Les lignes de base multiples et le monitoring :
deux outils pour appuyer nos décisions cliniques lors des rééducations logopédiques (1/5)

#1 Se laisser convaincre et se lancer



par
Trecy Martinez Perez,
Maitre de conférence dans le Département de Logopédie – Université de Liège

Cet article est le premier d'une série de cinq articles qui paraîtront au cours de l'année 2024 et qui s'inscrivent dans le pilier « Expertise » de l'Evidence Based-Practice. Pour rappel, solliciter le pilier expertise pour prendre des décisions cliniques amènent les logopèdes à

- exploiter leurs connaissances théoriques acquises lors de leur formation initiale et mises à jour via leur développement professionnel continu ;
- exploiter les connaissances issues de leur pratique ;
- faire preuve de raisonnement clinique et d'esprit critique pour articuler ces connaissances avec recul et surmonter l'influence de biais cognitifs.

Cette série d'articles se centre plus spécifiquement sur le deuxième volet du pilier Expertise et deux outils - les lignes de base multiples pré/post intervention (LDB) et le monitoring – qui permettent de collecter des informations solides et précieuses au cours des rééducations logopédiques.

La méthodologie des LDB existe depuis 50 ans (Watson & Workman, 1981) et le monitoring a fait l'objet de publications dans le domaine de la logopédie depuis les années 90' (Olswang & Bain, 1994). Pourtant, force est de constater que ces deux outils sont loin d'être ancrés dans les habitudes de notre profession. Pourquoi ? Cette question me titille depuis de nombreuses années et m'a notamment amenée à modifier mon approche et mon utilisation de ces outils. Ce premier article est ainsi l'occasion de redonner leurs lettres de noblesse à ces deux outils en revenant sur le sens et l'intérêt des LDB et du monitoring. Plusieurs notions issues des modèles (de prédiction) du changement seront également développées pour que chacun et chacune identifie ses éventuels freins à l'utilisation de ces deux outils avec ses patients ainsi que les possibles leviers d'action. Finalement, questions sections en guise de clins d'œil à des échanges que j'ai pu avoir sur cette thématique avec des étudiants et des logopèdes ponctueront ce premier article. Les prochains articles seront quant à eux consacrés à la construction et la mise en œuvre concrète des LDB et du monitoring.

Ode aux lectrices et lecteurs qui…

Cette série d'articles a été pensée pour celles et ceux qui ont entendu parler des LDB mais qui ne savent pas comment s'y prendre ou qui n'ont pas le temps de les construire; celles et ceux qui ont essayé de mettre en place des LDB mais qui ont été découragés de recommencer; celles et ceux qui souhaitent s'assurer que leurs patients évoluent et qui souhaitent des repères plus solides pour savoir quand ajuster ou arrêter leurs prises en charge; celles et ceux qui veulent être capables de construire facilement une mesure intégrée à la rééducation et rapide à corriger pour la rendre réaliste dans le quotidien professionnel du logopède ; celles et ceux qui s'arrêtent au titre de ces articles en se disant « encore une lubie de chercheuses » mais qui sont ouverts à changer d'avis ; celles et ceux qui écoutent la curiosité leur chuchoter « il y a peut-être deux ou trois choses à prendre dans cette série d'articles ».

Cette série d'articles est dédiée à celles et ceux qui auront l'audace de franchir le pas pour la première fois ou de recommencer à de multiples reprises.

Mon intuition clinique me suffit : pourquoi encore évaluer pendant la prise en charge ?

Il ne nous viendrait pas à l'idée de poser un diagnostic logopédique sans avoir au préalable utilisé des batteries d'évaluation pour obtenir des informations plus précises et objectives sur certaines compétences langagières de notre patient. Même l'expert mettra à l'épreuve son « intuition clinique » pour un diagnostic en utilisant des batteries d'évaluation (au passage, je rappelle que l'intuition clinique est en réalité une façon très rapide et sans effort conscient *d'analyser* quelques *informations* directement accessibles ; Pelaccia et al., 2011). Lors de la prise en charge, il s'agira d'adopter la même posture : utiliser les LDB et le monitoring pour récolter des informations plus précises et objectives afin de prendre des décisions de manière étayée pour la prise en charge. Autrement dit, les LDB et le monitoring devraient être à la rééducation ce que les batteries d'évaluation standardisée sont au bilan.

