

Organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage (trouble primaire du langage)

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)



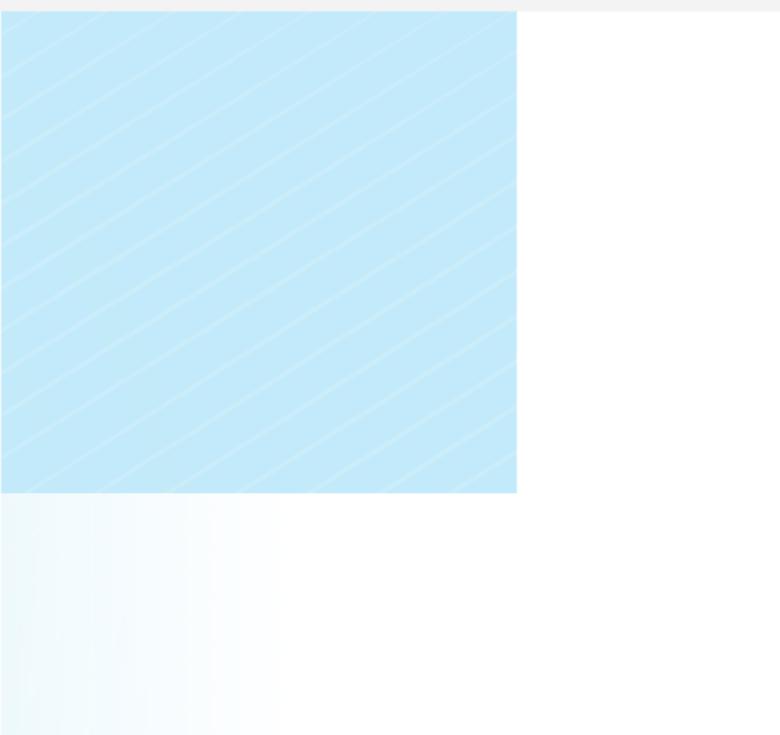
Organisation du continuum et de la
dispensation des services aux enfants
âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble
développemental du langage
(trouble primaire du langage)

Rédigé par
Annie Tessier
Sylvie Valade

Avec la collaboration de
Isabelle Beaudoin
Carole-Line Nadeau
Élyse Normandin

Coordination scientifique
Micheline Lapalme

Sous la direction de
Sylvie Desmarais
Michèle Archambault



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Équipe de projet

Auteurs

Annie Tessier, Ph. D., M. Santé Publique, B. Sc. erg.
Sylvie Valade, M.O.A., M.A.P.

Collaboratrices

Isabelle Beaudoin, Ph. D., M. Sc.
Carole-Line Nadeau, M.A.
Élyse Normandin, CPA, CA

Coordonnatrice scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Adjointe à la direction des services sociaux

Michèle Archambault, M. Sc.

Directrice des services sociaux

Sylvie Desmarais, M. Sc.

Repérage d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Soutien documentaire

Flavie Jouandon

Soutien administratif

Nathalie Vanier

Équipe de l'édition

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, B. Ps., M. Sc. éd.

Avec la collaboration de

Micheline Lampron, révision linguistique

Mark Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-79781-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage (trouble primaire du langage). Rapport rédigé par Annie Tessier et Sylvie Valade. Québec, Qc : INESSS; 107 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lecteurs externes

M^{me} Line Massé, Ph. D., professeure au Département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

M^{me} Elin Thordardottir, Ph.D., professeure, School of Communication Sciences and Disorders, Faculté de médecine de l'Université McGill

Contribution spéciale

M^{me} Anne Lauzon, B. Sc. physiothérapie, M. Sc., directrice des services sociaux à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (jusqu'au 31 décembre 2016)

Comité consultatif

M. Marc Barakat, neuropsychologue, Clinique d'évaluation et de réadaptation cognitive

M^{me} Chantal Desmarais, orthophoniste et professeure titulaire, adjointe à la direction au Département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université Laval et chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale (CIRRISS)

M^{me} Katelyn Gauvin, coordonnatrice professionnelle, Équipe DITED et AMIS, Installation Anjou du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Mélanie Hamelin, chef d'équipe et éducatrice spécialisée au Centre de réadaptation en déficience physique du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

M^{me} Chantal Henri, orthophoniste et conseillère clinique à la Direction des services multidisciplinaires, CISSS de Laval

M^{me} Annie Lafrenière, ergothérapeute, Centre de réadaptation en déficience physique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Stéphanie Lechasseur, éducatrice spécialisée et propriétaire d'une garderie, Bas-Saint-Laurent

M^{me} Josée Madore, coordonnatrice clinique, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec du CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Patricia Métivier, parent d'un enfant présentant un trouble primaire du langage, Chaudière-Appalaches

M. Bernard Michallet, professeur et directeur du Département d'orthophonie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et chercheur au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain

M^{me} Eve-Julie Rioux, orthophoniste, Centre de réadaptation en déficience physique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Marie-Chantal Tanguay, intervenante scolaire, Commission scolaire de l'Estuaire, Côte-Nord

Comité de suivi

M^{me} Francine Bédard, conseillère au développement professionnel et aux affaires professionnelles, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (à partir d'octobre 2016)

M^{me} Geneviève Boivin, chef de programmes, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec du CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Lucie Champagne, chef d'équipe aux partenariats et au développement des services, Association québécoise des centres de la petite enfance (jusqu'en mars 2016)

D^{re} France De Villers, pédiatre, Fédération des médecins spécialistes du Québec

M^{me} Christine Fournier, conseillère aux affaires professionnelles et à l'admission, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (de février à septembre 2016)

M. Jacques Gauthier, directeur du développement et de la qualité de l'exercice, Ordre des ergothérapeutes du Québec

M^{me} Nathalie Girouard, Ph. D., conseillère à la qualité et au développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec

M^{me} Marie-Pierre Johnson, conseillère aux programmes, Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux (à partir de janvier 2017)

M^{me} Nadine Lachance, directrice, Direction des programmes-services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Valérie Lapointe, directrice, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, CISSS de Chaudière-Appalaches

M^{me} Josée Larocque, directrice des services professionnels, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (jusqu'en janvier 2016)

M. Gaétan Matte, conseiller aux programmes, Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique, ministère de la Santé et des Services sociaux (jusqu'en novembre 2016)

M. Maxime Miville-Chartré, responsable des dossiers des élèves ayant des troubles du comportement, Direction des services de soutien et d'expertise, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (à partir d'octobre 2016)

M. Sylvain Ratel, président, Association des éducateurs et éducatrices spécialisés du Québec

M^{me} Lynda St-Hilaire, directrice, Dysphasie Québec

M^{me} Maryse St-Onge, directrice, Direction des programmes-services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de Montréal

M^{me} Francine Tellier, conseillère aux partenariats et au développement des services, Association québécoise des centres de la petite enfance (à partir d'avril 2016)

M. Benoit Tétreault, directeur adjoint, Direction des services multidisciplinaires, CISSS de Laval

M^{me} Sylvie Trudeau, Direction de l'adaptation scolaire et des services éducatifs complémentaires, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (jusqu'en septembre 2016)

M^{me} Joanne Veilleux, Direction de l'adaptation scolaire et des services éducatifs complémentaires, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (de novembre 2016 à mai 2017)

Déclaration d'intérêts

Les auteures de cet avis déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de cet avis. Les membres des comités consultatif et de suivi ainsi que les lecteurs externes ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY	V
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	VIII
GLOSSAIRE	IX
INTRODUCTION	1
1 OBJECTIF ET QUESTIONS D'ÉVALUATION.....	5
1.1 Objectif général.....	5
1.2 Questions d'évaluation	5
1.3 Cadre d'analyse.....	5
2 MÉTHODOLOGIE	7
2.1 Données issues de la littérature.....	7
2.1.1 Littérature scientifique	7
2.1.2 Littérature grise	9
2.2 Considérations contextuelles et expérientielles.....	10
2.2.1 Données clinico-administratives.....	11
2.2.2 Consultations	12
2.3 Processus délibératif et formulation des recommandations.....	15
3 RÉSULTATS : DONNÉES SUR LES SERVICES OFFERTS AU QUÉBEC.....	16
3.1 Données clinico-administratives sur la prestation des services au Québec.....	16
3.2 Sondage sur le point de vue des parents concernant les services orthophoniques offerts aux enfants présentant un trouble développemental du langage	19
4 RÉSULTATS : ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS	22
4.1 Organisation du continuum de services	22
4.1.1 Un continuum structuré selon trois niveaux de services.....	22
4.1.2 Un continuum basé sur les besoins des enfants et non sur leur diagnostic.....	26
4.1.3 Évaluation dynamique	28
4.2 Partenariat et pratiques collaboratives	30
4.2.1 Le partenariat de services avec l'utilisateur	30
4.2.2 La collaboration interprofessionnelle.....	32
4.2.3 La concertation interministérielle.....	35
5 RÉSULTATS : MODALITÉS DE SERVICES	38
5.1 Efficacité.....	38
5.2 Dépistage	39
5.3 Rôle des parents.....	41
5.4 Intervention de groupe	44
5.5 Intervention par des assistants	46

5.6	Intervention par des éducateurs en services de garde ou des enseignants.....	48
5.7	Intensité	50
5.8	Utilisation de la technologie	52
5.9	Intervention dans un contexte de multilinguisme.....	54
6	ORDONNANCEMENT DES RECOMMANDATIONS.....	57
7	INDICATEURS DE SUIVI ET DE RÉSULTATS.....	59
	CONCLUSION	60
	ANNEXE A. Stratégies de recherche d'information scientifique	65
	ANNEXE B. Diagramme de flux.....	72
	ANNEXE C. Caractéristiques des études.....	73
	Efficacité d'une intervention.....	73
	Dépistage.....	76
	Parents	77
	Groupe.....	80
	Intervention par assistant	80
	Intervention par éducateur en service de garde ou enseignant.....	81
	Intensité	82
	Technologie	84
	Multilinguisme.....	85
	ANNEXE D. Évaluation de la qualité des études.....	86
	ANNEXE E. Système de gradation de la preuve	93
	ANNEXE F. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme.....	96
	ANNEXE G. Compétences-clés du partenariat de soins et de services	97
	RÉFÉRENCES	98

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. Critères de sélection.....	8
---------------------------------------	---

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cadre d'analyse	6
Figure 2.	Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (Source : Reproduction de Careau [Careau <i>et al.</i> , 2014])	33
Figure 3.	Interaction entre la fréquence et la dose de l'intervention sur l'évolution des capacités langagières au printemps en tenant compte des capacités initiales à l'automne (reproduit de Schmitt, 2017).....	51
Figure 4.	Ordonnancement des recommandations	58

RÉSUMÉ

Le trouble développemental du langage, jusqu'à récemment appelé trouble primaire du langage, correspond à un déficit de compréhension ou de production du langage, qui n'est pas secondaire à une condition particulière, un accident ou une maladie. Chez les enfants présentant un trouble développemental du langage, les difficultés associées aux habiletés langagières prédominent. Elles peuvent toucher autant la sphère expressive que la sphère réceptive. Par ailleurs, certaines autres aptitudes liées aux activités intellectuelles ou perceptuelles, aux comportements et aux activités motrices peuvent aussi être altérées chez ces enfants.

L'offre de service pour les enfants ayant un trouble développemental du langage présente une très grande variabilité à travers les régions, et ce, dans tous les secteurs d'activités (services de garde, services diagnostiques, spécifiques ou spécialisés de réadaptation, services éducatifs). L'accès aux services est problématique. Le nombre d'enfants en attente est grand et les délais sont souvent très longs. Les parents, les intervenants et les gestionnaires dénoncent cette situation, et même le Protecteur du citoyen a dû intervenir à quelques reprises lors de plaintes dans le cadre de situations d'attente indues. Les arrimages et les ententes de collaboration, formelles ou non, entre les établissements offrant des services spécifiques et ceux offrant des services spécialisés de réadaptation, ainsi qu'avec les services de garde ou le milieu scolaire, ont fait l'objet de nombreux travaux et discussions de concertation dans les diverses régions du Québec. Toutefois, plusieurs lacunes sont encore rapportées, et les collaborations existantes gagneraient à être mieux définies ou consolidées.

À la demande des centres de réadaptation en déficience physique (CRDP), intégrés depuis avril 2015 dans les programmes-services en déficience physique des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) entreprend des travaux en vue de déterminer les composantes d'un continuum de services optimal, où le cheminement clinique des enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage sera fluide et harmonieux. Deux principales questions soutiennent cet objectif. La première se penche sur les éléments organisationnels du continuum de services qui sont à privilégier pour leurs effets positifs sur l'accessibilité et la continuité des services. La seconde oriente la recherche sur les modalités d'intervention à retenir, en raison de leur efficacité.

Aux fins de l'élaboration du présent avis, la mise à jour d'une revue systématique réalisée par le groupe Cochrane, qui porte spécifiquement sur les interventions en orthophonie pour les enfants présentant un retard ou un trouble développemental du langage, est exécutée. De plus, une deuxième revue systématique est menée à partir d'une stratégie de recherche conçue par l'INESSS. La recherche de la littérature grise est effectuée en consultant des sites internet d'agences, d'organismes, d'associations et d'institutions, de même qu'en compulsant des documents gouvernementaux provenant du Royaume-Uni, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de la France et des autres provinces et territoires canadiens. Ces juridictions ont particulièrement publié sur la question de l'organisation des services destinés aux enfants ayant des troubles du langage. Les bases de données clinico-administratives fournissent, quant à elles, des informations sur l'organisation

actuelle des services (étapes du continuum de services, nature des services et fréquence, ressources disponibles, analyse de l'offre et de la demande). Les consultations des divers acteurs québécois et canadiens concernés par la problématique complètent la collecte de données et permettent de comprendre le contexte actuel de la dispensation des services aux enfants ayant un trouble développemental du langage, d'analyser la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre de certaines interventions, de saisir les enjeux sociaux, les valeurs sociétales ainsi que certains aspects économiques. Finalement, soulignons qu'une vingtaine d'experts, membres des comités consultatif et de suivi, ont accompagné l'INESSS tout au long des travaux.

Les recommandations reflètent la synthèse des informations issues de ces diverses sources (soixantaine d'articles de la littérature scientifique et grise, informations extraites des bases de données, consultations au niveau du Québec et du Canada et avis d'experts).

La première question, qui porte sur les éléments organisationnels du continuum de services, oriente la recherche documentaire et son analyse sur des modèles d'organisation de services prometteurs, pertinents et transférables au contexte québécois. Eu égard aux résultats obtenus, l'INESSS propose les cinq recommandations suivantes touchant les éléments organisationnels à privilégier pour améliorer l'accès aux services et leur continuité.

- Le continuum de services devrait être structuré selon trois niveaux de services imbriqués: universel, ciblé et spécialisé.
 - Niveau I : Services universels de promotion et stimulation du développement des capacités de communication et identification des enfants à risque de présenter des retards ou des difficultés.
 - Niveau II : Services de soutien ciblés, en plus des services de niveau I, alignés sur les besoins des enfants qui présentent des retards ou difficultés de développement de leurs capacités de communication et pour qui les services universels ne suffisent pas.
 - Niveau III : Services spécialisés, en plus des interventions de niveau I et de niveau II, auprès d'enfants n'ayant pu progresser suffisamment malgré les services de niveau I et de niveau II.
- Le continuum de services devrait s'aligner sur les besoins des enfants plutôt qu'être aligné sur leur diagnostic.
- Un partenariat de services doit s'établir entre l'enfant, ses proches et les intervenants, afin que l'engagement de l'enfant et de ses proches s'actualise concrètement dans la prise de décision concernant : la détermination des objectifs, le choix des interventions ou stratégies à mettre en place et les actions à réaliser par chacun.
- Les modalités de collaboration entre les intervenants, l'enfant et ses proches devraient être établies selon la complexité des besoins de l'enfant et de sa famille et selon l'intention de collaborer. Ainsi, la pratique collaborative la mieux adaptée, parmi les suivantes, sera choisie : pratique en parallèle, par consultation ou référence, de concertation ou de soins et services partagés.
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait, de concert avec le

ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et le ministère de la Famille, entamer des travaux relatifs à la révision des modes d'allocation des ressources en fonction des besoins de l'enfant et à l'identification des meilleurs prestataires de services selon les différentes étapes de vie de l'enfant.

La recherche documentaire relative aux modalités d'intervention à inclure au sein du continuum de services conduit au repérage de 1 012 références, desquelles 39 articles, répartis en neuf thématiques, sont retenus. Les études correspondent principalement à des essais cliniques à répartition aléatoire, surtout réalisés aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. Les consultations des acteurs concernés, incluant les membres des comités consultatif et de suivi, complètent les informations et assurent leur pertinence et applicabilité dans le contexte clinique québécois. Les résultats obtenus à l'issue de l'analyse de l'ensemble des données recueillies permettent à l'INESSS d'émettre huit recommandations relatives aux modalités d'intervention à mettre en place dans le cadre du continuum de services destinés aux enfants ayant un trouble développemental du langage.

- Aucun dépistage systématique des problèmes de développement du langage ne doit être réalisé auprès des enfants. Les intervenants concernés doivent adopter et maintenir à jour des pratiques soit de surveillance du développement langagier des enfants, soit de recherche de cas. Ces derniers doivent également intégrer dans leur processus décisionnel les préoccupations ou les inquiétudes exprimées par les parents.
- Les intervenants et les parents doivent travailler en tandem auprès de l'enfant.
- Les intervenants doivent inclure la modalité de groupe dans leurs stratégies d'intervention.
- Des interventions peuvent être accomplies par un intervenant non professionnel exerçant un rôle d'assistant, sous la supervision d'un professionnel dûment autorisé selon le champ d'exercice.
- Une collaboration étroite et continue devrait s'établir entre les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et les éducateurs en services de garde ou les enseignants.
- Au niveau III (services spécialisés), une intervention axée sur le développement des capacités langagières doit être offerte à forte dose (nombre de minutes consacrées expressément au développement d'une capacité langagière spécifique durant une séance d'intervention), à une fréquence d'une fois par semaine ou aux deux semaines.
- Les intervenants devraient inclure dans leurs stratégies d'intervention des modalités de télépratique, si pertinentes pour l'enfant.
- Dans un contexte de multilinguisme, l'intervention bilingue plutôt qu'unilingue doit être favorisée pour avoir un maximum d'effets sur les capacités de l'enfant dans les deux langues, sinon une intervention dans la langue qui est la mieux développée doit être privilégiée.

Afin de rendre cohérente l'intégration des 13 recommandations, l'INESSS propose une illustration de leur interrelation. Ainsi, les modalités de services sont réparties selon les trois niveaux du continuum eu égard à leur meilleure adéquation à chacun de ces niveaux.

SUMMARY

Organization of the continuum and provision of services to children aged 2 to 9 years with specific language impairment

Developmental language disorder, recently called specific language impairment, is a language comprehension or production disorder not caused by a specific condition, an accident or a disease. Children with developmental language disorder mainly experience language difficulties, which can affect both the expressive and receptive spheres. Certain other capacities related to intellectual or perceptual activity, motor activity and behaviors can be affected in these children as well.

The services offer for children with developmental language disorder varies widely from region to region, this in all sectors of activity (daycare services, diagnostic services, specific services, specialized rehabilitation services, and educational services). Access to services is a problem. The number of children on the waiting list is large, and the wait times are often very long. Parents, clinicians and administrators have denounced this situation, and the Ombudsman has even had to intervene a few times with regard to complaints involving unduly long wait times. Ties and collaborative agreements, both formal and otherwise, between facilities that offer specific services and those that offer specialized rehabilitation services, as well as with daycare services and the school sector, have been the subject of numerous studies and consultative discussions in the various regions of Quebec. Nonetheless, a number of shortcomings are still being reported, and the existing collaborations need to be better defined or strengthened.

At the request of the *centres de réadaptation en déficience physique* (CRDP), which were integrated into the physical impairment services programs of the *centres intégrés de santé et de services sociaux* (CISSS) or *centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux* (CIUSSS) in April 2015, the *Institut national d'excellence en santé et en services sociaux* (INESSS) has undertaken work to determine the components of an optimal service continuum in which the clinical path of children aged 2 to 9 years with developmental language disorder will be smooth and harmonious. Two main questions underlie this objective. One concerns the preferred organizational components of the service continuum, given their positive impact on service accessibility and continuity, while the other serves to guide research on the preferred intervention modalities, given their efficacy.

For the purposes of drafting this report, a Cochrane Group systematic review on speech therapy interventions for children with language delay or developmental language disorder was updated. In addition, a second systematic review was performed using a search strategy designed by INESSS. The grey literature was searched by consulting the websites of agencies, organizations, associations and institutions, as well as by examining government documents from the United Kingdom, Australia, New Zealand, France, and other Canadian provinces and territories. These jurisdictions have published substantially on the subject of the organization of services intended for children with language disorders. As for clinical/administrative databases, they yielded information on the current organization of services (phases of the services continuum, the nature and frequency of the services, the available resources, and supply/demand analyses). Consultations with various Quebec and Canadian stakeholders concerned with the problem supplemented the data-collection and added to our understanding of the current context of the provision of services to children with developmental language disorder, enabling us to assess the relevance, applicability and implementation of certain

interventions, and offered insight into the social issues, societal values and certain economic aspects. Lastly, about 20 experts, members of the advisory and follow-up committees, supported INESSS throughout the project.

The recommendations stem from the synthesis of the information obtained from these various sources (about 60 articles from the scientific and grey literature, data extracted from databases, consultations at the Quebec and Canadian levels, and expert opinions).

The first question, which concerns the organizational components of the service continuum, guided the literature search and the subsequent analysis of promising service organization models relevant and applicable to the Quebec context. In light of the results, INESSS proposes the following five recommendations concerning the organizational components for improving access to services and their continuity.

- The service continuum should be structured with three overlapping levels of services: universal, targeted and specialized.
 - Level I: Universal services for promoting and stimulating the development of communication capacities and for identifying children at risk for developing delays or difficulties.
 - Level II: Targeted support services, in addition to Level I services, aligned with the needs of children with delays or difficulties in the development of their communication capacities and for whom the universal services are insufficient.
 - Level III: Specialized services, in addition to Level I and Level II interventions, for children who have not progressed sufficiently despite Level I and Level II services.
- The service continuum should be aligned with the children's needs rather than with their diagnosis.
- A service partnership should be established between the child, the family and the clinicians so that the child's and the family's involvement leads concretely to decision-making in terms of setting objectives, choosing the interventions or strategies to be used, and defining each person's role.
- The models of collaboration between the child, the family and the clinicians should be determined according to the complexity of the child's and the family's needs and according to collaborative intent. Thus, the most suitable collaborative practice from among the following will be chosen: parallel, consultative, coordinated or integrated. .
- The Ministère de la Santé et des Services sociaux should, together with the Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur and the Ministère de la Famille, start reviewing how resources are allocated on the basis of the child's needs and on identifying the best service providers, based on the different stages of the child's life.

The literature search concerning the intervention modalities to be included in the service continuum yielded 1012 references, from which 39 articles, divided into nine themes, were selected. The studies were mainly randomized clinical trials, most of which had been conducted in the United States, the United Kingdom and Australia. The consultations with the stakeholders concerned, including the members of the advisory and follow-up committees, supplemented the data and ensured their relevance and applicability to the Quebec clinical context. In light of the results of the analysis of all the collected data, INESSS has made eight recommendations concerning the intervention modalities to be instituted within the framework of the service

continuum for children with developmental language disorder.

- Children should not be systematically screened for language development problems. The clinicians concerned should adopt child language development monitoring practices or case finding practices and keep them up to date. They should also incorporate into their decision-making processes the worries or concerns expressed by parents regarding their child's development.
- Clinicians and parents should work in tandem.
- Clinicians should include the group modality in their intervention strategies.
- Interventions can be carried out by a nonprofessional clinician serving as an assistant, under the supervision of a professional duly authorized in his/her field of practice.
- There should be close and ongoing collaboration between the clinicians in the health and social services system and teachers or daycare educators.
- At Level III (specialized services), an intervention focused on language skill development should be provided at high doses (the number of minutes devoted specifically to the development of a particular language skill during an intervention session) and at a frequency of once a week or once every other week.
- The clinicians should include telepractice methods in their intervention strategies when appropriate for the child.
- In a multilingual context, preference should be given to bilingual rather than unilingual intervention in order to achieve maximum impact on the child's capacities in both languages. If not possible, intervention should be provided in the better-developed language.

To make the integration of the 13 recommendations coherent, INESSS provides a diagram showing their interrelationships. Thus, the service modalities are divided among the three levels of the continuum in light of their best fit at each level.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
CELF-3	Clinical Evaluation of Language Fundamentals 3
CEST	Commission de l'éthique en science et en technologie
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIQ	Conseil interprofessionnel du Québec
CI(U)SSS	Centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
DI-TSA-DP	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
ECRA	Essai clinique à répartition aléatoire
ÉTMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETP	Équivalent temps plein
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GECSSP	Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRDPO	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
MÉES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OAC	Orthophonie et Audiologie Canada
OOAQ	Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
RAI	Réponse à l'intervention
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SIPAD	Système d'information-clientèle pour les personnes ayant une déficience
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UÉTMISS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux

GLOSSAIRE

La **déficience physique** fait référence à la déficience d'un système organique qui entraîne ou risque, selon toutes probabilités, d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices, et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits [MSSS, 2003]. La **déficience du langage**, incluse dans la déficience physique, est conséquente à des troubles d'ordre neurologique d'origine congénitale (tels que le trouble développemental du langage ou trouble primaire du langage, la dyspraxie verbale, certaines formes de bégaiement, etc.) entraînant des incapacités significatives et persistantes au niveau de la communication, de l'apprentissage scolaire et de l'intégration professionnelle et sociale [AERDPQ, 2015].

Le **dépistage** renvoie au dépistage de population. Il consiste en l'utilisation d'outils standardisés pour déceler un retard de développement chez les enfants qui ne montrent aucun signe apparent d'un tel retard, ne sont pas jugés à haut risque de retard de développement et dont le développement ne suscite pas de préoccupations aux yeux des parents ou des cliniciens¹. Le dépistage peut également être défini comme une « activité » visant à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué, ou d'un facteur de risque d'un trouble, de celles qui en sont probablement exemptes. L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester un trouble ou une maladie. Les personnes pour lesquelles les résultats du dépistage s'avèrent positifs sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée [Office des professions du Québec, 2013]. La Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) définit, dans son Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme [MSSS, 2017] le dépistage comme la détection, dans l'ensemble d'une population, d'une maladie ou d'un trouble chez un individu asymptomatique ou à risque. Le dépistage, par définition, est universel et s'adresse à l'ensemble de la population visée [MSSS, 2017].

L'**intervenant** correspond à la personne qui intervient au cours d'un processus quelconque². Aux fins du présent document, nous définirons l'intervenant comme toute personne, incluant le professionnel, du réseau de la santé et des services sociaux, des services de garde, du secteur de l'éducation ou du secteur privé qui intervient auprès de l'enfant ou de ses proches.

La **littérature grise** a été définie, lors de la quatrième Conférence internationale sur la littérature grise (*Fourth International Conference on Grey Literature*) de 1999, comme étant « ce qui est produit par toutes les instances du gouvernement, de l'enseignement et la recherche publique, du commerce et de l'industrie, sous un format papier ou numérique, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale ». La littérature grise comprend les thèses ou les dissertations (revues par des examinateurs spécialistes du sujet); les documents présentés lors de conférences (souvent revus par les pairs ou exposés par des experts ayant des connaissances spécialisées) et

¹ Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Dépistage du retard de développement chez les enfants âgés de 1 à 4 ans (2016) [site Web]. Disponible à : <http://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrices/lignes-directrices-publiees/retard-de-developpement/?lang=fr>.

² Dictionnaires de français Larousse [site Web]. Disponible à : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/intervenant_intervenante/43884.

divers types de rapports issus de personnes qui œuvrent dans un domaine d'intérêt. Toutes ces communications font partie de ce qu'on appelle l'« opinion d'expert »³.

Le **professionnel** ou membre d'un ordre correspond à toute personne qui est titulaire d'un permis délivré par un ordre et qui est inscrite au tableau de ce dernier. Dans le cadre du présent document, il correspond à toute personne exerçant l'une des professions règlementées et régies par le *Code des professions* du Québec qui intervient, selon son champ d'exercice, auprès de l'enfant ou de ses proches [Gouvernement du Québec, 1973].

La **recherche de cas** consiste en l'identification d'un retard de développement dans les populations exposées à un risque accru et ne suppose généralement pas d'utiliser un outil spécifique. On croit souvent à tort que le dépistage fait référence au test effectué sur les enfants en cas de doute ou de risque élevé de retard de développement⁴.

Le **repérage** fait référence à la détection des individus à risque, ou qui présentent des symptômes ou des écarts dans leur développement ou leur niveau d'autonomie en comparaison avec des individus du même âge. Le repérage est ciblé plutôt qu'universel et il se fait lors de contacts avec des services [MSSS, 2017].

Les **services de première ligne** sont le premier niveau d'accès et ils s'appuient sur des infrastructures légères. De plus, les services de première ligne regroupent deux grands types de services : les **services généraux**, qui s'adressent à l'ensemble de la population, et les **services spécifiques**, pour des problématiques particulières (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, maladies chroniques, etc.). À l'intérieur de ces deux grands types de services, on retrouve des activités de promotion-prévention et des activités cliniques et d'aide [MSSS, 2004].

Les **services de deuxième ligne (services spécialisés)** sont, dans la plupart des cas, des services spécialisés. Ils sont organisés sur une base régionale et offerts sur une base locale ou régionale. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé ainsi que des problématiques complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès des personnes qui leur sont référées, en soutien auprès des intervenants des services de première ligne, et agissent comme consultants auprès de ces derniers. Cependant, dans le secteur des jeunes en difficulté, bien que la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) offre des services spécialisés, elle constitue aussi une porte d'entrée en vertu des lois en vigueur [MSSS, 2004].

La **surveillance du développement**, c'est-à-dire le processus continu de suivi du développement, d'identification des facteurs de risque et d'encouragement des parents à exprimer leurs préoccupations. Bien que le terme soit couramment utilisé en pédiatrie du développement, la surveillance du développement est habituellement considérée par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) comme un élément de la pratique clinique standard pour les enfants⁵.

³ New York Academy of Medicine. What is grey literature? [site Web]. Disponible à : <http://www.greylit.org/about>.

⁴ Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Dépistage du retard de développement chez les enfants âgés de 1 à 4 ans (2016) [site Web]. Disponible à : <http://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrices/lignes-directrices-publiees/retard-de-developpement/?lang=fr>.

⁵ *Ibid.*

La **télépratique** est l'exercice d'une profession réglementée à distance à l'aide des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle comprend la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance et la téléassistance. Les activités qui y sont liées sont l'information auprès du public par les TIC, la supervision à distance, les services professionnels à distance et la transmission de données confidentielles au format numérique.

INTRODUCTION

C'est à la suite d'un appel de propositions que les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP), intégrés depuis avril 2015 dans les programmes-services en déficience physique des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), déposent à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) une demande afin que soit élaboré un guide de pratique en réadaptation pour les enfants âgés de moins de 7 ans ayant une déficience du langage. Ils mettent ce chantier en priorité à la lumière de plusieurs constats, notamment : un nombre croissant d'utilisateurs desservis, une liste d'attente toujours imposante, une augmentation du nombre de demandes de services spécialisés de réadaptation et des pratiques qui semblent variables d'un établissement à l'autre, et ce, autant dans les modalités de services utilisées que dans l'organisation du continuum de services mis en place pour ces enfants.

Les consultations préliminaires réalisées par l'INESSS à l'étape du cadrage du projet ont permis de préciser que tous les services devaient être pris en considération, peu importe le prestataire de services. Ainsi, revoir l'ensemble des services du continuum, incluant les services spécialisés de réadaptation et leur ordonnancement, devenait inéluctable.

Par ailleurs, il était essentiel de limiter le champ des recherches et de s'attarder à un seul des diagnostics de la déficience du langage. Ainsi, le trouble développemental du langage (trouble primaire du langage) a été choisi puisqu'il représentait le diagnostic de la plus grande proportion des enfants inscrits dans les programmes en déficience du langage des CRDP. Aussi, un élargissement du spectre d'âge jusqu'à 9 ans a été proposé, permettant d'intégrer dans le continuum l'ensemble des services de la petite enfance jusqu'à la fin du premier cycle du primaire. Précisons toutefois que cette limite d'âge est appliquée bien que plusieurs enfants continuent d'avoir besoin de services au-delà de cette période. Un autre projet pourra ultérieurement s'y attarder et, conséquemment, une analyse des besoins des enfants de plus de 9 ans devra alors être réalisée avec les partenaires spécifiquement concernés par cette clientèle.

