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

#4 Réflexions transversales



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

Cette série d'articles consacrée aux lignes de base multiples (LDB) et au monitoring touche à sa fin. Elle avait débuté par des réflexions sur le sens d'une démarche d'évaluation lors de la rééducation, les freins ainsi que les leviers qui y sont associés. Les articles intermédiaires avaient ensuite ciblé la construction de deux outils d'évaluation et proposé des illustrations concrètes. Pour conclure, trois questionnements seront explorés pour introduire plus de nuance (dans la « vraie » vie, quand utiliser les LDB et le monitoring ?), du défi (est-ce que notre rééducation a réellement un impact positif ?) et du partenariat (est-ce uniquement l'affaire des logopèdes ?).

Le temps d'élaboration d'une LDB ou d'un monitoring peut être considérablement diminué avec l'entrainement, une vision claire des objectifs thérapeutiques (cf. article #1) et une exploitation efficace et critique de ressources disponibles. Néanmoins, comme le dit l'adage populaire, on n'a rien sans rien et la construction de mesures pertinentes demandera toujours du temps. Dans un monde idéal, la construction d'une LDB et d'un monitoring pour chaque patient serait recommandée ; dans la réalité, il est souvent nécessaire de prioriser.

Dans la « vraie » vie, quand utiliser les LDB et le monitoring ?

Comme la majorité des questions cliniques, il n'existe pas de réponse catégorique pour guider la priorisation. Les piliers de l'Evidence-Based Practice (EBP) me semblent toutefois fournir les principaux éléments à intégrer dans la réflexion et la prise de décision.

Pilier Recherche. L'arbre décisionnel proposé par Novkak et al. (2013) permet de guider les actions du clinicien dans la mise en place ou non d'une démarche d'évaluation de son efficacité. Par rapport à ce qui est connu sur l'efficacité d'une intervention, au niveau scientifique, trois cas de figure se dessinent : (1) il existe plusieurs preuves, et de qualité, qui indiquent que l'intervention est efficace ; dans cette situation, le logopède se lance dans l'intervention et vérifie sporadiquement l'évolution du patient ; (2) il existe quelques preuves, ou de qualité faible, qui indiquent une efficacité variable de l'intervention (chez certains patients, de faible ampleur, …) ; le logopède peut mettre en place cette intervention s'il n'a pas d'alternative mais veille à suivre l'évolution du patient et, quand cela est possible, à vérifier son impact ; (3) il existe plusieurs preuves, et de qualité, qui indiquent une absence d'efficacité de l'intervention ; le logopède doit alors se tourner vers une autre intervention. Dans cette perspective, en prenant en compte le pilier Recherche pour prioriser, c'est la deuxième situation qui est associée à la mise en place d'un monitoring et d'une LDB multiple.

Pilier Patient. Le choix de la mise en place d'un monitoring ou d'une LDB multiple peut dépendre du patient. Pour ma part, il me semble que ces outils devraient être privilégiés avec les patients qui présentent un profil particulier (par exemple une condition biomédicale associée), qui manifestent de nombreuses difficultés (par exemple une comorbidité de troubles) ou qui progressent plus lentement.

Pour ces patients, pour lesquels l'efficacité de notre intervention peut être incertaine, le monitoring et la LDB multiple peuvent servir de garde-fous. Ils permettent en effet d'objectiver plus rapidement une absence de progrès ou de progrès spécifiques, ce qui facilitent un ajustement rapide de l'intervention et un dialogue constructif avec le patient. Dans ce sens, en psychologie, les routines d'évaluation sont recommandées en priorité pour les patients qui répondent différemment à l'intervention (Shimokawa et al., 2010).

