la thérapie par contrainte induite (TCI) serait plus efficace qu'une thérapie conventionnelle pour améliorer les habiletés de répétition et d'écriture, mais ne le serait pas pour les habiletés de communication sociale et le niveau global du langage. De leur côté, les thérapies musicales (*music-based speech-language therapies*) seraient plus efficaces qu'une thérapie conventionnelle pour améliorer les habiletés de fluence verbale et de répétition, mais ne le seraient pas pour la communication sociale, le discours et le niveau global du langage (Sun et al., s. d.).

Une revue systématique de la Cochrane Collaboration rapporte, quant à elle, une meilleure communication fonctionnelle chez les patients ayant reçu une thérapie intensive, à dosage élevé ou sur

une longue période de temps comparativement à ceux ayant reçu le régime inverse³. Toutefois, puisque le nombre d'abandons est significativement plus élevé, un tel régime de traitement ne convient probablement pas à tous (Brady et al., 2016).

En outre, les synthèses de connaissances existantes ne nous renseignent pas sur le type d'intervention à privilégier en phase aigüe ou durant les premiers jours/semaines post-AVC.

Le congé précoce assisté

Le congé précoce assisté (CPA) est un service pour la clientèle AVC qui vise à « [...] écourter le séjour à l'hôpital tout en offrant une réadaptation de même intensité qu'en milieu hospitalier » (CSBP, 2019, p. 34). Concrètement, ce type de service offre de la réadaptation fonctionnelle intensive à domicile par une équipe multidisciplinaire (ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste, travailleur social, infirmière, etc.). À ce jour, plusieurs guides de pratique recommandent le service CPA aux personnes ayant subi un AVC léger ou modéré et dont l'état de santé est suffisamment stable pour assurer un retour sécuritaire au domicile (CSBP, 2019; HQO, 2016; NICE, 2013; RCP, 2016; Stroke Foundation, 2022).

Au Québec, le congé précoce assisté fait partie de la trajectoire de services pour les personnes ayant subi un AVC, mais demeure une modalité relativement nouvelle (pour une description complète de la trajectoire, voir MSSS [2017], p. 9). Ce service a d'abord été implanté au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, en 2017, dans le cadre d'un projet pilote conjoint. D'une durée d'environ quatre semaines, les patients pouvaient recevoir jusqu'à trois heures de traitement par jour, quatre à cinq jours par semaine (Guarna et Charbonneau, 2018). Depuis, d'autres établissements ont implanté le service.

MANDAT

L'intégration du congé précoce assisté dans la trajectoire de services AVC, au Québec, requiert en parallèle une réflexion de fond sur les interventions à offrir à l'intérieur du programme, notamment celles pour le traitement de l'aphasie. Intervenant tôt dans le processus de réadaptation (environ une à deux semaines après l'AVC) et compte tenu de la courte durée du programme (environ quatre semaines), il importe de s'interroger sur les meilleures pratiques. Par exemple, quels types d'intervention produisent les meilleurs effets à ce stade ? Les interventions doivent-elles être axées principalement sur les déficits de langage et de communication ? La participation sociale est-elle un objectif important ? Si oui, quels types d'intervention permettent de la favoriser ? Puisque les synthèses de connaissances produites à ce jour n'apportent aucune réponse à ces questions, un examen de la littérature récente apparaît important.

C'est dans ce contexte que la Direction de la réadaptation et des services multidisciplinaires du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a mandaté l'UETMI du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal –

³ Dans le cadre de cette revue, le concept *intensité* renvoie au nombre d'heures de traitement par semaine; le concept *dosage*, au nombre total d'heures de traitement.

dans le cadre d'un partenariat avec le Pôle universitaire en réadaptation (PUR) – afin qu'elle réalise une revue rapide sur le sujet.

MÉTHODOLOGIE

La revue rapide est une méthode scientifique transparente pour synthétiser des connaissances provenant de la littérature et qui se veut un compromis à la revue systématique en ajustant certains aspects sur le plan méthodologique (Hamel et al., 2021; Tricco et al., 2020). Les recommandations émergentes dans le domaine de cette méthode ont été respectées, notamment en réduisant les biais potentiels de sélection des études (tri interjuge) et en faisant l'analyse de la qualité méthodologique des travaux inclus (Garritty et al., 2021; Hamel et al., 2020; Tricco et al., 2016).

Question décisionnelle et questions d'évaluation

Dans le cadre de cette revue rapide, la question décisionnelle est la suivante : quelles sont les meilleures pratiques en orthophonie pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC ? Partant de cette grande question, deux questions d'évaluation ont été formulées.

Selon les études scientifiques :

- Q1.** Quelle est l'efficacité des interventions en orthophonie pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC ?
- a. Quelles sont les **caractéristiques** de ces interventions ?
 - i. Profils de clientèle ciblée (ex. type et sévérité de l'aphasie)
 - ii. Temps écoulé depuis l'AVC
 - iii. Fréquence et durée des séances
 - iv. Durée de l'intervention
 - v. Milieu de l'intervention
 - vi. Professionnel réalisant / supervisant l'intervention
 - vii. Composantes de l'intervention
 - viii. Approches sous-jacentes (interventions axées sur les déficits de langage et de communication et/ou sur les conséquences de l'aphasie dans les différentes sphères de vie)
 - b. Quels sont les **effets** de ces interventions sur les habiletés langagières et de communication (ex. dénomination, répétition, fluence verbale, compréhension), ainsi que sur les sphères de vie touchées par l'aphasie (ex. activités de la vie quotidienne, travail, relations) ?

Dans les guides, avis, normes, standards :

Q2. Quelles pratiques en orthophonie sont recommandées pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC ?

Pour y répondre, un examen rapide de la littérature a été réalisé.

PICOTS et critères d'inclusion et d'exclusion

Le modèle PICOTS (Population – Intervention – Comparateur – *Outcomes* – Temporalité – *Setting*) a été utilisé pour formuler les questions d'évaluation ci-dessus, orienter la recherche documentaire et préciser les critères de sélection des documents. D'autres critères de sélection concernant les devis des études, les types de publications, les langues, les pays et les années de publication ont été ajoutés (voir Tableau 1).

Tableau 1 – Critères de sélection des documents basés sur le modèle PICOTS et autres critères

CRITÈRES	INCLUSION	EXCLUSION
Population	<ul style="list-style-type: none"> Adultes (18 ans et plus) présentant une aphasie à la suite d'un AVC Sévérité de l'AVC : aucune restriction Sévérité de l'aphasie : aucune restriction 	<ul style="list-style-type: none"> Aphasie associée à une maladie neurodégénérative (ex. aphasie primaire progressive) Aphasie à la suite d'un traumatisme craniocérébral (TCC)
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> Intervention, programme, modèle ou approche en orthophonie, pour traiter l'aphasie Intervention pouvant être réalisée / supervisée par un orthophoniste ou autres intervenants. Durée de l'intervention : 5 semaines et moins 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de l'aphasie Intervention relevant du domaine médical (ex. traitement pharmaceutique, stimulation transcrânienne) Intervention dont la durée est supérieure à 5 semaines
Comparateur	S.O.	S.O.
Outcomes (résultats d'intérêt)	<p>Q1. Résultats d'efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> Langage / communication Qualité de vie / bien-être Participation sociale / reprise des habitudes de vie (travail, famille, amis, loisirs, etc.) <p>Q2. Recommandations de pratique</p>	Q1. Autres catégories de résultats (ex. sécurité, innocuité, coûts-bénéfices)
Temporalité	Traitement durant les 4 premières semaines post-AVC (en moyenne)	Traitement se déroulant après les 4 premières semaines
Setting (milieu)	Tous milieux (hôpitaux, centres de réadaptation, cliniques externes, domicile)	S.O.

AUTRES CRITÈRES DE SÉLECTION		
Devis	Études comparatives (Gr intervention vs Gr témoin et/ou état avant vs état après)	Études non comparatives (descriptives), études de cas (<i>case report</i>)
Types de publication	<p>Q1. Études scientifiques publiées dans des articles de revue, chapitres de livre, mémoires de maîtrise et thèses de doctorat</p> <p>Q2. Guides, avis, normes, standards de pratique ou autres documents de recommandations issus d'organismes crédibles</p>	Éditoriaux, commentaires, résumés d'article ou de conférence, présentations PowerPoint
Langues	Anglais et français	Autres langues
Pays	Pays membres de l'OCDE	Autres pays
Années	2012-2022	Avant 2012

S.O. : sans objet

Recherche documentaire

La recherche documentaire a été menée en décembre 2022, en collaboration avec une bibliothécaire spécialisée en déficience physique. Pour recueillir des données sur l'efficacité des interventions en orthophonie pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC (Q1), quatre bases de données scientifiques – Medline (Ovid), All EBM Reviews (Ovid), PsycINFO (Ovid) et CINAHL (EBSCO) – ont été interrogées par la bibliothécaire en combinant le vocabulaire libre et contrôlé des concepts d'aphasie, de phase aigüe/*early*, d'interventions et de meilleures pratiques, pronostic et *outcomes*. Les résultats ont été limités aux documents publiés en anglais et en français, aux pays membres de l'OCDE (filtre NICE <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8608218/> ou <https://osf.io/uketb/>), aux publications autres que celles sur certains animaux et aux publications autres que les lettres, les éditoriaux et les commentaires. Également, compte tenu du volume élevé de références repérées dans les bases de données, du temps et des ressources disponibles, la recherche documentaire s'est limitée aux publications des dix dernières années (2012-2022). Les titres et les résumés de l'ensemble des références ont été importés dans le logiciel EndNote X9. La liste détaillée des mots-clés et des équations de recherche utilisés est présentée à l'[Annexe 1](#).

Ensuite, pour recenser les recommandations de pratique en orthophonie sur le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC (Q2), 44 sites Web d'organisations reconnues en orthophonie, en aphasie et en AVC et d'autres organisations savantes en santé ont été consultés par l'un des auteurs (IL). Les guides, normes, lignes directrices ou avis existants ont été téléchargés. La liste des sites Web consultés et le nombre de documents trouvés sont présentés à l'[Annexe 1](#).

Enfin, les bibliographies des articles retenus ont été vérifiées manuellement par l'un des auteurs (IL) au cas où d'autres références pertinentes puissent s'y trouver.

Sélection des documents

L'ensemble des documents repérés lors de la recherche documentaire ont été examinés en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion décrits plus haut (Tableau 1).

Pour les documents repérés dans les bases de données scientifiques, la sélection des documents s'est déroulée en deux étapes. D'abord, un premier tri des documents a été effectué à l'aveugle par deux des auteurs (IL et AD) sur la base des titres et des résumés. Par la suite, les documents retenus à la première étape ont été lus en entier. Encore une fois, la sélection des documents s'est faite à l'aveugle, et ce, par les mêmes auteurs (IL et AD). Pour les deux étapes, les désaccords ont été réglés par discussion, jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Pour les documents repérés sur les sites Web d'organisations en orthophonie, en aphasie et en AVC et d'autres organisations savantes en santé, la sélection s'est également déroulée en deux étapes (c.-à-d. sur la base des titres et des résumés et sur la base de la lecture complète des documents). Toutefois, compte tenu du temps et des ressources disponibles, cette sélection a été réalisée par un seul des auteurs (IL).

Le diagramme détaillé de la sélection des documents est présenté à l'[Annexe 2](#).

À noter qu'aucune des recensions systématiques repérées ne respectait l'entièreté des critères d'inclusion au Tableau 1. Par conséquent, elles ont été consultées pour vérifier leurs études primaires. Et, le cas échéant, celles qui répondaient aux critères d'inclusion ont été ajoutées à la liste des documents retenus.

Évaluation de la qualité méthodologique des documents retenus

La qualité méthodologique des études scientifiques retenues a été évaluée par l'un des auteurs (IL) à l'aide du *Mixed-Method Appraisal Tool* (MMAT). Le MMAT est un outil reconnu et validé pour évaluer la qualité méthodologique des études quantitatives, qualitatives et mixtes (Hong et al., 2018). Les résultats de l'analyse de la qualité des études sont présentés en détail à l'[Annexe 3](#).

La qualité méthodologique des guides de pratique retenus n'a pas été évaluée par les auteurs de la présente revue. Cependant, l'*American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) a évalué la majorité d'entre eux et a donné son avis en se basant sur une version modifiée de la grille de critères AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*). Selon les résultats de son évaluation, elle a attribué aux guides la mention : hautement recommandé, recommandé avec réserves ou non recommandé. Les résultats de cette évaluation sont rapportés dans la section Résultats (Tableau 6).

Extraction et synthèse des données

L'extraction des données des études scientifiques a été réalisée par l'un des auteurs (IL) à l'aide d'une grille standardisée. La grille prévoyait notamment l'extraction des éléments suivants : auteur, année de publication, pays, objectif de l'étude, description de l'intervention, échantillon, devis, tests statistiques réalisés et principaux résultats. La validation de 50 % des articles extraits a été réalisée par un autre auteur (AD).

L'extraction des données des guides de pratique a également été effectuée par l'un des auteurs (IL), encore une fois à l'aide d'une grille standardisée. La grille prévoyait notamment l'extraction des informations suivantes : nom de l'organisation ayant publié le guide, année de publication, pays, titre, population ciblée, recommandations sur les interventions en orthophonie pour le traitement aphasie et temporalité des recommandations (un mois post-AVC et moins, plus d'un mois ou recommandation sans indication sur le temps post-AVC).

Par la suite, une synthèse narrative de l'ensemble des données recueillies a été réalisée. Cette synthèse se divise en deux grands blocs, correspondant respectivement aux deux questions d'évaluation. Dans le premier bloc, les résultats des études sur l'efficacité des interventions en orthophonie (Q1) ont d'abord été regroupés selon le type d'intervention évalué. Puis, pour chaque type d'intervention, les résultats ont été regroupés selon la typologie utilisée dans la 19^e Édition de *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*, à savoir : discours ; dénomination ; fluence verbale ; communication sociale ; répétition ; écriture ; compréhension écrite ; compréhension orale (Sun et al., s. d., chapitre 14, p. 8-16). Une catégorie « sévérité de l'aphasie » a également été créée. Au besoin, chaque catégorie de résultats est définie dans le glossaire. En dehors des habiletés langagières et de communication, d'autres types de résultats peuvent être rapportés dans la synthèse (ex. qualité de vie, niveau d'indépendance) selon leur disponibilité dans les études. Les constats issus de cette synthèse tiennent compte à la fois des données d'efficacité disponibles, mais aussi des limites méthodologiques observées dans les études.

Un deuxième bloc fait la synthèse des recommandations retrouvées dans les guides. Pour ce faire, une analyse thématique des recommandations a été réalisée. Cette analyse a permis de regrouper les recommandations selon plusieurs dimensions de l'intervention (ex. cibles et types d'intervention, intensité, dosage et format de l'intervention).

RÉSULTATS

Au total, la recherche documentaire a permis de repérer 454 références après le retrait des doublons. De ce nombre, 434 proviennent des bases de données scientifiques, 16 de sites Web d'organisations reconnues⁴ et 4 des bibliographies consultées. Sur les 454 références repérées, 54 ont été retenues pour lecture complète. Au terme du processus de sélection, 14 publications respectaient les critères de sélection et ont été retenues pour la présente revue rapide (10 études scientifiques et 4 guides de pratique). Les caractéristiques de ces publications, les résultats extraits et les constats qui en émergent sont présentés dans les prochaines sections (pour plus de détails sur le nombre de documents inclus et exclus aux différentes étapes, voir le diagramme de sélection à l'[Annexe 2](#)).

Efficacité des interventions en orthophonie pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC

La première question d'évaluation est la suivante : quelle est l'efficacité des interventions en orthophonie pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC ? Pour y répondre, 10 études scientifiques ont été retenues.

Caractéristiques des études

Conformément aux critères de sélection du Tableau 1, les 10 études retenues ont été menées auprès d'adultes présentant une aphasie à la suite d'un AVC. La moitié de ces études ne rapporte pas le niveau de sévérité de l'AVC (voir Figure 1). Parmi les études qui le précisent, une est composée exclusivement de participants avec un AVC léger à modéré (Mattioli et al., 2014). Les autres sont constituées majoritairement de participants avec un AVC modéré-sévère à sévère (Cicccone et al., 2016; Godecke et al., 2021; Godecke et al., 2014; Godecke et al., 2012). Pour le niveau de sévérité de l'aphasie, quatre études sont constituées majoritairement de participants avec une aphasie légère à modérée, trois de participants avec une aphasie modérée-sévère à sévère et trois ne rapportent pas cette information (Figure 1).

⁴ Organisations en orthophonie, en aphasie, en AVC ou autres organisations savantes en santé.

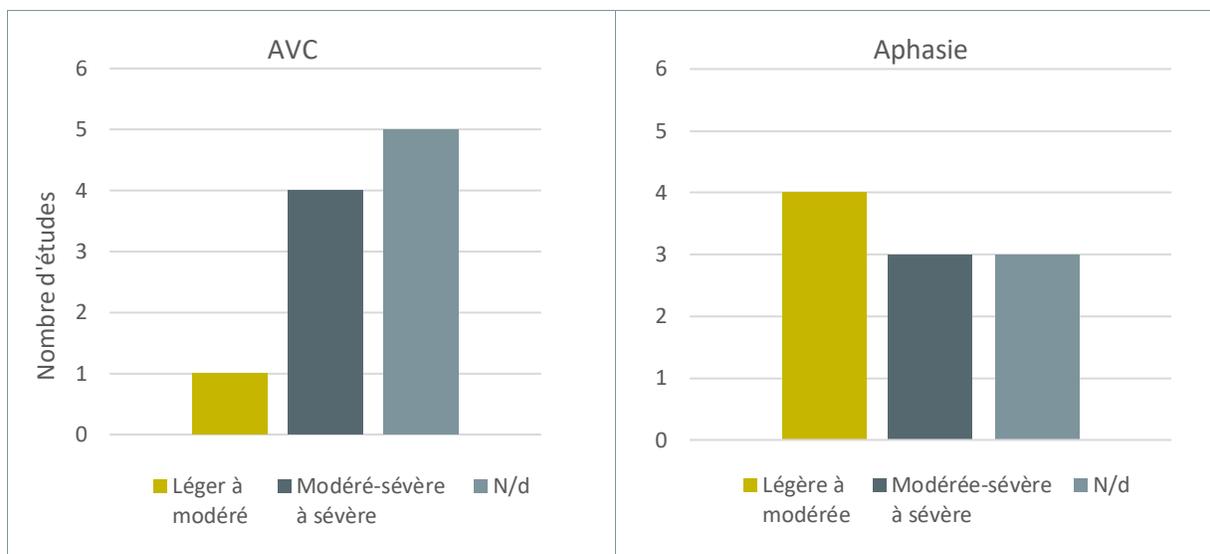


Figure 1. Sévérité de l'AVC et de l'aphasie des participants (catégorie la plus importante dans les études)

L'ensemble des interventions évaluées débutent au cours du premier mois post-AVC (principalement au cours des sept premiers jours) et durent au maximum cinq semaines (voir Figure 2). La durée des séances peut varier entre 10 minutes et 3 heures ; la fréquence, entre 2 et 7 séances par semaine. Toutes sont menées par un orthophoniste, à l'exception d'une intervention animée par un musicothérapeute (Conklyn et al., 2012).