Le trouble développemental du langage (trouble primaire du langage)

Dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) [American Psychiatric Association, 2013], les critères diagnostiques du trouble du langage sont ainsi définis :

- des difficultés persistantes affectant plusieurs modalités (au niveau verbal ou écrit), qui découlent de déficits de compréhension ou de production;
- des aptitudes langagières substantiellement inférieures à celles attendues pour l'âge de l'enfant et entraînant des limitations fonctionnelles sur le plan de la communication, de la performance scolaire, de la performance professionnelle, de la participation sociale;
- ces symptômes débutent dans la période précoce de développement;

- ces difficultés ne sont pas attribuables à un problème sensoriel, moteur, neurologique ou à une autre condition médicale et ne peuvent pas être expliquées par un déficit intellectuel.

La définition des troubles du langage, sur le plan de la terminologie (label) et des critères diagnostiques, fait l'objet d'un débat sur la scène internationale [Bishop, 2014; Ebbels, 2014; Reilly *et al.*, 2014]. À l'issue d'un exercice consensuel avec la technique Delphi, un groupe de 57 experts internationaux et de différentes professions propose aujourd'hui le terme *Language disorder* pour désigner des difficultés langagières ayant un impact sur la communication et les apprentissages des enfants et le terme *Developmental language disorder* lorsque les difficultés langagières ne peuvent être liées à aucune condition biomédicale connue [Bishop *et al.*, 2017].

Dans cette foulée, l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) dépose, en septembre 2017, un communiqué à l'intention de ses membres suggérant l'utilisation du terme « trouble développemental du langage ». Insistant sur la nécessité de ne pas créer des ruptures de services par l'utilisation de cette nouvelle terminologie, l'OOAQ demande à ses membres « de s'assurer que la correspondance entre la nouvelle appellation de « Trouble développemental du langage », adoptée par un groupe d'experts de la francophonie et les libellés antérieurement admissibles (« Trouble primaire du langage » ou « dysphasie ») soit clairement identifiée (par exemple en mettant l'ancien terme entre parenthèses) » [OOAQ, 2017].

Bien que le terme « trouble primaire du langage » – ou *specific language impairment* en anglais – soit encore largement utilisé dans les milieux cliniques et dans la littérature scientifique, la terminologie « trouble développemental du langage » sera employée, dans le présent avis, sans toutefois faire référence aux critères diagnostiques.

Le trouble développemental du langage correspond à un déficit des sphères expressive ou réceptive pouvant affecter plus d'une composante du langage (c'est-à-dire phonologie, morphologie, syntaxe, sémantique, pragmatique). En plus de ne pas être secondaire à une condition biomédicale particulière, un accident ou une maladie, il se caractérise par sa persistance et par une forte probabilité qu'il y ait peu d'évolution sans intervention. Bien que chez les enfants présentant un trouble développemental du langage, les difficultés relatives aux habiletés langagières prédominent, des difficultés sur le plan des fonctions exécutives, attentionnelles et mnésiques, sur le plan du comportement et sur le plan moteur peuvent aussi être présentes [Bishop *et al.*, 2017].

Les troubles du langage secondaires à des pathologies neurologiques, psychiatriques ou sensorielles bien définies, des malformations bucco-phonatoires ou des troubles acquis du langage ne font pas l'objet du présent projet. Le trouble d'articulation des sons et de la parole, le trouble de la fluidité (dont le bégaiement) et le trouble de la communication sociale/pragmatique en sont également exclus.

Le taux de prévalence varie selon les études et les précisions diagnostiques, mais on estime qu'environ 6 % des enfants (âgés de 5 ans) présentent un trouble du langage, avec un ratio garçons/filles d'environ 2 pour 1 [Law *et al.*, 2003; Tomblin *et al.*, 1996]. Il y a peu de consensus sur l'étiologie du trouble du langage. Toutefois, certains facteurs de risque, tels qu'un petit poids et un indice APGAR faible à la naissance ou encore une histoire familiale de trouble du langage, [Chaimay *et al.*, 2006] lui sont souvent associés. On note également un risque plus élevé d'occurrence d'un trouble du langage en présence de

certaines facteurs environnementaux, tels qu'un niveau socioéconomique faible ou une instabilité dans la cellule familiale [Chaimay *et al.*, 2006].

L'organisation des services pour les enfants présentant un trouble développemental du langage

À l'étape du cadrage du projet, le continuum de services pour les enfants présentant un trouble développemental du langage pouvait théoriquement se résumer comme suit :

- repérage des enfants présentant des écarts dans leur développement et stimulation offerte en services de garde ou par les équipes du programme-services jeunes en difficulté ou d'autres programmes-services des CISSS et CIUSSS;
- services généraux et diagnostiques offerts dans les programmes-services en santé physique, dans les cliniques régionales d'évaluation des troubles complexes du développement des CISSS et CIUSSS ou des centres hospitaliers universitaires, ou dans certaines cliniques privées (en orthophonie, ergothérapie ou psychologie);
- services spécifiques et services spécialisés de réadaptation dans les programmes-services en déficience physique des CISSS et CIUSSS ou dans certaines cliniques privées, notamment en orthophonie, en ergothérapie ou en psychologie;
- services éducatifs et d'adaptation en milieu scolaire, en parallèle des services du réseau de la santé et des services sociaux ou consécutifs à ces derniers.

Toutefois, bien que logique et bien structuré, ce continuum de services apparaissait, dans la pratique, ponctué de nombreuses périodes d'attente, de discontinuité ou de bris de services.

Problématique

L'offre de service pour les enfants ayant un trouble développemental du langage présente une très grande variabilité à travers les régions, et ce, dans tous les secteurs d'activités (services de garde, services diagnostiques, services spécifiques ou spécialisés de réadaptation, services éducatifs). En effet, les critères d'admissibilité en milieux de garde ou pour certains services spécifiques ou spécialisés de réadaptation, la disponibilité de services spécifiques ainsi que l'accès aux services spécialisés montrent des disparités importantes d'une région à l'autre.

L'accès aux services diagnostiques, spécifiques ou spécialisés de réadaptation est problématique. Le nombre d'enfants en attente de ces services est grand, et les délais sont souvent très longs. Les parents, les intervenants et les gestionnaires dénoncent cette situation, et même le Protecteur du citoyen a dû intervenir à quelques reprises lors de plaintes dans le cadre de situations d'attente indue.

Les arrimages et les ententes de collaboration, formelles ou non, entre les établissements offrant des services spécifiques et ceux offrant des services spécialisés de réadaptation, ainsi qu'avec les services de garde ou le milieu scolaire ont fait l'objet de nombreux travaux et discussions de concertation dans les diverses régions du Québec. Toutefois, plusieurs lacunes sont encore rapportées et ces collaborations gagneraient à être mieux définies ou consolidées. En effet, dans certaines régions, peu de services spécifiques semblent être offerts, et les enfants sont souvent directement dirigés vers les services spécialisés de réadaptation dès l'annonce du diagnostic. Dans d'autres régions, la majorité des enfants reçoit des services spécifiques avant d'être orientée vers les services

spécialisés de réadaptation. Mentionnons également que certains CRDP interrompent leurs services de réadaptation dès que l'enfant atteint l'âge de 6 ans et s'attendent à ce que les services éducatifs et d'adaptation scolaire prennent le relais. Dans d'autres régions, les intervenants du CRDP sont dépêchés dans le milieu scolaire pour soutenir l'intégration de l'enfant.

1 OBJECTIF ET QUESTIONS D'ÉVALUATION

1.1 Objectif général

L'objectif général du projet est de recommander un continuum de services optimal, permettant un cheminement clinique fluide et harmonieux pour les enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage.

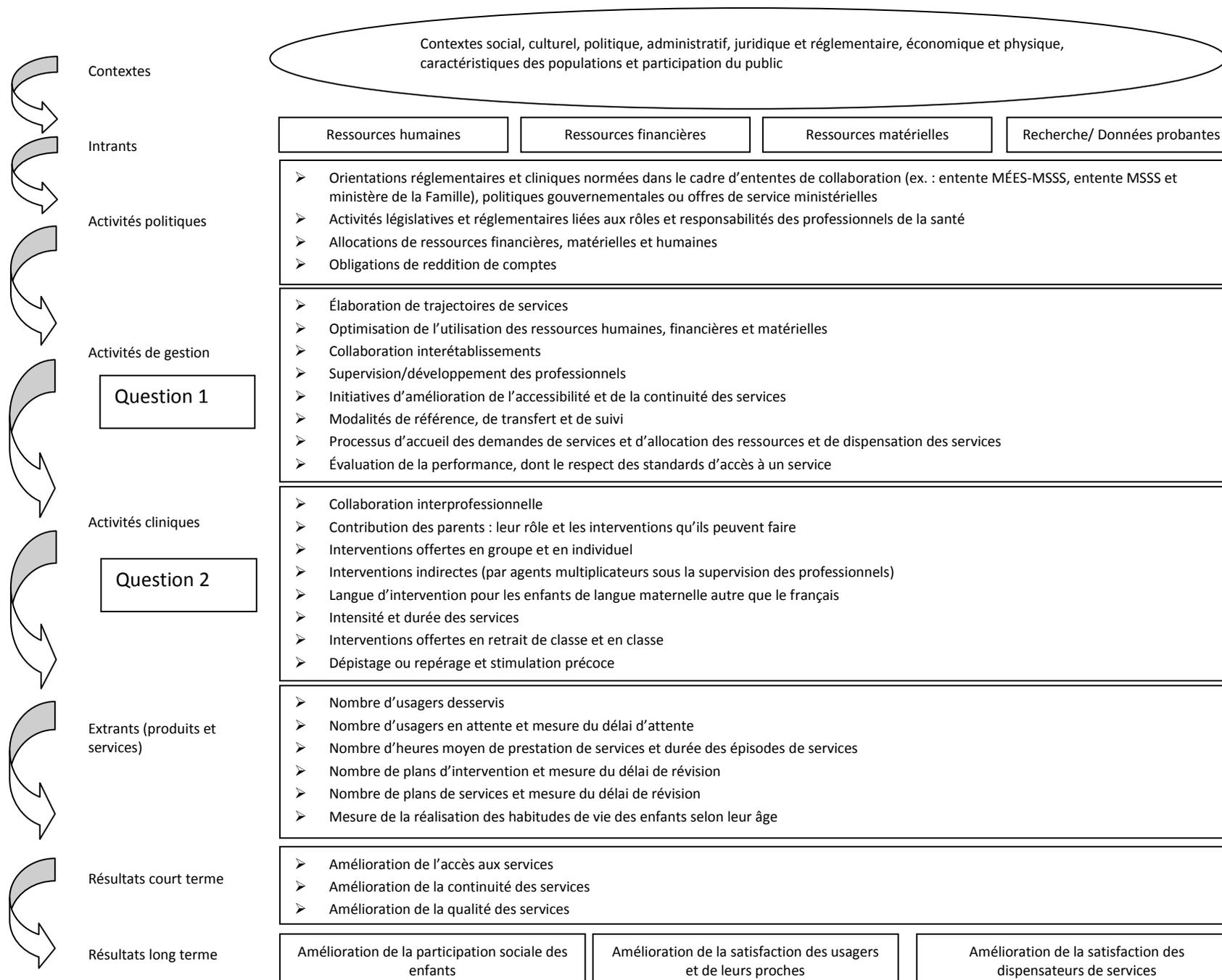
1.2 Questions d'évaluation

- Q1. Quels sont les éléments organisationnels du continuum de services à privilégier pour leurs effets positifs sur l'accessibilité et la continuité des services?
- Q2. Quelles sont les modalités d'intervention à privilégier, en raison de leur efficacité, pour les enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage?

1.3 Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse propre à l'organisation du continuum et à la dispensation des services pour les enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage permet d'établir un lien entre l'investissement de ressources, les activités et les résultats attendus, tout en tenant compte du contexte québécois. Il met en évidence les domaines à évaluer.

Figure 1 Cadre d'analyse



2 MÉTHODOLOGIE

Trois types de données sont requis pour répondre aux questions d'évaluation, soit des données scientifiques, contextuelles et expérientielles. Les données scientifiques proviennent d'une revue systématique de la littérature scientifique ainsi que d'une recherche de la littérature grise. Les données contextuelles et expérientielles sont recueillies par l'analyse de certaines bases de données clinico-administratives et par la consultation des parties prenantes. La mise en commun de ces diverses données constitue l'ensemble de la preuve qui guide l'élaboration des recommandations.

2.1 Données issues de la littérature

2.1.1 Littérature scientifique

Une revue systématique de la littérature scientifique a été réalisée, principalement pour répondre à la question d'évaluation relative aux modalités d'intervention (question 2). La méthodologie employée respecte les normes de production de l'INESSS [2013]. La littérature grise recueillie complète ces informations.

Stratégies de recherche

Une revue systématique du groupe Cochrane a été réalisée en 2003 [Law *et al.*, 2003]. Elle porte spécifiquement sur les interventions en orthophonie pour les enfants présentant un retard ou un trouble développemental du langage (trouble primaire du langage). Les conclusions de cette recherche sont souvent citées dans la littérature, notamment en lien avec le rôle des parents et l'efficacité des interventions de groupe. La revue a été mise à jour en date d'octobre 2015 en ayant recours à la stratégie de recherche initiale.

Une deuxième stratégie de recherche a été élaborée en collaboration avec un conseiller en information scientifique de l'INESSS. Les bases de données suivantes ont été interrogées : PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Health Technology Assessment Database, NHS Economic Evaluation Database, CINAHL, PsycINFO, Social Sciences Abstracts et Business Source Corporate Plus. La recherche porte sur les articles publiés, en français ou en anglais, de janvier 2000 à mai 2017. Elle cible les revues systématiques avec ou sans méta-analyse, les essais cliniques à répartition aléatoire (ECRA), les études quasi expérimentales ainsi que les rapports d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ÉTMI) (voir annexe A). Cette recherche a été complétée par l'exploration des bibliographies des études retenues ainsi que par la consultation des membres du comité consultatif et du comité de suivi.

TABLEAU 1. Critères de sélection

Les critères de sélection des études scientifiques reposent sur le modèle SPIDER (<i>sample, phenomenon of interest, design, evaluation, research type</i>), tel que décrit ci-dessous.	
Population ciblée (<i>sample</i>)	La population concernée par le présent avis est constituée d'enfants âgés entre 2 et 9 ans présentant un trouble développemental du langage, jusqu'à récemment appelé trouble primaire du langage.
Objet d'étude (<i>phenomenon of interest</i>)	L'Avis cible les services propres au trouble développemental du langage, tant sur le plan de la nature des services offerts que sur celui du continuum de services, toutes disciplines confondues. L'ensemble des phases du continuum de services est considéré.
Devis (<i>design</i>)	Pour la question 2, en lien avec les modalités de services, seulement les études comparatives (avec groupe témoin) ont été considérées, alors que les études de cas et les séries de cas ont été exclues.
Évaluation (<i>evaluation</i>)	L'efficacité de différentes modalités d'intervention a été considérée, ainsi que l'utilisation des services et l'expérience de soins et services des usagers et de leurs proches (accessibilité, continuité, globalité des services, réponse aux attentes de l'utilisateur et impact des services reçus selon l'utilisateur).
Type de recherche (<i>research type</i>)	Outre le devis, le type de recherche est un critère utilisé : étude qualitative ou quantitative, étude primaire, revue systématique ou méta-analyse. Tous les types de recherche ont été considérés. Les guides de pratique, les lignes directrices, les évaluations des technologies ou des modes d'intervention et les évaluations de programme ont également été consultés.

Processus de sélection

La sélection des études scientifiques a été réalisée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques (AT, IB⁶). Les divergences d'opinions ont été réglées par un troisième examinateur (ML)⁷. Un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA [Moher *et al.*, 2009] illustrant le processus de sélection des études est présenté à l'annexe B.

Extraction des données

Les données issues de la littérature scientifique ont été extraites à l'aide d'une grille préalablement testée. Les champs de cette grille comptent notamment l'auteur, l'année de publication, le plan de recherche, les caractéristiques de la population, les modalités de l'intervention (de groupe, individuelle, offerte par un parent ou un professionnel), les résultats et la qualité de l'étude. Mentionnons qu'une deuxième professionnelle scientifique a validé l'exactitude des données d'au moins 20 % des articles.

⁶ Deux professionnelles scientifiques : Annie Tessier, Isabelle Beaudoin.

⁷ Troisième examinateur : Micheline Lapalme.

Évaluation de la qualité des données

La qualité méthodologique des études scientifiques a été évaluée à l'aide des grilles ou outils d'évaluation suivants :

- le Critical Appraisal Skills Programme (CASP)⁸ pour les ECRA;
- la grille Assessment of Multiple Systematic Reviews (AMSTAR) [Shea *et al.*, 2009; 2007] pour les revues systématiques;
- l'instrument AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) [Brouwers *et al.*, 2010] pour les guides de pratique clinique.

La qualité des données a été évaluée de la façon suivante :

- de faible qualité, lorsque des lacunes méthodologiques sont susceptibles de compromettre la validité des résultats;
- de bonne qualité, lorsque les lacunes sont peu ou ne sont pas susceptibles de compromettre la validité des résultats;
- d'excellente qualité, lorsqu'aucune lacune n'est observée.

Mentionnons qu'aucune étude n'a été exclue sur la base de la qualité. Toutefois, ce facteur a été pris en considération lors de l'interprétation des résultats et de la formulation des recommandations.

Analyse et synthèse des données

L'ensemble des données scientifiques a été colligé dans un tableau de preuves. Un énoncé de preuve scientifique découle de l'analyse de ces données. Les principaux résultats des études retenues sont présentés dans le rapport sous forme de synthèse narrative. Les caractéristiques des études, réparties selon les thématiques choisies, sont détaillées à l'annexe C.

Appréciation du niveau de la preuve scientifique

L'appréciation de la preuve scientifique repose sur le jugement de l'ensemble des données scientifiques. Pour appuyer les énoncés scientifiques relatifs à l'efficacité des modalités, un niveau de preuve global est attribué à chacun d'eux selon les quatre critères suivants : les limites méthodologiques, la cohérence, l'impact clinique et la transférabilité. Ce niveau de preuve est ainsi décliné : bon, moyen ou faible (voir annexe D).

2.1.2 Littérature grise

Pour répondre à la question d'évaluation relative aux éléments organisationnels du continuum de services, l'analyse de la littérature grise et non scientifique a servi de base. Les informations recueillies ont été, lorsque c'était possible, complétées par des informations issues de la littérature scientifique.

⁸ Critical Appraisal Skills Programme. CASP checklists [site Web]. Disponible à : <http://www.casp-uk.net/#!/casp-tools-checklists/c18f8>.

Stratégies de recherche

La recherche de la littérature grise a été effectuée en consultant des sites internet d'agences, d'organismes, d'associations et d'institutions, ainsi qu'en compulsant des documents gouvernementaux provenant du Royaume-Uni, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de la France et des autres provinces et territoires canadiens (voir annexe A). Ces juridictions ont particulièrement publié sur la question de l'organisation des services destinés aux enfants présentant des troubles du langage.

Cette recherche a été complétée en interrogeant le moteur de recherche « Google » avec les mots clés « (guidelines OR guidance OR recommend OR evidence based OR best practice OR consensus) ("specific language impairment" OR "language difficulty") » ou « (continuum of services OR services organization) ("specific language impairment" OR "language difficulty") » (voir annexe A).

Critères de sélection

Les données issues de la littérature grise ont été retenues lorsqu'elles avaient été publiées par des organismes savants, garants d'une bonne qualité, en favorisant les documents produits ou validés par les pairs avec des normes de production explicites.

Processus de sélection

L'exploration de la littérature grise a été réalisée par une professionnelle-conseil à partir des mêmes critères de sélection que ceux utilisés pour la littérature scientifique (voir tableau 1).

Extraction de l'information

L'information provenant des documents de la littérature grise et non scientifique a été consignée dans une grille, selon la thématique ciblée, les auteurs, la juridiction, le type de document et la population concernée, de même que selon les résultats, conclusions ou recommandations.

Analyse et synthèse des données

Une synthèse des données de la littérature grise a été colligée dans un tableau. Les principaux résultats, conclusions ou recommandations tirés des documents retenus sont ici présentés, à l'instar des données scientifiques, sous forme de synthèse narrative.

Évaluation de la qualité de l'information

La qualité des documents issus de la littérature grise n'est pas évaluée. Toutefois, pour être retenus, les documents devaient provenir de sources reconnues et érudites.

2.2 Considérations contextuelles et expérientielles

Le processus d'élaboration des recommandations implique de considérer les éléments contextuels et expérientiels. Ces éléments ont été recueillis tout au long du processus, soit par l'analyse des données clinico-administratives issues de diverses bases de données, soit par les consultations menées auprès des parties prenantes afin de bien

appréhender le contexte québécois des services aux enfants ayant un trouble développemental du langage.

Les bases de données ont fourni des informations sur l'organisation des services (continuum de services, nature des services et fréquence, ressources disponibles, analyse de l'offre et de la demande). Pour leur part, les consultations ont permis notamment de comprendre le contexte actuel de la dispensation des services aux enfants présentant un trouble développemental du langage, d'analyser la pertinence, l'applicabilité et la mise en œuvre de certaines interventions, de saisir les enjeux sociaux, les valeurs sociétales ainsi que certains aspects économiques.

2.2.1 Données clinico-administratives

Afin de bien décrire le contexte québécois entourant l'offre de service aux enfants présentant un trouble développemental du langage, différentes bases de données québécoises ont été consultées, soit :

- statistiques publiques de la Régie des rentes du Québec concernant le nombre d'enfants présentant un trouble du langage; les données ont été obtenues sur leur site Web;
- statistiques publiques du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES) concernant le nombre et le profil des étudiants québécois présentant un trouble du langage, ainsi que certaines données sur les services offerts à ces étudiants. Ces données ont été obtenues sur le site Web du MÉES;
- la base de données du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur les rapports statistiques (AS-478) concernant les services spécifiques du programme-services déficience physique offerts dans les CISSS et CIUSSS (anciennement CSSS). Ces données publiques, accessibles sur l'espace informationnel du MSSS, fournissent, entre autres, des statistiques sur le nombre d'usagers desservis pour certains diagnostics ciblés, soit retard ou trouble de la parole ou du langage et syndrome dysphasique, et sur les services offerts à ces usagers (nombre de jours-traitement et nombre d'heures de prestation de services reçues);
- des rapports extraits de la base de données I-CLSC fournis par le MSSS, à la demande de l'INESSS. Ils présentent une synthèse des interventions offertes au sein des services spécifiques, le détail des épisodes de services, les délais entre la demande de service et la première intervention et, finalement, le nombre d'usagers toujours en attente au terme de l'année de référence;
- la base de données GESTRED relative à la reddition de comptes sur les ententes de gestion entre le MSSS et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ces données non publiques ont été récupérées grâce à un accès à la base de données fourni par le MSSS à l'équipe de projet. Les statistiques disponibles dans cette base concernent, pour chaque établissement, les délais moyens d'attente en jours et les seuils de respect des standards prescrits dans le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* [MSSS, 2008]. Ces standards précisent le nombre maximal de jours d'attente en fonction du niveau de priorité de chaque demande. Les données cumulées portent sur les services spécifiques et spécialisés destinés aux enfants âgés entre 0 et 6 ans ayant une déficience du langage;
- des rapports fournis par trois ordres professionnels (Ordre des ergothérapeutes du

Québec, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, Ordre des psychologues du Québec) pour documenter les ressources professionnelles œuvrant auprès d'enfants présentant un trouble du langage;

- le Tableau de bord informatisé de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) concernant les services spécialisés de réadaptation du programme-services déficience physique offerts dans les CISSS et CIUSSS (anciennement CRDP). Cette source de données non publiques, actuellement gérée par l'INESSS, offre des statistiques sur le nombre d'enfants desservis âgés entre 0 et 6 ans et ayant une déficience du langage, le nombre de demandes de services reçues, le nombre d'enfants en attente et le nombre d'heures de prestation de services offertes à ces usagers. Ces données proviennent des systèmes d'information de chaque établissement et ont été validées globalement par l'AERDPQ lors de la création du Tableau de bord informatisé.

2.2.2 Consultations

L'INESSS a formé deux groupes de travail pour l'accompagner dans ses travaux : un comité de suivi et un comité consultatif. La composition de ces comités est présentée dans les pages liminaires du présent document. Les membres ont été sélectionnés en respectant des critères préétablis (secteur géographique, type d'expertise, domaine de recherche, établissement en milieu urbain ou rural, représentativité de tous les partenaires concernés, etc.).

Comité de suivi

Le comité de suivi avait pour mandat de s'assurer que les travaux de l'INESSS soient pertinents, faisables et en adéquation avec les besoins exprimés par le réseau de la santé et des services sociaux. Il était formé de 14 membres représentant des associations et des ordres professionnels : la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), la direction des programmes-services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique des CISSS et CIUSSS, la direction des services multidisciplinaires des CISSS et CIUSSS, la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique des CISSS et CIUSSS, le MSSS, le MÉES, Dysphasie Québec et l'Association québécoise des centres de la petite enfance. Le comité de suivi s'est réuni à six reprises entre décembre 2015 et mars 2017.

Comité consultatif

Le comité consultatif a, quant à lui, contribué à la crédibilité scientifique, à la pertinence clinique et pratique ainsi qu'à l'acceptabilité professionnelle et sociale de l'Avis en fournissant des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. Il était composé de 12 membres, dont un parent-partenaire, deux professeurs-chercheurs, un coordonnateur clinique, un coordonnateur professionnel, six intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, du milieu de garde et du milieu scolaire ainsi qu'une conseillère clinique à la direction des services multidisciplinaires. Le comité consultatif s'est réuni à cinq reprises entre mars 2016 et avril 2017.

Les membres des deux comités et les autres parties prenantes consultées ont notamment été interrogés au regard de l'orientation du projet, des questions d'évaluation, des éléments contextuels listés ci-dessous et de la pertinence des recommandations.

Contexte clinique

- Indiquer toute considération clinique jugée importante dans le processus décisionnel menant aux recommandations, telles que les besoins et l'évolution des enfants présentant un trouble développemental du langage, les rôles des différents prestataires de services et leur collaboration, les activités thérapeutiques actuelles ou en émergence, etc.

Applicabilité

- Indiquer si la preuve scientifique est pertinente et nommer les facteurs pouvant restreindre ou favoriser l'application de l'intervention.
 - Les résultats des études scientifiques pourraient être conformes à la pratique québécoise.
 - L'intervention pourrait s'implanter dans la pratique québécoise et être appliquée aux usagers concernés.
 - L'intervention ou le matériel est disponible dans le milieu de pratique.
 - Les compétences requises à la mise en œuvre de l'intervention seraient présentes dans le milieu concerné.
 - Il n'y a pas, dans le milieu de la santé et des services sociaux, de contraintes, de lois, de politiques, ni de ressources qui empêchent la mise en œuvre de l'intervention.

Acceptabilité

- Indiquer les préférences et les valeurs des usagers et des intervenants de la santé et des services sociaux concernant les interventions proposées. Spécifier s'il existe une variabilité ou une incertitude dans les valeurs et préférences.
 - L'intervention procurerait des avantages suffisants par rapport aux modalités de services existantes.
 - L'intervention serait compatible avec la culture et les valeurs du milieu où elle serait mise en application.

Impacts de l'application et répercussions potentielles

- Indiquer l'impact de l'application de l'intervention sur la population cible et les répercussions potentielles sur les pratiques et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles.

Rapport bénéfices et inconvénients

- Indiquer le niveau d'équilibre entre les bénéfices et les inconvénients, les risques et les coûts attendus de l'implantation de l'intervention.

Consultation québécoise

Les CISSS et les CIUSSS, les établissements non fusionnés ou non visés par la Loi⁹, membres de la Table nationale de coordination en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, déficience physique du MSSS ont été consultés au cours du printemps 2016. Les objectifs de cette consultation étaient de :

- recenser et analyser les trajectoires de services applicables aux jeunes enfants présentant un trouble développemental du langage;
- connaître les différentes modalités d'organisation de services et d'intervention mises en place dans les CISSS et CIUSSS et obtenir des informations sur les programmations cliniques applicables aux enfants présentant un trouble développemental du langage;
- relever les collaborations interétablissements dans le cadre du cheminement de ces enfants.

Des 26 établissements sollicités, 81 %, soit 21/26, ont répondu à l'appel :

- 10 CISSS (76 %);
- 9 CIUSSS (100 %);
- 1 établissement non fusionné (CHU pédiatrique);
- 1 établissement non visé par la Loi;

Ces établissements représentent 83 % des régions du Québec (15/18).

Consultation canadienne

En collaboration avec la Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique et la Direction des affaires intergouvernementales et de la coopération internationale du MSSS, un bref questionnaire a été envoyé aux provinces et territoires canadiens afin de connaître l'organisation et la dispensation de leurs services aux enfants présentant un trouble développemental du langage ainsi que les rôles exercés par les différents ministères concernés.

Les trois questions suivantes leur ont été adressées :

- Comment sont organisés les services destinés aux enfants présentant un trouble primaire du langage, incluant les arrimages entre le MSSS et le MÉES ?
How are the services for children with specific language impairment organized in your province, including the relation with the health and education systems?
- Pouvez-vous nous partager des documents qui décrivent votre organisation de services ? Avez-vous des programmations-cadres qui illustrent cette organisation et les arrimages entre le MSSS et le MÉES ?
Are there documents that describe the organization of the services? Are there key programs that illustrate the organization and the relation between the health and education systems?

⁹ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2). Disponible à : <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2>.

- Existe-t-il certaines politiques gouvernementales ou des documents législatifs qui tracent les grandes orientations de l'organisation et de la dispensation des services aux enfants présentant un trouble primaire du langage ?

Are there any specific policies or legislative procedures orienting the organization and provision of services for children with specific language impairment?

Dix des douze provinces et territoires fédéraux consultés (8/9 provinces et 2/3 territoires) ont fait part de leur organisation de services et décrit les arrimages interministériels. Plusieurs (8/10 provinces et territoires) ont fourni de la documentation officielle. Des échanges téléphoniques ont également eu lieu avec les représentants concernés de deux provinces.

Consultation des usagers et de leurs proches

Il est essentiel de connaître l'opinion des usagers quant à leur expérience de soins et services afin de répondre adéquatement à leurs besoins. Une étude, réalisée en 2015 par Julie Mongrain dans le cadre de sa maîtrise en orthophonie, sous la supervision de Bernard Michallet, a permis de dresser un portrait général de l'appréciation des parents au regard des services orthophoniques offerts au Québec pour les enfants âgés entre 2 et 17 ans et présentant un trouble du langage. Cette étude apporte aussi un éclairage sur le point de vue des parents quant aux relations de partenariat vécues avec les établissements des réseaux de la santé, scolaires ou privés [Mongrain, 2015]. L'étude consiste en un sondage en ligne auquel ont répondu 377 parents répartis à travers le Québec.

2.3 Processus délibératif et formulation des recommandations

Pour chaque question, un tableau synthèse, qui met en parallèle les données scientifiques, contextuelles et expérientielles, a été présenté au comité de suivi et au comité consultatif. Des propositions de recommandations ont été élaborées en tenant compte de l'ensemble de la preuve, soit le niveau de preuve scientifique, les considérations contextuelles et expérientielles, telles que leur applicabilité à la pratique, leur acceptabilité, l'impact de leur application sur la population cible, leurs répercussions potentielles sur les pratiques actuelles et sur les ressources humaines, matérielles et organisationnelles, ainsi que du rapport bénéfices et inconvénients. Cette triangulation des données permet de réduire les biais inhérents à chacune des sources d'information et d'augmenter la richesse des recommandations [Denzin, 2012]. Les propositions de recommandations ont été soumises aux membres du comité consultatif et du comité de suivi. Ces derniers ont échangé dans un processus délibératif informel sur la pertinence et le libellé de chaque recommandation, pour en arriver à un consensus d'au moins 80 % sur une version finale. Selon la complexité des changements, deux ou trois rondes d'ajustements au libellé ont été faites à la suite des consultations. Le libellé de chaque recommandation, c'est-à-dire le choix des verbes ainsi que du temps auquel ils sont conjugués, reflète la force de la recommandation. Celle-ci s'exprime, en ordre décroissant, par les verbes : « doit », « devrait », « peut » et « pourrait ».

3 RÉSULTATS : DONNÉES SUR LES SERVICES OFFERTS AU QUÉBEC

Les informations présentées dans cette section permettent de chiffrer une partie des services offerts aux enfants présentant un trouble du langage. Elles sont complétées par une analyse de la satisfaction des parents au regard des services orthophoniques reçus par leur enfant.

3.1 Données clinico-administratives sur la prestation des services au Québec

Selon des statistiques issues du site de la Régie des rentes du Québec, il y aurait eu en 2013 6 285 enfants présentant un trouble du langage. Cette donnée doit toutefois être prise avec prudence puisque ces statistiques sont établies à partir de données autodéclarées par les familles et que la définition de trouble du langage utilisée par la Régie des rentes est plutôt large et inclusive¹⁰.