Le monitoring et les LDB multiples peuvent également être prioritaires pour les patients en suivi de longue durée pour lesquels l'arrêt de la rééducation est ou deviendra une question sensible. Si la difficulté de clôturer ou de mettre sur pause ce type de suivi est plurifactorielle (Hersh, 2010 ; Roulstone et al., 2010), la résistance et l'anxiété des différentes parties prenantes (logopède compris) peuvent être diminuées lorsque l'arrêt est discuté dès le début de l'intervention (Body, 2010). Au passage, cela fait écho au slogan des avocats « *Un avocat c'est quelqu'un qu'il faut voir avant pour éviter les ennuis après* ». Discuter de l'arrêt de la rééducation sous-entend de discuter du niveau à atteindre que nous (patient et logopède) nous fixons au départ. Le monitoring et la LDB multiple se font le relai de cette discussion car ils sont construits en référence à l'objectif fixé et ont pour intention de fournir des données sur l'atteinte ou non de cet objectif. Analyser les données obtenues avec le patient offre un levier (parmi d'autres) pour discuter et décider de l'arrêt ou d'une pause de la rééducation.

Pilier Expertise. Nos expériences et nos ressources internes en tant que logopède peuvent également guider le choix de mettre ou pas en place un monitoring ou une LDB multiple. Le travail réalisé avec les anciens patients alimente nos points de vigilance et peut nous inciter à questionner l'efficacité d'une intervention de manière générale ou l'efficacité d'une intervention avec un certain profil de patients. Dans ces situations, la mise en place d'une LDB multiple permettrait de mettre à l'épreuve cette intervention de manière plus objective. Par ailleurs, la prise en charge d'une nouvelle pathologie pour laquelle nous avons moins d'expérience pourrait nous amener à opter pour une LDB multiple afin de vérifier l'impact de notre travail. Cette dernière situation pourrait sous-entendre que le logopède expérimenté n'a pas besoin de mettre en place un monitoring ou une LDB multiple. Comme le soulignent Willems et al. (2021), l'expérience n'est pas synonyme d'expertise. Un logopède qui considère que l'intuition est suffisante semble peu ouvert à la remise en question qui constitue pourtant la qualité professionnelle associée à l'expertise.

Pilier Contexte. Finalement, le cadre de travail du logopède constitue aussi une porte d'entrée pertinente pour prioriser l'utilisation de ces outils. J'ai ainsi rencontré des logopèdes qui souhaitaient se former à l'implémentation des LDB multiples afin de défendre la place des logopèdes dans les infrastructures qui les employaient jusqu'alors. Le pilier Contexte renvoie également au système plus général de soins de santé et à l'évolution des politiques de santé. La fin des « deux ans calendrier » pour plusieurs codes de nomenclature va impliquer désormais une plus grande gestion du quota de séances de rééducation. Par conséquent, cette question de la pause de la rééducation va devenir centrale, quel que soit le patient. À l'instar des arguments développés pour les patients avec un suivi au long cours (cf. Pilier Patient), le monitoring et la LDB multiple constitueront des ressources utiles pour guider la pause du suivi logopédique.

Est-ce que notre rééducation a réellement un impact positif ?

Jusqu'à présent, l'efficacité a été abordée sous un sens large. Or, questionner l'efficacité amène en réalité les notions de significativité clinique, de contexte d'évaluation, d'impact fonctionnel, et d'attentes du patient. En effet, s'assurer que la prise en charge logopédique est associée à une amélioration positive chez le patient implique d'aller au-delà d'une augmentation chiffrée de ses résultats et d'identifier à partir de quel moment un changement de score brut amène une amélioration ressentie, d'évaluer la cible de l'intervention dans un contexte plus écologique (en dehors du cabinet ou a minima dans des situations authentiques), d'utiliser des outils de mesure qui évaluent la réduction de l'impact fonctionnel du trouble et d'identifier si l'intervention a permis de répondre aux attentes du patient.