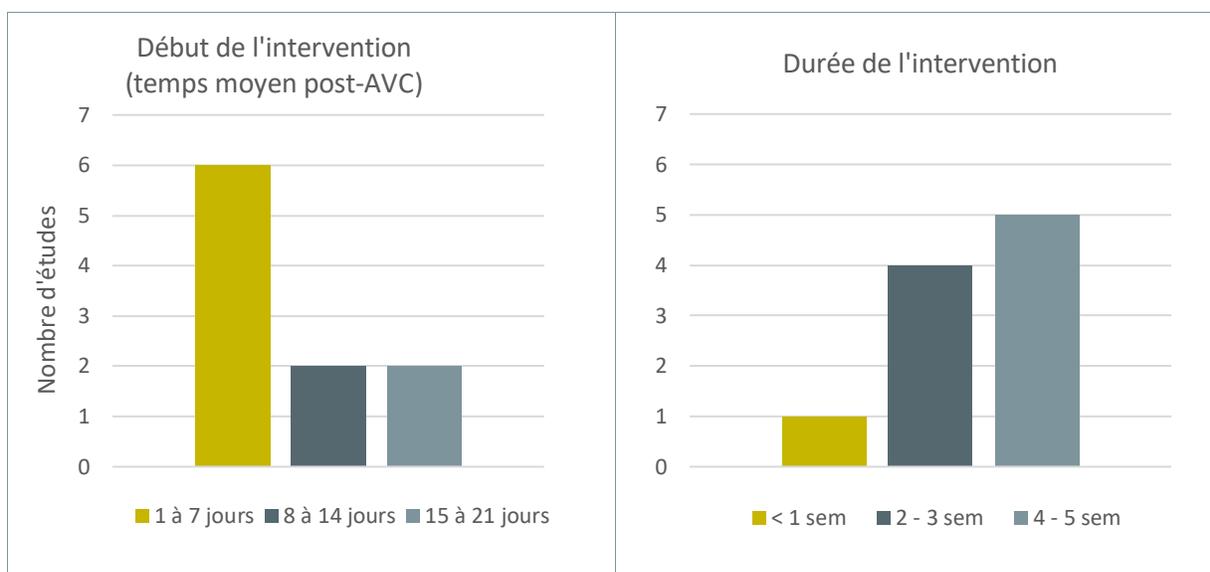


Figure 2. Début et durée des interventions évaluées dans les études scientifiques

La majorité des études évaluent des interventions individuelles et se déroulent en milieu hospitalier (voir Figure 3). Aucune étude ne se déroule en communauté (services externes ou à domicile). De même, aucune étude ne se déroule en mode virtuel (téléadaptation).

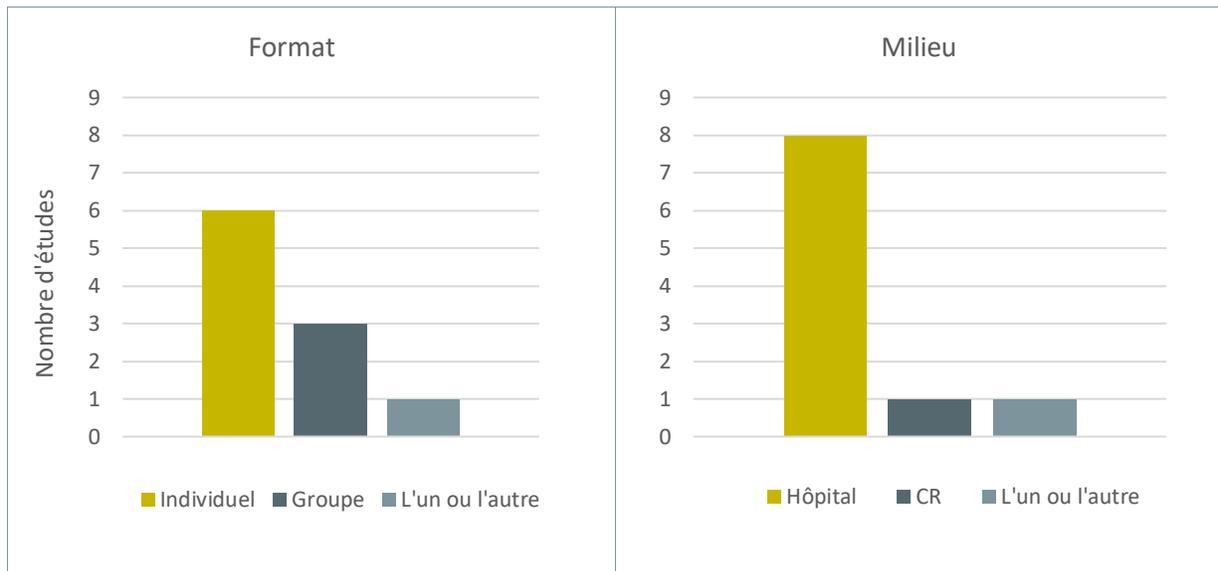


Figure 3. Format et milieu des interventions évaluées dans les études scientifiques

CR = Centre de réadaptation

Dans l'ensemble des études, les interventions sont axées sur les déficits de langage et de communication (*impairment-based therapies*). Les différentes sphères de vie touchées par l'aphasie (ex. activités de la vie quotidienne, travail, relations) ne sont pas directement abordées. La participation sociale n'est donc pas un objectif central. D'autres caractéristiques des études retenues sont présentées aux tableaux 2 à 5 dans les prochaines sections, ainsi qu'à l'[Annexe 4](#).

CONSTATS

- L'ensemble des études recensées évaluent l'efficacité d'interventions en orthophonie – durant le premier mois post-AVC – auprès de personnes souffrant d'aphasie légère à sévère.
- Contrairement à la clientèle du programme CPA :
 - Certaines études (au moins quatre) incluent majoritairement des patients dont l'AVC est jugé modéré-sévère à sévère.
 - L'ensemble des études se déroulent à l'interne (hôpital ou centre de réadaptation).
- De façon similaire au programme CPA, la majorité des interventions évaluées débutent au cours des sept premiers jours suivant l'AVC et durent entre quatre et cinq semaines.
- Aucune intervention ne se déroule en mode virtuel (télé-réadaptation).

- Qu'elles soient individuelles ou de groupe, les interventions évaluées privilégient une approche axée sur les déficits de langage et de communication (*impairment-based*) et non sur la participation sociale des personnes aphasiques.

Les études retenues pour répondre à la Q1 se regroupent en deux catégories : celles évaluant l'efficacité d'un type de thérapie en particulier (sept études) et celles évaluant l'efficacité de thérapies intensives (plusieurs types possibles) à dosage élevé (trois études).

Efficacité par types de thérapie

Thérapies individuelles à composantes mixtes

Trois études évaluent l'efficacité de thérapies individuelles à composantes mixtes (voir Tableau 2). Toutes sont des essais contrôlés randomisés (ECR), soit le devis le plus robuste pour mesurer l'efficacité d'une intervention.

Concrètement, les thérapies individuelles à composantes mixtes reposent sur différentes approches théoriques et/ou comprennent différents exercices pour travailler les déficits. La première étude évalue l'efficacité de la *Language enriched therapy* (LET) (Høeg Dembrower et al., 2017). Cette thérapie inclut deux types d'exercice (compréhension et dénomination) qui se font à l'aide d'images. Elle se divise en huit parties augmentant progressivement le niveau de difficulté : 1) phrases familières, 2) mots composés, 3) phrases simples, 4) mots simples, 5) mots additionnels, 6) mots descriptifs, 7) phrases standards et 8) phrases.

De manière similaire, la deuxième étude évalue l'efficacité d'une thérapie (sans nom précis) constituée principalement d'exercices de dénomination et de compréhension orale (Mattioli et al., 2014). Par exemple, les patients doivent nommer des items issues d'une liste standardisée d'images (Snodgrass et Vanderwart, 1980). En cas d'erreur, des facilitateurs sont donnés. La compréhension de mots et de phrases est également travaillée à l'aide d'objets communs disponibles et d'images d'objet. Les tâches peuvent varier d'un patient à l'autre en fonction des déficits mesurés au *Aachen Aphasia Test* (ATT).

La troisième étude évalue l'efficacité d'un traitement cognitif linguistique axé sur la sémantique à l'aide de la thérapie BOX (Visch-brink et al., 1997) et/ou la phonologie à l'aide de la thérapie FIKS (Van Rijn et al., 2000), le tout dans le but d'améliorer les déficits dans la recherche de mots (Nouwens et al., 2017).

L'ensemble des thérapies évaluées sont intensives (45-60 minutes/séance, 5-7 jours/semaine). La durée du traitement varie toutefois d'une étude à l'autre (entre deux et quatre semaines). Le profil des participants est également différent d'une étude à l'autre. Par exemple, dans une étude, les participants ont un AVC léger à modéré (Mattioli et al., 2014), dans une autre, léger à sévère (Høeg Dembrower et al., 2017). De même, dans une étude, les participants ont une aphasie légère à modérée (Mattioli et al., 2014), dans une autre, près de la moitié présente une aphasie sévère (Nouwens et al., 2017).

Tableau 2 – Caractéristiques des études sur l’efficacité de thérapies individuelles à composantes mixtes

Auteurs / Pays / devis	Nombre de participants	Temps depuis AVC	Type / sévérité AVC ^a	Type / sévérité aphasie ^b	Groupe Intervention	Groupe Témoin	Catégories d’effet mesurées
Höeg Dembrower et al. (2017) Suède ECR	N = 90 patients à l'hôpital ^c	± 2 jrs	100% ischémique	38% Wernicke 30% Broca 20% les deux 12 infarctus non visible	n = 47 <i>Language enriched therapy</i> (LET) 45 min/séance, 5 jrs/sem, 3 sem	n = 43 Programme usuel de réadaptation, sans thérapie en orthophonie	<ul style="list-style-type: none"> • Communication sociale
			Léger à sévère	Sévérité : n/d			
Mattioli et al. (2014) Italie ECR	N = 12 patients à l'hôpital	2 jrs en moyenne	Type : n/d	67% Broca 25% anomique 8% Wernicke	n = 6 Thérapie ciblant compréhension verbale (mots, phrases) et recherche lexicale/dénomination 60 min/séance, 5 jrs/sem, 2 sem	n = 6 Aucune thérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Dénomination • Fluence verbale • Répétition • Écriture • Compréhension écrite • Compréhension orale
			75% léger 25% léger modéré	Légère à modérée			
Nouwens et al. (2017) Pays-Bas ECR	N = 152 patients à l'hôpital ou en CR	12 jrs en moyenne	80% ischémique 20% hémorragique	Type : n/d	n = 80 Traitement cognitif linguistique, orienté vers la sémantique (programme BOX) et/ou la phonologie (programme FIKS) 60 min/jr, 7 jrs/sem, 4 sem	n = 72 Aucune thérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Dénomination • Fluence verbale • Communication sociale • Répétition • Compréhension orale • Qualité de vie • Niveau d’indépendance
			Sévérité : n/d	51% légère-modérée 49% sévère			

CR = Centre de réadaptation; ECR = Essai contrôlé randomisé

^a Sévérité de l’AVC mesurée à l’aide du *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), et classifiée selon les seuils habituels de l’outil (pour plus de détails, voir document du [MSSS](#) publié en 2019, p. 11).

^b Nouwens et al. (2017) : sévérité de l’aphasie mesurée à l’aide du *Aphasia Severity Rating Scale* (ASRS), et classifiée selon les seuils rapportés dans l’article. Mattioli et al. (2014) : mesure utilisée non rapportée

^c Taille de l’échantillon initial : N = 118 patients. Sont toutefois exclus des analyses 28 patients dont les aires cérébrales touchées se situent en dehors des aires de Wernicke et Broca.

D'après les résultats d'une étude, les patients ayant suivi une thérapie individuelle intensive – à composantes mixtes – performant mieux en écriture que ceux n'ayant reçu aucun traitement orthophonique (Mattioli et al., 2014).

L'effet de ce type de thérapie sur l'habileté de dénomination varie d'une étude à l'autre. Dans une étude, les participants ayant reçu l'intervention ont mieux performé que ceux n'ayant reçu aucune intervention (Mattioli et al., 2014). Dans l'autre, aucune différence n'est observée (Nouwens et al., 2017). Le profil différent des deux échantillons pourrait expliquer en partie cette variation, la première étude étant composée exclusivement de patients avec une aphasie légère à modérée ; l'autre, de patients ayant les trois degrés de sévérité (léger, modéré, sévère).

L'effet de ce type de thérapie sur la communication sociale varie également d'une étude à l'autre. Dans une étude, les résultats diffèrent selon le type d'aphasie (Wernicke, Broca, les deux ou infarctus non visible). Seuls les participants avec une aphasie de Wernicke présentent de meilleurs résultats à la fin du traitement (Höeg Dembrower et al., 2017). Dans une autre étude, les participants ayant reçu l'intervention n'ont pas mieux performé que ceux n'ayant reçu aucun traitement (Nouwens et al., 2017). Les résultats de cette étude sont toutefois tous types d'aphasie confondus.

Enfin, d'après les trois études, les thérapies individuelles intensives – à composantes mixtes – ne produisent pas de meilleurs résultats que l'absence de traitement orthophonique pour les habiletés langagières suivantes :

- Fluence verbale (Mattioli et al., 2014; Nouwens et al., 2017) ;
- Répétition (Mattioli et al., 2014; Nouwens et al., 2017) ;
- Compréhension écrite (Mattioli et al., 2014) ;
- Compréhension orale (Mattioli et al., 2014; Nouwens et al., 2017) ;
- Compréhension générale (Nouwens et al., 2017).

En dehors des habiletés langagières, une étude a mesuré l'effet de la thérapie sur la qualité de vie des personnes aphasiques et leur niveau d'indépendance (Nouwens et al., 2017). Aucun effet n'a toutefois été observé.

Ces résultats d'efficacité doivent être interprétés avec précaution en raison des limites méthodologiques retrouvées dans les études (pour une liste détaillée, voir dernière colonne du tableau de l'[Annexe 4](#)). L'une des plus importantes concerne l'observance du traitement. Dans deux études, aucune information n'est rapportée à ce sujet (Höeg Dembrower et al., 2017; Mattioli et al., 2014). On ne sait donc pas si l'intervention évaluée s'est déroulée comme prévu. Dans une autre étude, seulement 29 % des participants du groupe Intervention ont reçu les 28 heures de thérapie prescrites (60 minutes/séance, 7 jours/semaine, pendant 4 semaines) (Nouwens et al., 2017). En outre, la petite taille de l'échantillon dans une étude – et la faible puissance statistique qui en découle – pourrait expliquer plusieurs résultats non significatifs (Mattioli et al., 2014). Par ailleurs, seule une étude évalue l'efficacité de l'intervention selon les types d'aphasie (Höeg Dembrower et al., 2017). Comme le suggère cette étude, les effets des

interventions ne sont pas forcément les mêmes d'un type d'aphasie à l'autre. En les regroupant, cela risque de diluer les effets.

CONSTATS

Durant le premier mois post-AVC, quels sont les effets des thérapies individuelles à composantes mixtes ?

D'après les résultats des trois études, les effets de ces thérapies peuvent varier selon la sévérité et le type d'aphasie (Wernicke, Broca ou autres).



Effet positif

- Écriture : aphasie légère à modérée



Effets variables

- Dénomination
 - Effet positif : aphasie légère à modérée
 - Aucun effet : toutes sévérités confondues
- Communication sociale :
 - Effet positif : aphasie de Wernicke
 - Aucun effet : tous types d'aphasie confondus



Aucun effet

- Fluence verbale
- Répétition
- Compréhension (écrite, orale, générale)
- Qualité de vie
- Niveau d'indépendance



Effets inconnus

- Discours
- Sévérité de l'aphasie

Les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de certaines limites méthodologiques, dont :

- L'inobservance du traitement dans une étude;

- Une incertitude quant à l'observance du traitement dans deux études;
- La petite taille de l'échantillon dans une étude;
- L'évaluation des effets tous types d'aphasie confondus dans deux études.

Thérapie par contrainte induite (TCI)

Trois études évaluent les effets de la thérapie par contrainte induite (voir Tableau 3). Deux d'entre elles sont des essais contrôlés randomisés (ECR), soit le devis le plus robuste pour mesurer l'efficacité d'une intervention (Ciccone et al., 2016; Woldag et al., 2017). Une autre est une étude expérimentale sans répartition aléatoire (EESRA) (Carpenter et Cherney, 2016). Pour cette dernière, les participants du groupe Témoin ne répondaient pas aux critères de sélection du Tableau 1. Leurs résultats ont donc été exclus de la présente synthèse. Il en est de même pour un participant du groupe Intervention.

La thérapie par contrainte induite est axée sur l'expression orale. Se déroulant en groupe (de deux à quatre participants selon l'étude), elle suit le même protocole, quelle que soit la nature ou la sévérité des déficits de chacun. Lors des séances, les participants d'un même groupe sont séparés par une barrière visuelle afin qu'aucun ne puisse se voir. De cette manière, les participants sont contraints de communiquer verbalement entre eux et ne peuvent pas utiliser d'autres formes de communication, telles que les gestes ou l'écriture. Des cartes imagées sont distribuées aux participants. Elles peuvent représenter un objet de la vie quotidienne, une situation ou une personne. Chaque carte a son double. À tour de rôle, les participants doivent demander si la ou les personnes de leur groupe détiennent l'item figurant sur sa carte. Les autres doivent alors répondre verbalement à sa requête par l'affirmative, la négative ou par une demande de clarification. Les requêtes et les réponses peuvent être des mots, des phrases, une description, etc. Afin d'augmenter le niveau de complexité, l'inclusion du nom des participants dans la phrase, l'ajout d'adjectifs et des marques de politesse peuvent être demandés, selon les habiletés de chaque participant.