Les données du site du MÉES du Québec indiquent qu'en 2013, 8 695 élèves (tous groupes d'âge confondus, du préscolaire à l'éducation aux adultes) présentaient un trouble du langage attesté par une évaluation orthophonique [MELS, 2007]. On estimait également que dans les écoles québécoises, le nombre moyen d'équivalents temps plein (ETP) d'intervenants variait selon les régions, de :

- 0,2 à 0,8 ETP orthophoniste par 1000 élèves;
- 0,6 à 6,5 ETP orthopédagogues, psychoéducateurs, ergothérapeutes et physiothérapeutes par 1000 élèves.

Afin d'apprécier la nature des services spécifiques offerts généralement par les équipes des centres locaux de services communautaires (CLSC) des CISSS et CIUSSS, l'INESSS a reçu du MSSS, en octobre 2016, des tableaux de données extraites de la banque I-CLSC. Ces tableaux représentent : une synthèse des interventions offertes, le détail des épisodes de services, les délais entre une demande de service et la première intervention et, finalement, le nombre d'utilisateurs toujours en attente au terme de l'année de référence. La fiabilité des données est tributaire de la justesse des entrées statistiques réalisées par les intervenants des établissements.

Les données recueillies portent sur l'année financière 2015-2016, sauf mention contraire, et concernent les enfants de moins de 10 ans présentant un retard ou un trouble de la parole ou du langage, ou encore un syndrome dysphasique :

- 17 537 usagers ont reçu des services spécifiques au cours de l'année 2015-2016;
- le taux de pénétration des services (soit le nombre d'utilisateurs desservis/nombre estimé d'enfants âgés de 2 à 9 ans) est de 2,25 %, et il présente de grandes

¹⁰ Retraite Québec. Critères d'admissibilité au supplément pour enfant handicapé – Troubles du langage [site Web]. Disponible à : http://www.rrq.gouv.qc.ca/fr/professionnel_sante/supplement_enfant_handicape/reglement_et_admissibilite/Pages/criteres_admissibilite.aspx#16.

variations d'une région à l'autre (de 0,7 % à 6 %); pour être optimal, le taux de pénétration devrait être le plus près possible du taux de prévalence, soit de 6 %;

- après consultation des membres du comité de suivi, il ressort que cette différence interrégionale pourrait notamment s'expliquer par le fait que dans certaines régions, les enfants sont dirigés vers les cliniques d'évaluation diagnostique ou les services en orthophonie des centres hospitaliers plutôt que vers les services spécifiques des CLSC des CISSS et CIUSSS;
- une majorité des interventions (62 %) sont offertes par des orthophonistes ou des thérapeutes de la parole, du langage et de la communication, tandis que 15 % sont offertes par des éducateurs ou des techniciens en éducation spécialisée et que 10 % le sont par des psychoéducateurs. Moins de 1 % des interventions est prodigué par des ergothérapeutes ou des psychologues;
- les interventions sont majoritairement réalisées en individuel (91 %), quelques-unes sont offertes en groupe (4 %) ou à la famille (5 %);
- 20 % des interventions offertes incluent un acte d'évaluation, de poursuite d'évaluation ou de réévaluation, alors que 28 % correspondent à une action à caractère orthophonique et 9 % sont des actions éducatives et préventives concernant le développement de la communication et du langage;
- le délai moyen d'attente entre l'assignation du dossier de l'enfant à un intervenant et le premier service offert est de plus de 5 mois;
- la durée moyenne d'un épisode de service est de 20 mois. Un épisode débute lors de la détection d'un premier besoin de service pour un usager (première assignation) et se termine à la fin de la dernière assignation;
- En 2013-2014, l'intensité moyenne des services spécifiques à l'échelle provinciale correspond à près de 4 jours de traitement/usager et à 10 heures de prestation de services/usager. Mentionnons que ces données, bien qu'elles portent majoritairement sur des enfants, concernent tous les groupes d'âge confondus.

Afin de compléter les informations relatives aux services spécifiques, une collecte de données a été réalisée auprès des directions des programmes-services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) des CISSS et CIUSSS exerçant les activités propres à la mission d'un CRDP et offrant des services spécialisés de réadaptation aux enfants présentant un trouble développemental du langage. La majorité des données ont été fournies par chaque établissement par l'intermédiaire d'un sondage standardisé ou à l'aide de deux requêtes informatiques de type COGNOS standardisées exécutées dans le système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD). Certaines données ont aussi été recueillies dans la base de données GESTRED, disponible de façon restrictive sur l'espace informationnel du MSSS¹¹. La fiabilité des données peut être variable d'un établissement à l'autre. Toutefois, une validation a été réalisée par l'équipe de projet en comparant ces données avec celles des années précédentes et avec certains rapports statistiques et financiers des établissements.

Les données recueillies portent sur l'année financière 2014-2015 et concernent les enfants présentant une déficience du langage, dont un trouble développemental du langage, âgés de moins de 18 ans :

¹¹ Espace informationnel du MSSS, disponible à : <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/> (consulté en janvier 2016).

- 12 494 usagers ont reçu des services spécialisés de réadaptation en 2014-2015. Cela représente une hausse de 8,4 % par rapport à l'année précédente. La tendance à la hausse est constante depuis 2010-2011;
- 3 804 nouvelles demandes de services en déficience du langage ont été reçues dans les CRDP, ce qui représente 13,8 % du total des nouvelles demandes de services reçues (toutes déficiences confondues);
- au 31 mars 2015, 1 675 enfants attendaient pour recevoir un premier service spécialisé de réadaptation. On note une baisse du nombre d'enfants en attente entre 2014 et 2015, de 2,4 %;
- au total, 449 508 heures de prestation de services ont été offertes aux 12 494 enfants desservis; cela représente une moyenne d'intensité de services par usager d'environ 36 heures;
- la répartition des heures de prestation de services entre les principaux intervenants des CRDP œuvrant auprès de ces enfants s'établit comme suit :

- orthophonistes :	43 %
- éducateurs spécialisés ou psychoéducateurs :	20 %
- ergothérapeutes :	18 %
- psychologues ou neuropsychologues :	6 %

Selon les standards établis dans le *Plan d'accès pour les personnes ayant une déficience : afin de faire mieux ensemble* [MSSS, 2008] :

- le taux de respect des délais d'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience du langage pour les demandes de priorité modérée s'élève à 86,4 %. Le délai moyen d'attente est de quatre mois;
- le taux de respect des délais d'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience du langage pour les demandes de priorité élevée est de 61,2 %. Le délai moyen d'attente est de six mois.

Les ressources professionnelles dédiées aux jeunes enfants présentant un trouble du langage viennent compléter cette section traitant des données clinico-administratives sur la prestation des services au Québec. Trois ordres professionnels (Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, Ordre des psychologues du Québec) ont contribué à ce portrait en fournissant les données nécessaires. Mentionnons toutefois que certaines des informations recueillies ne sont pas obligatoires; elles reflètent donc ce que chaque membre souhaite ou non préciser. Conséquemment, le portrait suivant n'est pas exhaustif; les informations qui s'y trouvent permettent d'apprécier, avec une relative justesse, la répartition des professionnels selon les secteurs d'activités dans lesquels ils travaillent.

Orthophonistes :

- au 31 mars 2016, 2 462 orthophonistes sont membres de l'OOAQ;
- de ce nombre, 74 % (1 818) œuvrent auprès d'enfants présentant un trouble du langage;
- ils se répartissent ainsi :
 - 33 % travaillent dans le secteur public de la santé
 - 25 % travaillent dans le secteur public de l'éducation
 - 15 % travaillent en cabinet privé

- 28 % travaillent dans les secteurs public et privé
- 74 % exercent en français, 2 % en anglais, 16 % exercent en français et en anglais et 8 % dans plus de deux langues.

Ergothérapeutes :

- au 31 mars 2016, 5 094 ergothérapeutes sont membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec;
- de ce nombre, 12 % (629) œuvrent auprès d'enfants présentant un trouble de la parole ou du langage, selon la répartition suivante :
 - 66 % travaillent dans le secteur public (santé ou éducation)
 - 34 % travaillent en cabinet privé

Psychologues :

- au 31 mars 2016, 8 574 psychologues sont membres de l'Ordre des psychologues du Québec, selon la répartition suivante :
 - 15 % (1 301) travaillent dans le secteur public de la santé
 - 12 % (1 033) travaillent dans le secteur public de l'éducation
 - 38 % (3 216) travaillent en cabinet privé
 - 22 % (1 851) travaillent dans les secteurs public et privé
 - 4 % (314) travaillent dans un autre secteur
- aux 8 574 membres s'ajoutent 834 psychologues ayant reçu l'attestation de neuropsychologue et qui œuvrent dans les secteurs suivants :
 - 30 % (254) travaillent dans le secteur public de la santé
 - 8 % (66) travaillent dans le secteur public de l'éducation
 - 27 % (226) travaillent en cabinet privé;
 - 29 % (246) travaillent dans les secteurs public et privé
 - 3 % (22) travaillent dans un autre secteur
- environ 6 % (547) des psychologues ou neuropsychologues travaillent auprès des enfants présentant un trouble du langage.

3.2 Sondage sur le point de vue des parents concernant les services orthophoniques offerts aux enfants présentant un trouble développemental du langage

Comme il a été mentionné précédemment, une étude réalisée au Québec et publiée en 2015 dresse un portrait de l'appréciation de parents d'enfants présentant un trouble développemental du langage au regard des services orthophoniques offerts à leur enfant et de leur expérience de partenariat avec les établissements de santé, scolaires ou privés [Mongrain, 2015]. Cette étude a été menée en suivant les règles méthodologiques reconnues : un sondage a été élaboré à partir de questionnaires utilisés dans des projets de recherche similaires, et les questions ont été testées auprès de parents puis validées par des experts. Le sondage comptait 176 questions majoritairement à choix fermé. Les répondants ont été recrutés par l'entremise de plusieurs organismes de soutien et associations d'utilisateurs, de l'OOAQ et des réseaux sociaux. Une fois mis en ligne, le sondage a été rempli par 377 parents d'enfants âgés entre 2 et 17 ans présentant un trouble développemental du langage. Il est à noter que les réponses aux quelques

questions ouvertes n'ont pas fait l'objet d'une analyse de contenu, mais ont servi à soutenir une analyse descriptive. Mentionnons également que l'auteur utilise les termes « dysphasie » et « trouble primaire du langage » de façon indifférenciée dans son étude, et que celle-ci porte uniquement sur les services orthophoniques.

Cette étude conclut que l'offre de service orthophonique est insatisfaisante aux yeux de la presque totalité des parents d'enfants dysphasiques québécois et que les transitions entre les établissements sont peu fluides et davantage axées sur des arguments administratifs que sur les besoins des enfants.

Plus précisément :

- les parents estiment, en très grande majorité (93 %), que l'offre de service orthophonique devrait être améliorée au Québec;
- 81 % des répondants vivent un haut niveau d'inquiétude face au trouble développemental du langage de leur enfant, et plusieurs (57 %) affirment que ce trouble bouleverse leur vie familiale;
- les parents sont insatisfaits des délais d'attente et des difficultés pour accéder aux services orthophoniques dispensés dans les divers établissements publics (selon le type d'établissement – CLSC, CRDP, école primaire ou secondaire –, le nombre de parents insatisfaits varie de 60 % à 85 %);
- le délai pour avoir accès à un premier service spécifique en CLSC peut être de 2 à 15 mois, selon les régions, ou de 2 à 16 mois pour un premier service spécialisé de réadaptation en CRDP;
- les parents soulignent que les services ne se poursuivent généralement pas dans une transition harmonieuse lorsque l'enfant accède au milieu scolaire. Il semble également que plus l'enfant vieillit, moins les services semblent accessibles;
- les parents d'enfants ayant un code ministériel (du MÉES) qui confirme une déficience langagière sévère (code 34) sont plus satisfaits de la continuité des services orthophoniques lors de l'entrée à l'école que les parents d'enfants à qui ce code n'a pas été attribué;
- une majorité des répondants (60 %) ont eu recours à des services orthophoniques privés;
- 43 % des parents ayant consulté en privé l'ont fait en raison des délais d'attente trop longs dans les établissements publics, tandis que 23 % sont allés au privé à cause de la quantité d'interventions orthophoniques jugée insuffisante;
- les parents apprécient grandement la qualité des services orthophoniques offerts et la compétence des orthophonistes rencontrés, et ce, peu importe le lieu de travail de ces derniers (en CLSC, en CRDP, à l'école ou au privé);
- 89 % des parents trouvent important que l'orthophoniste et le parent travaillent en tandem;
- plus de 70 % des parents recevant des services des CLSC, CRDP ou du privé se sentent engagés dans les décisions concernant leur enfant;
- au dire des parents, les thérapies orthophoniques sont généralement offertes sous un mode de prestation individuelle et au rythme d'une fois par semaine dans les services publics, alors que dans les établissements privés, la fréquence d'une fois par deux semaines est privilégiée;

- selon les parents, les cinq améliorations les plus urgentes à réaliser sont :
 - réduire les délais d'attente;
 - augmenter la quantité de services;
 - améliorer les transitions, notamment à l'entrée à l'école;
 - offrir des services de soutien aux parents;
 - améliorer le partenariat avec les parents pour l'organisation des services.

4 RÉSULTATS : ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

Deux principales questions soutiennent l'objectif général de l'Avis, qui consiste à recommander un continuum de services optimal pour les enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage. La première question, *Quels sont les éléments organisationnels du continuum de services à privilégier pour leurs effets positifs sur l'accessibilité et la continuité des services?*, oriente la recherche documentaire et son analyse sur des modèles d'organisation de services prometteurs, pertinents et transférables à l'organisation québécoise de services pour les enfants présentant un trouble développemental du langage. L'information provient d'une trentaine d'articles de la littérature scientifique et grise, complétée par des consultations menées au Québec et au Canada, et de l'avis d'experts, notamment des membres des comités de suivi et consultatif.

Le présent chapitre expose les éléments organisationnels qui émanent de cette recherche en les subdivisant en deux sections : la première précise les éléments du continuum de services à privilégier, et la seconde aborde les principes du partenariat et des pratiques collaboratives à promouvoir.

Les réponses à la deuxième question d'évaluation sur les modalités de services à utiliser sont présentées dans le chapitre subséquent. Suivra l'illustration, sous forme de schéma, de l'intégration de l'ensemble des recommandations et de leurs relations les unes par rapport aux autres.

4.1 Organisation du continuum de services

Lors de la consultation québécoise ayant permis d'illustrer le continuum actuel de services au Québec, différents éléments ont retenu l'attention des membres des comités et ont orienté la recherche documentaire. Ainsi, l'information recueillie porte sur trois sujets, soit : un continuum de services structuré selon trois niveaux de services, un continuum basé sur les besoins des enfants et les principes de l'évaluation dynamique. Les deux premiers sujets conduisent à l'élaboration de recommandations, alors que le dernier vient soutenir la mise en application des deux premières recommandations.

4.1.1 Un continuum structuré selon trois niveaux de services

Données de la littérature scientifique et grise

La recherche dans la littérature grise a mené à une documentation sur des travaux de grande envergure entrepris en Grande-Bretagne sur l'organisation des services destinés aux enfants présentant des difficultés de communication. C'est à l'issue d'une investigation et d'une analyse de la dispensation des services aux enfants et aux jeunes ayant des difficultés de communication que John Bercow présente, au parlement britannique, un rapport contenant une quarantaine de recommandations. Une des recommandations phares de ce rapport propose d'organiser le continuum de services destinés aux enfants éprouvant des difficultés de communication selon trois niveaux : des

services universels pour tous, des services ciblés pour les enfants présentant un retard et, finalement, des services spécialisés pour ceux dont le retard s'accroît [Bercow, 2008]. Une des assises de cette recommandation est que les compétences liées à la communication sont fondamentales et que tous les enfants, qu'ils aient ou non des difficultés, profitent d'activités de stimulation axées sur la communication [Bercow, 2008].

Dans la foulée du rapport Bercow, le parlement britannique commande un vaste programme de recherche, le *Better Communication Research Programme*, pour étayer sur des bases scientifiques l'application de certaines recommandations. Ce programme se déploie dans différents projets liés les uns aux autres et répondant à un large éventail de questions soulevées par le rapport Bercow. Les conclusions du *Better Communication Research Programme* sont publiées dans un rapport principal [Lindsay *et al.*, 2012] et quatre rapports thématiques [Dockrell *et al.*, 2012; Law *et al.*, 2012; Lindsay et Dockrell, 2012; Roulstone et Lindsay, 2012], soutenus par 10 rapports techniques.

La mise en place d'un continuum organisé par niveaux de services superposés est également recommandée dans les rapports du *Better Communication Research Programme* [Dockrell *et al.*, 2012; Lindsay *et al.*, 2012]. Une telle organisation des services permet d'intervenir auprès de tous les enfants et d'offrir rapidement du soutien additionnel à certains enfants, lorsqu'ils n'évoluent pas selon ce qui est attendu. Les différents niveaux de services sont ainsi décrits :

- services universels servant à soutenir le développement de la parole, du langage ou de la communication de tous les enfants;
- services ciblés pour certains enfants requérant du soutien additionnel;
- services spécialisés, directement auprès de l'enfant, à une fréquence plus élevée et soutenue.

Cette organisation de services n'est pas sans rappeler une approche de plus en plus préconisée dans les réseaux canadien et américain de l'éducation, soit la *Réponse à l'intervention (RAI)*. L'approche RAI, qui a vu le jour aux États-Unis, prend assise sur certains principes : une intervention structurée par niveaux, dont un premier niveau de services (enseignement général universel) basé sur les meilleurs savoirs disponibles, l'identification précoce des enfants nécessitant des services complémentaires et, finalement, le monitoring des progrès des enfants [McIntosh *et al.*, 2011; Fuchs et Fuchs, 2006; Justice, 2006].

L'approche RAI se décrit comme un modèle éducatif centré sur la prévention des difficultés d'apprentissage, notamment celles liées à la lecture [Justice, 2006]. Les niveaux de services, généralement au nombre de trois, se superposent. Ainsi, alors que tous les enfants bénéficient des enseignements de niveau 1 (programme d'enseignement général offert en classe), certains reçoivent en plus des services ciblés de niveau 2. Ces services se déroulent souvent en petits groupes et sont offerts par l'enseignant lui-même ou par des intervenants spécialisés, et généralement dans la classe. Finalement, quelques enfants vont requérir des services spécialisés de niveau 3. Ces services, offerts directement à l'enfant de façon régulière et intensive, sont généralement fournis par des intervenants spécialisés, et à l'extérieur de la classe. Les progrès des enfants sont suivis tout au long de leur parcours, afin de décider du niveau de services à leur offrir ou à maintenir. Les enfants passent donc d'un niveau de services à l'autre, selon leurs besoins et l'évolution de leurs apprentissages [McIntosh *et al.*, 2011; Fuchs et Fuchs, 2006; Justice, 2006].

De façon générale, les auteurs spécifient que les services de niveau 1 suffisent à 80-85 % des enfants, alors que ceux de niveau 2 sont nécessaires à environ 5-10 % des enfants et que ceux de niveau 3 sont requis par seulement 1 à 5 % des enfants [New Brunswick Department of Education and Early Childhood Development, 2014].

Plusieurs études proposent des analyses de l'efficacité ou de l'impact de cette approche sur les apprentissages scolaires ou le développement d'habiletés de communication orale et écrite [Spencer *et al.*, 2015; McIntosh *et al.*, 2011; Simmons *et al.*, 2008; Justice, 2006]. Il en ressort que les difficultés en lecture peuvent être prévenues par l'implantation de l'approche RAI [Justice, 2006] et que la majorité des enfants répond positivement et rapidement à une intervention de ce type en atteignant un niveau d'habileté en lecture congruent avec leur âge [Simmons *et al.*, 2008].

Les effets de l'approche RAI sont aussi prometteurs chez les enfants d'âge préscolaire. En effet, Spencer démontre dans son étude qu'une organisation de services par niveaux permet, d'une part, d'identifier rapidement les enfants qui nécessitent des services supplémentaires de niveau 2 et, d'autre part, de favoriser pour ces enfants l'acquisition d'habiletés de communication orale qui perdurent [Spencer *et al.*, 2015].

L'approche RAI décrite ci-dessus et le modèle d'organisation de services proposé en Grande-Bretagne pour les jeunes enfants ayant des difficultés de communication présentent de nombreuses similitudes et démontrent des effets favorables sur le développement des enfants. En conséquence, la révision du continuum de services québécois selon des principes semblables pourrait avoir des répercussions positives pour les enfants présentant un trouble développemental du langage et leur famille.

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Les parents québécois se disent majoritairement insatisfaits de l'offre de service en orthophonie destinée à leur enfant, notamment au regard de l'accès et de la continuité. Toutefois, lorsque les services sont rendus, ils en apprécient la qualité et l'impact sur le développement de leur enfant [Mongrain, 2015].

Les données clinico-administratives et les résultats du sondage réalisé auprès de parents, présentés au chapitre 3, confirment que l'accès à des services spécifiques de proximité ou à des services spécialisés de réadaptation est difficile.

Lors de la consultation des établissements québécois, deux principaux goulots d'étranglement ont ainsi été mentionnés :

- l'accès à une évaluation en orthophonie qui, ensuite, permet le déploiement des autres services (subvention en services de garde, référence vers des services spécifiques de proximité ou des services spécialisés de réadaptation, soutien éducatif et professionnel en milieu scolaire);
- l'accès au premier service spécialisé de réadaptation, ainsi qu'aux services subséquents de réadaptation.

Plusieurs CIUSSS et CIUSSS interrogés sont actuellement à réviser leur offre de service destinée aux enfants présentant un trouble développemental du langage. Un groupe de travail en Montérégie propose un continuum de services en orthophonie hiérarchisé selon quatre niveaux, qui n'est pas sans rappeler les niveaux de services décrits dans l'approche RAI (Niveau 1 : des activités de promotion et de sensibilisation pour tous; Niveau 2 : des mesures sélectives de prévention pour les enfants à risque; Niveau 3 : des mesures

particulières qui s'adressent aux enfants présentant un retard ou un trouble de langage et à leurs parents et, finalement, le Niveau 4 : des services spécialisés de réadaptation) [GTM-ODL, 2017].

Nonobstant ces initiatives fort prometteuses, les informations recueillies lors de la consultation des établissements québécois témoignent d'une linéarité dans l'organisation des services. Le continuum actuel est basé sur un modèle séquentiel et hiérarchisé (du service général au service spécialisé de réadaptation), avec des étapes qui se suivent dans un ordre préétabli. Cette façon de structurer les services contraste avec l'organisation proposée en Grande-Bretagne et avec les principes de l'approche RAI, où les services sont imbriqués.

La réforme du réseau de la santé et des services sociaux, instaurée par l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*¹², « prévoit l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux par la mise en place de réseaux régionaux de services de santé et de services sociaux axés sur la proximité et la continuité des services, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques ». On remarque une certaine congruence entre l'intégration des services véhiculée par cette réforme et celle proposée dans l'organisation d'un continuum de services par niveaux. En effet, la volonté de la réforme de briser les silos entre les « anciens établissements » de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes va dans le sens d'une meilleure continuité des services entre les équipes au profit de l'utilisateur. Un continuum de services organisé par niveaux permet d'axer les services, sans égard aux dispensateurs, selon les besoins de l'enfant et de sa famille.

Dans la foulée de cette réforme, la Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique du MSSS publiait, en juin 2017, un Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme [MSSS, 2017]. Essentiellement, ce document vient promouvoir la notion d'intégration des soins et des services et définir un modèle d'organisation de services qui soit le plus près possible des personnes et des milieux de vie. Les besoins des personnes, de leur famille et de leurs proches constituent le fondement de l'organisation des services.

Du côté des réseaux de l'éducation, quelques provinces et territoires canadiens, incluant le Québec, proposent l'approche RAI comme modèle d'organisation et de dispensation de leurs services. Son implantation dans les écoles d'ici et d'ailleurs demeure toutefois variable. En 2011, le ministère québécois de l'Éducation, du Loisir et du Sport, dans son *Référentiel d'intervention en lecture pour les élèves de 10 à 15 ans* [MELS, 2011], énonce : « Le modèle d'intervention à trois niveaux permet d'envisager des interventions de plus en plus intensives pour répondre aux besoins de tous les élèves. Il s'agit également d'un modèle qui favorise l'organisation des services ». Selon les représentants du MÉES membres du comité de suivi mis en place dans le cadre des présents travaux, les autorités ministérielles explorent la possibilité d'implanter l'approche RAI dans toutes les écoles du Québec.

¹² Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2). Disponible à : <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2>.

Compte tenu des difficultés actuelles d'accessibilité et de continuité des services vécues par les enfants présentant un trouble développemental du langage, l'implantation d'un continuum de services structuré selon des principes similaires à ceux du modèle d'organisation de services utilisé en Grande-Bretagne et de l'approche RAI, reconnue pour favoriser la prévention, l'intervention précoce adaptée aux besoins des élèves et soutenue par un monitoring systématique, pourrait être une valeur ajoutée pour le Québec [MEESR, 2015].

RECOMMANDATION 1

Le continuum de services devrait être structuré selon trois niveaux de services imbriqués : universel, ciblé et spécialisé.

- **Niveau I** : Services universels de promotion et stimulation du développement des capacités de communication et identification des enfants à risque de présenter des retards ou des difficultés. Ces services préviennent l'émergence de problèmes et sont destinés à tous les enfants, qu'ils aient des difficultés ou non. Ils sont dispensés en grand groupe dans les milieux de vie des enfants, notamment les services de garde et les écoles. Ils permettent de promouvoir le développement des capacités de communication et d'identifier rapidement les enfants qui devront recevoir des services de niveau II ou de niveau III.
- **Niveau II** : Services de soutien ciblés, en plus des services de niveau I, alignés sur les besoins des enfants qui présentent des indices de retard ou difficultés du développement de leurs capacités de communication et pour qui les services universels ne suffisent pas. Ces services servent à réduire les difficultés identifiées et à améliorer les capacités des enfants. Ils sont généralement dispensés en petit groupe, par une équipe d'intervenants de différentes disciplines travaillant en étroite collaboration, et idéalement dans les milieux de vie des enfants.
- **Niveau III** : Services spécialisés, en plus des interventions de niveau I et de niveau II, auprès d'enfants n'ayant pu progresser suffisamment malgré les services de niveau I et de niveau II. Ces services alignés sur les besoins des enfants sont soutenus dans le temps et en intensité. Ils sont dispensés par une équipe d'intervenants de différentes disciplines, et idéalement dans les milieux de vie des enfants.

4.1.2 Un continuum basé sur les besoins des enfants et non sur leur diagnostic

Données de la littérature scientifique et grise

Dans le cadre des travaux du programme de recherche britannique *Better Communication Research Programme*, une des études analyse le profil diagnostique de différents enfants et le met en relation avec les services nécessaires à mettre en place pour soutenir leur développement. L'auteur démontre que les enfants dont le diagnostic diffère présentent souvent des besoins similaires quant à leurs capacités de communication, alors que des enfants ayant le même diagnostic révèlent des besoins différents [Dockrell *et al.*, 2012]. Conséquemment, structurer et dispenser des services selon les besoins des enfants plutôt qu'en fonction de leur catégorie diagnostique semble garantir une meilleure réponse à leurs besoins [Dockrell *et al.*, 2012].

L'intervention précoce constitue, par ailleurs, un des leviers les plus importants pour que des changements durables s'opèrent chez les enfants qui présentent des difficultés de communication [OOAQ, 2016; OAC, 2013; Dockrell *et al.*, 2012; Bercow, 2008]. Or, l'établissement du diagnostic de trouble développemental du langage commande temps et prudence, particulièrement avant l'âge de 4 ou 5 ans, alors que les capacités langagières des enfants sont en plein développement. En ce sens, intervenir précocement selon les besoins des enfants et de leur famille, sans égard au diagnostic, permet de les aider à développer leur plein potentiel.

En Ontario, trois ministères (éducation, enfance - jeunesse et santé) ont financé la mise en œuvre de sept projets visant l'actualisation de différents modèles de prestation des services. La firme Deloitte a évalué l'impact de ces projets sur l'accès aux services, la qualité des services et la valeur des services (utilisation efficiente des ressources). Trois grands constats émanent de cette étude :

- lorsqu'on offre la possibilité aux partenaires d'une localité de travailler en dehors des mandats usuellement convenus, cela semble conduire à l'émergence de nouveaux modèles de prestation de services permettant de mieux répondre aux besoins de la population;
- toutes les régions pilotes ont démontré des améliorations au regard de l'accès aux services, de la qualité des services et de l'utilisation efficiente des ressources; toutefois, aucune organisation de services ne se démarquait ni n'était meilleure que les autres;
- aucune différence significative n'est notée sur le plan de l'accès aux services, de la qualité des services et de l'utilisation efficiente des ressources selon le diagnostic et le niveau de sévérité des difficultés langagières des enfants [Deloitte, 2013].

Cette dernière conclusion vient appuyer l'assertion voulant qu'indépendamment du diagnostic de l'enfant, les services devraient s'orchestrer en fonction de ses besoins.

Mentionnons également que les enfants manifestant des difficultés de communication sont à risque de présenter d'autres problématiques sur les plans émotionnel, comportemental ou social [Lindsay et Dockrell, 2012]. Il est aussi connu que les difficultés de communication sont souvent précurseurs de difficultés d'apprentissage en lecture et en écriture [OOAQ, 2016; Dockrell *et al.*, 2012; Justice, 2006].

Par ailleurs, on sait que certaines capacités langagières orales, notamment celles requises pour discuter ou résoudre des problèmes, peuvent aider les enfants dans leur parcours scolaire. Ainsi, favoriser le développement de ces habiletés peut non seulement soutenir les enfants dans leur apprentissage de la lecture et de l'écriture, mais également leur fournir les bases langagières pour progresser dans d'autres matières scolaires [Dockrell *et al.*, 2012].

Tous les constats issus des documents de la littérature convergent vers une intervention précoce axée sur les besoins des enfants et de leur famille, sans nécessairement attendre qu'un diagnostic soit établi.

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Selon les informations recueillies lors de la consultation québécoise, l'organisation des services est actuellement basée sur une logique diagnostique. Cela crée des goulots d'étranglement importants dans le continuum existant, puisqu'il faut attendre que les

évaluations diagnostiques soient réalisées avant que soit orchestrée la poursuite des services.

Dans son *Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*, la Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique du MSSS table sur l'importance de la précocité des interventions et sur une organisation de services axée sur les besoins des usagers et de leur famille [MSSS, 2017].

Tous les acteurs consultés attestent de l'importance d'une intervention précoce. Le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* [MSSS, 2008], implanté depuis 2008, a été, en ce sens, un levier important. Toutefois, force est de constater que, malgré les efforts consentis, les listes d'attente demeurent longues (voir chapitre 3). Les experts et gestionnaires interrogés dénoncent largement cette situation et ses effets néfastes sur le développement des habiletés de communication des enfants et sur le développement d'autres sphères, notamment en ce qui a trait aux capacités intellectuelles et d'apprentissage, à l'estime de soi et aux relations interpersonnelles.

La grande majorité des acteurs concernés s'entendent aussi pour dire qu'au-delà du diagnostic, les besoins de l'enfant et de sa famille doivent être au cœur d'une organisation de services efficace. D'ailleurs, certains CISSS et CIUSSS sont actuellement à réorganiser leurs services selon une logique de besoins et non une logique diagnostique.

Les informations extraites de la littérature ainsi que les avis des experts, des gestionnaires et des décideurs permettent d'affirmer que le fait de répondre aux besoins des enfants, et de leur famille, devrait constituer la principale assise d'un continuum de services. Ainsi, bien que l'établissement d'un diagnostic demeure important, il ne doit en rien freiner la mise en place des premiers services requis par les enfants. Ce constat s'accorde parfaitement avec la mise en place d'un continuum de services par niveaux, où les besoins de l'enfant et le suivi de ses progrès déterminent en bonne partie le niveau de services à lui proposer.

RECOMMANDATION 2

Le continuum de services devrait s'aligner sur les besoins des enfants plutôt qu'être axé sur leur diagnostic.

4.1.3 Évaluation dynamique

Données de la littérature scientifique et grise

Un des principes fondateurs du modèle d'organisation de services en Grande-Bretagne est le suivi des progrès des enfants au fur et à mesure qu'ils reçoivent des interventions [Dockrell *et al.*, 2012; Lindsay *et al.*, 2012; Bercow, 2008]. Cela permet aux intervenants de choisir ou modifier leurs activités, le matériel ou la procédure pédagogique et les aide à identifier les enfants ayant des besoins de soutien additionnel.

Selon l'approche RAI, la « réactivité » des enfants aux activités d'apprentissage qui leur sont présentées doit être suivie sur une base régulière. Les informations ainsi recueillies permettent aux intervenants d'ajuster leurs interventions selon la réactivité (réponse) des enfants et d'identifier ceux nécessitant du soutien additionnel [Fuchs et Fuchs, 2006]. Cette forme d'évaluation dite « dynamique » permet de décider du niveau de services

requis pour soutenir l'enfant dans ses apprentissages et sa réussite. C'est une forme d'évaluation dynamique parce que sa métrique est basée sur l'évolution du niveau (ou du taux) d'apprentissage des enfants [McIntosh *et al.*, 2011; Fuchs et Fuchs, 2006].

