Les lignes de base multiples et le monitoring : deux outils pour appuyer nos décisions cliniques lors des rééducations logopédiques (4/5)

#4 Monitoring (ou routines d'évaluation)



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

Si les lignes de base multiples présentent de nombreux avantages, elles ne permettent toutefois pas de prendre des décisions en cours de rééducation. Le monitoring, au contraire, constitue un outil particulièrement pertinent pour les logopèdes qui souhaitent appuyer leurs décisions de poursuivre, ajuster voire arrêter le travail d'une cible (voir l'article #2 - schéma 1 - étape 3). A travers cet article, la notion de monitoring et ses avantages seront clarifiés, la façon de construire et mettre en œuvre une mesure de monitoring sera développée, et deux illustrations de monitoring seront proposées.

De plus en plus de publications scientifiques fournissent des indications précieuses sur l'efficacité ou non de méthodes d'intervention. Cependant, elles n'apportent pas la garantie d'une efficacité avec un patient spécifique, dans un contexte de soins de santé particulier. De plus, il arrive que les preuves scientifiques manquent pour certains traitements ou certaines populations. Ainsi, bien que le logopède puisse initialement proposer un traitement basé sur des connaissances scientifiques, il est souvent amené à l'ajuster *en cours de route* en fonction des besoins et du contexte du patient. Mais dans cette démarche, peut-il se fier uniquement à ses impressions ? Malheureusement, les jugements cliniques ne sont pas toujours fiables (cf. article #1).

S'attarder sur le sens et l'origine du monitoring

La pratique du monitoring, c'est-à-dire le suivi régulier et systématique des progrès du patient, est recommandée depuis longtemps par plusieurs auteurs. Par exemple, Olswang et Bain (1994) la considèrent comme une composante essentielle du raisonnement clinique du logopède permettant des décisions plus informées. Plus récemment, Tate (2019) a souligné l'importance du suivi continu pour ajuster les interventions thérapeutiques en temps réel. Le modèle de la Réponse à l'Intervention (Fuchs & Fuchs, 2006) préconise également cette approche dans le cadre du soutien scolaire des enfants ayant des besoins spécifiques. Ce modèle repose sur une surveillance régulière des progrès de l'élève, afin de moduler les interventions en conséquence (Gilliam & Justice, 2010). En psychologie, plusieurs auteurs (Gondek et al., 2016 ; Sapyta et al., 2005) utilisent le terme « routine d'évaluation » qui met positivement l'accent sur le caractère régulier et ancré dans le quotidien (professionnel) de cet outil. Pour ma part, après avoir utilisé ce terme dans le MOOC « L'EBP au service du Patient » (Willems et al., 2019), j'opte à présent pour l'anglicisme « monitoring » en référence aux premières autrices en logopédie qui ont écrit sur le sujet (Olswang et Bain, 1994). Ce terme permet également de réduire les craintes qui peuvent survenir lorsque l'évaluation est évoquée dans un contexte de rééducation.

A ce stade de la lecture, de nombreux logopèdes se diront qu'ils pratiquent déjà le monitoring. En effet, la majorité des logopèdes notent leurs observations des progrès du patient en cours ou juste à la fin de

la séance de rééducation pour planifier la séance suivante. Néanmoins, pour exploiter le plein potentiel du monitoring, il est recommandé de le mettre en place de manière systématique (autrement dit à [quasi] chaque séance) et de quantifier ces observations. Il ne s'agit toutefois pas d'administrer une épreuve langagière au patient à chaque séance !

Deux illustrations valent mieux qu'un long discours

Avant de développer les principes à retenir pour la construction, la mise en place et l'exploitation du monitoring, je vous propose deux illustrations qui témoignent du format varié du monitoring pour répondre aux besoins du patient et de sa rééducation.

Illustration 1 – Suivre les progrès en séance sur la production d'un phonème.

Amélia a 4 ½ ans et présente un répertoire phonémique réduit (les consonnes postérieures – occlusives et fricatives – sont absentes ainsi que le phonème R), ce qui limite son intelligibilité. Lorsque sa logopède entame le travail du phonème R, elle met en place une mesure de monitoring pour suivre les progrès d'Amélia. À chaque séance, elle propose des mots avec le phonème R, mots qui varient progressivement d'une séance à l'autre, au fur et à mesure des progrès d'Amélia. Lors des exercices, la logopède indique rapidement au crayon, sur les 6 premières images dénommées par la patiente, le signe + (en cas de production correcte) et le signe – (en cas de production erronée ou réussie mais avec aide). Avant de passer au patient suivant, elle compte le nombre de mots correctement produits par Amélia, indique ce score total (sur 6) dans le dossier de la patiente et écrit un bref commentaire (voir encadré). Dans cette illustration, le monitoring est intégré à l'activité de rééducation (la logopède ne propose pas une liste, à part, de mots à dénommer) et réalisé à chaque séance. Au niveau des commentaires, la logopède précise le type d'items proposés (syllabes de type « phonème R + voyelle a », mots isolés, mots au sein d'énoncés ; …) afin d'interpréter les variations des scores d'Amélia et complexifier la prise en charge.