Dans l'ensemble des études, la fréquence des séances est la même (cinq jours par semaine). Leur durée varie toutefois d'une étude à l'autre (de 45 minutes à trois heures). Il en est de même pour la durée du traitement (de deux à cinq semaines). Quant aux profils des participants, il est difficile de se prononcer sur leurs similitudes ou leurs différences, une seule étude rapportant le niveau de sévérité de l'AVC (Ciccone et al., 2016).

Tableau 3 – Caractéristiques des études sur l’efficacité de la thérapie par contrainte induite (TCI)

Auteurs / Pays / devis	Nombre de participants	Temps depuis AVC	Type / sévérité AVC ^a	Type / sévérité aphasie ^b	Groupe Intervention	Groupe Témoin	Catégories d’effet mesurées
Carpenter et Cherney (2016) États-Unis EESRA	N = 4 sur 9 patients hospitalisés ^c	18,5 jrs en moyenne	100% ischémique	1 conduction 3 Broca + apraxie (dont 2 avec une compréhension réduite)	n = 4 TCI : 60 min/séance, 5 jrs/sem, 2 sem + Traitement usuel : séances individuelles adaptées aux besoins du patient Environ 60 min/ séance, 5-6 jrs/sem	Exclu de la présente revue ^d	<ul style="list-style-type: none"> • Dénomination • Répétition • Lecture à haute voix
			Sévérité : n/d	1 modérée 1 modérée-sévère 2 sévère			
Ciccone et al. (2016) Australie ECR	N = 20 patients à l'hôpital	Moyenne : 6 jrs Gr Intervention 5 jrs Gr Témoin	90% ischémique 10% hémorragique	15% anomique 20% Broca 20% Wernicke 30% globale 15% autre	n = 12 TCI : 45-60 min/ séance, 5 jrs/sem, 4-5 sem	n = 8 Thérapie individuelle usuelle : <i>cued naming</i> et selon besoins: <i>semantic feature analysis (SFA), lexical semantic (BOX) therapy, phonological feature mapping, etc.</i> Durée/intensité : identique au Gr Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Discours • Sévérité aphasie • Qualité de vie
			5% léger 15% modéré 45% modéré-sévère 35% sévère	35% légère 25% modérée 40% sévère			
Woldag et al. (2017) Allemagne ECR	N = 60 patients en CR	19 jrs en moyenne	78% ischémique 22% hémorragique	25% globale 35% Wernicke 13% Broca 20% amnésique 7% autres	G1 : n = 20 TCI : 3h/séance, 5 jrs/sem, 2 sem G2 : n = 20 Thérapie de groupe usuelle : 3-4 patients, tous types de communication permis (incluant support mutuel) 3h/séance, 5 jrs/sem, 2 sem	n = 20 Thérapie individuelle : adaptées aux déficits du patient 30 min/séance, 2 séances/jr, 5 jrs/sem, 2 sem + Thérapie de groupe : identique au G2, mais moins intensive 1h/séance, 2jrs/sem, 2 sem	<ul style="list-style-type: none"> • Dénomination • Communication sociale • Répétition • Écriture • Compréhension orale • Sévérité aphasie
			Sévérité : n/d	Sévérité : n/d			

CR = Centre de réadaptation; ECR = Essai contrôlé randomisé; EESRA = Étude expérimentale sans répartition aléatoire.

^a Sévérité de l’AVC mesurée à l’aide du *modified Rankin Scale* (mRS), et classifiée selon les seuils habituels de l’outil (voir détails à [Stroke Engine](#)).

^b Ciccone et al. (2016) : sévérité de l’aphasie mesurée à l’aide du *Western Aphasia Battery* (WAB) et classifiée selon les seuils rapportés dans l’article. Carpenter et Cherney (2016) : mesure utilisée non rapportée.

^c Cinq participants ont été exclus de la présente revue ne répondant pas aux critères de sélection du Tableau 1 (TCC et/ou plus de 4 semaines post-AVC).

^d L’étude comprend un groupe témoin (traitement usuel seulement) constitué toutefois de participants ne répondant pas aux critères de la présente revue (TCC et/ou plus de 4 semaines post-AVC)

Dans une première étude, la majorité des participants (3 sur 4) ont obtenu de meilleurs résultats aux tests de dénomination et de lecture de mots à haute voix, après avoir suivi la thérapie par contrainte induite (Carpenter et Cherney, 2016). Seule la moitié (2 sur 4) s'est améliorée au test de répétition (mots et phrases). Les résultats aux tests de lecture de phrase à haute voix sont quant à eux contradictoires. Lorsque cette habileté est mesurée à l'aide du *Naming and Oral Reading for Language in Aphasia* (NORLA-6), la majorité des participants (3 sur 4) se sont améliorés. Lorsqu'elle est plutôt mesurée à l'aide du *Boston Diagnostic Aphasia Evaluation* (BDAE), un seul participant présente une amélioration (Carpenter et Cherney, 2016). L'ensemble de ces résultats sont toutefois de nature descriptive et concernent la situation de seulement quatre patients. On ne peut donc pas s'appuyer sur cette étude pour tirer des conclusions sur l'efficacité de la thérapie par contrainte induite.

Dans deux autres études, seule une version plus intensive de la thérapie par contrainte induite (trois heures par séance, cinq jours par semaine) a produit un effet positif (Woldag et al., 2017). Plus précisément, la qualité de la communication – et non la quantité – s'est avérée plus grande comparativement à ceux ayant reçu une thérapie de groupe conventionnelle de même intensité/durée ou une thérapie individuelle et de groupe d'intensité/durée moindre. Aucune amélioration n'a été observée aux autres habiletés de langage et de communication :

- Discours (Ciccone et al., 2016) ;
- Dénomination et répétition (Woldag et al., 2017) ;
- Écriture (Woldag et al., 2017) ;
- Compréhension orale (Woldag et al., 2017) ;
- Sévérité de l'aphasie (Ciccone et al., 2016; Woldag et al., 2017).

En dehors de ces habiletés, une étude a mesuré l'effet de la thérapie par contrainte induite sur la qualité de vie des personnes aphasiques (Ciccone et al., 2016). Aucun effet n'a toutefois été observé.

Ces résultats d'efficacité doivent être interprétés avec précaution en raison des limites méthodologiques retrouvées dans les études (pour une liste détaillée, voir dernière colonne du tableau de l'[Annexe 4](#)). À ce titre, soulignons entre autres la très petite taille de l'échantillon et la nature des résultats (descriptifs) dans la première étude (Carpenter et Cherney, 2016). Soulignons également la petite taille de l'échantillon dans la deuxième étude (Ciccone et al., 2016). Plus la taille de l'échantillon est petite, plus il est difficile de détecter des effets. En outre, bien que la qualité méthodologique de la troisième étude soit supérieure, aucune information sur l'observance du traitement n'est donnée (Woldag et al., 2017). On ne sait donc pas si l'intervention évaluée s'est déroulée comme prévu. Par ailleurs, dans les deux études comparatives (Ciccone et al., 2016; Woldag et al., 2017), les participants des groupes Témoin reçoivent – eux aussi – une intervention intensive. Concrètement, dans l'une de ces études, la durée/fréquence des séances est exactement la même que celles du groupe Intervention (Ciccone et al., 2016). Dans l'autre, elle est moindre, mais demeure tout de même élevée (1h/jour, 5 jours/semaine) (Woldag et al., 2017). On ne sait pas toutefois si la thérapie par contrainte induite produit de meilleurs résultats qu'un traitement de faible intensité ou l'absence de traitement. Enfin, aucune étude n'évalue l'efficacité de cette thérapie selon les types d'aphasie.

CONSTATS

Durant le premier mois post-AVC, quels sont les effets de la thérapie par contrainte induite (TCI) ?

D'après les résultats de deux études⁵, les effets de cette thérapie peuvent varier légèrement selon l'intensité et la durée du traitement.

Intensité très élevée / durée moins élevée

3 heures par séance, 5 jours par semaine, pendant 2 semaines



Effet positif

- Qualité de la communication



Aucun effet

- Quantité de la communication
- Dénomination / répétition
- Écriture
- Compréhension orale
- Sévérité de l'aphasie

Intensité moins élevée / durée plus élevée

45 à 60 minutes par séance, 5 jours par semaine, pendant 4 à 5 semaines



Aucun effet

- Discours
- Sévérité de l'aphasie
- Qualité de vie

Toutes intensités / durées



Effets inconnus

- Fluence verbale
- Compréhension écrite

⁵ Les résultats descriptifs des quatre participants issus de la première étude sont exclus de l'encadré en raison de leur caractère anecdotique.

Les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de certaines limites méthodologiques, dont :

- La petite taille de l'échantillon dans une étude;
- Une incertitude quant à l'observance du traitement dans une étude;
- Aucune comparaison avec un traitement de faible intensité ou l'absence de traitement, dans les deux études;
- L'évaluation des effets tous types d'aphasie confondus dans les deux études.

Melodic intonation therapy (MIT) modifiée

Une seule étude évalue les effets d'une version modifiée de la *Melodic Intonation Therapy* (MIT) (Conklyn et al., 2012). Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé (ECR), soit le devis le plus robuste pour mesurer l'efficacité d'une intervention (voir Tableau 4).

La *Melodic Intonation Therapy* est un traitement par étapes, où l'on combine la mélodie avec des mots et des phrases. Concrètement, le patient est appelé à chanter pour faciliter la production de parole. Dans le cadre du protocole modifié, le patient chante des phrases complètes dès le début du traitement. Lors de la première séance, une seule phrase est travaillée (« J'ai besoin d'un verre d'eau »). Le thérapeute musical introduit cette phrase au patient en la lisant une fois. Par la suite, le patient n'entend la phrase que dans une forme chantée et doit la chanter à son tour chanter. Le thérapeute l'assiste en tapant des mains pour donner le rythme. Lors de la deuxième séance, le thérapeute détermine s'il est approprié d'introduire une deuxième phrase ; lors de la troisième séance, une troisième phrase, etc. Le protocole prévoit jusqu'à cinq séances. Toutefois, dans le cadre de l'étude, les résultats de seulement deux séances ont pu être analysés. Chaque séance dure entre 10 et 15 minutes.

Tableau 4 – Caractéristiques de l'étude sur l'efficacité de la Melodic Intonation Therapy (MIT) modifiée

Auteurs / Pays / devis	Nombre de participants	Temps depuis AVC	Type / sévérité AVC	Type / sévérité aphasie	Groupe Intervention	Groupe Témoin	Catégories d'effet mesurées
Conklyn et al. (2012) États-Unis ECR	N = 30 patients hospitalisés (unités de neurologie)	Moyenne : 4 jrs Gr Intervention 6 jrs Gr Témoin ^a	n/d	100% Broca Sévérité : n/d	n = 16 <i>Melodic intonation therapy</i> (MIT) modifiée 2 séances de 10-15 min, moins de 2 jrs d'intervalle entre les séances	n = 14 Aucune thérapie Discussion avec les participants sur leurs incapacités, types de traitement, résultats escomptés et risques associés à leur condition 2 séances de 10-15 min, moins de 2 jrs d'intervalle entre les séances	<ul style="list-style-type: none"> • Discours • Répétition

ECR = Essai contrôlé randomisé

^a Trois valeurs extrêmes sont exclues du calcul.

D'après la seule étude recensée, la *Melodic Intonation Therapy* (MIT) modifiée ne produit pas de meilleurs résultats que l'absence de traitement orthophonique au test de répétition (Conklyn et al., 2012). Pour le discours des participants, l'effet de la thérapie varie selon le temps de mesure post traitement. À la fin de la première séance, aucune différence n'est observée entre les patients des deux groupes. Toutefois, au moment de débiter la deuxième séance, les patients recevant la MIT ont de meilleurs résultats que ceux ne recevant aucun traitement (Conklyn et al., 2012). Deux hypothèses pourraient expliquer cette situation. D'un côté, il est possible qu'une première séance de MIT aide les patients dans leur discours, mais que cet effet soit différé dans le temps et non immédiat. D'un autre côté, l'observation de meilleurs résultats au début de la deuxième séance pourrait être attribuable à la récupération spontanée de certains participants et non pas à la MIT.

Les autres habiletés langagières et de communication, de même que la qualité de vie des patients, n'ont pas été évaluées dans la seule étude recensée. Par ailleurs, puisque l'étude a été menée exclusivement auprès de patients souffrant de l'aphasie de Broca, les résultats ne peuvent pas être généralisés aux autres types d'aphasie.

Les résultats rapportés dans cette étude doivent être interprétés avec précaution en raison de certaines limites méthodologiques (pour une liste détaillée, voir dernière colonne du tableau de l'[Annexe 4](#)). À ce titre, soulignons notamment l'inobservance du traitement. En raison de conflits d'horaire et du court séjour de plusieurs patients, seulement quatre participants ont reçu plus de deux séances. Les résultats auraient pu être totalement différents si l'ensemble des participants avaient reçu les cinq séances prévues dans le protocole.

CONSTATS

Durant le premier mois post-AVC, quels sont les effets de la *Melodic Intonation Therapy* (MIT) modifiée ?

Les connaissances sur ce type de thérapie sont très limitées. D'après la seule étude recensée, menée auprès de patients souffrant d'aphasie de Broca :



Effet incertain

- Discours



Aucun effet

- Répétition



Effets inconnus

- Dénomination
- Fluence verbale
- Communication sociale

- Écriture
- Compréhension (écrite, orale, générale)
- Sévérité de l'aphasie
- Qualité de vie

Les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de certaines limites méthodologiques, dont l'impossibilité de respecter le protocole prévu initialement.

Intensité et dosage du traitement

Trois études évaluent l'efficacité de thérapies intensives à dosage élevé (voir Tableau 5)⁶. Contrairement aux études précédentes, ces dernières ne visent pas à mesurer les effets d'un type de thérapie en particulier. D'ailleurs, dans deux de ces études, les participants du groupe Intervention n'ont pas tous reçu le même traitement. Plus précisément, dans la première étude, certains recevaient la thérapie par contrainte induite, alors que d'autres recevaient une thérapie individuelle à composantes mixtes (Godecke et al., 2014). Dans la seconde étude, les composantes du traitement étaient déterminées à la discrétion du thérapeute ou prescrites par un comité externe d'experts, dépendamment du participant (Godecke et al., 2021). Quel que soit le type de thérapie reçu, l'intensité et le dosage étaient identiques.

Globalement, les patients de ces trois études ont reçu cinq séances par semaine de plus ou moins 60 minutes (intensité : ± 5 heures/semaine), et ce, pendant plus ou moins quatre semaines (dosage : ± 20 heures).

⁶ Rappel : le concept *intensité* renvoie au nombre d'heures de traitement par semaine; le concept *dosage*, au nombre total d'heures de traitement.

Tableau 5 – Caractéristiques des études sur l'efficacité des thérapies intensives à dosage élevé

Auteurs / Pays / devis	Nombre de participants	Temps depuis AVC	Type / sévérité AVC ^a	Type / sévérité aphasie ^b	Groupe Intervention	Groupe Témoin	Catégories d'effet mesurées
Godecke et al. (2012) Australie ECR	N = 59 patients à l'hôpital	3 jrs en moyenne	90% ischémique 10% hémorragique	n/d	n = 32 Description d'images et selon besoins : <i>lexical semantic (BOX) therapy, mapping</i> et/ou <i>semantic feature analysis (SFA)</i> 30-80 min/séance, 5 jrs/sem, 4 sem (max 26,5h au total)	n = 27 Services usuels : 85% aucune thérapie Sinon, même thérapie que Gr Intervention, mais de moindre intensité 14 min/sem tous patients confondus	<ul style="list-style-type: none"> • Discours • Communication sociale • Sévérité aphasie
			9% léger 25% modéré 24% modéré-sévère 42% sévère	10% légère 31% modérée 59% sévère			
Godecke et al. (2014) Australie EESRA	N = 47 patients à l'hôpital	Moyenne : 6 jrs Gr Intervention	89% ischémique 11% hémorragique	n/d	n = 20 Thérapie de groupe (TCI) <u>ou</u> individuelle : <i>semantic feature analysis (SFA), cued naming therapy, lexical semantic (BOX) therapy, mapping</i> et/ou <i>phonological feature therapy</i> 45-60 min/séance, 5 jrs/sem, 4-5 sem (total 15-20h)	n = 27 Services usuels Même que Godecke et al. (2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Discours • Sévérité aphasie
		3 jrs Gr Témoin	4% léger 15% modéré 36% modéré-sévère 45% sévère	21% légère 21% modérée 58% sévère			
Godecke et al. (2021) Australie / Nouvelle-Zélande ECR	N = 245 patients à l'hôpital	2 sem ou moins pour 91% des participants (médiane 9 jrs)	n/d	n/d	n = 164 Services usuels + thérapies additionnelles selon besoins, à la discrétion du thérapeute <u>ou</u> Services usuels + thérapies prescrites par comité externe d'experts, selon besoins 45-60 min/séance, 4-5h/sem, 4-5 sem (total 15-20h)	n = 81 Services usuels : Traitement individualisé, à la discrétion du thérapeute. Peut varier d'un patient à l'autre, et d'un site à l'autre (type de thérapie, fréquence des séances, etc.) Moyenne : 2,3h/sem, 9,5h sur 28 jrs	<ul style="list-style-type: none"> • Discours • Dénomination • Sévérité aphasie • Qualité de vie
			9% léger 91% modéré à sévère	29% légère 30% modérée 41% sévère			

ECR = Essai contrôlé randomisé; EESRA = Étude expérimentale sans répartition aléatoire; TCI = Thérapie par contrainte induite

^a Sévérité de l'AVC mesurée à l'aide du *modified Rankin Scale* (mRS), et classifiée selon les seuils habituels de l'outil (voir détails à [Stroke Engine](#)).

^b Sévérité de l'aphasie mesurée à l'aide du Western Aphasia Battery (WAB), et classifiée selon les seuils rapportés dans l'article.

D'après ces trois études, les effets des thérapies intensives à dosage élevé varient selon le temps de mesure. Immédiatement après avoir suivi la thérapie, les patients présentent de meilleurs résultats que ceux recevant les services orthophoniques usuels, du moins pour les mesures suivantes :

- Discours (Godecke et al., 2014; Godecke et al., 2012) ;
- Communication sociale (Godecke et al., 2012) ;
- Sévérité de l'aphasie (Godecke et al., 2014; Godecke et al., 2012).