En comparaison, l'approche d'évaluation dite « traditionnelle » contribue, quant à elle, à l'établissement d'un portrait de l'enfant à un moment donné (ses capacités et incapacités), à sa catégorisation selon ses difficultés et à la recommandation ou non de services [McIntosh *et al.*, 2011].

Selon Spencer, le processus d'évaluation dynamique semble mieux adapté que le processus traditionnel pour identifier des enfants d'âge préscolaire à risque de présenter des troubles du langage et nécessitant du soutien supplémentaire. En effet, un processus d'évaluation dynamique axé sur la réactivité des enfants aux interventions reçues permet d'identifier tous ceux qui ont besoin de soutien supplémentaire, sans faux-positif et sans en échapper [Spencer *et al.*, 2015].

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Selon la législation en vigueur au Québec, « l'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif » [Office des professions du Québec, 2013].

Les champs d'exercice des professionnels ainsi que les activités qui leur sont réservées sont statués dans le Code des professions [Gouvernement du Québec, 1973]. Certaines évaluations font partie d'activités réservées, dont deux sont notamment partagées par différents professionnels, selon leur champ d'exercice respectif. Il s'agit de l'évaluation d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation, pour déterminer un plan d'intervention scolaire, et de l'évaluation d'un enfant d'âge préscolaire présentant des indices de retard dans une ou plusieurs sphères de son développement, dans le but de déterminer des services de réadaptation ou d'adaptation qui répondraient à ses besoins [Gouvernement du Québec, 1973].

Le rôle de l'orthophoniste demeure prépondérant auprès des enfants présentant un trouble développemental du langage, puisque l'habitude de vie liée à la communication est centrale. Ces enfants doivent donc, au cours de leur cheminement de services, obligatoirement rencontrer un orthophoniste. L'activité consistant à évaluer les troubles du langage dans le but de déterminer le plan d'intervention et de traitement orthophonique est réservée aux orthophonistes¹³ [Gouvernement du Québec, 2002]. Ainsi qu'il est décrit dans le champ d'exercice de l'orthophoniste, le plan d'intervention orthophonique vise à déterminer les priorités d'intervention à un moment précis en tenant compte des éléments facilitateurs présents, des situations de handicap et de la réponse à l'intervention, afin d'ajuster les interventions aux besoins réels [Office des professions du Québec, 2013].

Selon les principes de l'approche RAI ou du modèle d'organisation de services britannique, un processus d'évaluation dynamique contribue tout d'abord à ajuster les

¹³ Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Il importe de bien saisir la nature, le contexte et la finalité des activités d'évaluation qui ont été réservées [Office des professions du Québec, 2013]. L'activité d'évaluation réservée aux orthophonistes [Gouvernement du Québec, 1973] est celle dont la finalité est de déterminer le plan d'intervention et de traitement orthophonique.

interventions selon la réponse des enfants. Il aide aussi à préciser les besoins des enfants afin d'identifier ceux qui nécessitent du soutien supplémentaire ou ceux pour qui ce soutien n'est plus requis. Ce type d'évaluation peut également soutenir la démarche diagnostique qui servira, le cas échéant, à orienter l'enfant vers les services d'une autre équipe ou d'un autre programme-services.

Pour qu'un continuum de services structuré selon trois niveaux imbriqués et basé sur une logique de besoins soit implanté, il apparaît essentiel que chaque professionnel, selon son champ d'exercice et les activités qui lui sont réservées, mette en place un processus d'évaluation dynamique des besoins, capacités et apprentissages des enfants, afin de suivre leur évolution et d'ajuster le niveau d'intervention qui doit leur être dispensé.

4.2 Partenariat et pratiques collaboratives

Lors de la consultation des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux et de celle menée auprès des provinces et territoires canadiens, plusieurs préoccupations ont été exprimées entourant le partenariat et les pratiques collaboratives à instaurer, à modifier ou à améliorer. Les membres des deux comités qui ont contribué aux présents travaux ont, eux aussi, fait part de la nécessité de décrire et recommander des pratiques qui pourraient améliorer la collaboration. Trois aspects sont abordés dans ce chapitre : le partenariat de services avec l'utilisateur, la collaboration interprofessionnelle et la concertation interministérielle.

4.2.1 Le partenariat de services avec l'utilisateur

Données de la littérature scientifique et grise

Au Québec, le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal poursuit, depuis 2008, l'objectif de développer la pratique collaborative. Il s'est notamment penché sur le partenariat avec l'utilisateur et a élaboré, en 2013, un guide d'implantation du partenariat de soins et services [Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013].

Dans ce guide, le partenariat de soins et services est défini comme une :

« relation de coopération/collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux. Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient » [Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013].

Dans une telle relation, l'identification des objectifs et des moyens d'intervention s'aligne forcément sur les aspirations des enfants ainsi que sur les besoins et points de vue des parents, et en toute reconnaissance des compétences de chacun. La relation entre l'enfant, ses parents et les équipes cliniques s'inscrit alors dans un processus

d'apprentissage qui favorise leur autodétermination. Ils (l'enfant et ses parents) deviennent progressivement aptes, au cours de leur cheminement, à être membres à part entière de l'équipe et à jouer le rôle d'un usager-partenaire, et ce, en respect du potentiel collaboratif de chacun [Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013].

Les enfants présentant un trouble développemental du langage ne veulent pas être ostracisés en raison de leurs difficultés. Ils expriment le besoin d'être acceptés socialement et d'éprouver un bien-être émotionnel [Roulstone et Lindsay, 2012]. Les parents, quant à eux, signalent clairement leur besoin d'être écoutés et soutenus. Ils souhaitent être informés tout au long du suivi de leur enfant et non seulement après les périodes d'évaluation. Ils veulent connaître les données probantes sur lesquelles les décisions des cliniciens sont étayées, afin d'être de véritables partenaires dans la planification et la dispensation des services et afin de faire des choix éclairés, le cas échéant [Roulstone et Lindsay, 2012].

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Au Québec, les acteurs consultés – parents, intervenants, gestionnaires et décideurs – adhèrent aux principes du partenariat de services. Certains moyens, dont le plan d'intervention individualisé, ou d'autres outils axés sur la réalisation des habitudes de vie et la participation sociale de l'utilisateur, aident à l'actualisation des principes du partenariat de services. Leur utilisation permet, à l'enfant et sa famille, d'exprimer leurs besoins et leur projet de vie et de déterminer, avec les intervenants, les objectifs à poursuivre et les modalités d'intervention qui favoriseront leur atteinte. Néanmoins, l'utilisation d'outils adaptés à la réalité des enfants présentant un trouble développemental du langage pourrait, selon l'avis d'experts du comité consultatif, être davantage promue auprès des intervenants.

Les principes du partenariat de services, bien que connus et reconnus, ne semblent toutefois pas implantés uniformément au Québec. Au dire des experts des comités, le partenariat de services peut être difficile à implanter pour diverses raisons : parce qu'il est énergivore, parce que les intervenants n'ont pas acquis les compétences nécessaires, parce que peu de balises et de soutien clinique ont été mis en place, parce que les parents démontrent peu d'intérêt ou d'aisance à établir ce type de relation, ou parce que le contact avec eux est peu fréquent (ex. : à l'âge scolaire). Aussi, pour certaines équipes cliniques, les principes du partenariat de services sont difficiles à actualiser, parce qu'ils apparaissent incompatibles avec certaines préoccupations administratives de productivité et de performance véhiculées par les gestionnaires. Conséquemment, rendre disponibles des formations sur les principes du partenariat de services et leur application apparaît essentiel si l'on souhaite qu'un tel partenariat soit actualisé.

Nonobstant ces préoccupations, les activités de certaines équipes de recherche, dont celles du RUIS de l'Université de Montréal, permettent aux décideurs, aux gestionnaires et aux intervenants de comprendre et d'apprécier les avantages du partenariat de services. Quelques établissements en ont même embrassé les principes et la haute direction les a véhiculés, stimulant ainsi leur application dans les équipes cliniques. Cette adhésion de la haute direction des établissements est d'ailleurs décrite, à l'instar de la formation continue, comme une condition garante de succès.

L'ensemble des données scientifiques ainsi que des considérations contextuelles et expérientielles convergent vers l'établissement d'une relation partenariale avec l'enfant et sa famille.

RECOMMANDATION 3

Un partenariat de services doit s'établir entre l'enfant, ses proches et les intervenants afin que l'engagement de l'enfant et de ses proches s'actualise concrètement dans la prise de décision concernant :

- la détermination des objectifs alignés sur leur projet de vie;
- le choix des interventions ou stratégies à mettre en place;
- les actions à réaliser par chacun.

4.2.2 La collaboration interprofessionnelle

Données de la littérature scientifique et grise

Afin d'assurer le développement des savoirs et des pratiques dans le domaine de la collaboration interprofessionnelle, le Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux du RUIS de l'Université Laval a proposé une représentation graphique de la collaboration interprofessionnelle.

Selon ce groupe de travail, la collaboration interprofessionnelle se définit comme :

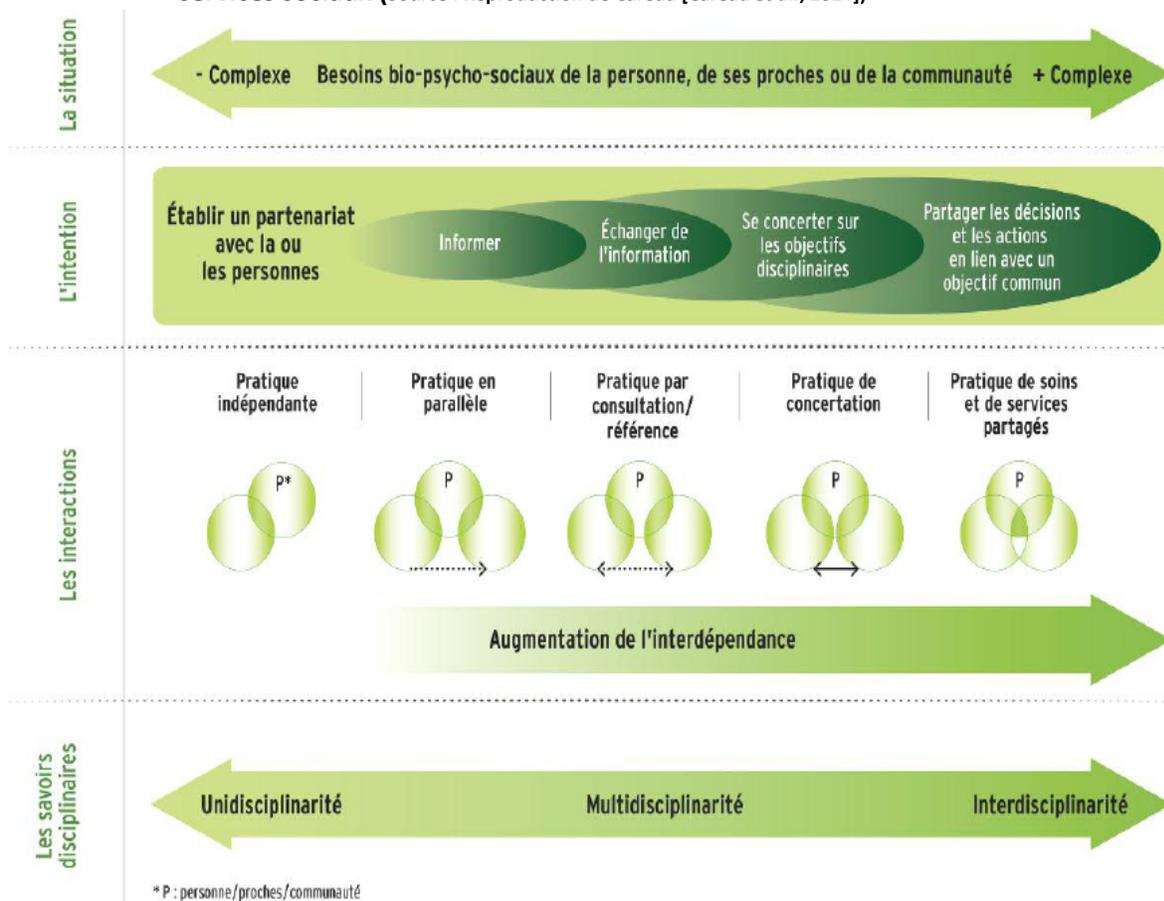
« un processus par lequel des professionnels de différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté » [Careau *et al.*, 2014].

Le *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux* est composé de quatre axes distincts, mais liés entre eux de façon logique et cohérente [Careau *et al.*, 2014]. Ces quatre axes sont :

- la situation de l'utilisateur (du moins complexe au plus complexe, selon les besoins de l'utilisateur et non la pathologie);
- l'intention sous-jacente à la collaboration (informer l'autre, échanger de l'information, se concerter sur des objectifs, partager des décisions);
- les interactions entre les partenaires (pratique indépendante, en parallèle, par consultation, de concertation, de services partagés);
- les savoirs disciplinaires (unidisciplinaire, multidisciplinaire, interdisciplinaire).

La figure qui suit illustre bien l'interrelation de ces quatre éléments.

Figure 2. Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (Source : Reproduction de Careau [Careau et al., 2014])



Le degré de complexité des besoins de l'enfant et de sa famille influence l'intention de collaborer et la nécessité d'amalgamer plus ou moins les savoirs disciplinaires. Cela guide les intervenants dans le choix d'un type de pratique à privilégier pour répondre de façon optimale aux besoins de l'enfant [Careau et al., 2014]. Ainsi, les professionnels établissent l'intention de collaboration en fonction de la complexité de la situation et déterminent les interactions requises. L'interdépendance nécessite une mise en commun des savoirs allant de l'unidisciplinarité à l'interdisciplinarité.

Une équipe efficace sait s'ajuster à la complexité d'une situation et selon les contextes [Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013]. Les membres d'une équipe efficace démontrent une confiance les uns envers les autres de même qu'envers l'équipe pour son habileté à résoudre des difficultés. Ils sont également positifs au regard des activités qui sont réalisées par l'équipe [Clements et al., 2007].

Bien que l'on associe souvent la collaboration interprofessionnelle aux membres d'une même équipe de travail, ces principes s'appliquent également aux différentes équipes d'un même établissement, voire d'établissements ou de secteurs différents. Dans son évaluation des modèles d'organisation de services ontariens, Deloitte conclut d'ailleurs que des canaux de communication fluides entre les dispensateurs de services doivent être formalisés. À cet égard, il faut développer une vision commune, définir les rôles et

responsabilités de chacun, tenir des rencontres régulièrement, identifier des « champions » dans chaque établissement et, finalement, se doter d'indicateurs et de systèmes de mesure de résultats communs [Deloitte, 2013].

D'autres facteurs s'ajoutent à ceux énoncés par Deloitte pour faciliter l'adoption de pratiques de collaboration efficaces : des attitudes positives et des valeurs partagées, un aménagement de l'espace et du temps, un positionnement organisationnel favorable ainsi qu'une offre de formation en milieu de travail [Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2012].

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Les enfants présentant un trouble développemental du langage ont des besoins multiples et nécessitent souvent les services de plusieurs intervenants¹⁴. Bien que l'habitude de vie liée à la communication demeure prépondérante et le rôle de l'orthophoniste central, d'autres intervenants ont en effet à intervenir auprès de ces enfants, afin de les aider à réaliser l'ensemble de leurs habitudes de vie. Dans cet esprit, la collaboration interprofessionnelle doit toujours s'inscrire en conformité avec les aspects législatifs et règlementaires en vigueur au Québec [Gouvernement du Québec, 1973].

Lors de la consultation québécoise, la volonté de travailler en partenariat était tangible partout. D'ailleurs, plusieurs établissements ont dit contribuer à la mise en place de plans de services individualisés pour faciliter la planification et la coordination des services des différents prestataires. Mais plusieurs ont aussi dénoncé la méconnaissance ou l'imprécision des rôles de chacun et le fonctionnement en silo des programmes-services et des établissements. Ils ont également fait part de leur impression que chacun se décharge sur l'autre, lorsqu'on estime que l'enfant doit être transféré.

Le CSSS de la Vieille-Capitale a réalisé une synthèse des données probantes relatives aux modalités susceptibles d'avoir un impact favorable sur l'accès aux services d'orthophonie pour les enfants âgés de cinq ans et moins [St-Jacques et Dussault, 2013]. Les différentes modalités que les auteurs promeuvent dans leur analyse prennent assises sur une collaboration interprofessionnelle efficace.

Le *Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle* fournit un cadre à l'intérieur duquel s'inscrivent différentes pratiques de collaboration définies selon la complexité de la situation d'un usager et l'intention sous-jacente de collaborer.

RECOMMANDATION 4

Les modalités de collaboration entre les intervenants, l'enfant et ses proches devraient être établies selon la complexité des besoins de l'enfant et de sa famille, et selon l'intention de collaborer. Ainsi, la pratique collaborative la mieux adaptée, parmi les suivantes, sera déterminée :

- pratique en parallèle;
- pratique par consultation ou référence;
- pratique de concertation;
- pratique de soins et services partagés.

¹⁴ Les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux œuvrant auprès des enfants ayant un trouble primaire du langage sont principalement des éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, orthophonistes, psychoéducateurs, psychologues (neuropsychologues), travailleurs sociaux.

Le développement et la maîtrise de différentes compétences par les intervenants constituent une des conditions gagnantes pour instaurer une relation de partenariat de services avec l'utilisateur ou adopter une pratique de collaboration interprofessionnelle efficace.

Deux groupes de travail se sont penchés sur cet aspect. Le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé propose un cadre de référence [Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010]. Selon ce groupe, deux domaines de compétences apparaissent indispensables à toute situation de collaboration (communication, soins et services centrés sur la personne). Ils soutiennent et influent sur les quatre autres domaines de compétences (clarification des rôles, travail en équipe, résolution de conflits et leadership collaboratif). L'annexe F décrit les six domaines de compétences.

Le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle du RUIS de l'Université de Montréal décrit les compétences d'un bon collaborateur comme : une compétence centrale, qui est le partenariat de soins et services, sur laquelle sont fondées sept autres compétences, dont la majorité est commune aux deux modèles (travail en équipe, clarification des rôles et responsabilités, prévention et résolution de conflits, communication, leadership collaboratif, éthique clinique et éducation à la santé) [Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013]. L'annexe F décrit les huit domaines de compétences.

Les programmes de différents établissements d'enseignement (universités, cégeps) comprennent des cours spécifiques sur la collaboration. Toutefois, dans l'action, les intervenants doivent faire appel à ces différentes compétences. Plus la pratique de collaboration demande un degré d'interaction important, plus la maîtrise des compétences est fondamentale [Careau *et al.*, 2014]. Les savoirs et savoir-faire doivent ainsi s'allier au savoir-agir.

Conséquemment, la nécessité d'avoir une structure organisationnelle qui promeut les principes du partenariat de services avec l'utilisateur et de la collaboration interprofessionnelle, et qui rend disponibles des formations continues permettant aux intervenants d'acquérir et de maîtriser les compétences relatives à ces pratiques, devient un incontournable.

4.2.3 La concertation interministérielle

Données de la littérature scientifique et grise

L'importance d'une collaboration fluide, notamment entre les réseaux santé – famille – éducation, est démontrée par plusieurs auteurs [Deloitte, 2013; Lindsay *et al.*, 2012; Bercow, 2008]. La clarification des rôles de chaque dispensateur de services et leur diffusion auprès de tous, incluant les parents, de même que l'adoption d'une vision commune et le partage de valeurs et de buts apparaissent décisifs pour favoriser une telle fluidité [Deloitte, 2013; Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2012; Bercow, 2008].

En Ontario, l'évaluation de sept projets-pilotes d'implantation de différents modèles d'organisation de services en orthophonie conclut qu'il est important de privilégier une intervention là où se trouve l'enfant, notamment à l'école lorsque l'enfant y fait ses apprentissages [Deloitte, 2013]. Il semble également qu'une meilleure généralisation des

acquis soit possible lorsque les apprentissages sont faits dans des contextes significatifs pour l'enfant [Équipe des orthophonistes, 2011].

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Au Québec, une entente de complémentarité entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux est en cours depuis plusieurs années [Ministère de l'Éducation, 2003]. Cette entente porte sur les services offerts en complémentarité et en continuité aux élèves fréquentant des établissements scolaires. Elle couvre toutes les dimensions de l'intervention touchant le développement des jeunes (promotion de la santé, éducation, prévention et services d'adaptation-réadaptation).

Toutefois, malgré cette Entente MELS-MSSS, la collaboration entre les deux réseaux n'est pas optimale selon les acteurs concernés, dont les parents des enfants. En effet, les parents québécois soulignent qu'il faut améliorer les pratiques de collaboration lors des moments de transition, notamment à l'entrée à l'école [Mongrain, 2015].

Par ailleurs, une recherche de type qualitatif et descriptif portant sur la collaboration entre le milieu scolaire et le milieu des services spécialisés de réadaptation a été réalisée dans la région de l'Estrie [Beaugard et Kalubi, 2011]. Dans cette étude, les intervenants consultés s'accordent pour dire qu'il existe une certaine collaboration entre les deux milieux, mais ils décrivent également des situations où elle s'actualise plus difficilement.

Dans certaines juridictions du Canada et ailleurs dans le monde, les prestataires de services changent selon les étapes de vie de l'enfant et le milieu dans lequel il évolue. On note que dans plusieurs provinces ou territoires canadiens, trois ministères sont généralement responsables de la dispensation des services aux enfants présentant des troubles de langage. Bien qu'ayant parfois des appellations différentes, il s'agit des ministères de la Famille, de la Santé et de l'Éducation. Les services à l'âge préscolaire sont principalement offerts dans la communauté par des équipes sous la responsabilité du ministère de la Famille ou, dans certains cas, sous la responsabilité du ministère de la Santé, tandis que les services à l'âge scolaire sont majoritairement offerts à l'école et par des équipes sous la responsabilité du ministère de l'Éducation. Les provinces et territoires canadiens ont également témoigné de l'importance de créer des alliances interministérielles pour faciliter les arrimages sur le terrain entre les équipes d'intervenants. Certains, à l'instar du Québec, ont d'ailleurs formalisé des ententes à ce sujet.

Les établissements québécois consultés sont aux prises avec des problématiques d'attente importantes et s'interrogent sur la meilleure utilisation de leurs ressources. Le continuum actuel comporte d'ailleurs certaines duplications de services, notamment entre les services spécifiques de proximité et les services spécialisés de réadaptation. Cette duplication de services s'observe aussi, à l'occasion, entre les services du réseau de la santé et ceux du réseau de l'éducation. Par ailleurs, les experts évoquent la collaboration parfois difficile entre les équipes des réseaux de la santé et des services sociaux, de l'éducation et des services de garde. Ces difficultés semblent attribuables à une vision et à des valeurs divergentes, mais surtout à une méconnaissance des rôles respectifs.

Les changements proposés dans cet avis, notamment ceux entourant le continuum de services, pourraient exiger une révision de l'allocation des ressources financières et une redistribution des ressources humaines entre les différents prestataires de services, voire entre les ministères.

De l'avis des membres du comité de suivi, la concertation des trois ministères concernés serait primordiale : elle permettrait d'assurer la cohérence de leurs orientations et la synergie de leurs actions pour déterminer les meilleurs prestataires de services et réviser les méthodes d'allocation des ressources.

RECOMMANDATION 5

Le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait, de concert avec le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et le ministère de la Famille, entamer des travaux relatifs à la révision des modes d'allocation des ressources en fonction des besoins de l'enfant et à l'identification des meilleurs prestataires de services, selon les différentes étapes de vie de l'enfant.

5 RÉSULTATS : MODALITÉS DE SERVICES

La recherche documentaire a permis de repérer 1 012 références, desquelles 39 articles, touchant neuf modalités, ont été retenus. Certains articles portent sur plus d'une modalité. Le processus de sélection est illustré dans un diagramme de flux (voir annexe B). La majorité des études sont des ECRA réalisées principalement aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. La qualité méthodologique des études varie beaucoup. Leurs caractéristiques sont présentées à l'annexe C, et l'évaluation de leur qualité se trouve à l'annexe D.

La revue de la littérature a été faite dans l'optique d'examiner les modalités d'intervention efficaces pour les enfants présentant un trouble développemental du langage. Le principal résultat considéré dans la revue de la littérature est la capacité langagière des enfants, et ce, sachant que d'autres sphères de développement peuvent être atteintes chez ces enfants. Ainsi, bien que des intervenants de plusieurs disciplines puissent œuvrer auprès de ces usagers, ce qui a été recensé touche surtout les interventions axées sur le développement des capacités langagières offertes par des orthophonistes.

5.1 Efficacité

Données issues de la littérature scientifique

Neuf publications soit six ECRA, une étude quasi-expérimentale et deux revues systématiques comparent l'effet d'une intervention orthophonique à une absence d'intervention, principalement chez des enfants de moins de 5 ans présentant un trouble développemental du langage (réceptif ou expressif) [Wake *et al.*, 2015; Smith-Lock *et al.*, 2013b; Fricke *et al.*, 2013; Wake *et al.*, 2013; Broomfield et Dodd, 2011; Wake *et al.*, 2011; Boyle *et al.*, 2009; Cirrin et Gillam, 2008; Boyle *et al.*, 2007; Law *et al.*, 2004; Glogowska *et al.*, 2000]. Sept d'entre elles sont de bonne qualité et deux sont de qualité moyenne. Les interventions décrites sont offertes en individuel ou en groupe, le plus souvent par un orthophoniste. L'intensité totale des interventions rapportée dans les études varie entre 5 et 22 heures, sauf dans une des études où l'intensité des interventions est de 47 heures réparties sur 30 semaines. Les effets des interventions qui sont mesurés dans ces études sont les capacités langagières, telles que la compréhension, le langage expressif, le taux d'erreur phonologique et le développement du langage. Parmi les outils de mesure fréquemment utilisés, on retrouve le CELF-3 (Clinical Evaluation of Language Fundamentals 3) et la longueur moyenne des énoncés.

La majorité des études indique que l'intervention orthophonique visant le développement des capacités langagières est plus efficace que l'absence d'intervention, particulièrement pour le langage expressif. Les résultats des études de Glogowska et de Wake ne corroborent pas ce constat. Toutefois, le jeune âge des enfants et la faible intensité de l'intervention dans ces études pourraient expliquer les différences observées.

Le niveau de preuve de l'énoncé stipulant qu'« une intervention orthophonique pour le développement des capacités langagières est efficace » est jugé selon les limites méthodologiques, la cohérence, l'impact clinique et la transférabilité des résultats.

Les études recensées sont de bonne à moyenne qualité et ont toutes, sauf une, des échantillons plus grands que 150. Les résultats divergent peu et les différences peuvent être expliquées. L'ampleur de l'effet est petite et est possiblement différente selon les capacités langagières visées et les caractéristiques des enfants auprès de qui on intervient. Par exemple, l'intervention ne semble pas améliorer les capacités sur le plan de la syntaxe expressive lorsque tous les enfants sont considérés, mais elle a un effet positif chez les enfants qui n'ont pas de troubles réceptifs sévères du langage. Ainsi, la preuve scientifique est jugée de niveau modéré.

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Au Québec, des interventions sont actuellement offertes aux enfants présentant un trouble développemental du langage, tant par le réseau de la santé et des services sociaux que par le réseau de l'éducation. De plus, dans le réseau des services de garde subventionnés, des allocations financières supplémentaires peuvent être allouées pour soutenir l'intégration de l'enfant dans son groupe, de même que des services de soutien ou d'accompagnement peuvent lui être offerts. Enfin, les bénéfices sociaux d'une intervention auprès des enfants présentant un trouble développemental du langage afin de leur permettre d'intégrer l'école avec les mesures de soutien les plus légères possible, et ainsi favoriser leur participation sociale pleine et entière, sont bien établis.

Ces différents constats constituent l'assise sur laquelle s'appuient les autres recommandations de l'Avis. Il était, en effet, indispensable de s'assurer que le fait d'intervenir auprès des enfants ayant un trouble développemental du langage est efficace pour améliorer leurs capacités langagières. Par conséquent, les interventions visant le développement des capacités langagières doivent être maintenues dans le continuum de services.

5.2 Dépistage

Données issues de la littérature scientifique

Selon la définition présentée dans le guide explicatif de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, le dépistage est « une activité qui vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué, ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes » [Office des professions du Québec, 2013]. La surveillance du développement est, quant à elle, un processus continu de suivi du développement, d'identification des facteurs de risque et d'encouragement des parents à exprimer leurs préoccupations [Tonelli *et al.*, 2016].

Cinq études (deux cohortes, une ECRA, deux revues systématiques) examinent la pertinence du dépistage [Warren *et al.*, 2016; Berkman *et al.*, 2015; Antoniazzi *et al.*, 2010; De Koning *et al.*, 2004; Petit-Carrié *et al.*, 2003]. Trois d'entre elles sont de bonne qualité et deux de qualité moyenne. Les auteurs se questionnent principalement sur la possibilité et la nécessité de faire un dépistage généralisé auprès des enfants d'âge préscolaire (à partir de 18 mois dans la majorité des études). La validation d'outils de dépistage ou de détection est l'objectif principal de plusieurs articles. Les outils sont généralement utilisés par les professionnels de la santé (professions variées) ou les parents. Les études retenues se déroulent essentiellement dans les services de santé généraux et quelques-unes dans les écoles. Ces dernières concernent alors la capacité des

enseignants à détecter les élèves présentant des troubles de langage, à l'aide d'outils existants. Certains autres documents proviennent plutôt de consultations d'experts, soit sur la détection, l'évaluation et le processus d'évaluation, soit sur les trajectoires de services mises en place.

Deux des études susmentionnées mentionnent que le dépistage universel chez les enfants âgés entre 2 et 4 ans permet de détecter plus tôt ceux présentant des troubles, mais qu'il a peu ou n'a pas d'effet sur le langage à long terme et sur la performance scolaire à l'âge de 8 ans [Warren *et al.*, 2016; De Koning *et al.*, 2004]. Ce constat est possiblement lié au fait qu'une grande proportion d'enfants s'améliore spontanément et que les tests de dépistage ne sont pas assez sensibles ni spécifiques pour prédire la persistance d'un problème [Law *et al.*, 2000]. De plus, certains enfants qui présentent des troubles du langage à l'âge de 4 ou 5 ans n'ont pas nécessairement commencé à parler tardivement (*late talkers*) [Bishop *et al.*, 2016]. Une autre étude soutient l'effet bénéfique du dépistage sur l'accès aux services, mais n'a pas mesuré les résultats cliniques [Petit-Carrié *et al.*, 2003]. La revue systématique réalisée par le groupe de travail américain sur les services de prévention conclut qu'il manque de données afin de déterminer si le dépistage amène des améliorations au niveau du langage [Berkman *et al.*, 2015]. Enfin, une étude soulève la difficulté des enseignants à faire du dépistage, d'où l'importance de les former sur le développement normal du langage et sur les structures du langage telles qu'évaluées avec les outils [Antoniazzi *et al.*, 2010].

La quantité et la qualité des données sont limitées dans ces études, mais les conclusions qui en ressortent sont cohérentes. Les répercussions sur les plans humain et financier de la promotion d'un dépistage universel seraient énormes, et la décision d'implanter une telle activité devrait être appuyée sur de solides preuves. Conséquemment, le niveau de preuve scientifique en ce qui concerne le dépistage est jugé modéré.

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Le GECSSP recommande de ne pas faire de dépistage systématique des troubles du développement, incluant les troubles du langage, chez les enfants asymptomatiques [Tonelli *et al.*, 2016]. De son côté, Orthophonie et Audiologie Canada préconise une stratégie d'identification précoce qui correspond sensiblement à la surveillance de cas. Cette stratégie inclut autant des activités pour optimiser les compétences des orthophonistes au regard de l'identification précoce que des activités de prévention et de sensibilisation du public [OAC, 2013].

En Ontario, on recommande de faire du dépistage ciblé plutôt qu'universel (utiliser les compétences des enseignants pour identifier les enfants ayant des besoins, moyennant de l'accompagnement professionnel et de la formation) [Deloitte, 2013]. Quant au groupe de travail américain sur les services de prévention, il considère qu'il n'y a pas suffisamment de données sur les bénéfices et les inconvénients du dépistage systématique des troubles du langage chez les enfants asymptomatiques de moins de cinq ans pour émettre des recommandations [Siu, 2015].

Une des limites du dépistage est la précision des outils disponibles. Une étude réalisée auprès de 458 enfants âgés entre 30 et 36 mois compare les résultats de deux méthodes pour cibler les enfants présentant des troubles du langage (un questionnaire structuré ou une discussion libre avec les parents) à une évaluation par un orthophoniste (Reynell developmental language scales). Les deux méthodes sont peu précises (sur-diagnose), ce qui restreint l'utilité de la détection [Laing *et al.*, 2002]. La validité interne des mesures en

français pour l'identification du trouble développemental du langage a été évaluée [Thordardottir *et al.*, 2011].