En fonction de l'outil choisi (LDB ou monitoring), les données récoltées au cours de la prise en charge permettront de mieux comprendre les difficultés du patient et poursuivre ainsi le travail entamé lors du bilan, de motiver le patient, de suivre son évolution et décider de poursuivre, ajuster ou arrêter l'intervention, de viser le chemin le plus rapide pour atteindre les objectifs fixés avec le patient et améliorer *in fine* sa qualité de vie, de surpasser nos biais cognitifs (ces raccourcis de pensées qui nous amènent à percevoir la réalité de manière erronée ; comme le biais d'attente ou le biais de confirmation ; Lilienfeld et al., 2014), d'en apprendre davantage sur les mécanismes langagiers sur lesquels nous travaillons, de confirmer ou infirmer l'efficacité d'une technique de rééducation dans un contexte particulier, d'apprendre ici et maintenant pour demain et d'autres patients. Tous ces éléments (qui seront redéveloppés dans les articles qui cibleront chaque outil) pourraient être résumés derrière un objectif général unique : être le plus efficace possible.

Si cette démarche de qualité profite en premier lieu à nos patients, puis peut nous enrichir de savoirs et de satisfaction en tant que professionnels, elle contribue également à maintenir notre système actuel de soin de santé que nous envient de nombreux pays. Nous avons en effet la chance de bénéficier de nombreuses prestations (para)médicales remboursées, tant que la majorité des professionnels de santé adhèrent aux conventions collectives, permettant ainsi à chaque citoyen d'être pris en charge par des professionnels de qualité quel que soit son revenu. Maintenir ce système de soin de santé implique notamment que chaque professionnel utilise au mieux les séances qu'il propose à ses patients afin que la profession garde la confiance et le soutien des organes décisionnaires. Comme pour chaque secteur de notre société démocratique, il s'agit d'un équilibre fragile à préserver auquel chacun peut contribuer. Se former, lire des documents et écouter des orateurs de qualité, accueillir des stagiaires, et utiliser les moyens à notre disposition - tels que les LDB et le monitoring - pour améliorer nos actions, sont autant de moyens que nous pouvons mobiliser pour accomplir au mieux notre travail.

Néanmoins, l'impact positif des LDB et du monitoring sur notre efficacité professionnelle implique que les professionnels de santé soient prédisposés à ajuster leur pratique (Mugford et al., 1991) et qu'ils basent leur opinion sur une source externe d'information (par exemple, les batteries d'évaluation standardisée, les LDB, le monitoring, …) plutôt que sur leur ressenti interne (de Jong et al., 2012). Dans le cas contraire, ces outils s'avéreront inutiles et ne serviront qu'à confirmer ce que le logopède pense déjà. Aucun angle mort ne peut alors être évité et aucun apprentissage ne peut réellement émerger.

L'arbre qui cache la forêt : et si les LDB et le monitoring n'étaient pas le problème ?

J'ai le plaisir d'enseigner les LDB depuis 10 ans, et plus récemment le monitoring. J'ai par conséquent eu l'occasion d'accompagner de nombreux étudiants qui construisent des mesures pour leur stage, ainsi que des professionnels lors de modules de formation continue. Ces expériences m'incitent à penser que les obstacles majeurs lors de l'élaboration d'une LDB et d'un monitoring sont en réalité les connaissances

théoriques liées à la compétence travaillée et la définition de l'objectif thérapeutique. En littérature, la citation de Nicolas Boileau est régulièrement évoquée : *« Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément »*. Elle synthétise parfaitement mon propos : lorsque le logopède est expert du domaine travaillé et a défini un objectif thérapeutique clair et précis, la conception de la LDB apparait alors limpide et peut être réalisée en 15 minutes !

C'est ainsi qu'il est aisé de construire une mesure de LDB ou de monitoring dans le domaine de la phonologie où nous avons également une vision claire de la direction et des étapes que prendra la rééducation, alors qu'il est plus périlleux de faire de même dans le domaine de la pragmatique. Hormis pour les logopèdes qui ont développé une expertise spécifique dans ce champ de compétence, nous sommes souvent plus en difficulté pour définir des objectifs thérapeutiques et construire des activités de rééducation spécifiques pour améliorer les compétences pragmatiques de nos patients. Il est alors inévitable que les LDB et le monitoring, qui se calquent sur ces objectifs et ces activités, seront plus chronophage à élaborer. Devons-nous pour autant mettre de côté ces outils dans les domaines où nous sommes moins experts ? Si nous menons les prises en charge, il n'y a pas de raison de se passer des LDB et du monitoring… que du contraire ! Ces mesures seront certainement perfectibles, tout comme notre prise en charge de ces compétences langagières, mais elles seront particulièrement utiles pour développer notre expertise dans ces domaines car elles mettront le doigt sur nos incertitudes et nos questionnements et pourront même y apporter des éléments de réponse. Nous passons du temps en formation continue : et si les LDB et le monitoring étaient tout aussi formateurs…

Comment trouver la motivation pour se (re)lancer dans les LDB et le monitoring ?