Au suivi de 3 mois (Godecke et al., 2021), aucune différence n'est toutefois observée entre les deux groupes pour les mesures suivantes :

- Discours ;
- Dénomination ;
- Sévérité de l'aphasie.

De même, au suivi de 6 mois, aucune différence n'est observée entre les deux groupes pour les mesures suivantes :

- Discours (Godecke et al., 2021; Godecke et al., 2014; Godecke et al., 2012) ;
- Dénomination (Godecke et al., 2021) ;
- Communication sociale (Godecke et al., 2012).

Quant à la sévérité de l'aphasie au suivi de 6 mois, seule une des trois études observe une différence entre les deux groupes, et ce, en faveur du groupe Intervention (Godecke et al., 2014).

En dehors des habiletés langagières et de communication, l'une des trois études a mesuré l'effet de ce type de thérapie (intensive et à dosage élevé) sur la qualité de vie des personnes aphasiques (Godecke et al., 2021). Malheureusement, aucun effet n'est observé aux suivis de 3 mois et 6 mois. L'étude n'évalue pas toutefois si ce type de thérapie a un effet sur la qualité de vie des patients immédiatement après l'avoir complétée.

Les résultats d'efficacité doivent être interprétés avec précaution en raison des limites méthodologiques retrouvées dans les trois études (pour une liste détaillée, voir dernière colonne du tableau de l'[Annexe 4](#)). Une limite méthodologique importante est l'hétérogénéité des thérapies données dans le groupe Intervention. Bien que l'objectif des auteurs n'est pas d'évaluer un type de thérapie en particulier, les différentes thérapies n'ont pas forcément la même efficacité. On peut donc difficilement statuer sur l'intensité et le dosage à privilégier sans tenir compte également du type de thérapie donné.

Également, les résultats aux temps de suivi (3 mois et 6 mois) doivent être interprétés avec grandes précautions. En effet, durant la période de suivi, aucun contrôle n'était effectué sur les services orthophoniques donnés aux patients. Le type de thérapie, l'intensité et le dosage reçu pouvaient varier d'un patient à l'autre. Les patients du groupe Témoin pourraient donc, par exemple, avoir reçu de « meilleurs » traitements orthophoniques que ceux du groupe Intervention, ce qui aurait pour effet de diminuer l'écart entre les deux groupes, observé initialement après le traitement.

En outre, aucune étude n'évalue l'efficacité des thérapies intensives à dosage élevé selon les types d'aphasie. Enfin, puisqu'une minorité de participants ont subi un AVC léger (moins de 10 %), on ne peut pas généraliser les présents résultats aux patients ayant subi un AVC est de cette sévérité.

CONSTATS

Durant le premier mois post-AVC, quels sont les effets des thérapies intensives à dosage élevé ?

D'après les résultats des trois études, ces thérapies produisent certains effets immédiats qui ne semblent pas toutefois se maintenir dans le temps. En raison des limites méthodologiques soulevées, cette tendance a besoin d'être clarifiée.

À la fin de la thérapie



Effets positifs

- Discours
- Communication sociale
- Sévérité de l'aphasie



Effets inconnus

- Dénomination
- Fluence verbale
- Répétition
- Écriture
- Compréhension (écrite, orale, générale)
- Qualité de vie

À 3 mois et à 6 mois



Effet incertain

- Sévérité de l'aphasie



Aucun effet

- Discours
- Dénomination
- Communication sociale
- Qualité de vie



Effets inconnus

- Fluence verbale
- Répétition
- Écriture
- Compréhension (écrite, orale, générale)

Les résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de certaines limites méthodologiques observées dans les trois études, dont :

- L'hétérogénéité des thérapies données dans le groupe Intervention;
- L'absence de contrôle sur les services orthophoniques donnés durant la période de suivi, tant dans le groupe Intervention que dans le groupe Témoin;
- L'évaluation des effets tous types d'aphasie confondus.

Les résultats ne peuvent pas être généralisés aux patients aphasiques ayant subi un AVC léger.

Pratiques en orthophonie recommandées dans les guides

La deuxième question d'évaluation est la suivante : quelles pratiques en orthophonie sont recommandées pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC ?

Caractéristiques des guides de pratique

Au total, 16 guides de pratique potentiellement pertinents – sur la base du titre – ont été repérés dans les sites Web consultés (voir l'[Annexe 1](#) pour la liste complète des sites et le nombre de guides trouvés). Parmi ces derniers, 11 contiennent des recommandations sur les pratiques en orthophonie auprès des personnes aphasiques à la suite d'un AVC⁷. De ce nombre, quatre renferment des recommandations spécifiques au premier mois post-AVC⁸ (voir Tableau 6). Seuls ces quatre guides sont retenus pour répondre à la deuxième question.

La grande majorité des recommandations en orthophonie ne donnent pas d'indication précise sur le temps post-AVC. Elles s'appliquent donc – en principe – à l'ensemble du continuum de soins, dont les services

⁷ Pour rappel, la présente revue rapide ne couvre pas les pratiques d'évaluation. Seules les interventions de réadaptation en orthophonie sont traitées.

⁸ Les recommandations s'appliquant à la phase aigüe ou portant sur des interventions précoces (*early intervention*) sont considérées comme faisant partie du premier mois post-AVC. Il en est de même pour les recommandations soulignant l'importance d'avoir un accès *rapide* à telle ou telle intervention.

donnés durant le premier mois post-AVC. Puisque ces recommandations sont pertinentes pour la présente revue, mais qu'elles ne répondent pas directement à la deuxième question d'évaluation, elles seront présentées à titre informatif seulement.

Parmi les 11 guides extraits, 8 ont été évalués par l'*American Speech-Language-Hearing Association* (AHSa). De ce nombre, sept sont hautement recommandés par l'AHSa en raison de leur grande qualité (Tableau 6).

Tableau 6 – Liste des guides de pratique consultés et temporalité des recommandations sur le traitement de l’aphasie post-AVC

Organisation / Année / Pays	Titre	Avis de l’ASHA ^a	Recommandations sur le traitement de l’aphasie Temps post-AVC		
			NSP ^b	≤ 1 mois ^c	> 1 mois
Canadian Stroke Best Practices (CSBP) 2019 Canada	Canadian Stroke Best Practice recommendations. Rehabilitation and Recovery following Stroke	Guide hautement recommandé	✓	✓	
Health Quality Ontario et Ministry of Health and Long-Term Care (HQO/MHLTC) 2016 Canada	Quality-Based Procedures: Clinical Handbook for Stroke (Acute and Postacute)	Non évalué	✓	✓	
Centre for Clinical Research Excellence (CCRE) 2014 Australie	Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements	Guide hautement recommandé	✓	✓	✓
Stroke Foundation 2022 Australie / Nouvelle-Zélande	Clinical Guidelines for Stroke Management	Hautement recommandé	✓	✓	✓
American Heart Association et American Stroke Association (AHA/ASA) 2016 États-Unis	Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery	Guide hautement recommandé	✓		
Aphasia United 2014 International	Best Practice Recommendations for Aphasia	Non évalué	✓		

Organisation / Année / Pays	Titre	Avis de l'ASHA ^a	Recommandations sur le traitement de l'aphasie		
			Temps post-AVC		
			NSP ^b	≤ 1 mois ^c	> 1 mois
Canadian Stroke Best Practices (CSBP) 2022 Canada	Canadian Stroke Best Practice recommendations. Virtual Stroke Rehabilitation 7th Edition, Interim Consensus Statement 2022	Non évalué	✓		
National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2013 Royaume-Uni	Stroke rehabilitation in adults	Hautement recommandé	✓		
Royal College of Physicians (RCP) 2016 Royaume-Uni	National clinical guideline for stroke	Hautement recommandé	✓		✓
Department of Veterans Affairs et Department of Defense (VA/DoD) 2019 États-Unis	VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation	Hautement recommandé	✓		
World Stroke Organization (WSO) 2014 International	World Stroke Organization Global Stroke Services Guidelines and Action Plan	Recommandé avec réserves	✓		

^a L'*American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA) donne son avis sur les guides de pratique en se basant sur une version modifiée de la grille de critères AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*). Selon les résultats de son évaluation, elle attribue au guide la mention : hautement recommandé, recommandé avec réserves ou non recommandé.

^b Ne s'applique pas (NSP). Recommandations sur le traitement de l'aphasie sans indication sur le temps post-AVC.

^c Les recommandations dites en « phase aigüe » ou durant la « phase précoce » de traitement (*early intervention*) sont considérées comme faisant partie du premier mois.

Recommandations durant le premier mois post-AVC

Les recommandations spécifiques au traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC sont peu nombreuses et peu développées. Elles sont ici regroupées par grands thèmes, en commençant par le début des traitements.

Début des traitements en orthophonie

L'un des guides souligne l'importance de débiter les traitements en orthophonie au cours des quatre premières semaines suivant l'AVC, voire dès que le patient peut les tolérer, pour maximiser la récupération du langage (Stroke Foundation, 2022).

Cibles et types d'intervention

Dans un premier guide, on recommande des traitements en orthophonie combinés avec des thérapies par la communication, en fonction de la gravité des déficits, de même que les besoins et objectifs du patient (CSBP, 2019). Aucune précision n'est toutefois donnée sur la nature possible des déficits, besoins et objectifs. De même, aucun type de traitement ou protocole précis n'est recommandé ou contre-indiqué.

Trois autres guides soulignent l'importance d'évaluer les conséquences de l'aphasie dans les différentes sphères de vie de la personne (ex. activités fonctionnelles de tous les jours, relations, vocation, loisirs) et de les prendre en charge dès le début (CCRE, 2014; HQO, 2016; Stroke Foundation, 2022). Aucun de ces guides ne précise toutefois comment s'y prendre.

Intensité et dosage de l'intervention

Trois guides se prononcent sur l'intensité des traitements en orthophonie (nombre d'heures par semaine). Leurs recommandations sont toutefois variables :

- CSBP (2019) : le patient devrait pouvoir avoir accès rapidement à des traitements intensifs d'orthophonie.
- CCRE (2014) : le patient pourrait avoir accès à des traitements intensifs s'il peut les tolérer.
- Stroke Foundation (2022) : des séances de thérapie de 30 à 45 minutes, 2 à 3 fois par semaine, peuvent être fournies. Un nombre supérieur de séances est peu susceptible de contribuer à la récupération du langage.

Aucun guide ne se prononce sur le dosage optimal (nombre total d'heures de traitement).

Format de l'intervention

D'après un guide, les interventions peuvent être données individuellement ou en groupe (Stroke Foundation, 2022). Aucun autre format n'est discuté.

CONSTATS

Quelles pratiques en orthophonie sont recommandées pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC ?

- Il est impossible de répondre en profondeur à cette question (quatre guides seulement, recommandations peu nombreuses et peu développées).
- D'après les quelques recommandations recensées, le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC devrait :
 - Débuter dès que le patient peut le tolérer ;
 - Être axé sur la gravité des déficits de langage et de communication, mais aussi sur les différentes sphères de la vie touchées par l'aphasie (ex. activités fonctionnelles, relations, vocation, loisirs).
- Aucun type de thérapie ou protocole précis n'est recommandé ou contre-indiqué.
- L'intensité du traitement (nombre d'heures par semaine) ne fait pas consensus dans les guides. Aucun ne fait de recommandations sur le dosage (nombre total d'heures de traitement).
- Le traitement de l'aphasie peut se faire dans le cadre de rencontres individuelles ou de groupe.
- Aucun guide n'émet de recommandations sur l'utilisation de la téléadaptation au cours du premier mois post-AVC.
- Aucun guide n'émet de recommandations sur l'implication des proches et de la famille à ce stade.

Recommandations sans indication sur le temps post-AVC

Certaines recommandations dans les guides ne donnent aucune indication sur le temps post-AVC (Tableau 6). Ces recommandations s'appliquent donc, en principe, à l'ensemble du continuum de soins.

Individualisation de l'intervention

Quatre guides soulignent l'importance d'avoir une approche individualisée. Le traitement de l'aphasie doit, en effet, être adapté aux besoins spécifiques de la personne, à ses difficultés de langage et de communication (Aphasia United, 2014; CCRE, 2014; HQO, 2016; WSO, 2014).

Interventions axées sur les habiletés de langage et de communication

Six guides recommandent des interventions en orthophonie visant à améliorer les habiletés de langage et de communication (Aphasia United, 2014; CSBP, 2019; CCRE, 2014; NICE, 2013; Stroke Foundation, 2022; WSO, 2014).

Plusieurs habiletés sont ciblées dans les recommandations :

- Recherche de mots / production de mots et de phrases (CSBP, 2019; CCRE, 2014) ;
- Discours (CSBP, 2019; CCRE, 2014) ;
- Lecture (CSBP, 2019; CCRE, 2014) ;
- Écriture (CSBP, 2019; CCRE, 2014; Stroke Foundation, 2022) ;
- Compréhension écrite ou orale (de mots ou de phrases) (CSBP, 2019; CCRE, 2014; Stroke Foundation, 2022) ;
- Langage expressif en général (Stroke Foundation, 2022).

Peu de guides recommandent toutefois un type d'intervention ou un protocole en particulier. Certains soulignent que l'on peut avoir recours à la thérapie par la conversation (Aphasia United, 2014; CSBP, 2019) ou à la thérapie par contrainte induite (CSBP, 2019; CCRE, 2014). L'utilisation du verbe « pouvoir » dans ces recommandations signifie qu'il s'agit d'une possibilité et non d'une obligation.

L'utilisation d'autres méthodes de communication – non verbales – peut également être considérée :

- Gestes (CCRE, 2014; NICE, 2013) ;
- Communication alternative et augmentée (CAA) ou autres outils de soutien à la communication (ex. tablette électronique, application sur téléphone intelligent, tableau alphabétique) (Aphasia United, 2014; CSBP, 2019; CCRE, 2014; NICE, 2013; RCP, 2016).

Interventions axées sur les conséquences de l'aphasie dans les différentes sphères de vie

Au-delà des déficits de langage et de communication, un guide souligne l'importance d'examiner les conséquences de l'aphasie dans les différentes sphères de vie de la personne et de les prendre en charge dans l'ensemble du continuum de soins (ex. activités fonctionnelles de tous les jours, carrière, relations, loisirs) (CSBP, 2019). Dans un autre guide, on recommande que les orthophonistes accompagnent les personnes avec des difficultés de communication dans la reconstruction de leur identité (NICE, 2013).

Aucun de ces guides ne précise toutefois comment s'y prendre.

Intensité et dosage de l'intervention

Quatre guides se prononcent sur l'intensité des traitements en orthophonie (nombre d'heures par semaine) et leurs recommandations sont variables :

- Aphasia United (2014) : un traitement intensif doit être proposé.

- Stroke Foundation (2022) : un traitement intensif (minimum 45 minutes/séance, 5 jours/semaine) *peut* être utilisé au cours des premiers mois suivant l'AVC.
- AHA/ASA (2016) : un traitement intensif est *probablement indiqué*, mais la quantité, distribution et durée optimale du traitement ne font pas consensus.
- VA/DoD (2019) : les données probantes sont insuffisantes pour recommander ou ne pas recommander un traitement intensif pour l'aphasie.

Aucun guide ne se prononce sur le dosage optimal (nombre total d'heures de traitement).

Format de l'intervention

En plus de séances individuelles avec un orthophoniste, d'autres formats peuvent être considérés pour le traitement de l'aphasie post-AVC :

- Thérapies de groupe (incluant les groupes de conversation et de soutien (AHA/ASA, 2016; Aphasia United, 2014; CSBP, 2019; CCRE, 2014; HQO, 2016; NICE, 2013) ;
- Programmes assistés par ordinateur (sans thérapeute) (AHA/ASA, 2016; Aphasia United, 2014; CSBP, 2019; CCRE, 2014) ;
- Téléréadaptation (Aphasia United, 2014; CSBP, 2022; CCRE, 2014).

Pour la téléréadaptation, l'un des guides rappelle toutefois que la communication peut s'avérer plus complexe en rencontre virtuelle, particulièrement en présence d'une personne aphasique (CSBP, 2022).

Implication des proches et membres de la famille

L'importance d'impliquer les proches et les membres de la famille dans la démarche de réadaptation est soulignée dans huit guides (AHA/ASA, 2016; Aphasia United, 2014; CCRE, 2014; HQO, 2016; NICE, 2013; RCP, 2016; Stroke Foundation, 2022; WSO, 2014). Plus précisément, il importe de :

- Les informer sur l'aphasie et les sensibiliser à cette réalité ;
- Leur apprendre des techniques/stratégies pour communiquer avec la personne aphasique (ex. ralentir, ne pas interrompre, utiliser des accessoires pour soutenir la communication) ;
- Avoir des conversations continues avec elle.

L'implication des proches et membres de la famille est importante puisqu'elle permet notamment :

- De diminuer les barrières environnementales rencontrées par les personnes aphasiques (Stroke Foundation, 2022) ;
- D'augmenter le niveau de communication de la personne (Aphasia United, 2014; CCRE, 2014; NICE, 2013; Stroke Foundation, 2022; WSO, 2014).

BON À SAVOIR

Recommandations à portée générale (sans indication sur le temps post-AVC) d'après les guides recensés

- À la suite d'un AVC, le traitement de l'aphasie devrait :
 - Être adapté aux difficultés et besoins propres à chaque patient.
 - Être axé sur la gravité des déficits de langage et de communication, mais aussi sur les différentes sphères de la vie touchées par l'aphasie (ex. activités fonctionnelles, relations, carrière, loisirs).
- Peu de guides recommandent un type d'intervention ou un protocole en particulier. La thérapie par la conversation et la thérapie par contrainte induite peuvent être utilisées.
- L'utilisation d'autres méthodes de communication – non verbales – peut être considérée : gestes, communication alternative et augmentée (CAA) ou autres outils de soutien à la communication.
- L'intensité du traitement (nombre d'heures par semaine) ne fait pas consensus dans les guides. Aucun ne fait de recommandations sur le dosage (nombre total d'heures de traitement).
- En plus des thérapies individuelles, d'autres formats peuvent être considérés, notamment : thérapies de groupe, programmes assistés par ordinateur et télé-réadaptation.
- Les proches et les membres de la famille doivent être impliqués dans la démarche de réadaptation, et donc :
 - Être informés sur l'aphasie / sensibilisés à cette réalité ;
 - Apprendre des techniques ou stratégies pour faciliter la communication ;
 - Converser en continu avec la personne aphasique.