Actuellement, il n'y a pas de programme de dépistage universel des troubles du langage au Québec auprès des enfants asymptomatiques. Des activités de surveillance du développement ou de recherche de cas sont davantage réalisées. Toutefois, pour des enfants bilingues, la surveillance du développement peut poser un défi particulier. En effet, selon un sondage réalisé en Suède, les infirmières ont plus de difficultés à interpréter les résultats des tests de surveillance du développement du langage chez les enfants bilingues que chez ceux qui sont unilingues. Elles ont alors tendance à simplifier le processus, ce qui peut retarder la demande d'une évaluation en orthophonie [Nayeb *et al.*, 2015]. Une autre étude a aussi montré que les enseignants d'anglais ont de la difficulté à différencier les enfants qui présentent un trouble du langage de ceux qui ont un trouble d'apprentissage lorsque l'anglais n'est pas la langue principale. Un programme de formation peut toutefois améliorer leurs capacités à identifier les problèmes de langage chez ces enfants [Camarena-Cano, 2010]. Ce défi de l'intervention en contexte de bilinguisme pourrait également se présenter au Québec. C'est pourquoi des outils décrivant les étapes cruciales du développement du langage chez l'enfant et l'information sur les indices de retard ou de trouble à surveiller doivent être davantage diffusés auprès des parents, médecins, pédiatres, infirmières, enseignants, éducateurs en services de garde, etc.

RECOMMANDATION 6

Aucun dépistage systématique des problèmes de développement du langage ne doit être réalisé auprès des enfants.

Les intervenants concernés, incluant les médecins de famille ou les pédiatres, doivent adopter et maintenir à jour des pratiques soit de surveillance du développement langagier des enfants en identifiant les facteurs de risque, soit de recherche de cas (dans les populations jugées à haut risque). Ces derniers doivent également intégrer dans leur processus décisionnel les préoccupations ou les inquiétudes exprimées par les parents au regard du développement de leur enfant.

5.3 Rôle des parents

Données issues de la littérature scientifique

Six études comparent les effets d'une intervention offerte par le parent à l'absence d'intervention. Il s'agit donc de développer la compétence du parent afin qu'il soit en mesure d'intervenir auprès de son enfant. L'intervention a pour but d'améliorer la compréhension du langage de l'enfant, mais également d'enseigner des stratégies de communication aux parents et de les soutenir dans l'exécution d'exercices à domicile. Les programmes d'enseignement destinés aux parents qui ont été évalués sont le *Hanen Parent Program*, le *Parent-Child Interaction Therapy* (ou *Heidelberg*). Les enfants visés ont entre 2 et 10 ans, et la durée de l'intervention varie de 6 semaines à 12 mois. L'effet est mesuré avec les outils TELD-3, ECBI et PLS-4. Les études concluent toutes [Roberts et Kaiser, 2015; Roberts et Kaiser, 2012; Allen et Marshall, 2011; Buschmann *et al.*, 2009; Chao *et al.*, 2006], sauf une [Pile *et al.*, 2010], qu'une intervention offerte par le parent a

des effets bénéfiques sur les capacités langagières de l'enfant. Les résultats ne permettent pas de préciser si cette modalité est plus efficace pour les troubles expressifs que pour les troubles réceptifs.

À la lumière de ces six études de petits échantillons, dont trois sont de bonne qualité, deux de qualité moyenne et une de faible qualité, il apparaît qu'une intervention axée sur le développement des capacités langagières offerte par le parent est plus efficace que l'absence d'intervention. Le niveau de preuve de cet énoncé est modéré.

Trois autres études [Van Balkom *et al.*, 2010; Gibbard *et al.*, 2004; Baxendale et Hesketh, 2003] et une revue systématique (qui inclut trois autres études) [Law *et al.*, 2004] comparent, quant à elles, une intervention offerte par le parent et une offerte par l'orthophoniste. Les programmes d'enseignement destinés aux parents qui ont été évalués sont le *Hanen Parent Program* et le *Parent-Child Interaction Therapy* (ou Heidelberg). Ces programmes s'étendent sur 4 à 11 séances et sont offerts principalement aux parents d'enfants âgés entre 2 et 5 ans. Ces études concluent qu'il n'y a pas de différence entre l'intervention offerte par un parent formé par les programmes d'enseignement mentionnés ci-dessus et celle offerte par un orthophoniste. Une méta-analyse réalisée en 2011 n'a pas recensé de nouvelles études sur le sujet [Roberts et Kaiser, 2011]. L'analyse de la preuve indique que la variabilité des résultats entre les études est mineure et explicable. L'effet de l'intervention est petit et on ne connaît pas ses répercussions sur les autres sphères de développement, telles que le comportement. Les études sont de petite envergure et de qualité moyenne à faible. En résumé, il apparaît qu'une intervention axée sur le développement des capacités langagières offerte par le parent est aussi efficace que celle offerte par un orthophoniste. Le niveau de preuve de cet énoncé est jugé modéré.

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Les interventions orthophoniques en groupes composés d'enfants et de parents sont peu fréquentes. Comme il a été mentionné précédemment, seulement 5 % des interventions des services spécifiques sont réalisées auprès de la famille¹⁵. Selon une enquête québécoise, 8 % des enfants en CLSC, 8 % en CRDP et 1 % à l'école primaire reçoivent des interventions orthophoniques dans un groupe constitué d'enfants et de parents [Mongrain, 2015].

Quelques CISSS et CIUSSS offrent des rencontres pour les parents. La formule varie entre une ou de plusieurs rencontres et des interventions en dyade avec l'enfant. L'objectif est d'informer les parents sur le développement du langage et de leur proposer des stratégies de stimulation du langage générales ou adaptées à leur enfant. Plusieurs intervenants travaillent déjà en tandem avec les parents afin que ces derniers puissent mettre en application certaines stratégies de stimulation. Bien que les modalités de collaboration entre le parent et l'intervenant doivent être bonifiées, une grande proportion de parents se dit en accord avec l'affirmation voulant que les orthophonistes et les parents travaillent en étroite collaboration [Mongrain, 2015].

Le CSSS de la Vieille-Capitale a réalisé une synthèse des données probantes sur les modalités susceptibles d'avoir un impact favorable sur l'accès aux services d'orthophonie pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans [St-Jacques et Dussault, 2013]. Les auteurs ont identifié six modalités prometteuses, dont l'une est la réalisation d'interventions

¹⁵ Données pour l'année financière 2015-2016 recueillies dans la banque I-CLSC.

indirectes par les parents ou des éducateurs. Les autres modalités à promouvoir sont la réalisation d'interventions de groupe; l'utilisation de modèles consultatifs impliquant à la fois les orthophonistes et les éducateurs en garderie ou en milieu préscolaire; la mise en place d'une approche intégrée (gestion centralisée des dossiers, collaboration entre orthophonistes et autres professionnels, cycles continus d'interventions); la gestion des rendez-vous dans le but de limiter les absences; l'utilisation des technologies de l'information et de communication (TIC). Ces conclusions rappellent les travaux de Ratelle, qui retient quatre modalités pouvant optimiser l'accès aux services d'orthophonie : les interventions de groupe, les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée, la flexibilité dans la planification de l'horaire des séances et la participation des parents [Ratelle, 2011].

Pour faciliter la promotion du rôle du parent, l'enseignement des stratégies de stimulation langagière doit être ajusté selon la disponibilité et les capacités des parents, car certaines situations (socioéconomique, culturelle, affective, éducative, etc.) peuvent rendre plus difficile cet apprentissage. Le taux d'abandon des parents peut être élevé, particulièrement chez ceux ayant un faible niveau socioéconomique. En effet, dans une étude où des stratégies liées à la lecture de livres sont enseignées aux parents, près du quart des parents dont le niveau socioéconomique est plus faible, abandonne les activités [Justice *et al.*, 2011].

Eu égard à ces différents constats, les orthophonistes et autres intervenants québécois devront développer les savoirs et savoir-faire nécessaires pour pouvoir enseigner aux parents diverses stratégies de stimulation. L'apport et le soutien de l'intervenant, particulièrement de l'orthophoniste, dans le cadre du développement du langage est essentiel et doit être continu auprès du parent.

De son côté, le parent veut prendre part aux décisions et aux actions qui concernent son enfant. Il souhaite que les modalités ou stratégies enseignées par les intervenants soient adaptées à son quotidien et, en ce sens, il doit avoir la possibilité de réviser avec ceux-ci les diverses stratégies préalablement enseignées.

De plus, les attentes envers les parents doivent être clairement définies. Les rôles et responsabilités de chacun doivent être bien circonscrits afin d'éviter d'imposer un rôle de thérapeute aux parents. Rendre les parents plus compétents dans la stimulation langagière de leur enfant peut avoir un impact favorable sur le développement du langage de l'enfant et, ultimement, sur sa participation sociale.

Une collaboration étroite implique aussi une co-construction à partir du savoir clinique des intervenants et du savoir expérientiel des parents. Ainsi, l'intervenant outille et enseigne diverses stratégies au parent, mais utilise également l'expertise et la connaissance que celui-ci a de son enfant afin de trouver de concert les modalités les plus efficaces à mettre en place.

Selon certains orthophonistes, les parents ont besoin d'information, de rétroaction et de soutien quand ils participent à l'intervention afin d'individualiser leurs efforts au quotidien avec leur enfant [Équipe des orthophonistes, 2011].

Outre les orthophonistes, de nombreux intervenants interagissent et travaillent en étroite collaboration avec les parents des enfants présentant un trouble développemental du langage. L'impact d'une telle collaboration est bénéfique pour le développement de l'enfant et, ultimement, pour sa participation sociale. Bien que les données ayant servi à

la justification scientifique portent essentiellement sur l'aspect langagier, il apparaît fondamental de proposer une recommandation qui sera davantage inclusive, dans le but de favoriser le développement de l'enfant dans toutes ses sphères et ainsi s'assurer que l'ensemble des intervenants se sentent concernés par une collaboration étroite avec le parent.

Le rôle et l'apport positif des parents dans le développement de leur enfant sont peu valorisés auprès de la population. Actuellement, au Québec, on met surtout l'accent sur les effets positifs d'une intervention offerte directement par un intervenant. Il est donc essentiel d'influencer l'opinion générale en promouvant l'utilisation, par les parents, de stratégies ou techniques de stimulation et en tablant sur l'apport indéniable de ces activités dans l'atteinte des objectifs de l'enfant.

RECOMMANDATION 7

Les intervenants et les parents doivent travailler en tandem auprès de l'enfant. Ainsi, les intervenants doivent enseigner aux parents diverses stratégies ou techniques de stimulation pouvant s'intégrer à la vie quotidienne de l'enfant. Cet enseignement doit se répéter et s'ajuster dans le temps afin de garantir l'adéquation entre les stratégies, modalités ou techniques enseignées, les besoins de l'enfant, son évolution et la capacité du parent.

5.4 Intervention de groupe

Données issues de la littérature scientifique

Deux ECRA ont servi à l'analyse présentée dans cette section. La première, de bonne qualité, a été réalisée auprès de 161 enfants. L'intervention consiste en trois séances de 30 minutes par semaine, pendant 15 semaines, et se fait en groupes de trois à cinq enfants. Les effets sont mesurés avec le CELF-3 et le BPVS à la fin de l'intervention et un an après [Boyle *et al.*, 2009; 2007]. La deuxième étude a été repérée par la revue systématique de Law. Elle date de 1966 et est peu détaillée; conséquemment, sa qualité est indéterminée [Law *et al.*, 2004]. Les études indiquent qu'une intervention de groupe axée sur les capacités langagières expressives est aussi efficace qu'une intervention individuelle. Toutefois, le niveau de preuve de cet énoncé est faible.

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Au Québec, plusieurs CISSS et CIUSSS, notamment les directions des programmes-services en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique, mettent en place des activités de groupe destinées aux enfants présentant des troubles primaires du langage. Certains CISSS et CIUSSS vont jusqu'à privilégier cette modalité comme premiers services spécialisés de réadaptation à offrir à l'enfant et sa famille. Selon les données statistiques de I-CLSC, 4 % des interventions des services spécifiques en orthophonie sont offertes en groupe. Une enquête québécoise indique de son côté que les interventions individuelles en orthophonie sont privilégiées, tandis que les interventions de groupe sont utilisées auprès de 14 % des enfants en CLSC, 25 % des enfants en CRDP et 32 % des enfants de l'école primaire [Mongrain, 2015].

Certains intervenants consultés sont préoccupés par la pression qu'ils ressentent de devoir proposer des activités de groupe aux enfants, même si cette modalité n'est pas

toujours la plus appropriée sur le plan clinique. Les gestionnaires interrogés expriment, quant à eux, le souhait que la modalité de groupe soit davantage considérée dans les possibilités d'intervention à offrir. Il va sans dire que les besoins de l'enfant doivent toujours être priorités et que la décision de proposer une intervention de groupe doit s'appuyer sur des considérations cliniques et s'aligner sur les objectifs du plan d'intervention de l'enfant. Ainsi, une intervention de groupe doit permettre de mieux répondre, ou de façon équivalente, aux besoins des enfants qui sont invités à y participer, et les objectifs doivent être en adéquation avec leurs besoins individuels.

Afin d'éviter un déséquilibre entre l'utilisation de l'intervention de groupe et celle de l'intervention individuelle, certaines juridictions, dont les États-Unis, ont émis des normes pour baliser cette pratique (par exemple, un maximum de 25 % du temps total consacré aux interventions peut être offert en groupe).

La modalité de groupe peut être perçue comme étant de moindre qualité lorsque comparée à l'intervention en individuel. En fait, un récent sondage effectué auprès de parents québécois révèle que ces derniers préfèrent une intervention individuelle pour leur enfant [Mongrain, 2015]. Conséquemment, les parents et les intervenants devraient être sensibilisés aux bénéfices d'une intervention de groupe.

L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS), de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ) du CIUSSS de la Capitale-Nationale, a publié une note brève sur l'organisation optimale des interventions thérapeutiques de groupe visant le développement des compétences sociales et des capacités motrices des enfants et adolescents ayant une déficience physique [UETMISSS, 2012]. Les auteurs rapportent que la majorité des études souligne les avantages financiers de ce type d'intervention, pour une efficacité similaire sur le plan thérapeutique. De plus, ils affirment que dans certaines circonstances, l'intervention de groupe peut être plus efficace que l'intervention individuelle puisque la communication est d'abord et avant tout un acte social. L'intervention de groupe semble favoriser la motivation, l'entraide et une saine compétition entre les participants.

La dimension optimale du groupe est un élément à considérer. En effet, il semble que la taille d'un groupe soit plus importante que son homogénéité. Une étude démontre que les enfants vus en grand groupe (5 à 7 enfants) font moins de gains que ceux vus en petit groupe. Conséquemment, les groupes ne devraient pas compter plus de quatre participants par intervenant.

Les enfants présentant un trouble développemental du langage reçoivent des services de nombreux intervenants, et plusieurs d'entre eux utilisent la modalité de groupe. Aussi, bien que les données ayant servi à la justification scientifique portent essentiellement sur l'aspect langagier, il apparaît fondamental de proposer une recommandation qui sera davantage inclusive, pour s'assurer que les intervenants qui interagissent avec ces enfants puissent diversifier leurs modalités de services selon des paramètres similaires.

RECOMMANDATION 8

Les intervenants doivent inclure la modalité de groupe dans leurs stratégies d'intervention, sachant que l'utilisation d'une telle modalité s'aligne nécessairement sur un objectif du plan d'intervention de l'enfant et doit toujours être régie par des principes cliniques axés sur ses besoins et capacité à en bénéficier, et non pas être assujettie à des impératifs administratifs.

Aussi, l'utilisation d'une variété de modalités d'intervention (individuel, groupe, indirect, enseignement, etc.) alignées sur les objectifs poursuivis et la capacité de l'enfant d'en bénéficier doit être privilégiée.

5.5 Intervention par des assistants

Données issues de la littérature scientifique

Une seule ECRA a servi à l'analyse présentée dans cette section. De bonne qualité, elle a été réalisée auprès de 161 enfants, avec des résultats évalués à la fin de l'intervention et un an après [Boyle *et al.*, 2009; 2007]. Les résultats indiquent qu'une intervention axée sur les capacités langagières offerte par un assistant supervisé par un orthophoniste est aussi efficace que celle offerte par un orthophoniste. De plus, l'intervention offerte par un assistant est plus économique. Toutefois, précisons qu'en matière d'intervention auprès des enfants ayant un trouble développemental du langage, les connaissances et compétences des assistants sélectionnés pour l'étude, apparaissent supérieures à celles attendues de la plupart du personnel agissant à titre d'assistant. Le niveau de preuve est donc faible.

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Les champs d'exercice des professionnels ainsi que les activités qui leur sont réservées sont définies dans le Code des professions [Gouvernement du Québec, 1973]. Certaines évaluations font partie d'activités réservées, dont deux sont notamment partagées par différents professionnels, selon leur champ d'exercice respectif. Il s'agit de l'évaluation d'un élève handicapé ou en difficulté d'adaptation, pour déterminer un plan d'intervention scolaire, et de l'évaluation d'un enfant d'âge préscolaire qui présente des indices de retard dans une ou plusieurs sphères de son développement, dans le but de déterminer des services de réadaptation ou d'adaptation répondant à ses besoins [Gouvernement du Québec, 1973].

Le rôle de l'orthophoniste demeure prépondérant auprès des enfants présentant un trouble développemental du langage, puisque l'habitude de vie liée à la communication est centrale. L'activité consistant à évaluer les troubles du langage afin de déterminer le plan d'intervention et de traitement orthophonique a été réservée aux orthophonistes¹⁶ [Gouvernement du Québec, 2002].

Précisons qu'au Québec, il n'existe pas de titre d'emploi officiel d'assistant-orthophoniste. Les rôles et responsabilités dévolus à un assistant, dans le cadre des services offerts aux

¹⁶ Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Il importe de bien saisir la nature, le contexte et la finalité des activités d'évaluation qui ont été réservées [Office des professions du Québec, 2013]. L'activité d'évaluation réservée aux orthophonistes [Gouvernement du Québec, 1973] est celle dont la finalité est de déterminer le plan d'intervention et de traitement orthophonique.

enfants présentant un trouble développemental du langage, sont souvent, mais de façon non exclusive, exercés par des éducateurs spécialisés. Une formation de plus de 300 heures, élaborée avec la collaboration de l'OOAQ, sur les *Stratégies d'intervention en développement du langage* est disponible dans quelques cégeps et conduit à l'obtention d'un diplôme d'attestation d'études collégiales.

Différents établissements, avec l'appui de la Direction générale du personnel réseau et ministériel du MSSS, ont réalisé, au cours des dernières années (entre 2009 et 2015), des *Projets en organisation du travail* visant à implanter des modes d'organisation du travail favorisant une plus grande complémentarité des professionnels et des techniciens. Quelques-uns de ces projets ont visé spécifiquement la complémentarité des orthophonistes et des techniciens en éducation spécialisée ou des ergothérapeutes et des techniciens en éducation spécialisée. Compte tenu des économies probables et de l'amélioration possible de l'accès aux services, cette modalité semble avantageuse. Elle peut toutefois soulever des enjeux corporatifs et syndicaux qu'il faudra considérer.

Dans le cadre d'interventions auprès des enfants ayant un trouble du langage, plusieurs juridictions canadiennes emploient du personnel de soutien, notamment en Ontario, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique. Des guides et des lignes directrices ont été publiés afin de baliser les rôles et responsabilités des professionnels et du personnel de soutien [OAC, 2014; OEQ, 2005]. De plus, une des recommandations du rapport portant sur l'évaluation des projets pilotes menés en Ontario sur différents modèles de prestation de services en orthophonie, propose d'accroître l'utilisation du personnel de soutien [Deloitte, 2013].

Les personnes qui exercent le rôle d'assistant doivent posséder les savoirs et savoir-faire nécessaires pour intervenir auprès des enfants présentant un trouble du langage, et elles doivent être supervisées cliniquement (sans relation hiérarchique) par un professionnel, notamment par l'orthophoniste lorsqu'il s'agit des habiletés langagières. L'employeur qui embauche des professionnels, au sens du Code des professions, doit faire en sorte que ces derniers soient en mesure de respecter les obligations propres à leur profession. Il est aussi primordial de prévoir des mesures de collaboration qui tiendront compte des aspects déontologiques des différents ordres professionnels concernés, ainsi que des mécanismes de résolution de problèmes, le cas échéant.

La synthèse des données probantes, réalisée par le CSSS de la Vieille-Capitale, indique qu'une des modalités susceptibles d'avoir un impact favorable sur l'accès aux services d'orthophonie pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans est la réalisation d'interventions indirectes par des éducateurs spécialisés [St-Jacques et Dussault, 2013]. Cela rejoint également les conclusions de Ratelle [2011].

L'*American Speech and Hearing Association* (ASHA) approuve le recours à des assistants (*support personnel*) sans rendre cette pratique obligatoire. Selon eux, les orthophonistes, s'ils utilisent cette modalité, doivent considérer les éléments suivants : de la formation et supervision appropriée, un ratio maximal de deux assistants par orthophoniste et une délégation d'activités en respect avec les champs de pratique règlementé¹⁷. Différentes

¹⁷ American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Speech-language pathology Assistants [site Web]. Disponible à : <http://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Speech-Language-Pathology-Assistants/>.

juridictions, dont l'Alberta et la Colombie-Britannique, ont, pour leur part, produit des guides sur le recours à des assistants^{18, 19}.

Comme mentionné plus haut, différents professionnels ont déjà réalisé des projets en organisation du travail, dans lesquels ils étaient appelés à collaborer avec des intervenants non professionnels agissant à titre d'assistant. Aussi, bien que les données ayant servi à la justification scientifique portent essentiellement sur l'aspect langagier, il apparaît fondamental de proposer une recommandation qui sera davantage inclusive pour l'ensemble des professionnels.

RECOMMANDATION 9

Des interventions peuvent être accomplies par un intervenant non professionnel exerçant un rôle d'assistant, sous la supervision d'un professionnel dûment autorisé selon le champ d'exercice.

La supervision doit être continue et régulière, ajustée selon la formation et les compétences de l'intervenant exerçant le rôle d'assistant, et respecter la réglementation en vigueur au Québec. Il est primordial de prévoir des règles claires et des mécanismes de résolution de problèmes, afin que le professionnel puisse conserver son autonomie et respecter ses obligations professionnelles, tout en optimisant le partage des tâches.

5.6 Intervention par des éducateurs en services de garde ou des enseignants

Données issues de la littérature scientifique

Une seule étude comparant l'efficacité des interventions orthophoniques dispensées par des enseignants et par des orthophonistes a été recensée. Une cohorte de 38 enfants est suivie par des enseignants selon une approche de consultation [McCartney *et al.*, 2011]. Les activités sont choisies par l'orthophoniste et l'enseignant, puis offertes en classe par l'enseignant. Leurs résultats sont comparés à ceux de 31 enfants suivis par des orthophonistes. Il ressort qu'il n'y a pas de différence entre les enfants suivis par les enseignants et ceux suivis par les orthophonistes sur le plan du langage expressif ou du langage réceptif. L'étude est de qualité moyenne. Toutefois, précisons que le groupe d'enfants suivis par les orthophonistes a peu reçu d'interventions directes. En effet, les orthophonistes ont plutôt prodigué des conseils aux enseignants et leur ont offert de la supervision. Conséquemment, les deux groupes d'enfants apparaissent avoir reçu des interventions très similaires. Le niveau de preuve est donc faible.

Une deuxième étude tente d'établir la pertinence d'un programme d'enseignement axé sur le développement du langage [Pence *et al.*, 2008]. Ce dernier consiste à mettre en place des activités thématiques (arts, musique, etc.), au cours desquelles des stratégies visant à donner des consignes aux enfants sont modulées selon leurs capacités langagières. Quatorze enseignants, travaillant auprès de 197 enfants âgés entre 4 et 5 ans, utilisent soit un programme régulier, soit un programme axé sur le développement

¹⁸ BC Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (BCASLPA). Disponible à : www.bcaslpa.ca/.

¹⁹ Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists (ACSLPA). Audiologists' guideline for working with support personnel. Edmonton, AB : ACSLPA; 2011. Disponible à : http://acslpa.ab.ca/?wpfb_dl=58.

du langage. En conclusion, les enseignants semblent peu adhérer au programme axé sur le développement du langage, puisque les stratégies sont particulièrement difficiles à intégrer et à maintenir dans la pratique.

D'autres études ont été exclues de l'analyse de la preuve, car elles mesuraient des résultats concernant des sphères autres que les capacités langagières. Néanmoins, elles rapportent que le fait de former le personnel de garderie sur l'alphabétisation et sur le style d'interaction a des effets bénéfiques sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture des enfants de même que sur leurs habiletés d'interaction [Girolametto *et al.*, 2012; 2003].

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

La consultation menée auprès d'autres juridictions et organismes gouvernementaux canadiens a permis de constater que dans certaines provinces, les interventions thérapeutiques pour les enfants d'âge scolaire sont dispensées par le milieu éducatif (Manitoba, Colombie-Britannique). Des cours universitaires interprofessionnels offerts simultanément aux enseignants et à d'autres intervenants semblent favoriser une compréhension des différents modèles de prestation de services spécialisés [Suleman *et al.*, 2014].

En Ontario, on préconise l'établissement d'un réel partenariat entre les professionnels et les enseignants [Deloitte, 2013]. À cet égard, certaines pistes d'amélioration sont énoncées : fournir des services axés sur l'acquisition du langage principalement dans les écoles, renforcer la capacité des éducateurs à soutenir le développement de la parole et du langage dans la classe et encourager l'intégration du développement de la parole et du langage dans le programme d'enseignement. Eu égard au monitoring, on suggère d'utiliser les compétences des enseignants pour assurer le suivi des enfants et pour que ces derniers interpellent à nouveau les orthophonistes, le cas échéant [Deloitte, 2013].

Au Québec, une recherche de type qualitatif et descriptif, réalisée dans la région de l'Estrie, porte sur la collaboration entre le milieu scolaire et le milieu des services spécialisés de réadaptation [Beauregard et Kalubi, 2011]. Cette étude rapporte différents besoins que les intervenants des deux milieux ont exprimés, soit : acquérir des connaissances, mieux comprendre les règles organisationnelles, avoir accès à du soutien en temps opportun et adopter des attitudes d'ouverture, de respect et de réelle collaboration [Beauregard et Kalubi, 2011]. Par ailleurs, il semble que les modèles consultatifs mettant à contribution à la fois les orthophonistes et les éducateurs en garderie ou en milieu préscolaire ont le potentiel d'améliorer l'accès aux services en orthophonie [St-Jacques et Dussault, 2013].

Certains CISSS et CIUSSS ont établi des collaborations avec des services de garde et offrent du soutien aux éducateurs pour qu'ils déploient des stratégies de stimulation adaptées aux besoins d'un ou plusieurs enfants intégrés dans leur groupe et ayant des besoins particuliers. De plus, une entente de complémentarité entre le MÉES et le MSSS balise la dispensation des services en continuité et complémentarité de ces deux réseaux. Nonobstant ces balises, la reconnaissance et le respect des compétences et de l'expertise de chacun demeurent la pierre angulaire de toute collaboration. Aussi, bien que la recommandation soit formulée de telle sorte qu'elle invite les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux à établir une collaboration étroite avec ceux des services de garde et du milieu de l'éducation, on ne doit pas faire fi de la réciprocité de cette

relation de collaboration, notamment en matière de transfert de connaissances et d'expertise.

RECOMMANDATION 10

Une collaboration étroite et continue devrait s'établir entre les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et les éducateurs en services de garde ou les enseignants, afin que ces derniers actualisent et pérennisent des activités, des stratégies ou techniques favorisant le développement des capacités de communication des enfants et qu'ils puissent identifier les enfants qui nécessiteront des services additionnels de soutien.

5.7 Intensité

Données issues de la littérature scientifique

Cinq études de divers devis, dont trois concernant plus de 200 participants et examinant la question de l'intensité optimale d'une intervention ont été utilisées pour analyser la thématique de l'intensité [Schmitt *et al.*, 2017; Smith-Lock *et al.*, 2013a; Gallagher et Chiat, 2009; Law *et al.*, 2004; Jacoby *et al.*, 2002]. Il est difficile d'en tirer une conclusion claire puisqu'une des limites majeures de ces études est que l'intensité d'une intervention y est quantifiée avec des paramètres différents, soit la dose, la fréquence et la durée. On évoque également le concept d'intensité cumulative qui est le produit de ces paramètres. Par ailleurs, la compréhension des termes diffère d'une étude à l'autre. Dans le présent avis, la dose correspond à « l'ingrédient actif » de l'intervention, c'est-à-dire le nombre de minutes consacrées expressément à une activité visant le développement d'une capacité langagière spécifique durant une séance d'intervention. La fréquence, quant à elle, se définit comme le nombre de séances d'intervention par intervalle de temps défini.

Les résultats des études indiquent qu'une intervention de plus grande intensité entraîne généralement de meilleurs résultats. Toutefois, à un certain point, l'augmentation de l'intensité ne garantit pas de meilleurs résultats. Ce point de rupture n'est, toutefois, pas bien défini à ce jour.

Dans une revue systématique qui comprend dix études, on compare l'effet d'une intervention qui dure plus de huit semaines (quatre études) à l'effet d'une intervention de durée variable (six études). La conclusion va dans le sens qu'une intervention de plus de huit semaines a un effet plus grand que celle de moins de huit semaines [Law *et al.*, 2004]. Les quatre ECRA de cette analyse datent des années précédant l'an 2000. L'intervention est possiblement différente aujourd'hui.

Les résultats d'une des études susmentionnées, démontre que l'augmentation de la fréquence semble bénéfique seulement si elle est accompagnée d'une diminution de la dose, ce qui irait de pair avec la théorie de l'apprentissage espacé (interventions distribuées sur une longue période de temps). Par ailleurs, cette même étude stipule que les enfants recevant des traitements i) à faible dose et à fréquence élevée ou ii) à forte dose et à moindre fréquence ont de meilleurs résultats que ceux recevant un traitement iii) à forte dose et à fréquence élevée ou iv) à faible dose et à moindre fréquence, ainsi qu'il est illustré dans la figure 3 [Schmitt *et al.*, 2017]. Selon ces données, il semble bénéfique d'offrir des interventions à forte dose, mais de les échelonner sur quelques

semaines (par exemple, 15 séances d'une intervention à forte dose échelonnées sur 35 semaines).

Enfin, un algorithme permettant de calculer la fréquence optimale à offrir en fonction de l'ampleur des gains attendus, de la sévérité du trouble et de la dose de l'intervention est conçu à partir de l'analyse des données sur 233 enfants [Justice *et al.*, 2017].

Le niveau de preuve de l'énoncé « l'intervention semble être plus efficace lorsqu'offerte i) à faible dose et à fréquence élevée ou ii) à forte dose et à moindre fréquence » est modéré.

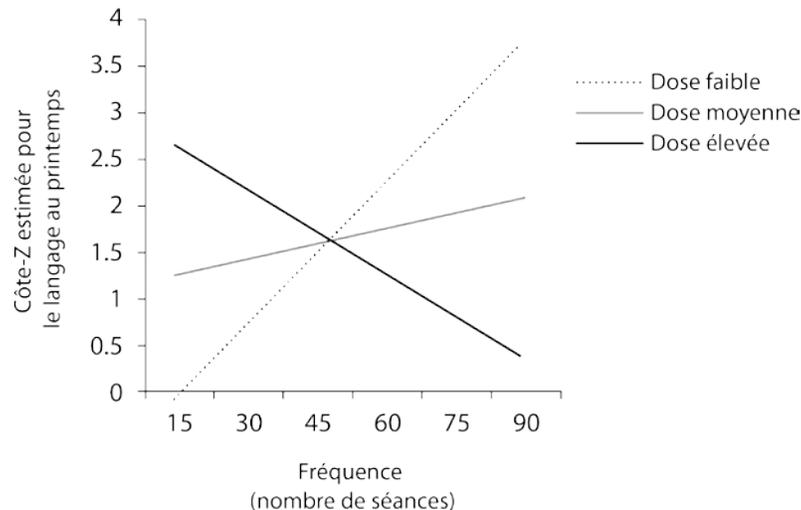


Figure 3. Interaction entre la fréquence et la dose de l'intervention sur l'évolution des capacités langagières au printemps en tenant compte des capacités initiales à l'automne (reproduit de Schmitt *et al.*, 2017).