Pour cette section, je tiens à remercier mes collègues psychologues qui m'ont sensibilisée aux mécanismes qui interviennent dans l'adoption ou non d'un comportement. Ces notions apparaissent essentielles pour mieux se connaitre, mais se montrent également utiles dans notre profession où nous invitons le patient à s'entrainer, à s'approprier une stratégie de contournement, autrement dit à mettre en place de nouveaux comportements. Dans la suite de cet article, deux modèles (de prédiction) du changement seront brièvement présentés. Les lecteurs intéressés peuvent notamment suivre le MOOC Agir pour sa santé (sur la plateforme FUN MOOC) qui aborde les freins et leviers pour la mise en place d'un comportement de santé. Si certains éléments sont spécifiques à un comportement de santé, la majorité des modèles présentés apparaissent pertinents pour n'importe quel type de comportement.

Chouchouter sa motivation

De nombreux modèles postulent que l'intention précède l'action ; autrement dit, il faut avoir envie de faire l'action pour se mettre en action. La Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991) s'intègre dans ce courant de pensée et définit 3 variables qui influencent l'intention d'un individu à adopter un comportement :

- **les attitudes** c'est-à-dire les sentiments positifs ou négatifs de l'individu par rapport au comportement ;
- **les normes subjectives** c'est-à-dire la perception de l'individu sur le niveau d'adoption du comportement par son entourage et la perception de la pression de l'entourage pour que l'individu adopte le comportement ;
- **le contrôle perçu** c'est-à-dire la perception de l'individu du degré de facilité ou de difficulté avec lequel le comportement peut être adopté.

Sur la base de ce modèle, vous aurez une grande intention de construire et d'utiliser des LDB et du monitoring dans votre pratique logopédique si :

- vous pensez que l'élaboration des mesures de LDB et de monitoring sera un acte agréable ou vous procurera de la satisfaction dans votre travail (versant affectif des attitudes) ;
- vous êtes convaincus des bénéfices de ces outils pour la prise en charge de notre patient (versant instrumental des attitudes) ;
- vous avez l'impression que la plupart de vos collègues vont mettre en place des LDB et du monitoring ;
- vous pensez que vos collègues espèrent que vous franchirez également le pas ;
- vous avez le sentiment de maîtriser les étapes pour construire une LDB et un monitoring ;
- vous croyez qu'il est possible, avec l'habitude et quelques outils, de construire rapidement et facilement la majorité des mesures.

Au contraire, si vous avez des sentiments négatifs vis-à-vis des LDB et du monitoring, si vous ne percevez pas tous les avantages de ces outils, si vous avez de faibles attentes sur ce que cela pourrait vous apporter, si vous travaillez seuls ou avez des collègues qui critiquent ces outils, si vous percevez plus d'obstacles que de facilitants, alors votre intention sera fortement réduite et il sera peu probable que vous utilisiez ces outils dans votre pratique.

Ma volonté, à travers ces articles, est de faire bouger les lignes en vous soutenant, en abordant les bénéfices de ces outils, en vous partageant mon enthousiasme (en espérant qu'il soit contagieux), et en vous expliquant concrètement comment construire facilement et rapidement les mesures ! De votre côté, entourez-vous de collègues qui seront soutenants et « *ceux qui pensent que c'est impossible sont priés de ne pas déranger ceux qui essaient* ».

Essayer même sans motivation initiale

Si l'intention précède l'action, tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que la motivation n'est pas suffisante pour mettre en place une action. Dans un nombre de cas non négligeable, même en étant motivé, le passage à l'action ne se fait pas. Plusieurs auteurs se sont ainsi penchés sur la façon de réduire l'écart entre intention et comportement, voire d'envisager la relation en sens inverse (Blairy et al., 2020). Avez-vous déjà été peu enthousiaste à l'idée de vous balader parce que le ciel était gris ; puis, sous l'insistance d'un proche, de vous retrouver dehors et d'y trouver du plaisir ? Cette anecdote illustre le phénomène de la motivation qui suit (et non précède) l'action, et le fait que l'activation comportementale (se mettre en action) permet d'améliorer le bien-être (Mazzucchelli et al., 2010).