DISCUSSION ET CONCLUSION

La présente revue rapide visait à répondre à deux questions. D'abord, selon les études scientifiques (Q1), quelle est l'efficacité des interventions en orthophonie pour le traitement de l'aphasie durant le premier mois post-AVC ? Ensuite, dans les guides, avis, standards ou normes (Q2), quelles pratiques en orthophonie sont recommandées ? Dans l'ensemble, les données disponibles pour répondre à ces deux questions sont plutôt limitées.

Sur la question de l'efficacité (Q1), 10 études scientifiques ont été retenues. Toutes évaluent des interventions axées sur les déficits de langage et de communication (*impairment-based therapies*). Au total, quatre catégories d'intervention ont été évaluées : thérapies à composantes mixtes, thérapie par contrainte induite, *Melodic Intonation Therapy* et thérapies intensives à dosage élevé. D'après les résultats des études, les interventions pour le traitement de l'aphasie produisent quelques effets positifs. La nature et la quantité des effets observés varient toutefois d'un type de thérapie à l'autre. Il est cependant impossible à ce stade-ci de préciser, parmi l'ensemble des thérapies recensées, laquelle apparaît la plus efficace. Rappelons que, pour chaque catégorie d'intervention, les constats sur l'efficacité ne s'appuient que sur les résultats d'une à trois études. Il s'agit donc de constats préliminaires pour lesquelles d'autres études devront être réalisées pour clarifier ou valider les effets rapportés.

La quasi-totalité des études recensées ne compare pas l'efficacité des interventions selon le type et la sévérité de l'aphasie, ni la sévérité de l'AVC et le temps post-AVC. De telles comparaisons auraient permis d'identifier les profils de patients les plus susceptibles de profiter des interventions et, possiblement, de nuancer certains résultats non significatifs.

Enfin, des limites importantes à la généralisation des résultats doivent être soulevées. D'abord, certaines études incluent majoritairement des patients dont l'AVC est jugé modéré-sévère à sévère. Ceci contraste avec la clientèle ciblée dans le cadre du congé précoce assisté (AVC léger à modéré). De plus, l'ensemble des interventions ont été évaluées dans un environnement « interne » (hôpitaux ou centres de réadaptation). Aucune étude ne s'est déroulée au domicile des patients comme le prévoit le congé précoce assisté. Le lecteur doit donc interpréter les résultats de la présente revue rapide avec grandes précautions. Ces résultats auraient pu être totalement différents si les interventions avaient été réalisées auprès d'une clientèle similaire et dans un environnement comparable à celui du congé précoce assisté.

Sur la question des recommandations de pratique (Q2), seulement quatre guides répondaient aux critères de sélection et seulement quelques recommandations ont pu être extraites. Dans la grande majorité des guides, les recommandations de pratique ne donnaient pas d'indication claire sur le temps poste-AVC. Tout de même, l'analyse thématique des recommandations des quatre guides a permis de mettre en lumière deux approches de traitement ; l'une axée sur la gravité des déficits de langage et de communication (*impairment-based therapies*), l'autre sur les conséquences de l'aphasie dans les différentes sphères de vie (tâches quotidiennes, travail, relations, loisirs, etc.) pouvant nuire à la participation sociale des personnes aphasiques. Aucun guide ne précise toutefois si l'une des approches

doit prévaloir sur l'autre durant le premier mois post-AVC, ni comment s'y prendre pour les intégrer chez un même patient.

LIMITES DE LA REVUE

Outre les limites propres à chaque étude (inobservance du traitement, taille de l'échantillon, etc.), la présente revue rapide renferme aussi certaines limites. Rappelons qu'une revue rapide de la littérature permet d'avoir une réponse et des éléments de réflexion dans un court délai (trois à quatre mois), c'est pourquoi des compromis sur l'exhaustivité de la recherche doivent être faits. Dans le cadre de la présente revue, seulement quatre bases de données bibliographiques ont été consultées. Certaines études pertinentes pourraient ne pas avoir été repérées. Également, certaines étapes – réalisées en interjuge dans le cadre d'une revue systématique – ont été complétées par un seul évaluateur (évaluation de la qualité méthodologique des études, sélections et extraction des guides de pratique). La réalisation de ces étapes par un seul évaluateur peut introduire des biais dans le traitement des données (ex. extraire uniquement les résultats qui confirme son point de vue). Aussi, la force de la preuve issue des études examinées n'a pas été évaluée au moyen d'outils validés. Enfin, ce type de revue ne prévoit pas de collecte de données contextuelles (ex. données clinico-administratives), ni de collecte de données expérientielles (ex. consultations de professionnels et d'usagers). Ainsi, dans le cadre de sa réflexion sur les meilleures pratiques en orthophonie pour le traitement de l'aphasie auprès de la clientèle CPA, le demandeur devra recueillir par lui-même ce type de données.

RÉFÉRENCES

- American Heart Association et American Stroke Association (AHA/ASA). (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association (rédigé par Carolee J. Winstein et al.). *Stroke*, 47, e98-e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>
- Aphasia United. (2014). *Best Practice Recommendations for Aphasia*. Queensland, Australie: The University of Queensland. 4 p. <https://shrs.uq.edu.au/files/127/Aphasia-recommendations-English.pdf>
- 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). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000425.pub4>
- Canadian Stroke Best Practices (CSBP). (2019). *Canadian Stroke Best Practice recommendations. Rehabilitation, Recovery and Community Participation following Stroke . Part One: Rehabilitation and Recovery following Stroke* (rédigé par Robert Teasell et al.). Toronto, Ontario: Heart & Stroke Foundation. 127 p. <https://heartstrokeprod.azureedge.net/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation-nov2019/2019-csbpr6-rehabrecovery-module-eng-final-dec2019.ashx?rev=6fc39eda240543eb8a1dcf1a6d410a4b>
- Canadian Stroke Best Practices (CSBP). (2022). *Canadian Stroke Best Practice recommendations. Virtual Stroke Rehabilitation 7th Edition, Interim Consensus Statement 2022*. Toronto, Ontario: Heart and Stroke Foundation 28 p. <https://heartstrokeprod.azureedge.net/-/media/1-stroke-best-practices/rehabilitation/csbpr7-virtual-stroke-rehabilitation-en-2022.ashx>
- Carpenter, J. et Cherney, L. R. (2016). Increasing aphasia treatment intensity in an acute inpatient rehabilitation programme: a feasibility study. *Aphasiology*, 30(5), 542-565. <https://doi.org/10.1080/02687038.2015.1023695>
- Centre for Clinical Research Excellence (CCRE). (2014). *Aphasia Rehabilitation Best Practice Statements 2014. Comprehensive supplement to the Australian Aphasia Rehabilitation Pathway*. Brisbane, Australie: CCRE. 49 p. <http://www.aphasiapathway.com.au/flux-content/aarp/pdf/Aphasia-Rehabilitation-Best-Practice-Statements-15042015-COMPREHENSIVE-BMJ-Suppl-file-b.pdf>
- Ciccone, N., West, D., Cream, A., Cartwright, J., Rai, T., Granger, A., Hankey, G. J. et Godecke, E. (2016). Constraint-induced aphasia therapy (CIAT): a randomised controlled trial in very early stroke rehabilitation. *Aphasiology*, 30(5), 566-584. <https://doi.org/10.1080/02687038.2015.1071480>
- Conklyn, D., Novak, E., Boissy, A., Bethoux, F. et Chemali, K. (2012). The effects of modified melodic intonation therapy on nonfluent aphasia: a pilot study. *J Speech Lang Hear Res*, 55(5), 1463-1471. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012/11-0105\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012/11-0105))
- Davis, G. A. (2011). *Aphasia Therapy Guide*. National Aphasia Association. <https://www.aphasia.org/aphasia-resources/aphasia-therapy-guide/>
- Department of Veterans Affairs et Department of Defense (VA/DoD). (2019). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Stroke Rehabilitation*. Washington DC, États-Unis: VA/DoD. 170 p. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/>
- Edmonds, L. A. et Morgan, J. (2022). Two-Year Longitudinal Evaluation of Community Aphasia Center Participation on Linguistic, Functional Communication, and Quality of Life Measures Across People With a Range of Aphasia Presentations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(5S), 2378-2394. https://doi.org/doi:10.1044/2022_AJSLP-21-00308
- Flowers, H. L., Silver, F. L., Fang, J., Rochon, E. et Martino, R. (2013, 2013/05/01/). The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic

- stroke. *Journal of Communication Disorders*, 46(3), 238-248. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2013.04.001>
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (Cœur + AVC). (2017). *Les mille facettes de l'AVC. Les défis et les succès du rétablissement chez les gens de tous âges. Bulletin sur l'AVC 2017*. Toronto, Ontario: C. AVC. 16 p. <https://heartstrokeprod.azureedge.net/-/media/pdf-files/canada/stroke-report/hsf-stroke-report-2017-fr.ashx?la=fr-ca&rev=76696eaae5b1407abf8989a46aae062b>
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L. et Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>
- Godecke, E., Armstrong, E., Rai, T., Ciccone, N., Rose, M. L., Middleton, S., Whitworth, A., Holland, A., Ellery, F., Hankey, G. J., Cadilhac, D. A. et Bernhardt, J. (2021). A randomized control trial of intensive aphasia therapy after acute stroke: The Very Early Rehabilitation for SpEech (VERSE) study. *International Journal of Stroke*, 16(5), 556-572. <https://doi.org/10.1177/1747493020961926>
- Godecke, E., Ciccone, N. A., Granger, A. S., Rai, T., West, D., Cream, A., Cartwright, J. et Hankey, G. J. (2014). A comparison of aphasia therapy outcomes before and after a Very Early Rehabilitation programme following stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(2), 149-161. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12074>
- Godecke, E., Hird, K., Lalor, E. E., Rai, T. et Phillips, M. R. (2012). Very Early Poststroke Aphasia Therapy: A Pilot Randomized Controlled Efficacy Trial. *International Journal of Stroke*, 7(8), 635-644. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00631.x>
- Grönberg, A., Henriksson, I., Stenman, M. et Lindgren, A. G. (2022). Incidence of Aphasia in Ischemic Stroke. *Neuroepidemiology*, 56(3), 174-182. <https://doi.org/10.1159/000524206>
- Guarna, F. et Charbonneau, N. (2018). *Le congé précoce assisté (CPA) pour les usagers ayant subi un AVC léger à modéré: clientèle montréalaise*. Forum sur les meilleures pratiques : usagers, CHSLD et soutien à domicile, Centre des congrès de Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-usagers-chsld-sad/19-CIUSSS-COIM.pdf>
- Hamel, C., Michaud, A., Thuku, M., Affengruber, L., Skidmore, B., Nussbaumer-Streit, B., Stevens, A. et Garritty, C. (2020). Few evaluative studies exist examining rapid review methodology across stages of conduct: a systematic scoping review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 126, 131-140. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.027>
- Hamel, C., Michaud, A., Thuku, M., Skidmore, B., Stevens, A., Nussbaumer-Streit, B. et Garritty, C. (2021, 2021/01/01/). Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 129, 74-85. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.041>
- Health Quality Ontario et Ministry of Health and Long-Term Care (HQO/MHLTC). (2016). *Quality-based procedures: clinical handbook for stroke (acute and postacute)*. Toronto, Ontario: HQO. 132 p. <https://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/evidence/clinical-handbooks/qbp-stroke-20180301-en.pdf>
- Höeg Dembrower, K. E., von Heijne, A., Laska, A. C. et Laurencikas, E. (2017). Patients with aphasia and an infarct in Wernicke's area benefit from early intensive speech and language therapy. *Aphasiology*, 31(1), 122-128. <https://doi.org/10.1080/02687038.2016.1160360>
- Holodinsky, J. K., Lindsay, P., Yu, A. Y. X., Ganesh, A., Joundi, R. A. et Hill, M. D. (2022). Estimating the Number of Hospital or Emergency Department Presentations for Stroke in Canada. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 1-6. <https://doi.org/10.1017/cjn.2022.338>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M. P., Griffiths, F., Nicolau, B., O' Cathain, A., Rousseau, M. C. et Vedel, I. (2018 Mixed Methods Appraisal

- Tool (MMAT), version 2018. Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada. article. http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127425851/MMAT_2018_criteria-manual_2018-04-04.pdf
- Mattioli, F., Ambrosi, C., Mascaro, L., Scarpazza, C., Pasquali, P., Frugoni, M., Magoni, M., Biagi, L. et Gasparotti, R. (2014). Early aphasia rehabilitation is associated with functional reactivation of the left inferior frontal gyrus: a pilot study. *Stroke*, 45(2), 545-552. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.113.003192>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). *Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Paramètres organisationnels de réadaptation, réintégration et de maintien dans la communauté* Québec, Qc. 74 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-944-02W.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Stroke rehabilitation in adults (CG 162)*. Royaume-Uni: NICE. 40 p. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162/resources/stroke-rehabilitation-in-adults-pdf-35109688408261>
- Nouwens, F., de Lau, L. M., Visch-Brink, E. G., van de Sandt-Koenderman, W., Lingsma, H. F., Goosen, S., Blom, D. M., Koudstaal, P. J. et Dippel, D. W. (2017). Efficacy of early cognitive-linguistic treatment for aphasia due to stroke: A randomised controlled trial (Rotterdam Aphasia Therapy Study-3). *European Stroke Journal*, 2(2), 126-136. <https://doi.org/10.1177/2396987317698327>
- Royal College of Physicians (RCP). (2016). *National clinical guideline for stroke*. Londres, Royaume-Uni: RCP. 178 p. [https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-\(1\).aspx](https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx)
- Snodgrass, J. G. et Vanderwart, M. (1980, Mar). A standardized set of 260 pictures: norms for name agreement, image agreement, familiarity, and visual complexity. *J Exp Psychol Hum Learn*, 6(2), 174-215. <https://doi.org/10.1037//0278-7393.6.2.174>
- Stroke Foundation. (2022). *Clinical Guidelines for Stroke Management. Chapter 5 of 8: Rehabilitation*. Melbourne, Australie: Stroke Foundation. 253 p. <https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management>
- Sun, H., Pauli, G., Saikaley, M., Orange, J., Welch-West, P., Harnett, A., Iruthayarajah, J., Macaluso, S. et Teasell, R. (s. d.). Chapter 14: Aphasia and Apraxia Rehabilitation. Dans *Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation (EBRSR), 19th edition*. EBRSR. http://www.ebrsr.com/sites/default/files/Chapter_14_EBRSR_AphasiaANDApraxia_FINAL.pdf
- Tricco, A. C., Cardoso, R., Thomas, S. M., Motiwala, S., Sullivan, S., Kealey, M. R., Hemmelgarn, B., Ouimet, M., Hillmer, M. P., Perrier, L., Shepperd, S. et Straus, S. E. (2016). Barriers and facilitators to uptake of systematic reviews by policy makers and health care managers: a scoping review. *Implementation science*, 11, 4. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0370-1>
- Tricco, A. C., Garritty, C. M., Boulos, L., Lockwood, C., Wilson, M., McGowan, J., McCaul, M., Hutton, B., Clement, F., Mittmann, N., Devane, D., Langlois, E. V., Abou-Setta, A. M., Houghton, C., Glenton, C., Kelly, S. E., Welch, V. A., LeBlanc, A., Wells, G. A., Pham, B., Lewin, S. et Straus, S. E. (2020). Rapid review methods more challenging during COVID-19: commentary with a focus on 8 knowledge synthesis steps. *Journal of Clinical Epidemiology*, 126, 177-183. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.029>
- Van Rijn, M., Booy, L. et Visch-Brink, E. G. (2000). *FIKS, een fonologisch therapieprogramma*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Visch-brink, E. G., Bajema, I. M. et Sandt-Koenderman, M. E. V. D. (1997). Lexical semantic therapy: Box. *Aphasiology*, 11(11), 1057-1078. <https://doi.org/10.1080/02687039708249427>

- Woldag, H., Voigt, N., Bley, M. et Hummelsheim, H. (2017). Constraint-Induced Aphasia Therapy in the Acute Stage:What Is the Key Factor for Efficacy? A Randomized Controlled Study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 31(1), 72-80. <https://doi.org/10.1177/1545968316662707>
- World Stroke Organization (WSO). (2014). World Stroke Organization Global Stroke Services Guidelines and Action Plan (rédigé par Patrice Lindsay et al.). *International Journal of Stroke*, 9(SA100), 4-13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijis.12371>

ANNEXE 1. Recherche documentaire

Bases de données scientifiques consultées

Bases de données	Plateforme	Couverture	Date de consultation	Nb de références
Medline	Ovid	Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to December 13, 2022	Décembre 2022	204
All EBM Reviews	Ovid	EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to December 7, 2022, EBM Reviews - ACP Journal Club 1991 to November 2022, EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects 1st Quarter 2016, EBM Reviews - Cochrane Clinical Answers November 2022, EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials November 2022, EBM Reviews - Cochrane Methodology Register 3rd Quarter 2012, EBM Reviews - Health Technology Assessment 4th Quarter 2016, EBM Reviews - NHS Economic Evaluation Database 1st Quarter 2016	Décembre 2022	191
PsycINFO	Ovid	1806 to December Week 1 2022	Décembre 2022	101
CINAHL	EBSCO	CINAHL Complete	Décembre 2022	178
Total				674
TOTAL (sans les doublons)				434