En d'autres termes, interroger l'ampleur de l'efficacité implique de considérer le niveau de granularité de cette évaluation. Jusqu'à présent, les illustrations

de LDB multiples et de monitorings se concentraient sur le niveau du « processus ». Les niveaux supérieurs de granularité correspondent aux « compétences », au « fonctionnement » et finalement à la « qualité de vie ». Nous sommes encore peu outillés, en tant que logopèdes, pour évaluer ces niveaux de granularité mais de nombreux changements s'opèrent depuis plusieurs années. Ainsi, de plus en plus d'outils se développent pour évaluer l'impact fonctionnel (par exemple le QLIF par Ross-Lévesque et al., 2024) et cette thématique est régulièrement choisie pour les colloques à destination des logopèdes. Ainsi, tout ce courant qui vient questionner notre manière d'évaluer le patient et définir des objectifs thérapeutiques (par exemple Maillart et al., 2024) influence également les LDB multiples et le monitoring car ces outils sont directement en lien avec la façon dont nous envisageons l'intervention et ses objectifs. Néanmoins, dans le contexte spécifique de l'évaluation de l'efficacité, l'enjeu supplémentaire sera de disposer d'outils suffisamment *sensibles au changement* (c'est-à-dire capable de détecter de réels changements chez le patient). Il s'agit d'une qualité psychométrique supplémentaire qui est attendue des outils d'évaluation lorsqu'ils sont envisagés dans le décours d'une rééducation (Burnay et al., 2024).

Surtout, que ce paragraphe ne vous décourage pas : *Qui veut gravir une montagne commence par le bas* ! Mettre en place avec ses patients un monitoring ou une LDB multiple sur le niveau « processus », en fonction des situations les plus prioritaires, constitue un bel objectif professionnel. L'objectif de ce paragraphe est d'ouvrir le champ des possibles et d'attirer l'attention sur l'évolution de nos pratiques. Le monitoring et les LDB multiples seront soumis à ces évolutions car ces outils doivent rester ancrés dans le quotidien professionnel en perpétuel changement. Par ailleurs, ces niveaux supérieurs de granularité peuvent davantage parler aux logopèdes qui préféraient s'investir dans l'évaluation de l'efficacité à l'un de ces niveaux plutôt qu'au niveau des processus. Il n'existe aucune recommandation sur la nécessité ou non de mesurer un niveau plus bas avant d'évaluer un niveau supérieur. Pour ma part, je pense que nous devons rester maîtres des outils que nous employons, en faisant preuve de questionnement et de raisonnement pour déterminer, dans chaque situation, ce qui est le plus pertinent.

Est-ce uniquement l'affaire des logopèdes ?

Évaluer l'efficacité de son intervention ne relève pas de la seule prérogative des logopèdes. Au-delà du fait que la collaboration permet de faciliter la mise en place des mesures d'évaluation, le partenariat peut également être nécessaire pour évaluer avec plus de justesse l'impact de notre rééducation.

Collaborer avec le patient. Le monitoring ou la LDB multiple peuvent tout d'abord constituer des leviers de motivation pour le patient qui visualise son évolution au fur et à mesure des séances (monitoring) ou périodiquement (LDB multiple). Il s'agit d'une pratique souvent mise en place pour le travail de la fluence en lecture et qui mériterait d'être élargie à tous les types d'objectifs thérapeutiques. Ensuite, de plus en plus d'écrits mettent en lumière les divergences qu'il peut y avoir entre les données rapportées par un proche *versus* par le patient lui-même. Par exemple, dans le cas des Troubles des Sons de la Parole, l'intelligibilité peut être évaluée en questionnant un proche de l'enfant. Or, Keller et al. (2023) mettent en évidence une absence de corrélation entre la perception de la communication par l'entourage et l'impact fonctionnel évalué par l'enfant lui-même, lorsque l'enfant est âgé de 6 à 11 ans. Cela illustre l'importance de questionner l'enfant et pas uniquement son parent pour évaluer les progrès.

Collaborer avec des observateurs externes. Impliquer son stagiaire ou les proches du patient dans la prise de notes des réponses du patient peut amener un double gain : d'une part, la charge cognitive liée à la mise en place du monitoring ou de la LDB multiple est réduite pour le logopède ; d'autre part, le stagiaire ou le proche affine sa perception et sa compréhension des difficultés du patient, compréhension essentielle pour favoriser un réel partenariat. Bien entendu, comme toujours, il ne s'agit pas de mettre en place ce type de partenariat de manière systématique et une réflexion doit accompagner chaque décision. Car le partenariat ne présente pas que des bénéfices et peut également être vécu comme un fardeau par les parents (Klatte et al., 2020). Loin d'être un argument pour ne pas le faire, ces observations nous rappellent l'importance de la communication explicite (en évitant, autrement dit, de réaliser des inférences sur ce qui serait ou non bon pour le patient/ses proches) entre le logopède et le patient/ses proches pour accompagner chacun où il en est, et avec ses besoins du moment.