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Les CISSS et CIUSSS tentent actuellement de déterminer la fréquence, la durée et l'intensité optimales d'une intervention. La plupart se sont toutefois donné des balises quant au nombre maximal de séances, à la durée des épisodes de services et au nombre d'épisodes de services. Selon des parents, le nombre total d'interventions orthophoniques que leur enfant a reçues est en moyenne de 16 en CLSC, 27 en CRDP, 24 à l'école primaire et 30 en privé [Mongrain, 2015]. Il est à noter que ces chiffres concernent toute la durée du suivi, qui peut s'échelonner sur plusieurs années. Selon les données statistiques I-CLSC et Gestred de 2013-2014, chaque enfant présentant un trouble développemental du langage (âgé entre 0 et 17 ans) reçoit en moyenne 10 heures par année d'interventions de services spécifiques et 39 heures par année d'interventions de services spécialisés (toutes disciplines confondues). Peu de données sont disponibles sur la répartition des séances dans le temps. Actuellement, dans plusieurs CISSS et CIUSSS, les interventions sont offertes par bloc variant de 3 à 12 mois et principalement une fois par semaine. Soulignons également que certains intervenants peuvent avoir de la difficulté à mettre fin aux interventions, particulièrement parce qu'il s'agit d'enfants et qu'ils sont en phase de développement.

La fréquence recommandée ne devrait pas être déterminée en fonction de la charge de travail d'un intervenant, mais plutôt selon la capacité de l'enfant de bénéficier d'une stimulation à forte dose. Il peut être exigeant pour les familles de se déplacer pour de nombreuses séances de courte durée ou de faible dose. La fréquence et la dose recommandées doivent être adaptées aux besoins et capacités de l'enfant.

RECOMMANDATION 11

Au niveau III (services spécialisés), une intervention axée sur le développement des capacités langagières doit être offerte à forte dose (nombre de minutes consacrées expressément au développement d'une capacité langagière spécifique durant une séance d'intervention) et à une fréquence d'une fois par semaine ou aux deux semaines.

5.8 Utilisation de la technologie

Entourant la prestation de services aux enfants ayant un trouble développemental du langage, deux aspects de la technologie ont été examinés : la télépratique et l'intervention assistée d'un ordinateur et de logiciels spécialisés pour le langage.

Télépratique

Données issues de la littérature scientifique

Les trois ECRA sur la télépratique comparent des séances offertes en visioconférence et en présentiel [Sutherland *et al.*, 2017; Grogan-Johnson *et al.*, 2010; Waite *et al.*, 2010]. Les études portent sur de petits échantillons et sont de qualité bonne à moyenne. Les résultats convergent et indiquent que la télépratique, que ce soit pour l'évaluation ou le traitement, est aussi efficace qu'une intervention en face à face. Le niveau de preuve est modéré.

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

La télépratique a le potentiel d'améliorer l'accès aux services dans un contexte où les délais sont importants au Québec. Elle peut rendre l'intervention encore plus pertinente, puisqu'offerte dans le milieu de vie de l'enfant et possiblement en collaboration avec un parent. Certaines interventions sont déjà réalisées en utilisant les systèmes de visioconférence, notamment des discussions de cas ou des plans d'intervention avec le parent, l'enfant et les intervenants de plus d'un établissement. Les sites potentiels de télépratique comprennent les écoles, les centres hospitaliers, les CRDP, les CLSC, les cliniques externes, les universités, les domiciles d'usagers, les garderies et les entreprises. Il n'y a pas de limites inhérentes à la mise en œuvre de la télépratique, pourvu que les services soient dispensés en conformité à la réglementation en vigueur et aux politiques nationales, étatiques, institutionnelles et professionnelles.

Le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)²⁰, qui représente 46 ordres professionnels, encourage le recours à la télépratique. Plusieurs autres organismes canadiens et

²⁰ Conseil interprofessionnel du Québec. Résultats de recherche pour : télépratique [site Web]. Disponible à : <https://professions-quebec.org/?s=t%C3%A9l%C3%A9pratique>.

internationaux entérinent également ce mode de prestation des services (ASHA²¹, Orthophonie et Audiologie Canada, l'Association canadienne des ergothérapeutes). Certains ordres professionnels, tels que l'Ordre des psychologues du Québec, ont publié des guides de pratique sur ce sujet [Ordre des psychologues du Québec, 2013]. Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) (L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 108.2) : « Les services de santé et les services sociaux rendus à distance dans le cadre de services de télésanté sont considérés comme rendus à l'endroit où exerce le professionnel de la santé ou des services sociaux consulté ».

Bien que la télépratique soit encouragée, certaines mises en garde s'imposent. Des mesures assurant la sécurité et la qualité des services doivent être mises en place [Zylstra, 2013]. Des balises professionnelles liées aux services offerts sont également essentielles (respect de la confidentialité, sécurité des données, qualité des services, etc.). D'ailleurs, le groupe de travail sur la télépratique du CIQ a publié une fiche sur les principaux enjeux en lien avec la réglementation professionnelle dans un contexte interjuridictionnel, c'est-à-dire lorsqu'une même situation de télépratique concerne deux ou plusieurs juridictions. Pensons, par exemple, à un acte posé par un membre d'un ordre professionnel du Québec pour un usager situé dans une autre province canadienne [CIQ, 2016a]. Le CIQ a également produit un document qui encourage les ordres professionnels à définir leurs normes de pratique ou qui fait la promotion d'une telle pratique [CIQ, 2016b]. À la suite d'un sondage réalisé auprès d'environ 4 000 membres issus de 12 ordres professionnels, le CIQ révèle que moins du tiers des professionnels ont recours au numérique²². Par ailleurs, la Commission de l'éthique en science et en technologie (CEST) a produit un avis qui pose un regard éthique sur le développement de la télépratique : il recommande de « soutenir la pratique professionnelle, notamment au moyen de lignes directrices et de formations, pour maintenir et améliorer la qualité de la relation clinique, compenser les limites de l'intermédiaire technologique et prévenir des situations de vulnérabilité » [CEST, 2014].

Des études qualitatives rapportent que les utilisateurs (directeurs d'école, intervenants, parents, usagers) sont généralement satisfaits de l'utilisation de la télépratique [Lincoln *et al.*, 2014; Zylstra, 2013]. Toutefois, dans la littérature, les problèmes technologiques sont souvent mentionnés comme barrières. On évoque également la nécessité de rendre disponible du soutien technique pour faire face à ces problèmes [Lincoln *et al.*, 2014; Tucker, 2012]. Dans certains établissements québécois, une plateforme web (REACTS) a été utilisée avec satisfaction pour réaliser des interventions auprès d'adultes.

La télépratique évolue constamment. L'éducation et la formation continue sont nécessaires pour maintenir à jour l'expertise et l'aisance de chacun relativement aux changements technologiques et aux applications cliniques potentielles²³.

Enfin, la télépratique est possiblement plus difficile à utiliser avec les enfants ayant des troubles d'attention ou de comportement, ou lorsque l'intervention requiert un contact physique [Tucker, 2012].

²¹ American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Telepractice [site Web]. Disponible à : <http://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Telepractice/>.

²² Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ). La percée du numérique dans la pratique professionnelle en santé et relations humaines au Québec [site Web]. Disponible à : <https://professions-quebec.org/communiqués/percee-numerique-pratique-professionnelles-sante-relations-humaines-quebec/>.

²³ American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Telepractice [site Web]. Disponible à : http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934956§ion=Key_Issues.

Intervention assistée d'un ordinateur et de logiciels spécialisés pour le langage

Pour ce qui est de l'intervention assistée d'un ordinateur et de logiciels spécialisés pour le langage, trois autres ECRA indiquent que c'est une modalité d'intervention adéquate, mais qu'il n'y a pas d'avantages à utiliser des logiciels spécifiquement conçus pour travailler le langage comparativement aux logiciels commerciaux [Washington *et al.*, 2011; Gillam *et al.*, 2008; Cohen *et al.*, 2005]. Les programmes examinés sont le *Fast ForWord* et *My Sentence Builder*. Les études sont de bonne qualité. Le niveau de preuve est considéré comme élevé.

Peu d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux disent utiliser des logiciels spécifiquement destinés à la stimulation du langage. Cette pratique occasionnerait des coûts qui ne sont pas justifiés quant aux bénéfices potentiels; ainsi, on ne peut pas en recommander l'usage.

RECOMMANDATION 12

Les intervenants devraient inclure dans leurs stratégies d'intervention des modalités de télépratique, lorsque cela est pertinent pour l'enfant et en conformité avec les lois, règlements, normes et standards régissant leur pratique professionnelle.

5.9 Intervention dans un contexte de multilinguisme

Données issues de la littérature scientifique

Quatre ECRA tentent d'établir l'efficacité des interventions orthophoniques bilingues pour les enfants présentant un trouble développemental du langage. Trois des quatre études comparent une intervention bilingue (en anglais et espagnol) à une intervention offerte seulement en anglais ou à l'absence d'intervention [Pham *et al.*, 2015; Ebert *et al.*, 2014; Restrepo *et al.*, 2013; Gutierrez-Clellen *et al.*, 2012]. Une seule étude réalisée auprès d'enfants francophones a été repérée [Thordardottir *et al.*, 2015]. Chaque étude porte respectivement sur 29, 48, 188 et 202 enfants âgés entre 4 et 5 ans. Dans la plupart de ces études, les auteurs tentent de savoir si les interventions devraient être réalisées dans une seule langue (si oui, laquelle) ou dans les deux langues. Ils souhaitent en plus vérifier si les gains qui se font à la suite d'une intervention se font dans les deux langues ou dans une seule des deux. Les interventions rapportées dans ces études visent des résultats à plusieurs niveaux : amélioration du vocabulaire, de la morphosyntaxe, des aptitudes narratives, des aptitudes littéraires. Les quatre études concluent à la supériorité du bilinguisme comme modalité d'intervention. Elles indiquent que pour avoir des gains dans une langue, l'intervention doit cibler cette langue. Il apparaît que lorsque des personnes apprennent une langue seconde, certaines perdent des compétences et de la maîtrise de leur langue maternelle (L1) si cette langue n'est pas renforcée et maintenue²⁴.

Trois des études sont de bonne qualité, tandis que la quatrième est de qualité moyenne. En effet, plusieurs participants ont abandonné l'étude en cours de route. De plus, on ne précise pas si les évaluateurs connaissaient le groupe dans lequel était l'enfant qu'ils avaient évalué. Les résultats sont cohérents d'une étude à l'autre. Même si les études

²⁴ American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Bilingual service delivery [site Web]. Disponible à : http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589935225§ion=Key_Issues.

examinent les acquis en espagnol et anglais, les résultats sont possiblement applicables au français.

Des associations canadienne, américaine et internationale recommandent que les enfants bilingues reçoivent des interventions dans les deux langues. Si ce n'est pas possible, il est recommandé d'intervenir dans la langue la mieux développée (ASHA, CASLPA, IALP) [Thordardottir *et al.*, 2015]. Intervenir dans la langue la mieux développée, qui est parfois autre que le français ou l'anglais, peut paraître en contradiction avec l'utilisation de la langue de scolarisation. Toutefois, cela semble favoriser la dynamique familiale. Les données indiquent que les programmes d'éducation préscolaire pour enfants présentant des troubles du langage doivent offrir des périodes d'enseignement planifiées, intensives et systématiques dans la langue maternelle des enfants, afin de s'assurer que le développement de la langue utilisée à domicile se poursuive et que la communication à la maison soit efficace [Restrepo *et al.*, 2013]. De plus, l'introduction d'un nouveau concept dans la langue dominante de l'enfant (langue la mieux développée) pourrait accélérer l'acquisition de ce même concept dans la deuxième langue [Thordardottir *et al.*, 2015; Restrepo *et al.*, 2013]. La décision d'offrir une intervention unilingue dans la langue dominante, lorsqu'il n'est pas possible d'offrir une intervention bilingue, doit tenir compte de la maîtrise que l'enfant a dans chacune des deux langues. Ainsi, plus l'écart des capacités de l'enfant entre les deux langues est grand, plus il est avantageux d'intervenir dans la langue dominante.

Enfin, dans un contexte de multilinguisme, l'utilisation de jeux d'ordinateur dans la langue maternelle de l'enfant peut être une modalité d'intervention à utiliser [Ebert *et al.*, 2014].

Le niveau de preuve de l'énoncé « Les interventions langagières bilingues sont plus efficaces que celles unilingues » est modéré.

Considérations contextuelles et savoirs expérientiels

Le Québec est une province multiculturelle. Par exemple, les élèves du système scolaire public de l'île de Montréal parlent plus de 150 langues différentes, et plusieurs parents ne peuvent pas agir comme interprète, car ils ne parlent ni le français ni l'anglais.

Le réseau de la santé et des services sociaux a la responsabilité d'adapter ses services aux contextes linguistique et culturel. Selon l'article 15 de la LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2) : « Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent des services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348 ». Au Québec, certains établissements sont désignés et ont l'obligation d'offrir des services en langue anglaise, lorsque cela est requis. Ces établissements peuvent alors soutenir d'autres établissements dans les cas où une situation de bilinguisme français-anglais se présente. Le réseau doit également tenir compte des particularités linguistiques, socioculturelles et ethnoculturelles des régions (L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 2.5) et favoriser, pour les personnes des différentes communautés culturelles, eu égard aux ressources disponibles, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux dans leur langue (L.R.Q., chapitre S-4.2, art. 2.7).

Un grand nombre d'intervenants parlent anglais. Selon l'OOAQ, en 2016, 16 % des membres exercent en anglais et en français, et 8 % exercent dans plus de deux langues²⁵. Toutefois, pour intervenir dans une autre langue, notamment sur le plan des capacités langagières, l'intervenant doit maîtriser parfaitement cette langue. Il est difficile de trouver des intervenants qui maîtrisent d'autres langues que le français ou l'anglais. Lorsque cela est possible, des interprètes sont utilisés pour travailler avec les intervenants. Ces derniers demeurent responsables légalement des services offerts²⁶. Comprendre les processus normaux de l'acquisition d'une langue seconde est important pour assurer une évaluation précise des besoins des usagers bilingues.

RECOMMANDATION 13

Dans un contexte de multilinguisme, l'intervention bilingue plutôt qu'unilingue doit être favorisée pour avoir un maximum d'effets sur les capacités de l'enfant dans les deux langues; sinon, une intervention dans la langue qui est la mieux développée doit être privilégiée. Pour soutenir l'applicabilité de cette recommandation, le recours à des interprètes est une condition sine qua non.

²⁵ Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ). Répartition des orthophonistes et audiologistes actifs selon la langue d'exercice. Disponible à : http://www.ooaq.qc.ca/ordre/Doc_stats/repartition-membres-actifs.pdf.

²⁶ American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Collaborating with interpreters [site Web]. Disponible à : <http://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Collaborating-With-Interpreters/>.

6 ORDONNANCEMENT DES RECOMMANDATIONS

L'objectif de l'Avis est de recommander un continuum de services optimal, dans lequel le cheminement clinique sera fluide et harmonieux pour les enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage. Pour répondre à cet objectif et aux deux questions d'évaluation, 13 recommandations ont été énoncées.

Afin d'illustrer leur interrelation, et particulièrement de mettre en relief les modalités de services à privilégier selon l'un ou l'autre des niveaux de services, le schéma qui suit propose un ordonnancement des recommandations. Ainsi, les modalités de services sont réparties dans les trois niveaux du continuum selon leur meilleure adéquation avec chacun des niveaux de services. Nonobstant cette répartition, aucune modalité de services n'est exclusivement associée à un seul niveau.

Les trois niveaux de services du continuum se fondent sur une philosophie qui met les besoins de l'enfant et de sa famille au cœur de l'intervention plutôt que ses caractéristiques diagnostiques. Au premier niveau, soit celui des services universels, aucun dépistage systématique n'est recommandé, alors que la surveillance du développement ou la recherche de cas sont préconisées. Dès ce premier niveau, l'intervenant et le parent sont appelés à travailler en tandem afin de fournir à l'enfant toute la stimulation dont il a besoin. Le travail d'étroite collaboration entre l'intervenant du réseau de la santé et des services sociaux et les éducateurs en services de garde ou les enseignants s'établit également dès ce premier niveau.

Déjà à cette étape, certains enfants n'évolueront pas selon ce qui est attendu ou démontreront des signes de retard. C'est à ce moment que des services de soutien ciblés, en plus des services universels, toujours présents, leur seront offerts. Selon la sphère du développement qui présente des indices de retard, différents professionnels seront consultés. Ceux-ci détermineront, à la suite de leur évaluation, les modalités appropriées en privilégiant la modalité de groupe, si elle est pertinente pour l'enfant. Ils pourront également déléguer à des intervenants non professionnels certaines interventions, s'ils le jugent à propos. Dès ce deuxième niveau, si l'enfant évolue dans un contexte de multilinguisme, l'orthophoniste devra ajuster le plan d'intervention orthophonique au contexte langagier de l'enfant et, en collaboration avec d'autres intervenants, le cas échéant, favoriser une intervention bilingue ou unilingue dans la langue la mieux développée.

Malgré l'ensemble des services offerts, un petit pourcentage d'enfants nécessitera des services spécialisés de niveau trois en plus des services offerts aux deux premiers niveaux. À cette étape, les interventions sur le plan des capacités langagières devront être réalisées à forte dose et à une fréquence d'une fois par semaine ou d'une fois aux deux semaines. Les intervenants pourront également, s'ils le jugent pertinent, recourir à la télépratique pour intervenir auprès de l'enfant.

Les trois recommandations relatives au partenariat de services, à la collaboration interprofessionnelle et à la concertation interministérielle ont une portée transversale. Elles viennent donc englober l'ensemble du continuum de services et teinter chacune des recommandations.

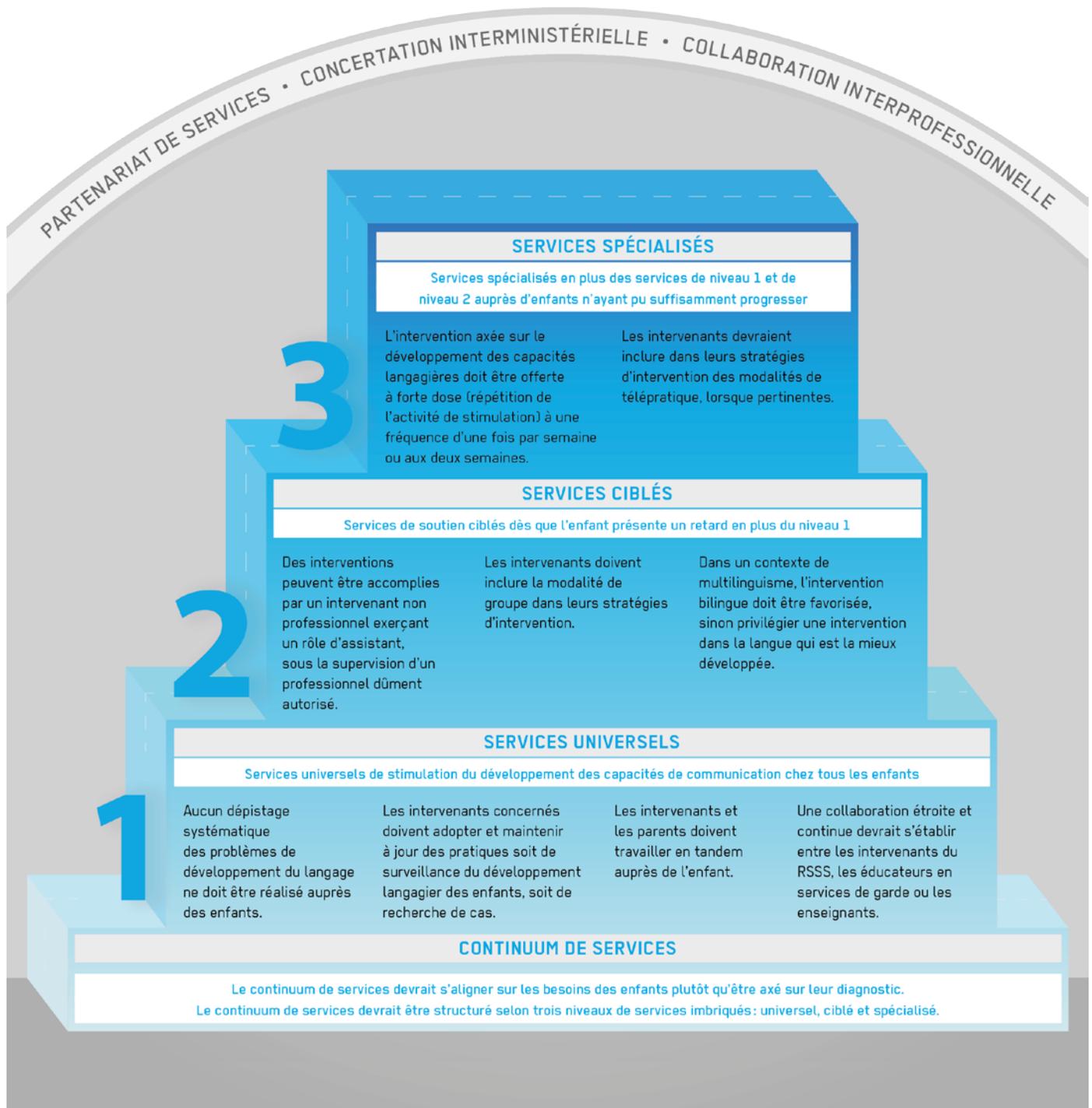


Figure 4. Ordonnement des recommandations

7 INDICATEURS DE SUIVI ET DE RÉSULTATS

Parallèlement à l'élaboration des recommandations et aux activités de transfert des connaissances, le suivi de l'implantation des recommandations et de leur effet sur l'accessibilité et la continuité des services est essentiel. Ainsi, le choix des données et des indicateurs constitue une étape importante. La pertinence des indicateurs, la disponibilité de l'information pour les mesurer aisément, la fiabilité intra et interétablissements pour établir des comparables, etc. sont autant d'aspects à prendre en considération dans le choix de ces indicateurs.

Deux types d'indicateurs devraient être explorés, soit ceux qui permettent d'évaluer le niveau d'implantation des recommandations et ceux qui permettent d'évaluer l'impact des changements apportés par l'implantation des recommandations sur les enfants présentant un trouble développemental du langage et de leurs parents.

La première étape visant à mesurer l'implantation des recommandations consistera à prioriser, avec les acteurs concernés, les recommandations-clés pour lesquelles des éléments de mesure devront être déterminés. Afin de s'assurer qu'ils soient conviviaux, le choix des indicateurs devra prendre en considération les différents systèmes d'information-clientèle utilisés dans les divers programmes-services ou au sein d'un même programme-services.

Pour mesurer les effets de l'implantation des recommandations sur l'accessibilité et la continuité des services à moyen et à long terme, certaines données déjà colligées par les établissements pourraient être traduites en indicateurs. Il s'agit notamment du nombre d'usagers desservis, du nombre d'usagers en attente, des délais d'attente et des taux de respect des standards du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* [MSSS, 2008], de la mise en place de mécanismes de coordination et de communication efficaces et de la diminution de l'âge des enfants pour l'accès au premier service de niveau II ou de niveau III. Par ailleurs, afin de mesurer les effets des recommandations sur la qualité des services, la participation sociale des enfants pourrait être évaluée, ainsi que leurs capacités langagières.

Également, le sondage effectué en 2015 par Julie Mongrain [2015] pour connaître le point de vue des parents sur les services rendus à leur enfant pourrait être réalisé à nouveau, ce qui permettrait d'apprécier les effets de l'implantation des recommandations sur la satisfaction des parents.

CONCLUSION

Le présent avis avait pour objectif de répondre aux deux questions suivantes :

- Quels sont les éléments organisationnels du continuum de services à privilégier pour leurs effets positifs sur l'accessibilité et la continuité des services?
- Quelles sont les modalités d'intervention à privilégier, en raison de leur efficacité, pour les enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage?

Une trentaine de rapports, documents gouvernementaux ou évaluations des modes d'intervention et des technologies issus de la littérature grise ont permis de mettre en lumière certains modèles ou approches d'organisation de services fort prometteuses pour améliorer l'accessibilité et la continuité au sein du continuum de services destiné aux enfants présentant un trouble développemental du langage. Parallèlement, les données scientifiques provenant d'une quarantaine d'études ont surtout servi à étayer des réponses à la question relative aux modalités de services à privilégier auprès des enfants présentant un tel trouble. L'avis des experts et des parties prenantes consultés est venu bonifier, eu égard au contexte clinique québécois et aux recherches actuellement en cours, l'ensemble des constats émanant de l'analyse de la documentation.

En réponse à la question 1, qui porte sur les éléments organisationnels du continuum de services à privilégier pour leurs effets positifs sur l'accessibilité et la continuité des services, l'INESSS conclut :

- Considérant que les difficultés actuelles d'accessibilité et de continuité des services vécues par les enfants présentant un trouble développemental du langage sont grandes, la révision du continuum de services basée sur des principes similaires à ceux du modèle d'organisation de services en Grande-Bretagne ou de l'approche RAI, reconnus pour favoriser la prévention ainsi que l'intervention précoce adaptée aux besoins des enfants et soutenue par un monitoring systématique, aurait un effet bénéfique sur le développement de ces enfants et leur participation sociale.
- Considérant que les besoins de l'enfant et de sa famille doivent être au cœur de l'organisation de services, l'établissement d'un diagnostic, bien qu'important, ne devrait en rien freiner la mise en place des premiers services à offrir aux enfants.
- Considérant que les enfants et leurs proches souhaitent être partie prenante des décisions et actions les concernant, l'actualisation des principes d'un partenariat de services serait un des fondements sur lequel la révision du continuum de services devrait s'appuyer.
- Considérant que tous les acteurs concernés par les services aux enfants présentant un trouble développemental du langage démontrent une volonté ferme d'établir des relations de collaboration harmonieuses, l'utilisation d'un cadre à l'intérieur duquel s'inscrivent différentes pratiques de collaboration, selon la complexité de la

situation de l'enfant et de sa famille, favoriserait une collaboration interprofessionnelle efficace.

- Considérant que les changements entourant le continuum de services peuvent exiger une révision de l'allocation des ressources financières et une redistribution des ressources humaines entre les différents prestataires de services, voire entre les ministères, la concertation des trois ministères concernés (Santé et Services sociaux, Éducation, Famille) permettrait d'assurer la cohérence des orientations et la synergie des actions.

En réponse à la question 2, qui porte sur les modalités d'intervention à privilégier, en raison de leur efficacité, pour les enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage, l'INESSS conclut :

- Considérant que les activités de dépistage n'améliorent pas de façon significative les capacités langagières des enfants, des activités de surveillance du développement ou de recherche de cas seraient des modalités à promouvoir.
- Considérant que l'intervention individuelle semble être privilégiée au Québec et sachant que l'utilisation de modalités d'intervention variées est un gage de succès pour les enfants présentant un trouble développemental du langage, les intervenants auraient avantage à mettre régulièrement en application diverses modalités : tandem parent-intervenant, groupe, délégation d'activités à un intervenant jouant le rôle d'assistant, intervention par consultation auprès d'éducateurs en services garde ou d'enseignants, recours à la télépratique.
- Considérant que la dose de la stimulation, la durée et la fréquence des interventions sont des paramètres de l'intensité, et considérant qu'au-delà d'une certaine intensité les effets de l'intervention sur le développement langagier de l'enfant sont minimes, les intervenants devraient ajuster la dose de leur stimulation à la fréquence des rencontres.
- Considérant qu'en contexte de multilinguisme, le trouble développemental du langage s'ajoute à l'apprentissage d'une langue seconde, des interventions adaptées au contexte linguistique de l'enfant auraient un maximum d'effets.

Au regard de ces différentes conclusions, l'INESSS émet les recommandations suivantes.

Recommandation 1

- Le continuum de services devrait être structuré selon trois niveaux imbriqués : universel, ciblé et spécialisé.
 - Niveau I : Services universels de promotion et stimulation du développement des capacités de communication et identification des enfants à risque de présenter des retards ou des difficultés. Ces services préviennent l'émergence de problèmes et se destinent à tous les enfants qu'ils aient des difficultés ou non. Ils sont dispensés en grand groupe dans les milieux de vie des enfants, notamment les services de garde et les écoles. Ils permettent de promouvoir le développement des capacités de communication et d'identifier rapidement les enfants qui devront recevoir des services de niveau II ou de niveau III.
 - Niveau II : Services de soutien ciblés, en sus des services de niveau I, alignés sur les besoins des enfants qui présentent des indices de retard ou difficultés du

développement de leurs capacités de communication et pour qui les services universels ne suffisent pas. Ces services servent à réduire les difficultés identifiées et à améliorer les capacités des enfants. Ils sont généralement dispensés en petit groupe, par une équipe d'intervenants de différentes disciplines travaillant en étroite collaboration et idéalement dans les milieux de vie des enfants.

- Niveau III : Services spécialisés, en sus des interventions de niveau I et de niveau II, auprès d'enfants n'ayant pu progresser suffisamment malgré les services de niveau I et de niveau II. Ces services alignés sur les besoins des enfants sont soutenus dans le temps et en intensité; ils sont dispensés par une équipe d'intervenants de différentes disciplines idéalement dans les milieux de vie des enfants.

Recommandation 2 :

- Le continuum de services devrait s'aligner sur les besoins des enfants plutôt qu'être axé sur leur diagnostic.

Recommandation 3 :

- Un partenariat de services doit s'établir entre l'enfant, ses proches et les intervenants afin que l'engagement de l'enfant et de ses proches s'actualise concrètement dans la prise de décision concernant :
 - la détermination des objectifs alignés sur leur projet de vie;
 - le choix des interventions ou stratégies à mettre en place;
 - les actions à réaliser par chacun.

Recommandation 4 :

- Les modalités de collaboration entre les intervenants, l'enfant et ses proches devraient s'établir selon la complexité des besoins de l'enfant et de sa famille, et l'intention de collaborer. Ainsi, la pratique collaborative la mieux adaptée, parmi les suivantes, sera déterminée :
 - pratique en parallèle
 - pratique par consultation ou référence
 - pratique de concertation
 - pratique de soins et services partagés.

Recommandation 5 :

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait, de concert avec le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et le ministère de la Famille, entamer des travaux relatifs à la révision des modes d'allocation des ressources en fonction des besoins de l'enfant et à l'identification des meilleurs prestataires de services selon les différentes étapes de vie de l'enfant.

Recommandation 6 :

- Aucun dépistage systématique des problèmes de développement du langage ne doit être réalisé auprès des enfants.

Les intervenants concernés, incluant les médecins de famille ou les pédiatres, doivent adopter et maintenir à jour des pratiques soit de surveillance du développement langagier des enfants en identifiant les facteurs de risque, soit de recherche de cas (dans les

populations jugées à haut risque). Ces derniers doivent également intégrer dans leur processus décisionnel les préoccupations ou les inquiétudes exprimées par les parents au regard du développement de leur enfant.

Recommandation 7 :

- Les intervenants et les parents doivent travailler en tandem auprès de l'enfant. Ainsi, les intervenants doivent enseigner aux parents diverses stratégies ou techniques de stimulation pouvant s'intégrer à la vie quotidienne de l'enfant. Cet enseignement doit se répéter et s'ajuster dans le temps afin de garantir l'adéquation entre les stratégies, modalités ou techniques enseignées, les besoins de l'enfant, son évolution et la capacité du parent.

Recommandation 8 :

- Les intervenants doivent inclure la modalité de groupe dans leurs stratégies d'intervention, sachant que l'utilisation d'une telle modalité s'aligne nécessairement sur un objectif du plan d'intervention de l'enfant et doit toujours être régie par des principes cliniques axés sur ses besoins et capacité à en bénéficier, et non pas être assujettie à des impératifs administratifs.

Aussi, l'utilisation d'une variété de modalités d'intervention (individuel, groupe, indirect, enseignement, etc.) alignées sur les objectifs poursuivis et la capacité de l'enfant d'en bénéficier doit être privilégiée.

Recommandation 9 :

- Des interventions peuvent être accomplies par un intervenant non professionnel exerçant un rôle d'assistant, sous la supervision d'un professionnel dûment autorisé selon le champ d'exercice.

La supervision doit être continue et régulière, ajustée selon la formation et les compétences de l'intervenant exerçant le rôle d'assistant, et respecter la réglementation en vigueur au Québec. Il est primordial de prévoir des règles claires et des mécanismes de résolution de problèmes, afin que le professionnel puisse conserver son autonomie et respecter ses obligations professionnelles tout en optimisant le partage des tâches.

Recommandation 10 :

- Une collaboration étroite et continue devrait s'établir entre les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et les éducateurs en services de garde ou les enseignants, afin que ces derniers actualisent et pérennisent des activités, des stratégies ou techniques favorisant le développement des capacités de communication des enfants et qu'ils puissent identifier les enfants qui nécessiteront des services additionnels de soutien.

Recommandation 11 :

- Au niveau III (services spécialisés), une intervention axée sur le développement des capacités langagières doit être offerte à forte dose (nombre de minutes consacrées expressément au développement d'une capacité langagière spécifique durant une séance d'intervention) à une fréquence d'une fois par semaine ou aux deux semaines.

Recommandation 12 :

- Les intervenants devraient inclure dans leurs stratégies d'intervention des modalités de télépratique, lorsque pertinentes pour l'enfant, et en conformité avec les lois, règlements, normes et standards régissant leur pratique professionnelle.