Objectif thérapeutique : production du phonème R

Niveau à atteindre : en langage spontané (90%), toutes les positions dont groupe consonantique

Description du monitoring : production correcte (1/0) sur les 6 premiers mots

Date	01/09	06/09	08/09	13/09	15/09	22/09
Score	0/6	0/6	0/6	0/6	0/6	0/6
Remarques	R + a-o-i	idem	idem	idem. Fusionne tjs pas	a-o-i + R	a-o-i + R Fusionne tjs pas

Date	29/09	04/10	11/10	13/10	18/10	27/10
Score	2/6	5/6	5/6	4/6	6/6	3/6
Remarques	Mots avec R final (p.ex. vert)	Idem. Mêmes mots	Idem. Mots différents	Idem + dans des énoncés	Idem + dans des énoncés	Mots avec R fin de syllabe médiane (p. fourmi)

Encadré 1. **Extrait du dossier d'Amélia avec le monitoring effectué pendant les deux premiers mois du travail sur le phonème R.**

Illustration 2 – Favoriser une respiration nasale et suivre les progrès en dehors de la séance.

Une collègue, qui se reconnaitra, met notamment en place un monitoring lorsqu'elle souhaite favoriser une respiration nasale chez ses jeunes patients. Dans cette seconde illustration, le monitoring est réalisé par le parent qui évalue quotidiennement la situation de son enfant sur une échelle à 5 niveaux (voir encadré). Lors des séances de suivi avec la logopède, le parent apporte la feuille de monitoring complétée qui sert de support pour la discussion sur les progrès de son enfant et les éventuels ajustements.

OCT 1 : Respirer par le nez la nuit au moyen d'un intercepteur labial

-2	**Situation initiale : Aliénor s'endort en respirant par la bouche**
-1	Aliénor s'endort avec son intercepteur mais ne se réveille pas avec
0	Aliénor s'endort avec son intercepteur et se réveille avec
+1	Aliénor respire spontanément par le nez lors d'activités clivantes en journée
+2	Aliénor respire spontanément par le nez lorsqu'elle mange

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Du 19 au 25/06					-1	-1	-2
Du 26/06 au 02/07	-1	-2	-1	-2	-2	-1	-2
Du 03 au 09/07	-2	-1	-1	0	-1	-1	0

Encadré 2. **Extrait du monitoring complété par un parent dans l'optique de favoriser une respiration nasale au moyen d'un intercepteur labial.**

Construire une mesure de monitoring

Afin de recueillir des données objectives et d'atténuer l'influence des biais cognitifs, la mesure de monitoring doit remplir plusieurs critères (Gillam & Justice, 2010 ; Hall-Mills, 2018) : elle doit être (a) sensible, c'est-à-dire capable de détecter des changements dans l'état du patient ; (b) valide, afin de s'assurer qu'elle mesure bien la compétence visée ; (c) fiable, de sorte que différents logopèdes puissent obtenir des résultats similaires ; (d) facile et rapide à administrer et à interpréter. C'est suffisamment rare que pour être souligné : les scientifiques recommandent en effet que le monitoring soit compatible avec la réalité des cliniciens ! Contrairement aux lignes de base qui ne seront proposées qu'une ou deux fois avant et une ou deux fois après l'intervention, le monitoring doit être mis en place à chaque séance. Par conséquent, en logopédie, la mesure de monitoring doit être réalisée en quelques secondes (max. 1 minute) et analysée tout aussi vite. Autrement dit, la mesure de monitoring ne sera pas aussi longue qu'une mesure de ligne de base, et c'est dans son caractère régulier (qui augmente la quantité de données récoltées) qu'elle compensera sa plus faible exhaustivité.

En respectant ces critères, les logopèdes peuvent élaborer leurs propres outils de monitoring adaptés à chaque patient et proposer ainsi des observations directes, des tâches comportementales ou des questionnaires. Par exemple, lorsque le traitement vise à corriger une antériorisation de phonèmes, le logopède peut calculer le pourcentage de productions correctes en séance (Olswang & Bain, 1994) (voir illustration 1). Une autre mesure complémentaire pourrait être le niveau d'aide nécessaire pour produire correctement les phonèmes, ce qui fournirait des informations supplémentaires sur les progrès du patient (Hoffman & Ireland, 2018). Il est également possible de recueillir des données auto-rapportées par le patient, comme une échelle mesurant l'utilisation d'un intercepteur labial et la respiration nasale (voir illustration 2) ou une évaluation subjective, par un patient, de la sévérité de ses disfluences hors cabinet.