Stratégies de recherche dans les bases de données

Medline

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
1	Aphasie	Aphasia/ OR Aphasia, Broca/ OR Aphasia, Conduction/ OR Aphasia, Wernicke/ OR Anomia/ OR (alogia? OR anepia? OR aphasia? OR dysphasia? OR logasthenia? OR logagnosia? OR logamnesia? OR word deaf* OR Lichtheim* phenomenon? OR Lichtheim* sign? OR agrammatism* OR anomy OR anomia? OR dysnomy* OR dysnomia?).ti,kf,kw	15291
2	Phase aiguë/early	(early OR acute* OR subacute* OR intensi*).ti,kf,kw OR (early OR acute* OR subacute* OR intensi*).ab/freq=2	1834555
3	Interventions	(intervention? OR manage* OR approach? OR model? OR program* OR service? OR strateg* OR practice? OR method? OR technique? OR tactic? OR co?nsel* OR therap* OR train? OR training* OR retrain* OR treat? OR treating OR treated OR treatment* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat*).ti,kf,kw OR (intervention? OR manage* OR approach? OR model? OR program* OR service? OR strateg* OR practice? OR method? OR technique? OR tactic? OR co?nsel* OR therap* OR train? OR training* OR retrain* OR treat? OR treating OR treated OR treatment* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat*).ab/freq=2	12653028
4	Meilleures pratiques, pronostic et outcomes	Critical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR "Clinical Trial Protocols as Topic"/ OR Consensus/ OR Evidence-Based Practice/ OR exp Evidence-Based Medicine/ OR Evidence-Based Nursing/ OR "Guidelines As Topic"/ OR "Practice Guidelines As Topic"/ OR Health planning Guidelines/ OR exp Guideline/ OR "Standard of Care"/ OR exp "Review Literature as Topic"/ OR exp Review/ OR Systematic Review/ OR exp "Meta-Analysis as Topic"/ OR exp Meta-Analysis/ OR ("Cochrane Database of Systematic Reviews" OR "JBI evidence synthesis" OR "International Journal of Evidence-Based Healthcare").jn OR "Clinical Trials as Topic"/ OR "Controlled Clinical Trials as Topic"/ OR "Randomized Controlled Trials as Topic"/ OR Clinical Trial/ OR exp Controlled Clinical Trial/ OR exp "Randomized Controlled Trial"/ OR "Double-Blind Method"/ OR Single-Blind Method/ OR Random allocation/ OR ("clinical path" OR "clinical paths" OR "clinical pathway" OR "clinical pathways" OR "critical path" OR "critical paths" OR "critical pathway" OR "critical pathways" OR "care plan" OR "care plans" OR "care path" OR "care paths" OR "care pathway" OR "care pathways" OR protocol* OR consensus OR evidence* OR EBM OR EBP OR advanced practice* OR "best practice" OR "best practices" OR good practice* OR "recommended practice" OR "recommended practices" OR recommendat* OR guidance* OR guideline OR guidelines OR guide OR guides OR CPG OR CPGs OR standard* OR algorithm* OR apprais* OR position statement* OR policy statement* OR ((systematic OR scoping OR rapid*) AND (review* OR bibliographic* OR literature)) OR cochrane OR meta-analys* OR meta-analyz* OR metaanalys* OR metaanalyz* OR clinical trial* OR controlled trial* OR randomiz* OR randomis* OR RCT OR RCTs OR single blind* OR double blind* OR triple blind*).ti,kf,kw OR Prognosis/ OR Treatment Outcome/ OR (prognos* OR outcome* OR performance OR impact? OR effect? OR efficenc* OR efficacit* OR consequence? OR influence* OR lesson? OR repercussion OR incidenc* OR prevalenc* OR morbidit* OR comorbidit*).ti,kf,kw	9380397
5		afghanistan/ OR africa/ OR africa, northern/ OR africa, central/ OR africa, eastern/ OR "africa south of the sahara"/ OR africa, southern/ OR africa, western/ OR albania/ OR	1261546

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		algeria/ OR andorra/ OR angola/ OR "antigua and barbuda"/ OR argentina/ OR armenia/ OR azerbaijan/ OR bahamas/ OR bahrain/ OR bangladesh/ OR barbados/ OR belize/ OR benin/ OR bhutan/ OR bolivia/ OR borneo/ OR "bosnia and herzegovina"/ OR botswana/ OR brazil/ OR brunei/ OR bulgaria/ OR burkina faso/ OR burundi/ OR cabo verde/ OR cambodia/ OR cameroon/ OR central african republic/ OR chad/ OR exp china/ OR comoros/ OR congo/ OR cote d'ivoire/ OR croatia/ OR cuba/ OR "democratic republic of the congo"/ OR cyprus/ OR djibouti/ OR dominica/ OR dominican republic/ OR ecuador/ OR egypt/ OR el salvador/ OR equatorial guinea/ OR eritrea/ OR eswatini/ OR ethiopia/ OR fiji/ OR gabon/ OR gambia/ OR "georgia (republic)"/ OR ghana/ OR grenada/ OR guatemala/ OR guinea/ OR guinea-bissau/ OR guyana/ OR haiti/ OR honduras/ OR independent state of samoa/ OR exp india/ OR indian ocean islands/ OR indochina/ OR indonesia/ OR iran/ OR iraq/ OR jamaica/ OR jordan/ OR kazakhstan/ OR kenya/ OR kosovo/ OR kuwait/ OR kyrgyzstan/ OR laos/ OR lebanon/ OR liechtenstein/ OR lesotho/ OR liberia/ OR libya/ OR madagascar/ OR malaysia/ OR malawi/ OR mali/ OR malta/ OR mauritania/ OR mauritius/ OR mekong valley/ OR melanesia/ OR micronesia/ OR monaco/ OR mongolia/ OR montenegro/ OR morocco/ OR mozambique/ OR myanmar/ OR namibia/ OR nepal/ OR nicaragua/ OR niger/ OR nigeria/ OR oman/ OR pakistan/ OR palau/ OR exp panama/ OR papua new guinea/ OR paraguay/ OR peru/ OR philippines/ OR qatar/ OR "republic of belarus"/ OR "republic of north macedonia"/ OR romania/ OR exp russia/ OR rwanda/ OR "saint kitts and nevis"/ OR saint lucia/ OR "saint vincent and the grenadines"/ OR "sao tome and principe"/ OR saudi arabia/ OR serbia/ OR sierra leone/ OR senegal/ OR seychelles/ OR singapore/ OR somalia/ OR south africa/ OR south sudan/ OR sri lanka/ OR sudan/ OR suriname/ OR syria/ OR taiwan/ OR tajikistan/ OR tanzania/ OR thailand/ OR timor-leste/ OR togo/ OR tonga/ OR "trinidad and tobago"/ OR tunisia/ OR turkmenistan/ OR uganda/ OR ukraine/ OR united arab emirates/ OR uruguay/ OR uzbekistan/ OR vanuatu/ OR venezuela/ OR vietnam/ OR west indies/ OR yemen/ OR zambia/ OR zimbabwe/	
6		"Organisation for Economic Co-Operation and Development"/ OR australasia/ OR exp australia/ OR austria/ OR baltic states/ OR belgium/ OR exp canada/ OR chile/ OR colombia/ OR costa rica/ OR czech republic/ OR exp denmark/ OR estonia/ OR europe/ OR finland/ OR exp france/ OR exp germany/ OR greece/ OR hungary/ OR iceland/ OR ireland/ OR israel/ OR exp italy/ OR exp japan/ OR korea/ OR latvia/ OR lithuania/ OR luxembourg/ OR mexico/ OR netherlands/ OR new zealand/ OR north america/ OR exp norway/ OR poland/ OR portugal/ OR exp "republic of korea"/ OR "scandinavian and nordic countries"/ OR slovakia/ OR slovenia/ OR spain/ OR sweden/ OR switzerland/ OR turkey/ OR exp united kingdom/ OR exp united states/ OR European Union/ OR Developed Countries/	3470483
7		(animal* OR ant OR ants OR avian* OR bat OR bats OR bee OR bees OR bird OR birds OR bovine* OR butterfl* OR canine* OR caprine* OR cat OR cattle* OR cats OR cheetah* OR chick OR chicks OR chicken* OR chickens OR cow* OR diptera* OR dog OR dogs OR drosophil* OR duck* OR equine* OR ewe* OR feline* OR flatfish* OR fish* OR flea OR fleas OR flies OR fly OR frog OR frogs OR gerbera OR goat* OR hamster* OR heifer* OR hen OR hens OR horse* OR insect* OR kitten* OR lamb* OR larva OR larvas OR larvae* OR livestock* OR locust* OR mallard OR mammalian* OR mare* OR mice* OR minipig* OR monkey OR monkeys OR moth OR moths OR mouse* OR murine* OR mussel* OR nonhuman primates* OR ostrich* OR ovine* OR	6737455

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		oyster* OR pest* OR pest* OR pig OR pigs OR pigeons* OR polar bear* OR quail* OR rabbit* OR raccoon* OR ram OR rams OR rat OR rats OR rats' OR rat's OR rodent* OR reptile* OR ruminant* OR salmon* OR sheep* OR snail* OR spider* OR sow OR sows OR sponge* OR swine* OR tick OR ticks OR turbot* OR vertebrate* OR yak OR yaks OR zebrafish* OR zebra OR zebras OR zooplank*).tw OR (author response* OR "author's response" OR "author's responses" OR authors response* OR "authors's response" OR author reply OR "author's reply" OR authors reply OR "authors's reply" OR "reply to" OR "response to" OR comment* OR erratum OR correction* OR corrigendum OR "letter to the editor" OR editorial).ti	
8		((1 AND 2 AND 3 AND 4) NOT ((5 NOT 6) OR 7)) AND (english or french).lg	292
9		..l/ 8 yr=2012-2022	204

All EBM Reviews

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
1	Aphasie	Aphasia/ OR Aphasia, Broca/ OR Aphasia, Conduction/ OR Aphasia, Wernicke/ OR Anomia/ OR (alogia? OR anepia? OR aphasia? OR dysphasia? OR logasthenia? OR logagnosia? OR logamnesia? OR word deaf* OR Lichtheim* phenomenon? OR Lichtheim* sign? OR agrammatism* OR anomy OR anomia? OR dysnomia* OR dysnomia?).ti,kf,kw	1614
2	Phase aigüe/ early	(early OR acute* OR subacute* OR intensi*).ti,kf,kw OR (early OR acute* OR subacute* OR intensi*).ab/freq=2	234701
3	Interventions	(intervention? OR manage* OR approach? OR model? OR program* OR service? OR strateg* OR practice? OR method? OR technique? OR tactic? OR co?nsel* OR therap* OR train? OR training* OR retrain* OR treat? OR treating OR treated OR treatment* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat*).ti,kf,kw OR (intervention? OR manage* OR approach? OR model? OR program* OR service? OR strateg* OR practice? OR method? OR technique? OR tactic? OR co?nsel* OR therap* OR train? OR training* OR retrain* OR treat? OR treating OR treated OR treatment* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat*).ab/freq=2	1443091
4	Meilleures pratiques, pronostic et outcomes	Critical Pathway/ OR Clinical Protocol/ OR "Clinical Trial Protocols as Topic"/ OR Consensus/ OR Evidence-Based Practice/ OR exp Evidence-Based Medicine/ OR Evidence-Based Nursing/ OR "Guidelines As Topic"/ OR "Practice Guidelines As Topic"/ OR Health planning Guidelines/ OR exp Guideline/ OR "Standard of Care"/ OR exp "Review Literature as Topic"/ OR exp Review/ OR Systematic Review/ OR exp "Meta-Analysis as Topic"/ OR exp Meta-Analysis/ OR ("Cochrane Database of Systematic Reviews" OR "JBI evidence synthesis" OR "International Journal of Evidence-Based Healthcare").jn OR "Clinical Trials as Topic"/ OR "Controlled Clinical Trials as Topic"/ OR "Randomized Controlled Trials as Topic"/ OR Clinical Trial/ OR exp Controlled Clinical Trial/ OR exp "Randomized Controlled Trial"/ OR "Double-Blind Method"/ OR Single-Blind Method/ OR Random allocation/ OR ("clinical path" OR "clinical paths" OR "clinical pathway" OR "clinical pathways" OR "critical path" OR "critical paths" OR "critical pathway" OR "critical pathways" OR "care plan" OR "care plans" OR "care path" OR "care paths" OR "care pathway" OR "care pathways" OR protocol* OR consensus OR evidence* OR EBM OR EBP OR advanced practice* OR "best practice" OR "best practices" OR good practice* OR "recommended practice"	1275614

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		OR "recommended practices" OR recommendat* OR guidance* OR guideline OR guidelines OR guide OR guides OR CPG OR CPGs OR standard* OR algorithm* OR apprais* OR position statement* OR policy statement* OR ((systematic OR scoping OR rapid*) AND (review* OR bibliographic* OR literature)) OR cochrane OR meta-analys* OR meta-analyz* OR metaanalys* OR metaanalyz* OR clinical trial* OR controlled trial* OR randomiz* OR randomis* OR RCT OR RCTs OR single blind* OR double blind* OR triple blind*).ti,kf,kw OR Prognosis/ OR Treatment Outcome/ OR (prognos* OR outcome* OR performance OR impact? OR effect? OR efficicenc* OR efficacit* OR consequence? OR influence* OR lesson? OR repercussion OR incidenc* OR prevalenc* OR morbidit* OR comorbidit*).ti,kf,kw	
5		afghanistan/ OR africa/ OR africa, northern/ OR africa, central/ OR africa, eastern/ OR "africa south of the sahara"/ OR africa, southern/ OR africa, western/ OR albania/ OR algeria/ OR andorra/ OR angola/ OR "antigua and barbuda"/ OR argentina/ OR armenia/ OR azerbaijan/ OR bahamas/ OR bahrain/ OR bangladesh/ OR barbados/ OR belize/ OR benin/ OR bhutan/ OR bolivia/ OR borneo/ OR "bosnia and herzegovina"/ OR botswana/ OR brazil/ OR brunei/ OR bulgaria/ OR burkina faso/ OR burundi/ OR cabo verde/ OR cambodia/ OR cameroon/ OR central african republic/ OR chad/ OR exp china/ OR comoros/ OR congo/ OR cote d'ivoire/ OR croatia/ OR cuba/ OR "democratic republic of the congo"/ OR cyprus/ OR djibouti/ OR dominica/ OR dominican republic/ OR ecuador/ OR egypt/ OR el salvador/ OR equatorial guinea/ OR eritrea/ OR eswatini/ OR ethiopia/ OR fiji/ OR gabon/ OR gambia/ OR "georgia (republic)"/ OR ghana/ OR grenada/ OR guatemala/ OR guinea/ OR guinea-bissau/ OR guyana/ OR haiti/ OR honduras/ OR independent state of samoa/ OR exp india/ OR indian ocean islands/ OR indochina/ OR indonesia/ OR iran/ OR iraq/ OR jamaica/ OR jordan/ OR kazakhstan/ OR kenya/ OR kosovo/ OR kuwait/ OR kyrgyzstan/ OR laos/ OR lebanon/ OR liechtenstein/ OR lesotho/ OR liberia/ OR libya/ OR madagascar/ OR malaysia/ OR malawi/ OR mali/ OR malta/ OR mauritania/ OR mauritius/ OR mekong valley/ OR melanesia/ OR micronesia/ OR monaco/ OR mongolia/ OR montenegro/ OR morocco/ OR mozambique/ OR myanmar/ OR namibia/ OR nepal/ OR nicaragua/ OR niger/ OR nigeria/ OR oman/ OR pakistan/ OR palau/ OR exp panama/ OR papua new guinea/ OR paraguay/ OR peru/ OR philippines/ OR qatar/ OR "republic of belarus"/ OR "republic of north macedonia"/ OR romania/ OR exp russia/ OR rwanda/ OR "saint kitts and nevis"/ OR saint lucia/ OR "saint vincent and the grenadines"/ OR "sao tome and principe"/ OR saudi arabia/ OR serbia/ OR sierra leone/ OR senegal/ OR seychelles/ OR singapore/ OR somalia/ OR south africa/ OR south sudan/ OR sri lanka/ OR sudan/ OR suriname/ OR syria/ OR taiwan/ OR tajikistan/ OR tanzania/ OR thailand/ OR timor-leste/ OR togo/ OR tonga/ OR "trinidad and tobago"/ OR tunisia/ OR turkmenistan/ OR uganda/ OR ukraine/ OR united arab emirates/ OR uruguay/ OR uzbekistan/ OR vanuatu/ OR venezuela/ OR vietnam/ OR west indies/ OR yemen/ OR zambia/ OR zimbabwe/	29344
6		"Organisation for Economic Co-Operation and Development"/ OR australasia/ OR exp australia/ OR austria/ OR baltic states/ OR belgium/ OR exp canada/ OR chile/ OR colombia/ OR costa rica/ OR czech republic/ OR exp denmark/ OR estonia/ OR europe/ OR finland/ OR exp france/ OR exp germany/ OR greece/ OR hungary/ OR iceland/ OR ireland/ OR israel/ OR exp italy/ OR exp japan/ OR korea/ OR latvia/ OR lithuania/ OR luxembourg/ OR mexico/ OR netherlands/ OR new zealand/ OR north america/ OR exp norway/ OR poland/ OR portugal/ OR exp "republic of korea"/ OR	73834

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		"scandinavian and nordic countries"/ OR slovakia/ OR slovenia/ OR spain/ OR sweden/ OR switzerland/ OR turkey/ OR exp united kingdom/ OR exp united states/ OR European Union/ OR Developed Countries/	
7		(animal* OR ant OR ants OR avian* OR bat OR bats OR bee OR bees OR bird OR birds OR bovine* OR butterfl* OR canine* OR caprine* OR cat OR cattle* OR cats OR cheetah* OR chick OR chicks OR chicken* OR chickens OR cow* OR diptera* OR dog OR dogs OR drosophil* OR duck* OR equine* OR ewe* OR feline* OR flatfish* OR fish* OR flea OR fleas OR flies OR fly OR frog OR frogs OR gerbera OR goat* OR hamster* OR heifer* OR hen OR hens OR horse* OR insect* OR kitten* OR lamb* OR larva OR larvas OR larvae* OR livestock* OR locust* OR mallard OR mammalian* OR mare* OR mice* OR minipig* OR monkey OR monkeys OR moth OR moths OR mouse* OR murine* OR mussel* OR nonhuman primates* OR ostrich* OR ovine* OR oyster* OR pest* OR pest* OR pig OR pigs OR pigeons* OR polar bear* OR quail* OR rabbit* OR raccoon* OR ram OR rams OR rat OR rats OR rats' OR rat's OR rodent* OR reptile* OR ruminant* OR salmon* OR sheep* OR snail* OR spider* OR sow OR sows OR sponge* OR swine* OR tick OR ticks OR turbot* OR vertebrate* OR yak OR yaks OR zebrafish* OR zebra OR zebras OR zooplank*).tw OR (author response* OR "author's response" OR "author's responses" OR authors response* OR "authors's response" OR author reply OR "author's reply" OR authors reply OR "authors's reply" OR "reply to" OR "response to" OR comment* OR erratum OR correction* OR corrigendum OR "letter to the editor" OR editorial).ti	130128
8		((1 AND 2 AND 3 AND 4) NOT ((5 NOT 6) OR 7)) AND (english or french).lg	226
9		..l/ 8 yr=2012-2022	191