Sur la base de ces principes, il est ainsi recommandé de se lancer, concrètement, dans la mise en place d'un comportement particulier même si cela demande au départ un certain effort. Ensuite, au fur et à mesure de la réalisation de ce comportement, la motivation et l'envie s'amplifieront et permettront de maintenir plus facilement ce comportement dans le temps. Ceci sera particulièrement le cas si ces premières expériences s'avèrent positives. Par conséquent, si vous souhaitez vous lancer ou vous relancer dans l'utilisation des LDB et du monitoring avec vos patients, je vous invite à opter pour un patient régulier et pour qui vous avez un projet thérapeutique clair et solide.

Oui mais… non !

Arrivé à ce stade de l'article, le lecteur ou la lectrice se dira peut-être « *Oui, ça semble idéal de mettre en place des LDB et du monitoring dans sa pratique, mais…* ». Pour comprendre cette réaction, le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (1982) s'avère toujours reconnu et particulièrement utile. Il définit cinq stades du changement pour adopter un nouveau comportement. Le premier stade, la *pré-contemplation*, se caractérise par un manque de motivation. La personne n'a pas l'intention de changer son comportement dans les six prochains mois. Dans le stade suivant, la *contemplation*, la personne pense à changer mais manifeste des attitudes ambivalentes et procrastinatoires, illustrées par des discours du type «*oui, je veux changer, mais...*». Ainsi, c'est seulement au troisième stade, la *préparation*, que la personne a surmonté son ambivalence, a réellement l'intention de changer et essaie d'adopter le nouveau comportement sans toutefois y arriver avec succès. Au cours du quatrième stade, l'*action*, la personne modifie activement son comportement depuis six mois et avec succès. Finalement, après six mois, le stade de la *maintenance* vise à stabiliser le changement et à éviter la rechute. Il est extrêmement rare de maintenir un nouveau comportement à la première tentative. Mes collègues psychologues de la santé expliquent que les fumeurs font en moyenne trois à quatre essais avant de maintenir le changement à long terme. N'oubliez pas cela lorsque vous mettrez en place vos premières LDB et vos premiers monitorings.

De votre côté, où vous situez-vous par rapport à l'utilisation des LDB et du monitoring ? Est-ce que le petit « mais » pointe le bout de son nez dans votre esprit ? Si c'est le cas, je vous partage une autre citation, attribuée à Sénèque, que j'affectionne particulièrement : *« Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas les faire, c'est parce que nous n'osons pas les faire qu'elles sont difficiles ».* Avez-vous commencé la construction d'une mesure mais sans la terminer ? Les prochains articles vous apporteront probablement le petit coup de pouce nécessaire pour aboutir. Vous avez testé ces outils mais vous ne parvenez pas à transformer vos essais en une habitude ? De plus en plus d'outils existent pour accélérer la conception des mesures ; mais il s'agit aussi de changer les habitudes au sens large de toute une profession : un sacré défi !

Pour conclure

Les prochains articles de cette série aborderont sous l'angle pratique les LDB dites items spécifiques (UI2), les LDB dites procédurales (UI3), le monitoring (UI4), une approche hybride et une série de réflexions transversales (UI5). A travers ceux-ci, je vous inviterai à moins de contrôle dans le choix des items pour vous centrer sur l'utilité clinique de ces outils, à moins de perfectionnisme pour y aller pas à pas, à moins de pression pour adopter ces outils parce que vous y voyez du sens et que cela répond à un besoin avec vos patients. Mes collègues savent que j'apprécie la citation de St-Exupéry : « *Si tu veux construire un bateau, fais naître dans le cœur de tes hommes et femmes le désir de la mer* ». J'espère que cette série d'articles vous donnera le goût de prendre la mer avec moi…

BIBLIOGRAPHIE

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, *50*(2), 179-211.

Blairy, S., Baeyens, C., & Wagener, A. (2020). *L'activation comportementale: Traitement des évitements comportementaux et de la rumination mentale*. Mardaga.

de Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy research*, *22*(4), 464-474.

Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2014). Why ineffective psychotherapies appear to work: A taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspectives on Psychological Science, 9*(4), 355-387.

Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2010). Behavioral activation interventions for well-being: A meta-analysis. *The journal of positive psychology*, *5*(2), 105-121.

Mugford, M., Banfield, P., & O'Hanlon, M. (1991). Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *British Medical Journal*, *303*(6799), 398-402.

