

# Objectifs atteignables, progrès visibles : découvrir le plan à changement de critère



par

**Julie Cattini,**

Logopède au Luxembourg

Collaboratrice à la Research Unit for a life Course perspective on Health & Education, ULiège, Belgique

## Remerciements

*Je tiens à adresser mes vifs remerciements à Frédérique Miller et Treacy Martinez Perez pour leur relecture attentive.*

Depuis plusieurs années, les logopèdes sont sensibilisés à la nécessité d'utiliser des outils adaptés pour évaluer l'évolution de leurs patients et/ou l'effet des interventions qu'ils proposent. Pourtant, cette démarche reste encore peu ancrée dans la pratique clinique. En effet, les scores obtenus à des outils normés, parfois après plusieurs mois d'intervention, sont fréquemment utilisés pour juger des progrès du patient, malgré les conclusions parfois erronées que cela peut engendrer (McCauley & Swisher, 1984 ; Michael, 2025).

Dans cinq articles parus en 2024 dans l'UPLF-info, Treacy Martinez Perez développe les outils à notre disposition pour suivre l'évolution des patients (Martinez Perez, 2024, 2025). Elle rappelle que nous pouvons avoir principalement recours à trois approches : le monitoring (ou routines d'évaluation), les lignes de base simples et les lignes de base multiples.

Ces trois méthodologies, de complexité et de rigueur croissantes, offrent un niveau de validité différent (Martinez Perez et al., 2021 ; Ebbels, 2017 ; Peyroux & Krasni-Paciny, 2018).

1. Le monitoring permet d'observer les progrès du patient de manière fréquente et rapide sans pouvoir en identifier la cause.
2. Les lignes de base simples permettent de suivre l'évolution en s'assurant de la stabilité des mesures et d'écarter une progression développementale spontanée comme origine des progrès.
3. Les lignes de base multiples permettent de répliquer l'effet de l'intervention à **plusieurs reprises** afin de pouvoir affirmer avec un bon niveau de confiance que les progrès sont dus à l'intervention.

Depuis quelques années, face à la difficulté rencontrée par les logopèdes pour mettre en place des lignes de base, certains contenus de formation continue proposent de remplacer ces méthodologies par du monitoring, tout en prétendant pouvoir tirer les mêmes conclusions. Si le monitoring est effectivement plus "clinician-friendly", il est essentiel d'être conscient de ses limites en matière d'inférences causales. En d'autres termes, il est important de ne pas tirer de conclusions sur l'efficacité de l'intervention à partir des données collectées mais uniquement sur l'évolution du patient.

À la lecture des cinq articles parus en 2024, il semblait intéressant d'ajouter un outil dans cette boîte déjà bien remplie : le plan à changement de critère (anglais, *changing criterion design*).

Avez-vous déjà eu pour objectif d'amener progressivement un nouveau comportement chez un patient ? Par exemple, instaurer un rituel de lecture de plus en plus long le soir, augmenter le nombre de techniques de soutien langagier utilisées pendant une activité de lecture partagée de 5 minutes, ou encore renforcer l'utilisation d'un moyen de CAA pour effectuer une demande fonctionnelle ?

Ces petits objectifs progressifs visent à instaurer, pas à pas, un comportement final répondant aux besoins du patient ou de sa famille. Bien que cela soit souvent fait de manière informelle, saviez-vous qu'il existe un plan expérimental à cas unique pour formaliser cette progression ?

Assez simple à mettre en œuvre, ce plan peut devenir un excellent outil pour mesurer l'effet de votre intervention tout en engageant activement le patient dans sa progression. Il s'agit du « plan à changement de critère ».

## 1. Définition

Le plan à changement de critère est un plan expérimental à cas unique (au même titre que les lignes de base multiples), utilisé pour démontrer une **relation causale** entre une intervention et l'évolution d'un comportement. Il est particulièrement utile lorsque ce comportement est censé changer de manière progressive, et plus précisément par paliers successifs (Byiers, 2013 ; Kazdin, 2011).

Chaque phase de l'intervention fixe un critère de performance spécifique et la réussite à ce critère permet de passer au palier suivant. Si le comportement évolue à trois reprises de façon cohérente avec les modifications de critère, on peut considérer que l'effet est bien dû à l'intervention (Kazdin, 2011). Cette méthodologie est particulièrement pertinente pour des comportements difficiles à faire changer rapidement et lorsqu'un renforcement conditionné à l'atteinte du critère est prévu. Ce type de plan a, par exemple, été largement utilisé dans le domaine de l'addictologie, mais il se prête tout à fait aux contextes cliniques en orthophonie comme l'implémentation du PECS (Picture Exchange Communication System) auprès des populations avec un Trouble du Spectre de l'Autisme (Ganz & Simpson, 2004).