Recommandation 13 :

- Dans un contexte de multilinguisme, l'intervention bilingue plutôt qu'unilingue doit être favorisée pour avoir un maximum d'effets sur les capacités de l'enfant dans les deux langues, sinon une intervention dans la langue qui est la mieux développée doit être privilégiée. Pour soutenir l'applicabilité de cette recommandation, le recours à des interprètes est une condition sine qua non.

ANNEXE A

Stratégies de recherche d'information scientifique

Mise à jour de la stratégie de recherche d'une revue Cochrane [Law et al., 2003]

Bases de données bibliographiques

Date de la recherche : 26 octobre 2015

Limites : 2002 - ; anglais et français

MEDLINE (OvidSP)

- #1 (randomi* OR (clin* ADJ3 trial*)).mp
- #2 ((singl* OR doubl* OR tripl* OR trebl*) AND (mask* OR blind*)).mp
- #3 (crossover OR (random* ADJ3 (allocate* OR assign*))).mp
- #4 random allocation/ OR exp clinical trial OR exp meta-analysis
- #5 OR/1-4
- #6 exp child OR (child* OR infant* OR baby OR babies OR boy* OR girl* OR pre-school* OR preschool* OR teen* OR adolescen* OR schoolchild*).mp
- #7 communication disorders/ OR language disorders/ OR (((speech OR language OR verbal) ADJ3 (disorder* OR delay*)) OR aprosodi* OR cluttering OR dysglossia OR rhinolalia OR (central AND auditory AND processing AND disorder) OR (semantic-pragmatic AND disorder)).mp
- #8 ((speech OR language) ADJ3 (screen* OR patholog* OR therap*)).mp
- #9 #5 AND #6 AND #7 AND #8

Embase (OvidSP)

- #1 (randomi* OR (clin* ADJ3 trial*)).mp
- #2 ((singl* OR doubl* OR tripl* OR trebl*) AND (mask* OR blind*)).mp
- #3 (crossover OR (random* ADJ3 (allocate* OR assign*))).mp
- #4 randomization/ OR exp clinical trial/ OR exp meta-analysis/
- #5 OR/1-4
- #6 exp child OR (child* OR infant* OR baby OR babies OR boy* OR girl* OR pre-school* OR preschool* OR teen* OR adolescen* OR schoolchild*).mp
- #7 communication disorder/ OR language disability/ OR (((speech OR language OR verbal) ADJ3 (disorder* OR delay*)) OR aprosodi* OR cluttering OR dysglossia OR rhinolalia OR (central AND auditory AND processing AND disorder) OR (semantic-pragmatic AND disorder)).mp
- #8 ((speech OR language) ADJ3 (screen* OR patholog* OR therap*)).mp

#9 #5 AND #6 AND #7 AND #8

EBM Reviews (OvidSP)

- #1 (randomi* OR (clin* adj3 trial*)).mp
- #2 ((singl* OR doubl* OR tripl* OR trebl*) AND (mask* OR blind*)).mp
- #3 (crossover OR (random* ADJ3 (allocate* OR assign*))).mp
- #4 OR/1-3
- #5 (child* OR infant* OR baby OR babies OR boy* OR girl* OR pre-school* OR preschool* OR teen* OR adolescen* OR schoolchild*).mp
- #6 (((speech OR language OR verbal) ADJ3 (disorder* OR delay*)) OR aprosodi* OR cluttering OR dysglossia OR rhinolalia OR (central AND auditory AND processing AND disorder) OR (semantic-pragmatic AND disorder)).mp
- #7 ((speech OR language) ADJ3 (screen* OR patholog* OR therap*)).mp
- #8 #4 AND #5 AND #6 AND #7

CINAHL (EBSCO)

- #1 TX (randomi* OR (clin* N3 trial*))
- #2 TX ((singl* OR doubl* OR tripl* OR trebl*) N3 (mask* OR blind*))
- #3 TX (crossover OR (random* N3 (allocate* OR assign*)))
- #4 #1 OR #2 OR #3
- #5 TI (child* OR infant* OR baby OR babies OR boy* OR girl* OR pre-school* OR preschool* OR teen* OR adolescen* OR schoolchild*) OR AB (child* OR infant* OR baby OR babies OR boy* OR girl* OR pre-school* OR preschool* OR teen* OR adolescen* OR schoolchild*)
- #6 TI (((speech OR language OR verbal) N3 (disorder* OR delay*)) OR aprosodi* OR cluttering OR dysglossia OR rhinolalia OR (central AND auditory AND processing AND disorder) OR (semantic-pragmatic AND disorder)) OR AB (((speech OR language OR verbal) N3 (disorder* OR delay*)) OR aprosodi* OR cluttering OR dysglossia OR rhinolalia OR (central AND auditory AND processing AND disorder) OR (semantic-pragmatic AND disorder))
- #7 TI ((speech OR language) N3 (screen* OR patholog* OR therap*)) OR AB ((speech OR language) N3 (screen* OR patholog* OR therap*))
- #8 #4 AND #5 AND #6 AND #7

ERIC (eric.ed.gov)

- #1 title: ((language disabilit*) AND intervention*)
- #2 title: ("speech delay" AND (intervention* OR therap*))
- #3 title: ("language disabilities" AND (intervention* OR therap*))
- #4 title: ("language delay" AND (intervention* OR therap*))

Stratégie de recherche générée par l'INESSS

Bases de données bibliographiques

Date de la recherche : 19 avril 2016

Limites : 2000 - ; anglais et français

Date de la mise à jour : 3 mai 2017

PubMed (NLM)

- #1 language disorders/rehabilitation[majr:noexp] OR language disorders/therapy[majr:noexp] OR language development disorders/rehabilitation[majr] OR language development disorders/therapy[majr] OR speech disorders/rehabilitation[majr] OR speech disorders/therapy[majr] OR language therapy/methods[majr] OR language therapy/organization and administration[majr] OR speech therapy/methods[majr] OR speech therapy/organization and administration[majr]
- #2 (speech[ti] OR language[ti]) AND (disorder*[ti] OR delay*[ti] OR impairment*[ti] OR disabilit*[ti] OR deficit*[ti] OR problem*[ti] OR difficult*[ti])
- #3 intervention*[tiab] OR intervening[tiab] OR therap*[tiab] OR rehabilit*[tiab] OR treatment*[tiab] OR approach*[tiab] OR method[tiab] OR methods[tiab] OR program*[tiab] OR model[tiab] OR models[tiab] OR technique*[tiab] OR service*[tiab] OR practice*[tiab] OR manag*[tiab]
- #4 #1 OR (#2 AND #3)
- #5 infant[mh] OR child[mh] OR infant*[tiab] OR child[tiab] OR children[tiab] OR preschool*[tiab] OR pre school*[tiab] OR pediater*[tiab] OR paediatr*[tiab]
- #6 #4 AND #5
- #7 deaf*[tiab] OR cochlear[tiab] OR brain injur*[tiab] OR cerebral palsy[tiab] OR autis*[tiab] OR down syndrom*[tiab] OR fragile x[tiab] OR muscular dystrop*[tiab] OR aphasia*[tiab] OR cleft[tiab] OR palatal*[tiab] OR stutter*[tiab] OR intellectual disabilit*[tiab] OR seizure*[tiab] OR surger*[tiab] OR surgical*[tiab]
- #8 #6 NOT #7
- #9 guidelines as topic[mh] OR practice guidelines as topic[mh] OR guideline[pt] OR health planning guidelines[mh] OR practice guideline[pt] OR consensus[mh] OR consensus development conference, NIH[pt] OR consensus development conference[pt] OR consensus development conferences, NIH as topic[mh] OR consensus development conferences as topic[mh] OR critical pathways[mh] OR clinical conference[pt] OR algorithms[mh] OR review literature as topic[mh] OR meta-analysis as topic[mh] OR meta-analysis[mh] OR meta-analysis[pt] OR technology assessment, biomedical[mh] OR randomized controlled trial[pt] OR randomized controlled trials as topic[mh]

- #10 guideline*[tiab] OR guide line*[tiab] OR CPG[tiab] OR CPGs[tiab] OR guidance[tiab] OR best practice*[tiab] OR consensus[tiab] OR algorithm*[tiab] OR clinical pathway*[tiab] OR critical pathway*[tiab] OR recommendation*[tiab] OR committee opinion*[tiab] OR policy statement*[tiab] OR position statement*[tiab] OR standard[tiab] OR standards[tiab] OR (systematic*[tiab] AND (review*[tiab] OR overview*[tiab] OR search*[tiab] OR research*[tiab])) OR meta-analy*[tiab] OR metaanaly*[tiab] OR met analy*[tiab] OR metanaly*[tiab] OR HTA[tiab] OR HTAs[tiab] OR technology assessment*[tiab] OR technology overview*[tiab] OR technology appraisal*[tiab] OR random*[tiab]
- #11 review[pt] AND (medline[tiab] OR pubmed) AND (cochrane[tiab] OR embase[tiab] OR cinahl[tiab] OR psycinfo[tiab])
- #12 case reports[pt] OR comment[pt] OR editorial[pt] OR letter[pt]
- #13 (#9 OR #10 OR #11) NOT #12
- #14 #8 AND #13

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessment Database; NHS Economic Evaluation Database

- #1 ((speech OR language) ADJ5 (disorder* OR delay* OR impairment* OR disabilit* OR deficit* OR problem* OR difficult*)).ti,ab
- #2 (intervention* OR intervening OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR approach* OR method OR methods OR program* OR model OR models OR technique* OR service* OR practice* OR manag*).ti,ab
- #3 (infant* OR child OR children OR preschool* OR pre school* OR pediater* OR paediatr*).ti,ab
- #4 #1 AND #2 AND #3
- #5 (deaf* OR cochlear OR brain injur* OR cerebral palsy OR autism* OR down syndrom* OR fragile x OR muscular dystrop* OR aphasia* OR cleft OR palatal* OR stutter* OR intellectual disabilit* OR seizure* OR surger* OR surgical*).ti,ab
- #6 #4 NOT #5

CINAHL (EBSCO)

- #1 MM (language disorders/rh/th OR speech disorders/rh/th OR "rehabilitation, speech and language/og/st/td/mt" OR language therapy/mt/og/st/td/OR speech therapy/mt/og/st/td) [methods, organizations, rehabilitation, standards, therapy trends]
- #2 TI ((speech OR language) N5 (disorder* OR delay* OR impairment* OR disabilit* OR deficit* OR problem* OR difficult*))
- #3 TI (intervention* OR intervening OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR approach* OR method OR methods OR program* OR model OR models OR technique* OR service* OR practice* OR manag*) OR AB (intervention* OR intervening OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR approach* OR method OR methods OR program* OR model OR models OR technique* OR service* OR practice* OR manag*)

- #4 #1 OR (#2 AND #3)
- #5 MH (child+ OR infant+)
- #6 TI (infant* OR child OR children OR preschool* OR pre school* OR pediatr* OR paediatr*) OR AB (infant* OR child OR children OR preschool* OR pre school* OR pediatr* OR paediatr*)
- #7 #5 OR #6
- #8 #4 AND #7
- #9 MH (practice guidelines OR critical path OR clinical conferences OR algorithms OR systematic review OR meta analysis OR meta synthesis) OR PT (practice guidelines OR critical path OR clinical conferences OR algorithms OR systematic review OR meta analysis OR meta synthesis)
- #10 TI (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR best practice* OR consensus OR algorithm* OR clinical pathway* OR critical pathway* OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR standard OR standards OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR random* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*) OR AB (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR best practice* OR consensus OR algorithm* OR clinical pathway* OR critical pathway* OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR standard OR standards OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR random* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*)
- #11 PT (case study OR commentary OR editorial OR letter)
- #12 (#9 OR #10) NOT #11
- #13 #8 AND #12
- #14 TI (deaf* OR cochlear OR brain injur* OR cerebral palsy OR autism* OR down syndrom* OR fragile x OR muscular dystrop* OR aphasia* OR cleft OR palatal* OR stutter* OR intellectual disabilit* OR seizure* OR surger* OR surgical*) OR AB (deaf* OR cochlear OR brain injur* OR cerebral palsy OR autism* OR down syndrom* OR fragile x OR muscular dystrop* OR aphasia* OR cleft OR palatal* OR stutter* OR intellectual disabilit* OR seizure* OR surger* OR surgical*)
- #15 #13 NOT #14

PsycINFO (EBSCO)

- #1 TI ((speech OR language) N5 (disorder* OR delay* OR impairment* OR disabilit* OR deficit* OR problem* OR difficult*))
- #2 TI (intervention* OR intervening OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR approach* OR method OR methods OR program* OR model OR models OR technique* OR service* OR practice* OR manag*) OR AB (intervention* OR intervening OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR approach* OR method OR methods OR program* OR model OR

- models OR technique* OR service* OR practice* OR manag*)
- #3 TI (infant* OR child OR children OR preschool* OR pre school* OR pediatr* OR paediatr*) OR AB (infant* OR child OR children OR preschool* OR pre school* OR pediatr* OR paediatr*)
- #4 #1 AND #2 AND #3
- #5 TI (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR best practice* OR consensus OR algorithm* OR clinical pathway* OR critical pathway* OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR standard OR standards OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR random* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*) OR AB (guideline* OR guide line* OR CPG OR CPGs OR guidance OR best practice* OR consensus OR algorithm* OR clinical pathway* OR critical pathway* OR recommendation* OR committee opinion* OR policy statement* OR position statement* OR standard OR standards OR (systematic* N3 (review* OR overview* OR literature OR search* OR research*)) OR meta-analy* OR metaanaly* OR met analy* OR metanaly* OR random* OR HTA OR HTAs OR technology assessment* OR technology overview* OR technology appraisal*)
- #6 #4 AND #5
- #7 TI (deaf* OR cochlear OR brain injur* OR cerebral palsy OR autis* OR down syndrom* OR fragile x OR muscular dystrop* OR aphasia* OR cleft OR palatal* OR stutter* OR intellectual disabilit* OR seizure* OR surger* OR surgical*) OR AB (deaf* OR cochlear OR brain injur* OR cerebral palsy OR autis* OR down syndrom* OR fragile x OR muscular dystrop* OR aphasia* OR cleft OR palatal* OR stutter* OR intellectual disabilit* OR seizure* OR surger* OR surgical*)
- #8 #6 NOT #7

Social Sciences Abstracts (EBSCO)

- #1 TI ((speech OR language) N5 (disorder* OR delay* OR impairment* OR disabilit* OR deficit* OR problem* OR difficult*))
- #2 TI (intervention* OR intervening OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR approach* OR method OR methods OR program* OR model OR models OR technique* OR service* OR practice* OR manag*)
- #3 #1 AND #2

Business Source Corporate Plus (EBSCO)

- #1 TI ((speech OR language) N5 (disorder* OR delay* OR impairment* OR disabilit* OR deficit* OR problem* OR difficult*))
- #2 TI (intervention* OR intervening OR therap* OR rehabilit* OR treatment* OR approach* OR method OR methods OR program* OR model OR models OR technique* OR service* OR practice* OR manag*)
- #3 #1 AND #2

Littérature grise

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (<http://www.cadth.ca/fr>)

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (<https://www.ahrq.gov/>)

American Speech-Language-Hearing Association (<http://www.asha.org/>)

Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec (<http://aeesq.ca/>)

Associations d'usagers ou de parents d'usagers (Dysphasie Québec, Association québécoise de la dysphasie, etc.)

Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

(<http://www.cirris.ulaval.ca/fr>)

Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain

(<http://www.crir.ca/>)

Ministères de la Santé des provinces et territoires canadiens

Ministères de l'Éducation des provinces et territoires canadiens

Ministères de la Famille des provinces et territoires canadiens

National Guideline Clearinghouse (NGC) (<http://guideline.gov/>)

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (<https://www.nice.org.uk/>)

Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (<http://www.ooaq.qc.ca/index.html>)

Ordre des ergothérapeutes du Québec (<https://www.oeg.org/index.fr.html>)

Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec

(<http://www.ordrepsed.qc.ca/>)

Ordre des psychologues du Québec (<https://www.ordrepsy.qc.ca/>)

Orthophonie et Audiologie Canada (<http://oac-sac.ca/>)

Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux de l'Université Laval (<http://www.rcpi.ulaval.ca/>)

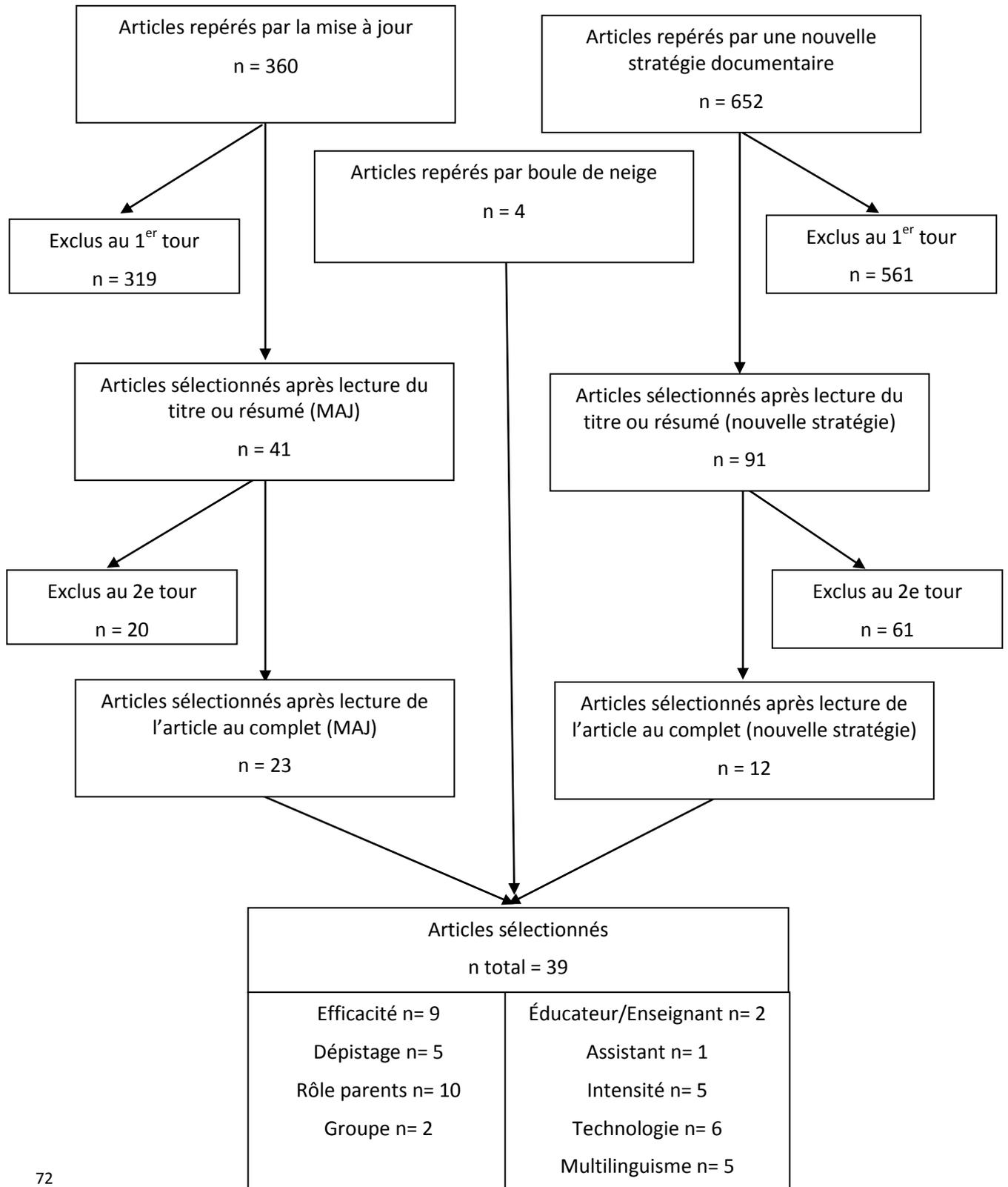
Royal College of Speech and Language Therapists (<https://www.rcslt.org/>)

RUIS de l'Université McGill (<http://www.mcgill.ca/ruis/fr>)

RUIS de l'Université de Montréal (<http://ruis.umontreal.ca/>)

ANNEXE B

Diagramme de flux



ANNEXE C

Caractéristiques des études

Abréviations : AE : ampleur de l'effet; C : groupe contrôle; DMS : différence moyenne standardisée; ECRA : essai clinique à répartition aléatoire; ET : écart type; I : groupe intervention; IC : intervalle de confiance; TDL : trouble développemental du langage (trouble primaire du langage); SS : statistiquement significatif.

Efficacité d'une intervention

Auteur, année, pays	Devis	Population (nbre études/participants)	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Boyle, 2007 et 2009, R.-U.	ECRA	161 enfants de 6-11 ans avec TDL (réceptif et/ou expressif score <1.5 ET sur CELF-3 et QI non verbal >75)	5 groupes avec environ 30 enfants dans chacun: un groupe traitement usuel et 4 conditions expérimentales : intervention individuelle par orthophoniste, en individuel par assistant, en groupe de 3-5 enfants par orthophoniste, en groupe par assistant. 3 sessions de 30 minutes par semaine pour 15 semaines (22,5 h)	traitement usuel (consultations à l'école)	I > C Intervention est meilleure à court terme que les soins usuels pour le langage expressif, mais pas pour le réceptif, effets petits (données pour les 4 modalités regroupées).	Bonne
Broomfield, 2011, R.-U.	ECRA	730 enfants de 0-16 ans, 73 % ont 5 ans ou moins, dx TDL (écart-type de 1 sous la moyenne ou symptômes cliniques selon l'orthophoniste. 3 catégories : compréhension (30 %), langage expressif (25,5 %), difficulté de la parole (43,8 %)	intervention personnalisée en individuel, mais principalement en groupe (max. 6 enfants), moyenne de 5,5 h de contact sur 6 mois (0-24 h)	pas de traitement, liste d'attente	I > C Intervention est SS plus efficace que pas de traitement pour améliorer le langage des enfants des 3 catégories de diagnostic séparément (compréhension, expression et parole) et ensemble. Différence moyenne de la cote Z de 0,67 dans gr intervention et de 0,12 dans gr témoin immédiatement à la fin et 6 mois après. 15,7 % des enfants dans le gr intervention atteignent un niveau de fonctionnement normal (dans les 3 sphères du langage), comparé à 5,2 % chez les enfants du gr témoin. Pas de différence SS entre le nombre de participants qui s'améliorent chez les expressifs vs les réceptifs. Le z-score est sur plusieurs tests, dont REEL, RDLS, RAPT, CELF, selon l'âge et la catégorie diagnostique de l'enfant.	Bonne

Auteur, année, pays	Devis	Population (nbre études/participants)	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Cirrin, 2008, É.-U.	Revue systématique	21 études (n=639 enfants ayant un trouble du langage âgés entre 5 et 16 ans)	3 études sur syntaxe d'environ 5-10 h. Études sur le vocabulaire d'environ 10-15 h	divers	I > C Les techniques pour améliorer la conscience phonologique semblent efficaces (5 études n=174 niveau d'évidence modéré). Sémantique et vocabulaire (6 études n=65 niveau d'évidence modéré). Il semble y avoir un effet positif de collaborer avec les enseignants, du rythme de présentation ralenti pour le développement du vocabulaire, de stratégies de lecture interactive et des instructions directes sur la pensée analogique.	Moyenne
Frickle, 2013, R.-U.	ECRA	180 enfants provenant de 15 écoles (âge moyen de 4,0 ans)	30 sem:10 sem. maternelle (3x15 min=45 min/sem.) et 20 sem. à (3x30 min gr. et 2x15min indiv. =120min/sem.). Intervention par assistant sous supervision	attente ("watchful waiting")	I > C Les enfants qui ont reçu l'intervention ont une performance significativement meilleure quant aux habiletés langagières, narratives et conscience phonologique immédiatement et 6 mois après l'intervention que les enfants en attente. Les gains au niveau des habiletés littéraires ne sont pas significatifs.	Moyenne
Glogowska, 2000, Angleterre	ECRA	159 enfants d'âge préscolaire avec un TDL (âge moyen de 34 mois)	orthophonie en individuel; en moyenne : 1-2 fois/semaine pour 47 min, total 8 rencontres, 6 heures de thérapie sur 8 mois	attente ("watchful waiting")	I > C Le groupe intervention s'améliore SS plus que le groupe en attente sur le plan de la compréhension (DMS = 4,1, IC 95 % = 0,5 -7,6; p=0,025). Pas de différence SS pour le langage expressif (DMS, IC, p : 1,4, -2,1 - 4,8; p=0,44); taux d'erreur phonologique (-4,4, -12,0 - 3,3; p=0,26); développement du langage (0,1, -0,4 - 0,6; p=0,73). À la fin de l'étude, 70 % des enfants avaient encore des troubles du langage. CONCLUSION: Il y a peu d'évidence de l'efficacité de l'intervention langagière de 12 mois, comparée à l'attente.	Bonne
Law, 2004, É.-U.	Méta-analyse	13 ECRA enfants ou adolescents présentant un trouble du langage; la majorité des études exclut ceux avec un trouble réceptif sévère	Dans la plupart des études, l'intervention est offerte par un clinicien et pour plus de 8 semaines	attente ou absence d'intervention	I > C Les interventions pour la phonologie expressive ont SS plus d'effet que pas d'intervention (n=6 études, DMS= 0,44 IC : 0,01-0,86). L'effet est plus grand si les études où l'intervention est offerte par les parents sont exclues et si les études où	Bonne

Auteur, année, pays	Devis	Population (nbre études/participants)	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
					<p>l'intervention est offerte par un clinicien sont conservées.</p> <p>L'effet est plus grand si on exclut les études où l'intervention est de moins de 8 sem.</p> <p>I = C</p> <p>Expressive vocabulaire; effet non SS mais peut être efficace chez les enfants qui n'ont que des difficultés expressives (n=2 études, 74 participants).</p> <p>Syntaxe expressive, vocabulaire expressif, phonologie réceptive et syntaxe réceptive : effet non SS ou peu de données disponibles.</p>	
Smith-Lock, 2013, Australie	Quasi expérimental	3 milieux: 1 offrant l'intervention et 2 autres offrant le traitement usuel; total 34 enfants (19 interv-15 contrôle); enfants de 5 ans avec un diagnostic de trouble du langage	intervention cible des objectifs grammaticaux 1 h/sem. pour 8 semaines en groupe par orthophoniste, enseignant ou assistant enseignant en rotation	usuelle ciblée sur la compréhension; même intensité et personnel	<p>I > C</p> <p>L'intervention a un large effet dans le groupe intervention (ampleur de l'effet pré-post = 1,24, l'intervalle de confiance pas donné), alors qu'il n'y a pas de différence SS dans le groupe contrôle sur la grammaire testée avec le <i>Grammar Elicitation Test</i>. L'effet est plus grand chez les enfants qui n'ont pas de difficultés d'articulation (ampleur de l'effet =1,66, pas de changement pré et post dans ce groupe de 27 enfants).</p>	Bonne
Wake, 2015, Australie	ECRA (suivi de Wake 2013)	voir Wake 2013 (200 enfants)	voir Wake 2013	soins usuels	<p>I = C</p> <p>Après 2 ans, performance chez enfants de 6 ans, l'intervention pas mieux que contrôle pour langage expressif (DMS= 2,3; 95 % IC : -1,2 à 5,7; p = ,20) ni réceptif (DMS= 0,8; 95 % IC : -1,6 à 3,2; p = ,49); (efficace pour conscience phonologique et connaissance des lettres); plus coûteuse, différence moyenne de 4 276 \$.</p>	-
Wake, 2011, Australie	ECRA au niveau des centres de soins	301 enfants de 18 mois avaient des retards de langage (vocabulaire expressif)	intervention précoce (6 x 2 h par sem. par personnel entraîné à Hanen avec participation des parents (moy. de 4,5 séances = 9 h)	soins usuels	<p>I = C</p> <p>Pas de différence SS entre intervention précoce de faible intensité (9 h) et les soins usuels. Les 6 séances d'intervention précoce à 18 mois n'ont pas eu d'effet SS sur le langage expressif, réceptif, vocabulaire et comportement à 2 et 3 ans.</p>	Bonne
Wake, 2013, Australie	ECRA	200 enfants qui ont des troubles réceptifs et expressifs à 4 ans (même « pool » de	3 blocs de 6 séances d'une heure sur 6 sem. avec une pause de 6 sem. entre chaque bloc	soins usuels	<p>I = C</p> <p>Après 1 an, l'intervention pour les 4 ans offerte par assistant pas SS mieux que contrôle pour langage expressif (DMS= 2,0; 95 % IC : -0,5 à 4,4; p = ,12), ni pour réceptif (DMS=0,6; 95 % IC</p>	Bonne

Auteur, année, pays	Devis	Population (nbre études/participants)	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
		recrutement qu'en 2011, mais pas tous les mêmes enfants; certains avaient des troubles à 18 mois et n'en ont pas à 4 ans)	(= 18 h d'intervention) offertes par un assistant-orthophoniste		: -2,5 à 3,8; p = ,69) à 5 ans. Pas d'effet SS sur habiletés de langage pragmatique, qualité de vie liée à la santé, comportement (Strengths and Difficulties Questionnaire).	