Pour conclure cette série, j'aimerais revenir sur mon intention première : augmenter la place du monitoring et des LDB multiples dans la pratique logopédique. Il me semble que, comme toujours, cela passe par la discussion, la réflexion et la coconstruction. Alors je vous pose la question : « Qu'est-ce qui manque pour que ces outils soient réellement utilisés et ne restent pas l'apanage des stagiaires qui répondent aux exigences du stage ? ». À travers ces cinq articles, je vous ai partagé des éléments repris par plusieurs auteurs mais également des réflexions personnelles et actuelles qui ne demandent qu'à être remises en question. Vous n'êtes pas tout à fait ou pas du tout d'accord avec ces propos ? Vous abordez l'évaluation de l'efficacité sous un autre angle ? Vous utilisez d'autres repères pour complexifier, ajuster ou arrêter la prise en charge tout en minimant l'influence des biais cognitifs ? Que diriez-vous d'en discuter avec vos collègues ? Et si nous nous croisons, ce sera avec un réel intérêt et un vif enthousiasme que j'échangerai avec vous sur ces questions, vos réflexions et vos actions, autour d'une tasse de thé ou de café !

BIBLIOGRAPHIE

Aldridge, D., Cahill, L., & Theodoros, D. (2023). Assessment of communication competence in acquired communication disorders: A systematic scoping review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *25*(2), 306-316.

Body, R. (2010). They can because they think they can. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *12*(4), 301-303.

Burnay, J., Grégoire, J., Monseur, C., & Willems, S. (2024). Lutter contre les freins à l'Evidence-Based Assessment: Création d'une grille pour examiner la qualité des outils d'évaluation en psychologie, neuropsychologie et orthophonie. ANAE: Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant, 190.

Cronin, A., McLeod, S., & Verdon, S. (2020). Holistic communication assessment for young children with cleft palate using the International Classification of Functioning, Disability and Health: Children and Youth. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, *51*(4), 914-938.

Hersh, D. (2010). I can't sleep at night with discharging this lady: The personal impact of ending therapy on speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *12*(4), 283-291.

Keller, S., & Maas, E. (2023). Self-reported communication attitudes of children with childhood apraxia of speech: An exploratory study. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *32*(4S), 1806-1824.

Klatte, I. S., Lyons, R., Davies, K., Harding, S., Marshall, J., McKean, C., & Roulstone, S. (2020). Collaboration between parents and SLTs produces optimal outcomes for children attending speech and language therapy: Gathering the evidence. *International Journal of Language & Communication Disorders*, *55*(4), 618-628.

Maillart, C., Vangeebergen, Z., & Leclercq, A. L. (2024). Trouble développemental du langage: identifier les impacts fonctionnels et les stratégies déployées pour les atténuer. ANAE: Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant, 190.

Novak, I., Mcintyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., ... & Goldsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Developmental medicine & child neurology*, *55*(10), 885-910.

Ross-Lévesque, E., Leclercq, A. L., Maillart, C., & Desmarais, C. (2024). *Co-construction et validation de questionnaires en français sur le langage et les impacts fonctionnels (QLIF): une contribution à l'évaluation orthophonique d'enfants de 3 à 12 ans.* Rééducation Orthophonique, (297).

Roulstone, S., & Enderby, P. (2010). The end of an affair: Discharging clients from speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *12*(4), 292-295.

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.

Willems, S., Martinez Perez, T., & Maillart, C. (2021). Expertise clinique = (re)mise en question de l'expérience. *Langage et Pratiques*, *64*.