## 2. Procédure

Pour mettre en place un plan à changement de critère, il est important de répondre à plusieurs questions préalables : 1) Quels sont les objectifs visés ? ; 2) Quels sont les paliers définis pour atteindre cet objectif ? ; 3) Comment le comportement sera-t-il mesuré ? ; 4) Où la collecte de données aura-t-elle lieu ? ; 5) Quels sont les moments propices à l'observation ? ; 6) Quelle fréquence d'observation est adaptée à la situation ?

Les étapes méthodologiques sont les suivantes :

1. réaliser une ligne de base, en mesurant le comportement sans intervention pour obtenir un niveau de référence stable (au moins 3 points, 5 étant recommandés) ;

2. définir des critères progressifs permettant d'atteindre l'objectif final, en choisissant des paliers réalistes et atteignables (au minimum 3 paliers) ;
3. démarrer l'intervention après la ligne de base. Il peut s'agir, par exemple, d'un système simple de renforcement positif. Le patient et/ou son entourage sont informés clairement et explicitement de l'objectif à atteindre pour chaque phase ;
4. encoder les données selon la fréquence définie, à l'aide d'un fichier Excel ou tout autre outil de suivi ;
5. passer au palier suivant dès que le comportement est stabilisé à un niveau satisfaisant (au moins 3 points stables).

Pour une méthodologie rigoureuse, il est conseillé de prévoir :

- la durée approximative de chaque phase,
- le nombre de critères envisagés,
- et l'amplitude des changements entre chaque critère.

Cependant, en contexte clinique, **le bien-être et les besoins du patient priment toujours sur la rigueur méthodologique stricte**. L'ajustement en cours de suivi est donc non seulement acceptable, mais souvent nécessaire.

## 3. Illustration clinique

Dorian est un jeune garçon scolarisé en 5<sup>e</sup> année primaire. Il est suivi pour un Trouble Spécifique des Apprentissages en lecture et en écriture depuis un an. Parallèlement, il dispose d'un traitement médicamenteux pour un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité.

À l'issue du premier cycle d'intervention, Dorian et sa famille ont rapporté une nette amélioration de ses performances en orthographe. Désormais, sa principale plainte concerne sa vitesse de lecture : il aimerait lire plus rapidement, car il se sent à la traîne en classe, mais il aimerait aussi prendre plaisir à lire. Ses parents, tous deux grands lecteurs, regrettent que leur fils ne parvienne pas à apprécier cette activité. Bien qu'ils partagent encore des moments de lecture ensemble, ils peinent à favoriser son autonomie.

Plusieurs échanges ont permis de déculpabiliser Dorian vis-à-vis de son manque d'intérêt pour la lecture.

En effet, les données actuelles suggèrent que ce sont les faibles compétences en lecture qui freinent le plaisir de lire et non l'inverse (van Bergen et al., 2023). Cette information, partagée avec Dorian et ses parents, a permis de réduire la pression et d'ouvrir la voie à de nouvelles solutions.

Malheureusement, les recommandations issues de la littérature pour améliorer la fluence en lecture restent peu conclusives. Par exemple, la lecture répétée, souvent promue dans les pratiques scolaires, n'a pas démontré d'effet solide de généralisation à des textes non entraînés, ni de maintien à long terme (Lee & Yoon, 2017 ; Steinle et al., 2022).

Après discussion avec la famille, nous avons proposé de soutenir l'installation d'une habitude de lecture autonome, associée à une recherche proactive de supports plaisants. L'intervention repose sur un temps de lecture quotidien, effectué à domicile, afin de favoriser les automatismes de lecture par exposition régulière et variée à l'écrit. L'objectif est d'engager une spirale ascendante, où l'aisance nourrit le plaisir et le plaisir alimente la motivation.

### Mise en place du plan à changement de critère

Tous ensemble, nous avons répondu aux questions-clés de la méthodologie.

1. Quels sont les objectifs visés ?
  - Premier palier : lire 5 minutes par jour
 

Ce seuil, bien que modeste pour un enfant de 5<sup>e</sup> année primaire, paraissait déjà ambitieux pour Dorian. En accord avec les parents, nous avons choisi de commencer bas afin de garantir une réussite immédiate et renforcer sa confiance.
  - Deuxième palier : lire 10 minutes par jour
  - Troisième palier : lire 15 minutes par jour
  - Quatrième palier : lire 18 minutes par jour
  - Cinquième palier : lire 20 minutes par jour
2. L'ajout éventuel de nouveaux paliers sera rediscuté ultérieurement, car Dorian ne se projette pas encore sur des temps de lecture plus longs.
3. Comment le comportement sera-t-il mesuré ?