Mettre en œuvre le monitoring

Fréquence. La fréquence de collecte des données dépend de plusieurs facteurs, tels que la sensibilité de la mesure de monitoring et la rapidité des changements attendus chez le patient. Le Centre National de Réponse à l'Intervention (NCRI, 2021) souligne toutefois l'intérêt de collectes fréquentes selon les besoins du patient. En outre, le nombre de données recueillies influence leur interprétation. Il est généralement conseillé de disposer d'au moins six points de données répartis sur plusieurs semaines (Christ & Silberglitt, 2007 ; NCRI, 2021), afin de compenser les fluctuations naturelles des performances d'un jour à l'autre. Pour ces raisons, il est souhaitable de proposer la mesure de monitoring à chaque séance de rééducation ou de manière hebdomadaire (si deux séances sont proposées par semaine). Néanmoins, dans cette dernière configuration où le monitoring n'est pas systématique, le risque est élevé d'oublier à plusieurs reprises de mettre en œuvre la mesure de monitoring, ce qui réduit le potentiel de cet outil et pourrait mener à son abandon.

Contexte de collecte des données. Bien que les données puissent être collectées tout au long des séances, un échantillonnage ciblé est souvent plus réaliste, comme le suggèrent Hoffman et Ireland (2018), et évite au logopède de travailler constamment en double tâche (annoter tout en étant en interaction avec le patient). Ainsi, seules certaines tentatives du patient ou une période très limitée de la séance peuvent être utilisées pour le monitoring. La logopède de l'illustration 1 a adopté cette recommandation en notant uniquement la qualité de la production du phonème R sur les 6 premiers mots proposés dans l'activité de rééducation, et non sur l'ensemble des mots travaillés en séance. Bien entendu, plus le monitoring portera sur un nombre élevé d'items, plus la sensibilité du monitoring sera élevée. Le choix du nombre d'items dépendra de la capacité du logopède à pouvoir quantifier son observation tout en menant l'activité de rééducation.

Cotation. De la même manière, le logopède est libre de fixer la cotation la plus pertinente pour suivre les progrès du patient. Bien qu'il soit courant d'opter pour une analyse en termes de réponses correctes avec une cotation binaire (1 = réussite, 0 = échec), il est à nouveau important de fixer la cotation qui sera la plus pertinente par rapport au patient et au travail envisagé. Il est ainsi possible d'affiner les critères de correction en ajoutant, par exemple, un score intermédiaire (2 = réussite sans aide, 1 = réussite avec aide, 0 = échec). D'autres types d'analyse peuvent également être envisagées tels que la fréquence (c'est-à-dire un nombre par unité de temps comme le nombre de mots lus en une minute ou le nombre de verbes différents dans une narration personnelle) ou l'intensité (comme l'intensité vocale).

A l'instar du nombre d'items sur lequel portera le monitoring, il est essentiel d'opter pour une cotation que le logopède pourra tenir si le monitoring est intégré à la rééducation. Comme le dit l'adage, *mieux vaut fait que parfait* ! Par contre, lorsque le logopède propose un monitoring isolé (par exemple, lire un texte pendant une minute pour commencer la séance ou via un questionnaire au patient comme dans l'illustration 2), cette contrainte de trouver un juste équilibre entre le nombre d'items, le type de cotation et le contexte de double tâche (mener la rééducation avec le patient) disparait.

Deux cas de figure qui appuient la plus-value du monitoring

Dans cet article, la richesse du monitoring pour l'ajustement de la rééducation logopédique sera uniquement développée dans deux contextes. Les lecteurs intéressés trouveront d'autres prises de décision basées sur le monitoring dans un article corédigé avec Sylvie Willems et Marie Geurten, et qui a alimenté plusieurs sections du présent article (Martinez Perez et al., 2021).

Le patient n'évolue pas. Les logopèdes peuvent être confrontés à une première situation : après 6-7 séances de rééducation, le monitoring montre une évolution minimaliste voire inexistante (voir illustration 1). Face à cette absence ou ce faible progrès, le logopède peut s'interroger sur plusieurs aspects : (a) la cible travaillée, (b) la stratégie d'intervention choisie, (c) la vitesse de progression *a priori* attendue selon la littérature scientifique, (d) les éléments essentiels de l'intervention (les « ingrédients actifs ») ainsi que son intensité (ou « dosage »), qui influencent l'efficacité du traitement (Neil & Jones, 2015), (e) l'analyse des difficultés du patient (réexaminer l'évaluation initiale, analyser les données recueillies à ce moment-là et lors de l'intervention, et vérifier si une hypothèse a été négligée ou écartée trop tôt), (f) le profil global du patient (qui pourrait présenter des troubles associés ou une condition biomédicale expliquant la lenteur de l'évolution) et enfin, (g) l'engagement du patient ou de son entourage (dont l'absence peut limiter les résultats escomptés, Staudt, 2007).