PsycINFO

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
1	Aphasie	Aphasia/ OR Dysphasia/ OR (alogia? OR anepia? OR aphasia? OR dysphasia? OR logasthenia? OR logagnosia? OR logamnesia? OR word deaf* OR Lichtheim* phenomenon? OR Lichtheim* sign? OR agrammatism* OR anomy OR anomia? OR dysnomy* OR dysnomia?).ti,id	12700
2	Phase aigüe/ early	(early OR acute* OR subacute* OR intensi*).ti,id OR (early OR acute* OR subacute* OR intensi*).ab/freq=2	245485
3	Interventions	(intervention? OR manage* OR approach? OR model? OR program* OR service? OR strateg* OR practice? OR method? OR technique? OR tactic? OR co?nsel* OR therap* OR train? OR training* OR retrain* OR treat? OR treating OR treated OR treatment* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat*).ti,id OR (intervention? OR manage* OR approach? OR model? OR program* OR service? OR strateg* OR practice? OR method? OR technique? OR tactic? OR co?nsel* OR therap* OR train? OR training* OR retrain* OR treat? OR treating OR treated OR treatment* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat*).ab/freq=2	2491367
4	Meilleures pratiques, pronostic et outcomes	Treatment Guidelines/ OR Evidence Based Practice/ OR Best Practices/ OR Professional Standards/ OR Literature Review/ OR Systematic Review/ OR Meta Analysis/ OR ("JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports" OR "JBI Library of Systematic Reviews" OR "International Journal of Evidence-Based Healthcare").jx OR Clinical Trial/ OR exp "Randomized Controlled Trials"/ OR Random	1176314

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		Sampling/ OR ("clinical path" OR "clinical paths" OR "clinical pathway" OR "clinical pathways" OR "critical path" OR "critical paths" OR "critical pathway" OR "critical pathways" OR "care plan" OR "care plans" OR "care path" OR "care paths" OR "care pathway" OR "care pathways" OR protocol* OR consensus OR evidence* OR EBM OR EBP OR advanced practice* OR "best practice" OR "best practices" OR good practice* OR "recommended practice" OR "recommended practices" OR recommendat* OR guidance* OR guideline OR guidelines OR guide OR guides OR CPG OR CPGs OR standard* OR algorithm* OR apprais* OR position statement* OR policy statement* OR ((systematic OR scoping OR rapid*) AND (review* OR bibliographic* OR literature)) OR cochrane OR meta-analys* OR meta-analyz* OR metaanalys* OR metaanalyz* OR clinical trial* OR controlled trial* OR randomiz* OR randomis* OR RCT OR RCTs OR single blind* OR double blind* OR triple blind*).ti,id OR Prognosis/ OR Treatment Outcomes/ OR (prognos* OR outcome* OR performance OR impact? OR effect? OR efficenc* OR efficacit* OR consequence? OR influence* OR lesson? OR repercussion OR incidenc* OR prevalenc* OR morbidit* OR comorbidit*).ti,id	
5		(animal* OR ant OR ants OR avian* OR bat OR bats OR bee OR bees OR bird OR birds OR bovine* OR butterfl* OR canine* OR caprine* OR cat OR cattle* OR cats OR cheetah* OR chick OR chicks OR chicken* OR chickens OR cow* OR diptera* OR dog OR dogs OR drosophil* OR duck* OR equine* OR ewe* OR feline* OR flatfish* OR fish* OR flea OR fleas OR flies OR fly OR frog OR frogs OR gerbera OR goat* OR hamster* OR heifer* OR hen OR hens OR horse* OR insect* OR kitten* OR lamb* OR larva OR larvae OR larvae* OR livestock* OR locust* OR mallard OR mammalian* OR mare* OR mice* OR minipig* OR monkey OR monkeys OR moth OR moths OR mouse* OR murine* OR mussel* OR nonhuman primates* OR ostrich* OR ovine* OR oyster* OR pest* OR pest* OR pig OR pigs OR pigeons* OR polar bear* OR quail* OR rabbit* OR raccoon* OR ram OR rams OR rat OR rats OR rats' OR rat's OR rodent* OR reptile* OR ruminant* OR salmon* OR sheep* OR snail* OR spider* OR sow OR sows OR sponge* OR swine* OR tick OR ticks OR turbot* OR vertebrate* OR yak OR yaks OR zebrafish* OR zebra OR zebras OR zooplank*).tw OR (author response* OR "author's response" OR "author's responses" OR authors response* OR "authors' response" OR author reply OR "author's reply" OR authors reply OR "authors' reply" OR "reply to" OR "response to" OR comment* OR erratum OR correction* OR corrigendum OR "letter to the editor" OR editorial).ti	640686
6		((1 AND 2 AND 3 AND 4) NOT 5) AND (english or french).lg	129
7		..l/ 6 yr=2012-2022	101

CINAHL

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
1	Aphasie	MH(Aphasia OR Aphasie, Broca OR Aphasie, Conduction OR Aphasie, Wernicke OR Anomia) OR TI(alogia? OR anepia? OR aphasia? OR dysphasia? OR logasthenia? OR logagnosia? OR logamnesia? OR word deaf* OR Lichtheim* phenomenon? OR Lichtheim* sign? OR agrammatism* OR anomy OR anomia? OR dysnomy* OR dysnomia?)	7393
2	Phase aigüe/ early	TI(early OR acute* OR subacute* OR intensi*) OR AB(early OR acute* OR subacute* OR intensi*)	788880

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
3	Interventions	TI(intervention? OR manage* OR approach? OR model? OR program* OR service? OR strateg* OR practice? OR method? OR technique? OR tactic? OR co?nse* OR therap* OR train? OR training* OR retrain* OR treat? OR treating OR treated OR treatment* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat*) OR AB(intervention? OR manage* OR approach? OR model? OR program* OR service? OR strateg* OR practice? OR method? OR technique? OR tactic? OR co?nse* OR therap* OR train? OR training* OR retrain* OR treat? OR treating OR treated OR treatment* OR reeducat* OR rehab* OR prehab* OR habilitat* OR remediat*)	3937343
4	Meilleures pratiques, pronostic et <i>outcomes</i>	MH(Protocols+ OR Consensus OR "Professional Practice, Evidence-Based"+ OR "Practice Guidelines" OR Algorithm OR "Literature Review" OR "Scoping Review" OR "Systematic Review" OR "Meta Analysis" OR "Clinical Trials" OR "Randomized Controlled Trials"+ OR "Triple-Blind Studies" OR "Double-Blind Studies" OR "Single-Blind Studies" OR "Random Sample") OR JN("Cochrane Database of Systematic Reviews" OR "JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports" OR "JBI Library of Systematic Reviews" OR "International Journal of Evidence-Based Healthcare") OR TI("clinical path" OR "clinical paths" OR "clinical pathway" OR "clinical pathways" OR "critical path" OR "critical paths" OR "critical pathway" OR "critical pathways" OR "care plan" OR "care plans" OR "care path" OR "care paths" OR "care pathway" OR "care pathways" OR protocol* OR consensus OR evidence* OR EBM OR EBP OR advanced practice* OR "best practice" OR "best practices" OR good practice* OR "recommended practice" OR "recommended practices" OR recommendat* OR guidance* OR guideline OR guidelines OR guide OR guides OR CPG OR CPGs OR standard* OR algorithm* OR apprais* OR position statement* OR policy statement* OR ((systematic OR scoping OR rapid*) AND (review* OR bibliographic* OR literature)) OR cochrane OR meta-analys* OR meta-analyz* OR metaanalys* OR metaanalyz* OR clinical trial* OR controlled trial* OR randomiz* OR randomis* OR RCT OR RCTs OR single blind* OR double blind* OR triple blind*) OR MH(Prognosis OR Treatment Outcome) OR TI(prognos* OR outcome* OR performance OR impact? OR effect? OR efficacit* OR efficacit* OR consequence? OR influence* OR lesson? OR repercussion OR incidenc* OR prevalenc* OR morbidit* OR comorbidit*)	1693309
5		TW(animal* OR ant OR ants OR avian* OR bat OR bats OR bee OR bees OR bird OR birds OR bovine* OR butterfl* OR canine* OR caprine* OR cat OR cattle* OR cats OR cheetah* OR chick OR chicks OR chicken* OR chickens OR cow* OR diptera* OR dog OR dogs OR drosophil* OR duck* OR equine* OR ewe* OR feline* OR flatfish* OR fish* OR flea OR fleas OR flies OR fly OR frog OR frogs OR gerbera OR goat* OR hamster* OR heifer* OR hen OR hens OR horse* OR insect* OR kitten* OR lamb* OR larva OR larvae OR larvae* OR livestock* OR locust* OR mallard OR mammalian* OR mare* OR mice* OR minipig* OR monkey OR monkeys OR moth OR moths OR mouse* OR murine* OR mussel* OR nonhuman primates* OR ostrich* OR ovine* OR oyster* OR pest* OR pest* OR pig OR pigs OR pigeons* OR polar bear* OR quail* OR rabbit* OR raccoon* OR ram OR rams OR rat OR rats OR rats' OR rat's OR rodent* OR reptile* OR ruminant* OR salmon* OR sheep* OR snail* OR spider* OR sow OR sows OR sponge* OR swine* OR tick OR ticks OR turbot* OR vertebrate* OR yak OR yaks OR zebrafish* OR zebra OR zebras OR zooplank*) OR TI(author response* OR "author's response" OR "author's responses" OR authors response* OR "authors's response" OR author reply OR "author's reply" OR authors reply OR "authors's reply"	213243

#	Concept	Équations de recherche	Résultats
		OR "reply to" OR "response to" OR comment* OR erratum OR correction* OR corrigendum OR "letter to the editor" OR editorial)	
6		((S1 AND S2 AND S3 AND S4) NOT S5) AND (DT 201201- AND LA(english OR french)) Limiters - Peer Reviewed	178

Sites Web consultés

Organisations en orthophonie, en aphasie, en AVC ou autres organisations savantes en santé

Organisation / pays	Lien	Date de consultation	Résultats
Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists Canada	https://www.acslpa.ca/	Décembre 2022	0
American Speech-Language-Hearing Association États-Unis	https://www.asha.org/	Décembre 2022	1
American Stroke Association États-Unis	https://www.stroke.org/	Décembre 2022	2
Aphasia Alliance Royaume-Uni	https://aphasiaalliance.org/	Décembre 2022	0
Aphasia Institute Canada	https://www.aphasia.ca/	Décembre 2022	0
Association des orthophonistes et des audiologistes du Nouveau-Brunswick Canada	https://www.nbaslpa.ca/	Décembre 2022	0
Association québécoise des orthophonistes et audiologistes Canada	https://www.aqoa.qc.ca/fr/	Décembre 2022	0
Australian Aphasia Rehabilitation Pathway Australie	http://www.aphasiapathway.com.au/	Décembre 2022	1
BC Guidelines Canada	https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines	Décembre 2022	1
British Aphasiology Society Royaume-Uni	https://www.bas.org.uk/Home.aspx	Décembre 2022	0

Organisation / pays	Lien	Date de consultation	Résultats
Canadian Stroke Best Practices (ENG) Canada	https://www.strokebestpractices.ca/	Décembre 2022	4
Collaboration of Aphasia Trialists (CATs) Royaume-Uni	https://www.aphasiatrials.org/	Décembre 2022	1
College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Manitoba Canada	https://caslpm.ca/	Décembre 2022	0
College of Audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario Canada	https://caslpo.com/	Décembre 2022	0
College Of Audiology And Speech-Language Pathology Of Newfoundland And Labrador Canada	https://caslpl.ca/	Décembre 2022	0
College of Speech and Hearing Health Professionals of British Columbia Canada	https://cshbc.ca/	Décembre 2022	0
European Stroke Association Organisme paneuropéen	https://eso-stroke.org/	Décembre 2022	0
Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation Canada	http://www.ebrsr.com/	Décembre 2022	1
Haute Autorité de Santé France	https://www.has-sante.fr/jcms/c_452559/fr/la-has-en-bref	Décembre 2022	0
Health Quality Ontario Canada	https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Evidence-and-Health-Quality-Ontario/Guidance-Documents	Décembre 2022	1
INESSS Canada	https://www.inesss.qc.ca/	Décembre 2022	0
Irish Association of Speech & Language Therapists Irlande	https://www.iaslt.ie/	Décembre 2022	0
National Aphasia Association États-Unis	https://www.aphasia.org/	Décembre 2022	0

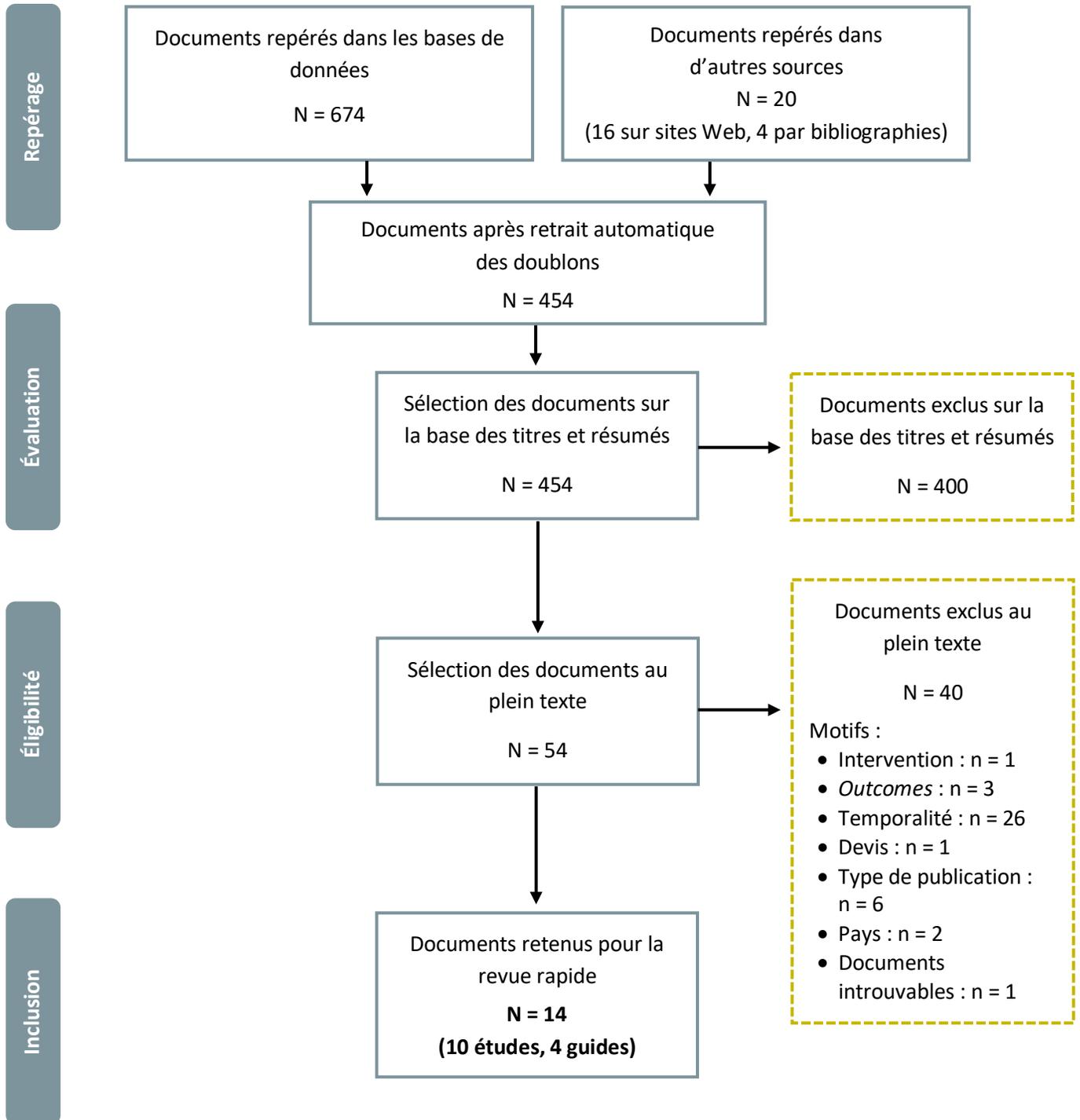
Organisation / pays	Lien	Date de consultation	Résultats
National Health and Medical Research Council (NHMRC) Australie	https://www.nhmrc.gov.au/guidelines	Décembre 2022	0
National Institute for Health and Care Excellence Royaume-Uni	https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes	Décembre 2022	1
National Institute of Health Research Royaume-Uni	https://www.nihr.ac.uk/patients-carers-and-the-public/	Décembre 2022	0
National Institute of Neurologic Disorders and Stroke États-Unis	https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/aphasia	Décembre 2022	0
National Institute on Deafness and Other Communication Disorders États-Unis	https://www.nidcd.nih.gov/	Décembre 2022	0
Newfoundland and Labrador Council of Health Professionals Canada	https://nlchp.ca/	Décembre 2022	0
New Zealand Speech-language Therapists' Association Nouvelle-Zélande	https://speechtherapy.org.nz/	Décembre 2022	0
Nova Scotia College of Audiologists and Speech-Language Pathologists Canada	https://nscaslp.ca/	Décembre 2022	0
Ontario Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists Canada	https://www.osla.on.ca/	Décembre 2022	0
Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec Canada	http://www.ooaq.qc.ca/index.html	Décembre 2022	0
Orthophonie et Audiologie Canada Canada	https://www.oac-sac.ca/	Décembre 2022	0
Prince Edward Island Speech and Hearing Association Canada	http://www.peispeechhearing.ca/	Décembre 2022	0

Organisation / pays	Lien	Date de consultation	Résultats
Royal College of Speech & Language Therapists Royaume-Uni	https://www.rcslt.org/	Décembre 2022	0
Saskatchewan Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists Canada	https://saslp.ca/	Décembre 2022	0
Speech and Hearing BC Canada	https://speechandhearingbc.ca/	Décembre 2022	0
Speech Pathology Australia Australie	https://www.speechpathologyaustralia.org.au/	Décembre 2022	0
Stroke Engine Canada	https://strokengine.ca/en/	Décembre 2022	0
Stroke Foundation Australie	https://informme.org.au/Guidelines	Décembre 2022	1
Stroke Foundation of New Zealand Nouvelle-Zélande	https://www.stroke.org.nz/health-professionals	Décembre 2022	0
VA/DoD États-Unis	https://www.healthquality.va.gov/about/index.asp	Décembre 2022	1
World Stroke Organization	http://www.world-stroke.org/	Décembre 2022	1
TOTAL			16

Résultats de la recherche documentaire

Sources	Résultats avant retrait des doublons	Doublons supprimés	Nb de références à évaluer
Bases de données	674	240	434
Sites Web	16	---	16
Sous-total	690	240	450
Bibliographies	4	---	4
Total	694	240	454