Olswang, L. B., & Bain, B. (1994). Data collection: Monitoring children's treatment progress. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *3*(3), 55-66.

Pelaccia, T., Tardif, J., Triby, E., & Charlin, B. (2011). An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Medical education online*, *16*(1), 5890.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, *19*(3), 276.

Watson, P. J., & Workman, E. A. (1981). The non-concurrent multiple baseline across individuals design: An extension of the traditional multiple baseline design. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *12*(3), 257-259.

Intérêt clinique de l'eye-tracking dans l'évaluation de la lecture

par
Pierre-Yves Libois, Céline Bilteryst, Mathilde Libois, Justine Bogers, Anne-Charlotte Declercq et Véronique Carlier
Centre neurologique de Réadaptation Enfants-Adultes-CNR542, rue de Gozée 542 – 6110 Montigny-le-Tilleul, Belgique

L'eye-tracking était un outil réservé à la recherche mais les progrès techniques récents ont permis un transfert de ce dispositif à la consultation clinique des praticiens. Depuis 5 ans, dans notre centre, nous avons systématisé son utilisation pour comprendre les stratégies visuelles et oculomotrices de nos patients. Cet article se focalise uniquement sur l'étude de la lecture par eye-tracking et sur notre retour d'expérience dans ce seul cadre même si, par ailleurs, nous exploitons cet outil bien plus largement.

La lecture, on le sait, passe par l'oculomotricité. *En 1878,* **Luis Emile Javal**, *ophtalmologiste français,* a commencé à étudier la lecture silencieuse grâce à un miroir et sera le premier à décrire les mouvements oculaires sous-tendant la lecture. Il nommera « *saccades* » les mouvements rapides qu'il observe entre deux fixations. Il faudra néanmoins attendre 100 ans pour disposer d'une interface technologique et obtenir un enregistrement des mouvements des yeux durant la lecture. Différents comportements oculaires sont ainsi analysés, comme le montre la Figure 1. Lorsqu'on lit, on parle de pro-saccades, c'est-à-dire de petites saccades de gauche à droite d'environ 200 degrés par seconde, considérées comme la mesure de l'empan verbal. Les rétro-saccades, ou saccades régressives, sont quant à elles des petites saccades de droite à gauche correspondant à un retour en arrière et considérées souvent comme un mécanisme de vérification. Les fixations d'une durée de 100 à 500 millisecondes sont des pauses considérées comme le seul véritable moment de lecture. Les retours à la ligne sont des saccades de grandes amplitudes de 600 à 800 degrés par seconde, qui déplacent les yeux de la fin d'une phrase au début de la suivante. Décrire et quantifier ces mouvements nous donne véritablement accès aux mécanismes physiologiques ou physiopathologiques de la lecture.

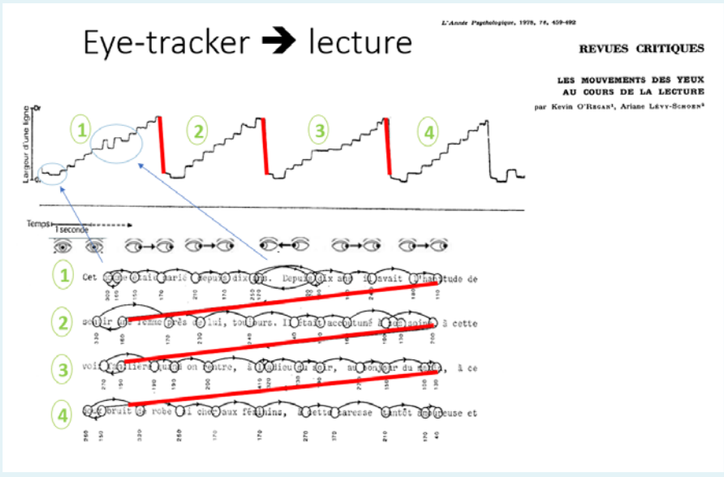

Figure 1 : *L'enregistrement réalisé par l'eye-tracker est présenté en haut de la Figure : le graphe obtenu au cours du temps de la lecture (temps porté sur l'axe horizontal) montre les déplacements des yeux, portés sur l'axe vertical. Ces déplacements sont portés vers le haut pour un déplacement de gauche à droite alors que les mouvements de droite à gauche sont portés vers le bas. Le texte lu lors de cet enregistrement est présenté sous ce graphe. Les déplacements enregistrés par l'eye-tracker sont reportés sur le texte pour mieux comprendre les mouvements des yeux lors de cette lecture.*