Après cette réflexion, le logopède pourra intervenir en fonction des points identifiés : changer de stratégie d'intervention (b) ; ajuster l'utilisation de la stratégie ou la dose (d) ; modifier la cible de l'intervention (a, e) ; renforcer l'implication du patient ou de son entourage à travers un entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2019) ou une discussion sur les préférences, les valeurs, les obstacles ou les perceptions du patient concernant ses difficultés et la prise en charge (g) ; ou bien poursuivre la rééducation sans modification, car cette réponse plus faible à l'intervention peut être appuyée par des données externes (c) ou expliquée par des facteurs spécifiques au patient (f).

C'est dans ce contexte particulier que réside l'importance du suivi régulier via le monitoring (en psychologie, voir Shimokawa et al., 2010). En fournissant une vue quasi immédiate de l'évolution du patient, la collecte fréquente de données permet au logopède de réévaluer rapidement son intervention et d'agir promptement, plutôt que d'attendre un bilan d'évolution ou une ligne de base 2-3 mois plus tard.

Le patient et/ou le logopède sont absents. Si un monitoring systématique permet de suivre au plus près l'évolution du patient, il permet également de tirer parti des séances de rééducation annulées. Il n'est en effet pas rare que le planning des séances fluctue, en particulier lors des périodes de congé. Si certaines absences sont planifiées et connues, les logopèdes rencontrent également les annulations de dernière minute. Lorsqu'un monitoring a été mis en place de manière systématique (dont celui au cours de la séance qui précède l'annulation), le logopède dispose de repères objectifs pour juger de la stabilité, de la perte voire de la poursuite des progrès pendant cette période sans rééducation ; informations utiles pour ajuster la suite de l'intervention. Au contraire, en cas de monitoring non systématique, il n'est pas possible de tirer parti des annulations non anticipées du patient ou du logopède.

En conclusion, le monitoring constitue une pratique familière pour de nombreux et nombreuses logopèdes. Afin qu'il appuie efficacement les décisions cliniques, il est recommandé de mettre en place un monitoring [quasi] systématique et basé sur des observations quantifiables. Sa richesse, par rapport aux lignes de base multiples, réside dans une construction rapide et une intégration aisée dans le décours de la rééducation. Par contre, si le monitoring permet de juger de l'évolution du patient, il ne permet pas de relier avec solidité cette évolution du patient à notre intervention. Ainsi, ligne de base multiple et monitoring constituent deux outils utiles et complémentaires pour la pratique logopédique.

BIBLIOGRAPHIE

Christ, T. J., & Silberglitt, B. (2007). Estimates of the standard error of measurement for curriculum-based measures of oral reading fluency. *School Psychology Review*, *36*(1), 130-146.

Fuchs, D., & Fuchs, L. S. (2006). Introduction to response to intervention: What, why, and how valid is it?. *Reading research quarterly*, *41*(1), 93-99.

Gillam, S. L., & Justice, L. (2010). RTI progress monitoring tools: Assessing primary-grade students in response-to-intervention programs. *The ASHA Leader*, *15*(11), 12-15.

Gondek, D., Edbrooke, J., Childs, F., Finks, E., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health, 43*, 325–343.

Hall-Mills, S. (2018). Language progress monitoring for elementary students. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, *3*(1), 170-179.

Hoffman, L. M., & Ireland, M. C. (2018). A Panoramic Introduction to Language Intervention Progress Monitoring. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, *3*(1), 161-169.

Martinez Perez, T., Geurten, M., & Willems, S. (2021). Collecter des données sur l'évolution du patient pour augmenter son efficacité thérapeutique en orthophonie. *ANAE : Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, *173*.

National Center on Response to Intervention. (2021, April 21). Essential Components of MTSS: Progress monitoring. Retrieved from http://www.mtss4success.org.

Neil, N., & Jones, E. A. (2015). Studying Treatment Intensity: Lessons from Two Preliminary Studies. *Journal of Behavioral Education, 24*(1), 51–73.

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

Sapyta, J., Riemer, M., & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: Theory, research, and practice. *Journal of clinical psychology*, *61*(2), 145-153.

Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of clients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 78*, 298–311.

Staudt, M. (2007). Treatment Engagement with Caregivers of At-risk Children: Gaps in Research and Conceptualization. *Journal of Child and Family Studies, 16*, 183–196.

Tate, R. L. (2019). Measuring outcomes and monitoring progress in the era of evidence-based clinical practice. *Brain Impairment*, *20*(3), 276-288.

Willems, S., Durieux, N., Maillart, C. & Martinez Perez, T. (2019). Psychologie et orthophoniste : l'EBP au service du patient. Fun MOOC. https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/psychologue-et-orthophoniste-lebp-au-service-du-patient/