ANNEXE 2. Diagramme de sélection



Source: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

ANNEXE 3. Évaluation de la qualité méthodologique des études scientifiques (MMAT)

Choix de réponse possibles : Oui, Non, Ne sait pas (NSP)

Études quantitatives à répartition aléatoire

Premier auteur Critères	Ciccone (2016)	Conklyn (2012)	Godecke (2012)	Godecke (2021)	Höeg D. (2017)	Mattioli (2014)	Nouwens (2017)	Woldag (2017)
La répartition au hasard des participants (<i>randomisation</i>) est-elle effectuée de manière appropriée ?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	NSP	Non	Oui
Les groupes sont-ils comparables au début de l'étude (avant l'intervention) ?	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	NSP	Oui
Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes ?	Oui	NSP	Oui	Oui	NSP	Oui	Non	Oui
Est-ce que l'évaluation est effectuée à l'aveugle (les évaluateurs ne savent pas qui reçoit quel traitement) ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les participants ont-ils reçu l'intervention qui leur a été assignée ?	Oui	Non	Non	Oui	NSP	NSP	Non	NSP

Études quantitatives sans répartition aléatoire

Critères	Premier auteur Carpenter (2016)	Godecke (2014)
Les participants constituent-ils un échantillon représentatif de la population cible ?	Non	Oui
Les mesures sont-elles appropriées en ce qui a trait aux effets (<i>outcomes</i>) et à l'intervention (ou l'exposition) ?	Oui	Oui
Les données sur les effets (<i>outcomes</i>) sont-elles complètes ?	NSP	Non
Les facteurs de confusion sont-ils pris en compte dans la conception de l'étude et l'analyse des données ?	Non	Oui
Pendant la période de l'étude, est-ce que l'intervention a été menée (ou l'exposition a eu lieu) comme prévu ?	Non	Oui

ANNEXE 4. Informations complémentaires sur les études retenues (incluant les résultats détaillés)

Auteurs (année)	Variables d'intérêt / Mesures utilisées	Devis / Temps de mesure / Analyses statistiques	Résultats	Limites méthodologiques
Thérapies individuelles à composantes mixtes				
Höeg Dembrower et al. (2017)	Communication verbale Mesurée à l'aide du <i>Amsterdam–Nijmegen Everyday Language Test</i> (ANELT)	Essai contrôlé randomisé Temps de mesure : <ul style="list-style-type: none"> • Avant thérapie • Après thérapie • À 6 mois *Résultats à 6 mois incomplets dans l'article, et donc non rapportés dans la présente synthèse Test de Chi-deux (comparaisons intragroupes). Test de Wilcoxon (comparaisons intergroupes).	<u>Après intervention</u> Communication verbale Pour le sous-groupe Wernicke + aires centrales : amélioration significative uniquement dans le Gr Intervention ($p < 0,01$). Différence significative entre les groupes, en faveur du Gr Intervention ($p < 0,05$) Autres sous-groupes : différence non significative entre les Gr Intervention et Gr Témoin.	<ul style="list-style-type: none"> • Sous-groupes non comparables en raison de leur taille très différente ($n = 11$ à 34) • Deux sous-groupes de petite taille • Aucune information sur l'observance du traitement • Risque élevé de biais de mention des résultats : certains résultats non rapportés sans donner de motifs
Mattioli et al. (2014)	Différentes habiletés langagières Sept mesures de l' <i>Aachen Aphasia Test</i> (ATT) : 1) langage spontané, 2) répétition, 3) langage écrit, 4) dénomination, 5) compréhension orale, 6) compréhension écrite, 7) <i>Token test</i> .	Essai contrôlé randomisé Temps de mesure : <ul style="list-style-type: none"> • Avant thérapie • Après thérapie • 6 mois post-AVC Test U de Mann-Whitney avec correction de Bonferroni	<u>Après intervention</u> Habiletés langagières Scores significativement plus élevés dans le Gr Intervention pour dénomination ($p = 0,01$) et langage écrit ($p = 0,02$). Différences non significatives entre les groupes pour les autres mesures (langage spontané, répétition, compréhension orale, compréhension écrite, test Token).	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information sur le processus de randomisation • Taille de l'échantillon petite • Aucune information sur l'observance du traitement

Auteurs (année)	Variables d'intérêt / Mesures utilisées	Devis / Temps de mesure / Analyses statistiques	Résultats	Limites méthodologiques
			<p><u>6 mois post-AVC</u></p> <p>Habiletés langagières Scores significativement plus élevés dans le Gr Intervention pour dénomination ($p = 0,004$) et langage écrit ($p = 0,03$).</p> <p>Différences non significatives entre les groupes aux autres mesures.</p>	
<p>Nouwens et al. (2017)</p>	<p>Habiletés langagières/communication Mesurés à l'aide d'une batterie de tests :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test</i> (ANELT): évalue communication verbale fonctionnelle • <i>Semantic Association Test</i> (SAT), version verbale • Fluence verbale <ul style="list-style-type: none"> – Phonologique (nombre de mots par minute débutant par une lettre donnée) – Sémantique (nombre de mots par minute appartenant à une catégorie sémantique donnée) • <i>Comprehensive Aphasia Test</i> (CAT), compréhension de mots • <i>Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia</i> (PALPA) <ul style="list-style-type: none"> – Répétition de non-mots – Décision lexicale auditive • <i>Boston Naming Test</i> (BNT) • <i>Token Test</i> 	<p>Essai contrôlé randomisé</p> <p>Temps de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant thérapie • Après thérapie • 3 mois post-randomisation • 6 mois post-randomisation <p>Régression linéaire multiple, sauf pour le mRS (régression logistique ordinaire multivariée)</p>	<p><u>Après intervention, 3 mois et 6 mois</u></p> <p>Habiletés langagières/communication Différences non significatives entre les groupes, aux trois temps de mesure, pour l'ensemble des tests</p> <p>Qualité de vie Différence non significative entre les groupes, aux trois temps de mesure</p> <p>Niveau d'indépendance Différence non significative entre les groupes, aux trois temps de mesure</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processus de randomisation moins robuste • Incertitude quant à la comparabilité des Gr Intervention/Témoin au début de l'intervention • Gr Intervention : inobservance du traitement chez la majorité des participants

Auteurs (année)	Variables d'intérêt / Mesures utilisées	Devis / Temps de mesure / Analyses statistiques	Résultats	Limites méthodologiques
	<p>Qualité de vie Mesurée à l'aide du <i>EQ-5D-3L</i></p> <p>Niveau d'indépendance Mesuré à l'aide du <i>Modified Rankin Scale (mRS)</i></p>			
Thérapie par contrainte induite (TCI)				
<p>Carpenter et Cherney (2016)</p>	<p>Différentes habiletés langagières Dénomination, répétition de mots et de phrases, lecture à haute voix de mots et de phrases</p> <p>Mesurées à l'aide de deux outils : <i>Naming and Oral Reading for Language in Aphasia (NORLA-6)</i>; <i>Boston Diagnostic Aphasia Evaluation (BDAE)</i></p>	<p>Étude expérimentale sans répartition aléatoire</p> <p>Temps de mesure : Avant, en cours, après thérapie</p> <p>Analyses descriptives. Tailles d'effet calculées pour certaines variables.</p>	<p><u>Après intervention</u></p> <p>Habiletés langagières au NORLA-6 Lecture à haute voix de phrases : 3 sur 4 s'améliorent aux 3 catégories d'items (entraînés, non entraînés, généralisation)</p> <p>Dénomination d'images : 2 sur 4 s'améliorent aux 3 catégories d'items (entraînés, non entraînés, généralisation). Pour les 2 autres : améliorations dans 2 catégories d'items (entraînés et non entraînés)</p> <p>Habiletés langagières au BDAE Dénomination / Lecture de mots à haute voix : 3 sur 4 s'améliorent</p> <p>Répétition de mots et de phrases : 2 sur 4 s'améliorent</p> <p>Lecture de phrases à haute voix : 1 sur 4 s'améliore</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'échantillon petite • Aucun contrôle des facteurs de confusion • Inobservance du traitement chez deux participants
<p>Ciccione et al. (2016)</p>	<p>Quotient d'aphasie (QA) Mesuré à l'aide du <i>Western Aphasia Battery (WAB)</i></p> <p>Aphasie légère (62,6-93,6), modérée (31,3-62,5), sévère (0-31,2)</p> <p>Discours Discours des participants enregistré, retranscrit, puis analysé.</p>	<p>Essai contrôlé randomisé</p> <p>Temps de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant thérapie • Après thérapie • 3 mois post-AVC <p>ANOVAs à mesures répétées. Etat² partiel</p>	<p><u>Analyse longitudinale (jusqu'à 3 mois post-AVC)</u></p> <p>Quotient d'aphasie Amélioration significative dans les deux groupes ($p < 0,001$). Taille d'effet élevée (η^2 partiel = 0,742). Différence non significative entre les groupes ($p = 0,953$).</p> <p>Discours Amélioration significative dans les deux groupes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taille de l'échantillon petite • Gr Intervention/Témoin non comparables au début de l'intervention • Risques de confusion

Auteurs (année)	Variables d'intérêt / Mesures utilisées	Devis / Temps de mesure / Analyses statistiques	Résultats	Limites méthodologiques
	<p>Un score est calculé, représentant le pourcentage d'unités d'information correcte (UIC) par minute.</p> <p>Pour mesurer l'exactitude et l'efficacité dans une communication.</p> <p>Qualité de vie Mesurée à l'aide du <i>Stroke and Aphasia Quality of Life Scale</i> (SAQoL)</p>	<p>pour mesurer tailles d'effet.</p>	<p>($p = 0,002$). Taille d'effet élevée (η^2 partiel = 0,389). Différence non significative entre les groupes ($p = 0,185$).</p> <p>Qualité de vie Amélioration significative dans les deux groupes ($p < 0,001$). Taille d'effet élevée (η^2 partiel = 0,649). Différence non significative entre les groupes ($p = 0,668$).</p>	
<p>Woldag et al. (2017)</p>	<p>Différentes habiletés langagières Six mesures de l'<i>Aachen Aphasia Test</i> (ATT) : 1) <i>Token Test</i>, 2) répétition, 3) langage écrit, 4) dénomination, 5) compréhension, 6) profil/niveau (c.-à-d. moyenne pondérée des mesures précédentes)</p> <p>Communication (qualité et quantité) Mesurée à l'aide du <i>Communicative Activity Log</i> (CAL)</p>	<p>Essai contrôlé randomisé</p> <p>Temps de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant thérapie • Après thérapie <p>Test de T (comparaisons intragroupes) ANCOVA (comparaisons intergroupes) d de Cohen pour quantifier la taille d'effet</p>	<p><u>Après intervention</u></p> <p>Habiletés langagières Gr Intervention #1 : amélioration significative pour 4 mesures (<i>Token test</i>, langage écrit, dénomination, compréhension) ($p < 0,05$). Tailles d'effet petites ($d = 0,31$ à $0,43$)</p> <p>Gr Intervention #2 : amélioration significative à toutes les mesures sauf une (répétition) ($p < 0,05$). Tailles d'effet petites ($d = 0,32$ à $0,46$)</p> <p>Gr Témoin : amélioration significative aux 6 mesures ($p < 0,01$). Tailles d'effet petites ($d = 0,29$ à $0,44$)</p> <p>Différences non significatives entre les groupes</p> <p>Communication-qualité Gr Intervention #1 : amélioration significative ($p < 0,001$). Taille d'effet moyenne ($d = 0,70$)</p> <p>Gr Intervention #2 : changement non significatif</p> <p>Gr Témoin : amélioration significative ($p = 0,002$). Taille d'effet petite ($d = 0,38$)</p> <p>Amélioration significativement plus grande dans le Gr Intervention #1 comparativement au Gr Intervention #2 ($p = 0,049$)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune information sur l'observance du traitement

Auteurs (année)	Variables d'intérêt / Mesures utilisées	Devis / Temps de mesure / Analyses statistiques	Résultats	Limites méthodologiques
			<p>Communication-quantité Amélioration significative dans les trois groupes ($p < 0,05$).</p> <p>Taille d'effet moyenne dans Gr Intervention #1 ($d = 0,67$) et petite dans les deux autres groupes ($d = 0,37$ à $0,42$)</p> <p>Différences non significatives entre les groupes</p>	
Melodic Intonation Therapy (MIT) modifiée				
Conklyn et al. (2012)	<p>Réponse orale Mesurée à l'aide d'une adaptation de la sous-section <i>Responsive</i> du <i>Western Aphasia Battery (WAB)</i></p> <p>Répétition Mesurée à l'aide d'une adaptation de la sous-section <i>Repetition</i> du <i>Western Aphasia Battery (WAB)</i></p>	<p>Essai contrôlé randomisé</p> <p>Temps de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant séance 1 • Fin séance 1 • Début séance 2 <p>Tests T</p>	<p><u>Fin séance 1</u></p> <p>Réponse orale Changement non significatif dans les 2 groupes. Différence non significative entre les groupes.</p> <p>Répétition Changement non significatif dans les 2 groupes. Différence non significative entre les groupes.</p> <p>Score total ajusté Amélioration significative uniquement dans le Gr Intervention ($p = 0,02$). Différence significative entre les groupes, en faveur du Gr Intervention ($p = 0,02$)</p> <p><u>Début séance 2</u></p> <p>Réponse orale Amélioration significative uniquement dans le Gr Intervention ($p = 0,01$). Différence significative entre les groupes, en faveur du Gr Intervention ($p = 0,02$)</p> <p>Répétition Amélioration significative uniquement dans le Gr Témoin ($p = 0,04$). Différence non significative entre les groupes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Processus de randomisation inapproprié • Données manquantes pour certains participants, mais aucun motif rapporté • Gr Intervention : inobservance du traitement

Auteurs (année)	Variables d'intérêt / Mesures utilisées	Devis / Temps de mesure / Analyses statistiques	Résultats	Limites méthodologiques
			Score total ajusté Amélioration significative dans les 2 groupes ($p < 0,05$). Différence non significative entre les groupes.	
Thérapies intensives à dosage élevé				
Godecke et al. (2012)	Quotient d'aphasie (QA) Mesuré à l'aide du <i>Western Aphasia Battery</i> (WAB) Aphasie légère (62,6-93,6), modérée (31,3-62,5), sévère (0-31,2) Utilisation des habiletés de communication (parler, comprendre, lire, bouger et autre) Mesurée à l'aide du <i>Functional communication profile</i> (FCP) Normale (75,1-100), bonne (50,1-75), passable (25,1-50), faible (0-25) Discours Discours des participants enregistré, retranscrit, puis analysé. Un score est calculé, représentant le pourcentage d'unités d'information correcte (UIC) par minute (%UIC/min). Mesure l'exactitude et l'efficacité dans une communication.	Essai contrôlé randomisé Temps de mesure : <ul style="list-style-type: none"> • Avant thérapie • Après thérapie • 6 mois post-AVC Équations d'estimation généralisées (EEG)	<u>Après intervention</u> Quotient d'aphasie Score significativement plus élevé dans le Gr Intervention comparativement au Gr Témoin ($p = 0,010$) Utilisation des habiletés de communication Score significativement plus élevé dans le Gr Intervention comparativement au Gr Témoin ($p = 0,004$) Discours Score significativement plus élevé dans le Gr Intervention comparativement au Gr Témoin ($p = 0,049$) <u>6 mois post-AVC</u> Différences non significatives entre les groupes	<ul style="list-style-type: none"> • Gr Intervention/Témoin non comparables au début de l'intervention • Gr Intervention : types de thérapie variables d'un participant à l'autre • Gr Témoin : services usuels variables d'un participant à l'autre • Gr Intervention : dosage du traitement non respecté chez certains participants
Godecke et al. (2014)	Quotient d'aphasie (QA) Mesuré à l'aide du <i>Western Aphasia Battery</i> (WAB) Pour remédier à un éventuel effet plafond, le score QA est converti en	Étude expérimentale sans répartition aléatoire Temps de mesure : <ul style="list-style-type: none"> • Avant thérapie • Après thérapie 	<u>Après intervention</u> Quotient d'aphasie Amélioration significativement plus grande dans le Gr Intervention comparativement au Gr Témoin ($p = 0,006$).	<ul style="list-style-type: none"> • Gr Intervention (2008-2009) et Gr Témoin (2000-2003) issus de deux cohortes différentes

Auteurs (année)	Variables d'intérêt / Mesures utilisées	Devis / Temps de mesure / Analyses statistiques	Résultats	Limites méthodologiques
	<p>pourcentage de récupération potentielle maximale (QA%RPM)</p> <p>Discours Voir Godecke et al. (2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> 6 mois post-AVC <p>Équations d'estimation généralisées (EEG)</p>	<p>Discours Amélioration significativement plus grande dans le Gr Intervention comparativement au Gr Témoin ($p = 0,034$).</p> <p><u>6 mois post-AVC</u></p> <p>Quotient d'aphasie Amélioration significativement plus grande dans le Gr Intervention comparativement au Gr Témoin ($p = 0,017$).</p> <p>Discours Différence non significative entre les groupes</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gr Intervention : types de thérapie variables d'un participant à l'autre Gr Intervention : attrition importante au dernier suivi
Godecke et al. (2021)	<p>Quotient d'aphasie (QA) Voir Godecke et al. (2014)</p> <p>Discours Voir Godecke et al. (2012)</p> <p>Dénomination Mesurée à l'aide du <i>Boston Naming Test</i> (BNT)</p> <p>Qualité de vie Mesurée à l'aide du <i>Stroke and Aphasia Quality of Life scale-39</i> (SAQoL-39)</p> <p>Dépression Mesurée à l'aide de l'<i>Aphasia Depression Rating Scale</i> (ADRS)</p>	<p>Essai contrôlé randomisé</p> <p>Temps de mesure :</p> <ul style="list-style-type: none"> Avant thérapie 3 mois post-AVC 6 mois post-AVC <p>Modèles linéaires mixtes</p>	<p><u>3 mois post-AVC</u></p> <p>Langage/communication Différences non significatives entre les groupes</p> <p>Qualité de vie Différence non significative entre les groupes</p> <p>Dépression Différence non significative entre les groupes</p> <p><u>6 mois post-AVC</u></p> <p>Mêmes résultats</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gr Intervention/Témoin non comparables en raison de leur taille très différente ($n = 164/81$, respectivement) Temps de mesure : résultats après les 4 ou 5 semaines de thérapie non rapportés