4. Dorian utilisera un chronomètre pour mesurer lui-même son temps de lecture. Nous faisons le pari de la confiance : il notera honnêtement ses temps dans un tableau. Les lectures imposées par l'école ne seront pas prises en compte. Il est libre de lire ce qu'il veut, sans jugement sur la nature des supports choisis (BD, livres audio, romans, magazines, etc.).
5. Quel est le lieu propice à la collecte des données ?
6. En contexte naturel, dans sa chambre.
7. Quels sont les moments propices ?
8. Le soir, avant d'aller dormir.
9. Quelle fréquence d'observation ?
10. Dorian notera chaque soir la date et le temps de lecture réalisé. Un nouveau palier sera fixé toutes les deux semaines, selon la stabilité des résultats.

### Résultats

Lors de nos séances, nous avons poursuivi un travail ciblé sur la compréhension à la lecture, exploré et emprunté des livres susceptibles de l'intéresser, et encodé ses performances toutes les deux semaines afin de fixer un nouvel objectif.

Aucun renforçateur externe n'a été mis en place, à la demande de Dorian. Lors de nos échanges, il est apparu qu'il bénéficiait d'une forte motivation intrinsèque. Le soutien actif de ses parents, ainsi que les moments de partage lors de nos séances, constituaient en eux-mêmes des sources importantes de valorisation. Afin d'établir une ligne de base avant la mise en place de l'intervention, la mère de Dorian a observé pendant une semaine s'il lisait ou non avant d'aller dormir. Dorian n'en a pas été informé afin d'avoir une observation représentative de son quotidien.

La figure ci-après présente l'évolution du nombre de minutes de lecture par jour réalisée par Dorian, depuis la mise en place du plan à changement de critère. Les différentes zones colorées correspondent aux paliers successifs fixés (5 minutes, 10 minutes, etc.).

Nous pouvons constater que Dorian a systématiquement atteint ses objectifs. Le premier palier a été franchi sans difficulté. Lors de notre premier échange à ce sujet, il a confié que « cinq minutes, c'était vrai-



Figure 1. Nombre de minutes lus par jour au cours des différentes phases

ment trop facile », malgré de fortes appréhensions exprimées auparavant.

Aurions-nous dû commencer avec un palier plus élevé ? Peut-être cela aurait-il permis de montrer un effet plus net lors des changements de critère, et donc de renforcer la validité de notre démarche. Néanmoins, dans ce cas précis, l'objectif premier était de restaurer un sentiment de compétence et de renouer avec le plaisir de lire. Il s'agissait donc d'une situation où l'adaptation clinique prime sur l'aspect méthodologique.

Au fil des deux premières phases, Dorian a pris plaisir à dépasser ses objectifs. Par la suite, il a maintenu les temps demandés, dépassant les attentes de façon plus occasionnelle. Lors d'un entretien réalisé en juin, il expliquait qu'il oubliait parfois de regarder le chronomètre tant il était absorbé par sa lecture, ou que la lecture était devenue un rituel naturel avant le coucher. L'encodage conjoint de ses résultats constituait pour lui un moment particulièrement valorisant.

Une fois l'objectif de 20 minutes atteint, une phase « libre » lui a été proposée : il pouvait lire aussi longtemps qu'il le souhaitait tout en continuant à se chronométrer. Quelques semaines plus tard, il a choisi de reprendre un objectif de 20 minutes, puis finalement d'augmenter à nouveau son temps de lecture en constatant qu'il dépassait régulièrement la durée fixée. Son objectif est désormais de 25 minutes de lecture par jour à la grande joie de ses parents, Dorian dépasse souvent ce temps et lit désormais par plaisir, sans prêter attention au chronomètre : une expérience toute nouvelle pour lui.

#### 4. En conclusion

Les plans à changement de critère constituent un outil pertinent pour installer progressivement un nouveau comportement dans le temps. Méthodologiquement, ils peuvent être perçus comme une forme de monitoring, mais avec une particularité essentielle : l'ajout d'objectifs définis par paliers et avant de commencer l'intervention. À chaque étape, le niveau de performance atteint devient la ligne de base du critère suivant, structurant ainsi l'évolution de manière claire et mesurable (Martinez Perez et al., 2021).

Selon mon expérience clinique, cet outil est particulièrement intéressant pour accompagner l'instauration d'habitudes de vie. Il n'est pas rare d'observer un progrès en séance sans savoir si ce changement s'est généralisé en contexte naturel. Parfois, on sait que le transfert n'a pas eu lieu, sans disposer d'un cadre structurant pour accompagner le patient et sa famille dans cette étape. Nous avons tous déjà expérimenté, à titre personnel, la difficulté à modifier une habitude de vie, même avec de la bonne volonté. Ce plan permet justement d'aborder ces défis de façon progressive et concertée.

Au-delà de son usage en séance, le plan à changement de critère offre la possibilité de co-construire un objectif individualisé, en tenant compte du rythme du patient et de son entourage, ainsi que des opportunités concrètes d'évaluation en contexte écologique. Le patient ou ses parents peuvent assurer la collecte des données, et le temps de séance devient un moment d'analyse et de discussion sur l'évolution.

Cependant, ce plan comporte aussi certaines limites méthodologiques. Il nécessite un comportement mesurable de façon régulière et fiable, et il est parfois difficile de démontrer un effet clair si les changements entre paliers sont trop faibles ou si le comportement évolue spontanément sans suivre strictement les critères. De plus, son interprétation demande une certaine prudence : une amélioration parallèle au

changement de critère ne suffit pas à démontrer une relation causale sans ambiguïté. La rigueur du plan repose donc sur une planification soignée des paliers et de leur progression.

Malgré ces limites, ce type de démarche contribue à valoriser les efforts du patient, à renforcer l'alliance thérapeutique et à donner du sens au suivi, en rendant chacun acteur du changement.

## RÉFÉRENCES

- Byiers, B. J., Reichle, J., & Symons, F. J. (2012). Single-subject experimental design for evidence-based practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21(4), 397–414. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0036\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0036))
- Ebbels, S. H. (2017). Intervention research: Appraising study designs, interpreting findings and creating research in clinical practice. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/17549507.2016.1276215>
- Ganz, J. B., & Simpson, R. L. (2004). Effects on communicative requesting and speech development of the picture exchange communication system in children with characteristics of autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 34(4), 395–409.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: methods for clinical and applied settings*. Oxford University Press.
- Lee, J., & Yoon, S. Y. (2015). The Effects of Repeated Reading on Reading Fluency for Students With Reading Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 50(2), 213–224. <https://doi.org/10.1177/0022219415605194>
- Martinez Perez, T. (2024). Les lignes de base multiples et le monitoring : deux outils pour appuyer nos décisions cliniques (1/5) - Se laisser convaincre et se lancer. *UPLF-info*, 1, p. 14-18.
- Martinez Perez, T. (2024). Les lignes de base multiples et le monitoring : deux outils pour appuyer nos décisions cliniques (2/5) – Démarche générale et ligne de base dite « items spécifiques ». *UPLF-info*, 2, p. 14-21
- Martinez Perez, T. (2024). Les lignes de base multiples et le monitoring : deux outils pour appuyer nos décisions cliniques (3/5) – Ligne de base dite « procédurale ». *UPLF-info*, 3, p. 26-33
- Martinez Perez, T. (2024). Les lignes de base multiples et le monitoring : deux outils pour appuyer nos décisions cliniques (4/5) – Monitoring (ou routines d'évaluation). *UPLF-info*, 4, p. 10-15
- Martinez Perez, T. (2025). Les lignes de base multiples et le monitoring : deux outils pour appuyer nos décisions cliniques (5/5) – Réflexions transversales. *UPLF-info*, 1, p. 10-13
- 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.
- McCauley, R., & Swisher, L. (1984). Use and misuse of norm-referenced test in clinical assessment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 49(4), 338–348. <https://doi.org/10.1044/jshd.4904.338>
- Michael, G. A. (2025). An omnibus statistical test for evaluating changes in the performance of an individual case over time (pre-test, posttest 1, posttest 2, posttest 3, etc.). *Revue de Neuropsychologie*, 17(1), 31–36. <https://doi.org/10.1684/nrp.2025.0811>
- Peyroux, É., & Krasny-Pacini, A. (2018). Chapitre 2. Méthodologie de la rééducation. In *Rééducation cognitive chez l'enfant* (pp. 181–210). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.sequi.2018.01.0181>
- Steinle, P. K., Stevens, E., & Vaughn, S. (2022). Fluency interventions for struggling readers in Grades 6 to 12: A research synthesis. *Journal of Learning Disabilities*, 55(1), 3–21. <https://doi.org/10.1177/0022219421991249>
- van Bergen, E., Hart, S. A., Latvala, A., Vuoksima, E., Tolvanen, A., & Torppa, M. (2023). Literacy skills seem to fuel literacy enjoyment, rather than vice versa. *Developmental Science*, 26(3). <https://doi.org/10.1111/desc.13325>

Nom du patient : .....

Date de début : .....

**1. Quel est l'objectif visé ?**

.....  
.....

**2. Quels sont les paliers définis pour atteindre cet objectif ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Comment ce comportement sera-t-il mesuré ?**

.....  
.....

**4. À quelle fréquence les données seront-elles relevées ?**

Tous les jours

Plusieurs fois par semaine

Une fois par semaine

Autre : .....

**5. Où le comportement sera-t-il observé ?**

.....  
.....

**6. Quand le comportement sera-t-il observé ?**

.....  
.....

**7. Qui collecte les données ?**

Patient

Parent(s)

Logopède

Enseignant

Autre : .....