Dépistage

Auteur, année, pays	Devis	Population nbre Études/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Antoniazzi, 2010, Australie	Cohorte	15 enseignants de 149 enfants à l'école primaire de SSE varié (âge moyen de 69 mois = 5,75ans)	dépistage par les enseignants avec le CELF-4 et le CCC-2	-	Les enseignants ne sont pas habilités à faire du dépistage. Les résultats obtenus par les 2 outils ne sont pas conséquents (sensibilité = 41 % et spécificité = 73 %), d'où l'importance de former les enseignants sur le développement normal du langage et sur les structures du langage telles qu'évaluées avec les outils.	Moyenne
De Koning, 2004, Pays-Bas	ECRA	9 656 enfants de 0-4 ans	screening à 18 et 24 mois	pratique usuelle de dépistage	Le dépistage permet de détecter les enfants présentant des troubles plus tôt (1,25 à 2 fois plus de chances d'être identifié avant l'âge de 36 mois), mais pas d'effet sur le langage à 36 mois.	Moyenne
Petit-Carrié, 2003, France	Cohorte	1 363 enfants de 4 ans	campagne universelle de dépistage	pratique usuelle de dépistage	Le dépistage permet un meilleur accès aux services; plus grand % d'enfants dans le groupe dépistage a été identifié avec des difficultés et ayant besoin de services.	Bonne
Berkman, 2015, É.-U.	Revue systématique	0 étude retenue enfants asymptomatiques de moins de 5ans	dépistage universel	-	Il manque de données afin de déterminer si le dépistage amène des améliorations au niveau du langage. À partir de ces résultats, le Groupe de travail américain sur les services de prévention recommande de ne pas faire de dépistage universel.	Bonne
Warren, 2016, Canada	Revue systématique	2 études (van Agt et Guevera); enfants asymptomatiques de moins de 5 ans	dépistage universel	pratique usuelle de dépistage	Il y a SS plus de consultations pour intervention dans le groupe avec dépistage que dans le groupe contrôle, mais pas d'effet sur la performance scolaire à 8 ans. Les données sur le dépistage des retards de développement chez les enfants asymptomatiques ne nous permettent pas de tirer des conclusions. À partir de ces résultats, le GECSSP recommande de ne pas faire de dépistage universel.	Bonne

Parents

Auteur, année, pays	Devis	Population nbre études/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Intervention par le parent comparée à pas d'intervention						
Allen, 2011, R.-U.	ECRA	parents de 16 enfants de 8-10 ans avec TLP (expressif)	Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) : bloc de 4 séances hebdomadaires, guider les parents pour améliorer leur connaissance et compréhension du langage de leur enfant (utilisation de vidéo, objectifs choisis par parent); plus 3 x 5 min par semaine d'exercices à domicile; réévalué après 6 semaines de consolidation	attente	L'intervention est efficace chez les 8-10 ans ayant un trouble expressif. Groupe intervention a des meilleurs résultats que le groupe en attente sur 3 des 5 indicateurs : initiations verbales, longueur moyenne des énoncés et ratio d'énoncés émis par les enfants et par les parents (tous les $p < 0,001$). Il y a une tendance d'effet positif non SS sur les réponses verbales et non verbales ($p = 0,050$ et $0,063$ respectivement).	Moyenne
Buschmann, 2009, Allemagne	ECRA	47 enfants de 24,7 mois avec trouble langage expressif (ceux avec trouble réceptif étaient exclus)	intervention en groupe de 7, courte (3 mois) et intense (7 séances de 2 h et 1 séance de 3 h après 6 mois); enseigner aux mères diverses stratégies de communication, dont une des principales est le partage de livre illustré (intervention est nommée Heidelberg)	attente Il y a aussi un groupe d'enfants sans TDL (n=36).	Groupe formation pour mères s'est amélioré SS plus que le groupe en attente sur tous les indicateurs à 6 mois (AE varie entre 0,72 et 1,16) et à 12 mois (AE varie entre 0,67 et 0,75, sauf pour formation du pluriel AE = 0,23). Après l'intervention, 75 % des enfants du groupe d'intervention ont montré des capacités langagières expressives normales, contrairement à 44 % dans le groupe d'attente. Seulement 8 % des enfants du groupe d'intervention, contre 26 % dans le groupe d'attente, satisfont aux critères diagnostiques de TDL.	Bonne
Chao, 2006, É.-U.	ECRA	41 enfants de 3-5 ans à risque de problèmes du langage (score < 1ÉT sur TELD) et de comportement (24 enfants avaient des problèmes uniquement de langage et 6 les deux problèmes)	entraînement des parents (intensité inconnue) et activités quotidiennes offertes par le parent à domicile; le parent est soutenu par un partenaire (étudiant en éducation spécialisée ou en orthophonie) toutes les 2 semaines jusqu'à la maternelle ou 1 ^{re} année.	attente	Les enfants dont les parents ont reçu de l'entraînement ont des meilleurs résultats aux tests que ceux dont les parents n'ont pas reçu d'intervention. Différence SS entre les 2 groupes sur les 3 tests du TELD-3 (langage réceptif : $F(1, 38) = 4,68, p = ,037$; langage expressif : $F(1, 38) = 7,99, p = ,007$; langage parlé : $F(1, 38) = 8,06, p = ,007$). Différence SS entre les 2 groupes également sur le plan du comportement (selon test ECBI)	Faible

Auteur, année, pays	Devis	Population nbre études/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Pile, 2010, Canada	ECRA	36 enfants présentant un TL; âge moyen de 53 mois	parent agit comme aide-éducateur. Intervention de 9 semaines : une consultation individuelle puis 8 séances d'1 h en groupe de 2-3 enfants; retour avec les parents après chaque séance	attente	Groupe intervention n'a pas de meilleurs résultats que groupe en attente. Les parents utilisent plus le matériel imprimé et ont un meilleur équilibre dans le ratio des interactions parent-enfant (effet de grandeur moyenne), mais pas de différence quant au langage; possiblement dû à la façon variable de compléter les exercices	Bonne
Roberts, 2012, É.-U.	ECRA	34 enfants de 24-42 mois (présentant un TLP expressif ou réceptif) et 18 enfants sans TLP	intervention a 2 composantes : l'entraînement d'un parent et l'intervention auprès de l'enfant. Il y a 4 ateliers pour le parent et 24 séances pour que le parent pratique les stratégies auprès de l'enfant avec un intervenant (2 séances par semaine pour 3 mois).	attente Il y a aussi un groupe de 28 enfants sans trouble du langage	Parents > Attente Les enfants du groupe intervention ont fait SS plus de gains que ceux en attente sur les mesures des capacités langagières expressives (PLS-4, la longueur moyenne des énoncés et le nombre de racines de mots différentes) et réceptives (PLS-4).	Moyenne
Roberts, 2015, É.-U.	ECRA	97 enfants de 24-42 mois avec un retard du langage (réceptif et expressif)	intervention a 2 composantes : l'entraînement d'un parent et l'intervention auprès de l'enfant. Il y a 4 ateliers pour le parent et 24 séances pour que le parent pratique les stratégies auprès de l'enfant avec un intervenant (2 séances par semaine pour 3 mois).	attente	Les différences au niveau du langage réceptif sont SS, mais petites (différence moyenne ajustée sur PLS-4 de 5,3; 95 % intervalle de confiance 0,15 à 10,4, AE 0,27). Les différences au niveau du langage expressif global ne sont pas SS (PLS-4 DMS= 0,37, 95 % intervalle de confiance 24,5 à 5,3; P = ,88, AE 0,03). Les parents ont utilisé beaucoup les stratégies, alors ce n'est pas ce qui explique le manque d'effet.	Bonne
Intervention par le parent comparée à une offerte par l'orthophoniste						
Baxendale, 2003, R.-U.	ECRA	37 enfants de 2-3 ans	<i>Hanen Parent Program</i> (HPP) programme d'enseignement aux parents (les enfants ne sont pas présents) de 11 semaines avec 8 séances de groupe hebdomadaires et 3 visites à domicile offertes par 2 cliniciens; utilise aussi la vidéo pour rétroaction	intervention par un orthophoniste en individuel avec l'enfant; le parent est présent; même nombre de séances que gr intervention	Parents = orthophoniste L'intervention n'est pas mieux que les services usuels (différence pas SS entre les 2 groupes aux 3 temps d'évaluation (pré p=1,0; 6 mois p=0,4 et 12 mois post p=0,9).	Moyenne/ Faible

Auteur, année, pays	Devis	Population nbre études/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Gibbard, 2004, R.-U.	Quasi expérimental	21 enfants de 2 ans	11 séances de groupe aux 2 semaines pour 6 mois pour enseigner aux parents des stratégies et travailler des objectifs	séance individuelle avec orthophoniste aux 3 mois pour 6 mois (donc 2 rencontres) pour conseils généraux sur le développement du langage	Parents > orthophoniste Les enfants dont les parents ont reçu de l'enseignement pour 6 mois ont des meilleurs résultats que ceux qui ont reçu quelques séances individuelles. La différence entre les 2 groupes est SS sur plusieurs indicateurs de capacités langagières ($p < 0,01$), sauf celui du vocabulaire. L'intervention coute environ £3,82 pour le gain d'1 point sur l'échelle PLS (langage expressif) (basé sur données de 8 personnes).	Moyenne
Van Balkom, 2010, Pays-Bas	ECRA	22 enfants de 2-3 ans avec un diagnostic de retard du développement du langage	formation pour les parents basée sur la vidéo, de 13 semaines, 6 visites à domicile de 90 min, 2 fois semaine	<i>Direct Child Language Intervention</i> (DCI;) programme en individuel par clinicien; 12 séances de 45 min sur 12 semaines, total 9h; inclut vidéo; parents pas présents. Les deux gr reçoivent total de 540 min.	Formation pour les parents = intervention offerte par orthophonistes Pas de différence SS entre les résultats des enfants du groupe formation et ceux du groupe vu par un clinicien sur grammaire, longueur moyenne des énoncés, compréhension et cohérence du discours.	Moyenne/Faible
Law, 2004, É.-U.	Méta-analyse	3 ECRA (Fey, 1993; Gibbard, 1994; Law, 1999); 66 participants	intervention offerte par des parents qui ont reçu une formation	services usuels	Parents = orthophonistes Selon les 3 études recensées sur ce sujet, il n'y a pas de différence SS entre l'intervention offerte par un parent formé et celle d'un orthophoniste.	Bonne

Groupe

Auteur, année, pays	Devis	Population nbre études/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Boyle, 2007 et 2009, R.-U.	ECRA	161 enfants de 6-11 ans avec TDL (réceptif et/ou expressif, score <1,5 ET sur CELF-3 et QI non verbal >75)	5 groupes avec environ 30 enfants dans chaque gr : un groupe traitement usuel et 4 conditions expérimentales : intervention en individuel par orthophoniste, en individuel par assistant, en groupe de 3-5 enfants par orthophoniste, en groupe par assistant; 3 sessions de 30 minutes par semaine pour 15 semaines (22,5 h).	traitement usuel (consultations à l'école)	intervention offerte en individuel est aussi efficace qu'en groupe (CELF-3 et BPVS) immédiatement après l'intervention et après 1 an. L'ampleur des effets est petite.	Bonne
Law, 2004, É.-U.	Revue systématique	1 étude (Sommers, 1966); 240 enfants	intervention en groupe pas détaillée	intervention en individuel pas détaillée	pas de différence entre individuel et groupe (DMS=0,01, 95 % CI : -0,26- 1,17)	Indéterminée

Intervention par assistant

Auteur, année, pays	Devis	Population nbre études/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Boyle, 2007 et 2009, R.-U.	ECRA	161 enfants de 6-11 ans avec TDL (réceptif et/ou expressif; score <1,5 ET sur CELF-3 et QI non verbal >75)	5 groupes avec environ 30 enfants dans chaque gr : un groupe traitement usuel et 4 conditions expérimentales : intervention en individuel par orthophoniste, en individuel par assistant, en groupe de 3-5 enfants par orthophoniste, en groupe par assistant; 3 sessions de 30 minutes par semaine pour 15 semaines (22,5 h).	traitement usuel (consultations à l'école)	intervention offerte par un assistant est aussi efficace que par un orthophoniste (CELF-3 et BPVS); l'intervention la plus économique est celle offerte par assistant et en groupe	Bonne

Intervention par éducateur en services de garde ou enseignant

Auteur, année, pays	Devis	Population nbre études/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
McCartney, 2011, R.-U.	Cohorte d'enfants suivie par des enseignants comparée à un groupe contrôle historique suivi par des orthophonistes	38 enseignants et 31 orthophonistes (groupe contrôle de l'étude de Boyle)	approche de consultation (activités choisies par l'orthophoniste et l'enseignant puis offertes en classe par l'enseignant et rencontre mi-intervention); moyenne de 1-2 contacts par semaine pour 4 mois	services usuels : consultation auprès des enseignants par orthophoniste ou assistant ortho et intervention directe (environ 6-9 sessions sur 15 sem.)	Pas de différence entre le groupe qui reçoit l'approche de consultation et le groupe contrôle historique du ECRA de Boyle (orthophoniste) Les deux groupes ont peu d'effet sur le langage expressif (p = 0,46) et réceptif (p = 0,10) (CELF-3 à 4 mois). Les enseignants font peu d'activités.	Moyenne (faible intensité de l'intervention dans les deux groupes)
Pence, 2008, É.-U.	ECRA	14 enseignants qui travaillent auprès de 197 enfants défavorisés de 4-5 ans	programme avec emphase sur le langage (technique sur le contexte de l'activité, tel que le drame, livre, etc., et sur les instructions (formulation des phrases); 15 h de formation sur 3 j	programme régulier	Les enseignants adhèrent peu au programme axé sur le langage. Celui-ci consiste en l'utilisation de consignes modulées selon les capacités langagières des enfants. Les enseignants utilisent peu les stratégies enseignées.	Moyenne (évaluateurs non aveugles)

Intensité

Auteur, année, pays	Devis	Population nbreétudes/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Gallagher, 2009, R.-U.	ECRA	24 enfants de 3,6 et 5,0 an en attente de services	3 gr : (1) intervention intensive et directe (24 séances de 4 h total = 96 h sur 24 sem., 2 blocs avec pause de 2 mois) offerte en groupe par orthophoniste,	(2) consultation 12 h en 2 blocs par orthophoniste plus exercices par personnel de la garderie, (3) pas d'intervention	L'intervention intense de 24 séances de 4 h (96 h sur 24 semaines en deux blocs) est mieux qu'une intervention de moindre intensité (12 séances d'une heure) sur tous les indicateurs, mais pas de différence entre les deux sur la grammaire expressive.	Bonne
Jacoby, 2002, É.-U.	Cohorte	234 enfants de 3-6 ans ayant reçu des services d'orthophonie (pour trouble d'articulation ou de langage)	durée de l'intervention selon une banque de données (nombre d'unités : 1 unité = 15 min)	amélioration de la communication fonctionnelle (trouble d'articulation, de production, de compréhension ou TL)	L'intensité est associée à l'amélioration de la communication (capacités d'articulation et de production), mais pas de la compréhension. Les interventions de plus de 20 h améliorent plus les capacités d'articulation (SS), de production (SS) et de compréhension (non SS) que celles d'intensité moindre (moins de 20 h). Le risque relatif d'augmenter de 2 niveaux sur l'échelle de FCM = 1,6 articulation (SS) et = 1,7 pour production (SS) et = 2,6 pour compréhension du langage (pas SS).	Bonne
Law, 2004, É.-U.	Méta-analyse	6 ECRA, dont 4 de plus de 8 semaines; 262 participants de 1-6 ans	effet de toutes les interventions comparé à l'absence d'intervention	effet des interventions de plus de 8 semaines comparé à l'absence d'intervention	Les interventions de plus de 8 semaines ont un effet plus grand, comparées aux interventions de plus et de moins de 8 semaines considérées ensemble (AE= 0,44 IC : 0,01-0,86 comparé à AE = 0,74 IC : 0,14-1,33 sur le langage expressif phonologique).	Bonne
Schmitt, 2017, É.-U.	Cohorte	233 enfants de 5-8 ans présentant un TDL suivis par 73 orthophonistes	intensité des services en orthophonie offerts	association entre intensité et gains langagiers (une variable pour représenter le langage a été créée avec un modèle d'équation structurelle à partir	Les enfants recevant des traitements de i) longue durée et à faible dose ou ii) de courte durée et à forte dose ont eu de meilleurs résultats que les enfants recevant un traitement de iii) longue durée et forte dose ou iv) de courte durée à faible dose. Il y a une différence SS entre l'intensité des services prescrits et ceux offerts en	Bonne

Auteur, année, pays	Devis	Population nbreétudes/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
				de CELF-4 et WJ-III)	<p>termes de durée des séances et nombre de séances. 45 % reçoivent moins, 37 % reçoivent plus et 15 % reçoivent tel que prescrit.</p> <p>Pas de relation entre l'intensité de l'intervention et la sévérité du trouble (coefficient de corrélation= -0,10)</p>	
Smith-Lock, 2013, Australie	Quasi expérimental	31 enfants de 5 ans avec TDL	1 centre qui offre 8 sessions quotidiennes sur 8 jours scolaires consécutifs	autre centre qui offre l'intervention en 8 sessions hebdomadaires	<p>L'intervention pour la grammaire expressive est plus efficace lorsqu'offerte hebdomadairement sur 8 semaines que quotidiennement sur 8 jours.</p> <p>Les enfants du groupe d'intervention hebdomadaire ont fait statistiquement plus de progrès significatifs pendant l'intervention que pendant la période précédant l'intervention (AE= 1,64), alors que le groupe d'intervention quotidienne ne s'est pas amélioré.</p>	Bonne/moyenne

Technologie

Auteur, année, pays	Devis	Population nbreétudes/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Télépratique						
Grogan-Johnson, 2010, É.-U.	ECRA	34 enfants de 4-12 ans	séances offertes en personne	séances offertes en visioconférence	Les séances de thérapie orthophonique en visioconférence sont aussi efficaces qu'en clinique.	Moyenne (pas clair si l'essai a été mené à l'aveugle)
Sutherland, 2016, Australie	Cohorte	23 enfants de 8-12 ans	séances offertes en personne	séances offertes en visioconférence	Les résultats obtenus par l'évaluation en face à face et par visioconférence sont similaires (coefficients de corrélation varient entre 0,96 et 1,0 selon les sous-tests).	Bonne
Waite, 2010, Australie	ECRA	25 enfants de 5-9 ans	évaluation par internet	évaluation en face à face	Les résultats obtenus par l'évaluation en face à face et par internet sont similaires (différence de moins d'un point sur le CELF-4).	Bonne
Intervention assistée d'un ordinateur utilisant un logiciel spécialisé						
Cohen, 2005, R.-U.	ECRA	77 enfants de 6-10 ans	intervention assistée d'un ordinateur avec stimuli acoustiques rehaussés pour 6 semaines	2 groupes : programme d'ordinateur commercial; pas d'intervention en lien avec l'étude	L'intervention assistée d'un ordinateur (programme rehaussé <i>Fast ForWord-FFW</i> ou commercial) n'est supérieure à aucune intervention après 6 semaines.	Bonne
Gillam, 2008, É.-U.	ECRA	216 enfants de 6-9 ans	intervention assistée d'un ordinateur avec stimuli acoustiques rehaussés	3 gr : programme d'ordinateur sans modifications; intervention individuelle et contrôle	L'intervention assistée d'un ordinateur rehaussée (<i>Fast ForWord</i>) est aussi efficace que l'intervention traditionnelle.	Bonne
Washington, 2011, Canada	ECRA	34 enfants de 3-5 ans	intervention assistée d'un ordinateur (<i>My Sentence Builder</i>)	2 groupes de comparaison : traitement usuel et attente	L'intervention assistée d'un ordinateur est aussi efficace que l'intervention traditionnelle pour les troubles de grammaire expressive.	Bonne

Multilinguisme

Auteur, année, pays	Devis	Population nbre études/participants	Intervention (dose, fréquence, durée)	Comparateur	Résultats	Qualité
Ebert, 2014; Pham, 2015, É.-U.	ECRA	48 enfants de 5-11 ans	bilingue (Espagnol/Anglais); 4-5 x 75 min = 360 min par sem. pour 6 sem.	anglais seulement, non linguistique et contrôle. Tous les groupes reçoivent des soins usuels offerts par l'école (30-60 min par sem., 13-24 séances par année scolaire)	Les 3 groupes ont fait des gains comparables en anglais immédiatement après la fin de l'étude. Seulement le groupe bilingue a fait des gains significatifs en espagnol, ce qui appuie l'hypothèse voulant que les gains ne se généralisent pas d'une langue à l'autre, mais sont plutôt spécifiques à la langue ciblée par l'intervention.	Moyenne (i) taux d'attrition élevé et inégal entre les groupes et (ii) pas précisé si les évaluateurs ont fait l'évaluation à l'aveugle
Gutierrez-Clellen, 2012, É.-U.	ECRA	188 enfants de 4 ans avec TL qui parlent espagnol	intervention bilingue (anglais et espagnol en alternance chaque jour) 4 x par sem. pour 45 min en groupe de 2-4 enfants pour 12 sem. (n=91)	anglais seulement (n=97)	Les enfants dans le groupe bilingue ont fait des apprentissages plus rapidement en anglais que le groupe anglais seulement (longueur moyenne d'énoncé). Les enfants ayant des meilleures capacités en espagnol font plus de gains en anglais que ceux ayant des capacités moindres. Donc, l'intervention est plus bénéfique lorsque bilingue et pour les enfants ayant de meilleures capacités en anglais initialement.	Bonne
Restrepo, 2013, É.-U.	ECRA	202 enfants de 4-5 ans	4 gr intervention: vocabulaire unilingue anglais, vocabulaire bilingue, math unilingue, math bilingue (anglais et espagnol) 12 sem.	gr de 54 enfants "normal" pas d'intervention	Le groupe intervention bilingue a fait des gains dans les deux langues, alors que le groupe unilingue n'en a fait que dans une seule langue, soit en anglais.	Bonne
Thordardottir, 2015, Canada	ECRA	29 enfants de 5 ans dont 2 ^e langue est français et 1 ^{re} langue est autre	intervention bilingue (français et langue parlée à la maison)	une seule langue (français) et attente	Pas de différence entre les 2 groupes (unilingue français, français et langue parlée à la maison), tant sur les capacités en français que dans l'autre langue (selon Peabody, EOW, RDLS, MLU, NWR, <i>sentence imitation</i>)	Bonne

ANNEXE D

Évaluation de la qualité des études

Abréviations : AE : ampleur de l'effet; C : groupe contrôle; DMS : différence moyenne standardisée; ECRA : essai clinique à répartition aléatoire; ET : écart type; I : groupe intervention; IC : intervalle de confiance; TPL : trouble primaire du langage; SS : statistiquement significatif.

11 questions de CASP pour ECRA	Allen 2011	Baxendale 2003	Boyle 2007 et 2009	Broomfield 2011	Buschmann 2009	Chao 2006	Cohen 2005	De Koning 2004
Partie 1								
L'essai repose-t-il sur une question bien définie?	Oui	Ne sais pas	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
L'affectation des patients aux traitements s'est-elle faite de manière aléatoire?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les patients admis à l'essai ont-ils tous été pris en compte à la fin de l'essai?	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Ne sais pas	Oui	Oui
L'essai a-t-il été mené en aveugle auprès des patients, des travailleurs de la santé et du personnel qui y était affecté?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Ne sais pas	Oui	Ne sais pas
Au début de l'essai, les groupes étaient-ils similaires?	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Mis à part l'intervention à l'étude, les groupes ont-ils été traités de la même façon?	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Partie 2								
Quelle était l'ampleur de l'effet du traitement?	Difficile à déterminer, pas AE ni ET publié mais la valeur du p est très petite	Pas de différence	Les effets sont très petits, le plus grand étant = 0,15	Mesuré en "mean change in z-score" ce qui est difficile à interpréter cliniquement mais une grosse différence dans le % de personnes atteignant un fonctionnement normal	Grand	Selon eux, l'effet est modéré car ils comparent groupe contrôle et groupe intervention post. Mais le gr contrôle s'est détérioré pour une raison inconnue. L'effet est petit si on regarde pré-post intervention.	Pas de différence SS	Pas quantifié
Dans quelle mesure l'évaluation de l'effet du traitement était-elle précise? CV= ET/moyen. Si CV <15-16% bonne, si entre 15-25 ou 33% +/- précis, si CV >25 ou 33% donnée est peu précise	Gr contrôle meilleur verbal initiation et long. énoncé mais le résultat est que gr interv est meilleur à la fin donc le déséquilibre initial fait simplement diminuer l'ampleur de l'effet mais pas la direction. gr contrôle est filmé mais ne reçoit pas les 4 sessions d'entraînement	Relativement petit	Assez précise (IC de l'ampleur est autour de: -0,30 à +0,30)	Plus ou moins	IC Non fourni	il utilise beta partial square qui est pour variables catégoriques et qui surestime l'effet		Pas précisé
Les résultats peuvent-ils s'appliquer dans votre milieu?	Oui	Ne sais pas	Oui	Oui	Oui	Oui		Oui
Les auteurs ont-ils pris en considération tous les paramètres cliniques importants?	Non	Non	Oui	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas		Ne sais pas
Les inconvénients et les coûts sont-ils justifiés compte tenu des avantages?	Oui	Ne sais pas	Oui	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas		Ne sais pas
Appréciation générale	Moyenne	Moyenne (faible)	Bonne	Bonne	Bonne	Faible	Bonne	Moyenne
Commentaires	Méthodes acceptables, mais que 16 enfants, il aurait été bien de donner plus informations sur le niveau social économique, intensité de l'entraînement, résultats bruts (ET puisque petit échantillon).	Ce n'est pas clair s'ils veulent tester l'effet d'être défavorisé en sélectionnant des enfants du centre-ville. pas gr contrôle pour comparer avec progrès attendu selon le développement normal de l'enfant		Au début, le groupe témoin est moins incapable que le groupe intervention	Analyse pas par intention de traitement, haut taux attrition (11 sur 58= 20%)	On ne connaît pas la durée du suivi, attrition,		

Évaluation de la qualité des études (suite)

11 questions de CASP pour ECRA	Ebert 2014	Fricke 2013	Gallagher 2009 intensité	Gibbard 2004	Gillam 2008	Glogowska 2000	Grogan-Johnson 2010	Gutierrez 2012
Partie 1								
L'essai repose-t-il sur une question bien définie?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
L'affectation des patients aux traitements s'est-elle faite de manière aléatoire?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Les patients admis à l'essai ont-ils tous été pris en compte à la fin de l'essai?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Ne sais pas	Non
L'essai a-t-il été mené en aveugle auprès des patients, des travailleurs de la santé et du personnel qui y était affecté?	Ne sais pas	Ne sais pas	Oui	Non	Oui	Oui	Ne sais pas	Oui
Au début de l'essai, les groupes étaient-ils similaires?	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Ne sais pas
Mis à part l'intervention à l'étude, les groupes ont-ils été traités de la même façon?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Partie 2								
Quelle était l'ampleur de l'effet du traitement?	pas de différence SS,	Petit	Grand	Information pas disponible pour en juger (différence de 4,29 sur PLS-E=?)	Pas de diff SS	Petit	Pas de diff SS	AE Large selon le texte, pas de chiffre
Dans quelle mesure l'évaluation de l'effet du traitement était-elle précise? CV= ET/moyen. Si CV <15-16% bonne, si entre 15-25 ou 33% +/- précise, si CV>25 ou 33% donnée est peu précise	AE mod/grand mais pas ajusté (table 2)	Intéressant ils ont regroupé les différents tests sous 4 concepts avec SEM	Pourrait être plus précise (certains écarts-types sont presque aussi gros que la moyenne)	Les IC et les ET semblent assez petits		Imprécis Large ET		Adéquat, analyse par régression linéaire
Les résultats peuvent-ils s'appliquer dans votre milieu?	Oui	Oui	Oui	Oui		Oui		Oui
Les auteurs ont-ils pris en considération tous les paramètres cliniques importants?	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas		Ne sais pas		Oui
Les inconvénients et les coûts sont-ils justifiés compte tenu des avantages?	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Oui		Ne sais pas		Ne sais pas
Appréciation générale	Moyenne	Moyenne	Bonne	Moyenne	Bonne	Bonne	Moyen	Bonne
Commentaires	Faiblesse majeure = aveugle? Il semble qu'ils aient exclu 3 enfants, sur 59 =5% distribué également entre les 2 gr, parce que pauvre participation, groupes pas pareils mais ajustés dans l'analyse statistique	On ne sait pas si les évaluations ont été faites à l'aveugle	Seul point négatif est petit échantillon de 24 enfants	Pas aléatoire mais ont pris 14e dans un gr puis les 14 suivants dans l'autre semble acceptable mais évaluateur pas aveugle ça c'est problématique et pas intention de traitement (exclue 1 pers)			Peu de détails sur la méthodologie (ie randomisation, aveugle, analyse par intention...), le nombre de participants diffère d'une section à l'autre du manuscrit: 32 ou 34?	Taux d'attrition énorme

Évaluation de la qualité des études (suite)

11 questions de CASP pour ECRA	Justice 2011	McCartney 2011	Pence 2008	Pham 2015 (même que Ebert)	Pile 2010	Restrepo 2013	Roberts 2012	Roberts 2015
Partie 1								
L'essai repose-t-il sur une question bien définie?	Ne sais pas	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
L'affectation des patients aux traitements s'est-elle faite de manière aléatoire?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les patients admis à l'essai ont-ils tous été pris en compte à la fin de l'essai?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Ne sais pas	Oui
L'essai a-t-il été mené en aveugle auprès des patients, des travailleurs de la santé et du personnel qui y était affecté?	Ne sais pas	Oui	Ne sais pas	Ne sais pas	Oui	Ne sais pas	Non	Non
Au début de l'essai, les groupes étaient-ils similaires?	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Mis à part l'intervention à l'étude, les groupes ont-ils été traités de la même façon?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Partie 2								
Quelle était l'ampleur de l'effet du traitement?	Grand d=0,92	Pas de différence entre les moyennes	Les amplitudes sont grandes	Pas de différence SS,	Information pas disponible pour en juger	?	Grand	Petit pour réceptif et nul pour expressif
Dans quelle mesure l'évaluation de l'effet du traitement était-elle précise? CV= ET/moyen. Si CV <15-16% bonne, si entre 15-25 ou 33% +/- précis, si CV>25 ou 33% donnée est peu précise	Imprécis ET parfois plus grand que la moyenne	Pas de données sur l'analyse stat (pas de p, ni AE)	Pas précis car n=14		Imprécis	Adéquat, analyse par régression linéaire	Imprécis	ET=1 sur 4 de la moyenne
Les résultats peuvent-ils s'appliquer dans votre milieu?	Ne sais pas	Oui	Ne sais pas	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Les auteurs ont-ils pris en considération tous les paramètres cliniques importants?	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Oui	Ne sais pas	Oui
Les inconvénients et les coûts sont-ils justifiés compte tenu des avantages?	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas
Appréciation générale	Bonne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Bonne	Bonne	Moyenne	Bonne
Commentaires	Même si pas spécifié ça probablement été fait en aveugle, analyse par traitement pas par ITT, bonne étude mais possible sur estimation de l'effet possible biais de sélection recruté par annonce ce qui explique haut degré d'éducation des parents pourquoi ECR si le but est mesuré l'ampleur de l'effet de l'intervention. Leur question ne contient pas de comparateur.	Problème principal est que le gr contrôle dans les faits ne reçoit pas beaucoup de services et que les gr semblent finalement très semblables. Points positifs: analyse par intention de traitement, données manquantes remplacées par valeurs pre-	Les auteurs sont conscients des limites et font attention dans leur conclusion ce qui est bien. Les enfants sont sélectionnés car ils sont à risque de problèmes car viennent de milieu défavorisé. Les évaluateurs de fidélité n'étaient probablement pas aveugles (savaient quelle classe faisait quoi) mais les profs ne savaient pas les assignations ni le contenu de la grille d'évaluation.	Taux d'attrition élevé et inégal entre les groupes et aveugle?			Peu de détails sur la randomisation, gr intervention avec plus éducation et revenue	La limite principale est que les évaluateurs n'étaient pas aveugles. Leur conclusion ne correspond pas aux petits résultats obtenus. Leur jugement du rapport coûts-bénéfices est subjectif.

Évaluation de la qualité des études (suite)

11 questions de CASP pour ECRA	Smith-Lock 2013 intensité	Smith-Lock 2013, efficacité	Thordardottir 2015	van Balkom 2010	Wake 2013	Washington 2011
Partie 1						
L'essai repose-t-il sur une question bien définie?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
L'affectation des patients aux traitements s'est-elle faite de manière aléatoire?	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Les patients admis à l'essai ont-ils tous été pris en compte à la fin de l'essai?	Oui	Oui	Oui	Ne sais pas	Oui	Oui
L'essai a-t-il été mené en aveugle auprès des patients, des travailleurs de la santé et du personnel qui y était affecté?	Ne sais pas	Ne sais pas	Oui	Ne sais pas	Oui	Oui
Au début de l'essai, les groupes étaient-ils similaires?	Oui	Oui	Oui	Ne sais pas	Oui	Oui
Mis à part l'intervention à l'étude, les groupes ont-ils été traités de la même façon?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Partie 2						
Quelle était l'ampleur de l'effet du traitement?	Large	Large	Pas de différence SS,	Petit	Grande ampleur Non SS	Pas de différence SS
Dans quelle mesure l'évaluation de l'effet du traitement était-elle précise? CV= ET/moyen. Si CV <15-16% bonne, si entre 15-25 ou 33% +/- précis, si CV>25 ou 33% donnée est peu précise		Pas vraiment, table 3, les ET sont >0.5 que la moyenne ce qui est attendu compte tenu n=34 et les IC autour de l'ampleur d'effet ne sont pas indiqués		?	Imprécis	
Les résultats peuvent-ils s'appliquer dans votre milieu?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Les auteurs ont-ils pris en considération tous les paramètres cliniques importants?	Ne sais pas	Ne sais pas	Oui	Ne sais pas	Ne sais pas	
Les inconvénients et les coûts sont-ils justifiés compte tenu des avantages?	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	Ne sais pas	
Appréciation générale	Bonne/moyenne	Bonne/moyenne	Bonne	Moyenne/ faible	Bonne	Bonne
Commentaires	Enfants pas tout à fait pareils au départ et gr contrôle s'améliore entre 2 évaluations pré intervention	Pas assez données statistiques (seulement AE sans IC), exclu les 6 enfants ayant des données manquantes. Aveugle: 2 des 3 évaluateurs étaient aveugles, ils prétendent avec des chiffres à l'appui que les évaluateurs ont fait des évaluations comparables.		Inconsistance dans certaines données, par exemple, n=8 à T1 et n=10 à T3 table 1, capacités qui diminuent grandement dans gr contrôle alors intervention semble fonctionner...	Faire attention à interprétation des résultats il laisse croire que l'intervention a un potentiel d'améliorer le langage dans la conclusion mais ce n'est pas ce que les statistiques montrent (p est Non ss) (use of Non- professionnels vs pas intervention	

Évaluation de la qualité des études (suite)

12 questions du CASP pour cohorte	Jacoby 2002	Petit-Carrié 2003	Schmitt 2017	Sutherland 2016
L'étude repose-t-elle sur une question bien définie?	Oui	Oui	Oui	Oui
La cohorte a-t-elle été recrutée d'une manière acceptable?	Oui	Oui	Oui	Oui
L'exposition est-elle mesurée précisément, de façon à réduire le biais?	Non	Oui	Oui	Non
Les résultats sont-ils mesurés précisément, de façon à réduire le biais?	Ne sais pas	Oui	Oui	Ne sais pas
Les auteurs ont-ils tenu compte de tous les facteurs confusionnels importants? Les auteurs ont-ils tenu compte des facteurs confusionnels potentiels dans la méthodologie de l'étude et (ou) dans leur analyse?	Oui	Oui	Oui	Oui
Le suivi des sujets était-il exhaustif? Le suivi des sujets était-il assez long?	Oui	Oui	Oui	Oui
Quels sont les résultats de cette étude?	Risque de s'améliorer selon l'intensité des interventions	L'accès aux services d'orthophonie	Description des services rendus et analyse de la relation entre l'intensité des services et les résultats	Corrélation entre 2 modes d'administration d'un test
Quelle est la précision des résultats?	Moyen, intervalles grands	Précis, intervalles sont petits	Ils ont 3 questions; le devis est optimal pour la 1re question, moyen pour la 2e et pas le meilleur choix pour la 3e question. Pas d'analyse statistique sur des moyennes ni sur le fit du modèle structurel (chi-square, RMSEA et SRMR ou CFI, TLI)	Adéquat
Les résultats vous semblent-ils crédibles?	Oui	Oui	Oui	Oui
Les résultats peuvent-ils s'appliquer à la population d'ici?	Oui	Oui	Oui	Oui
Les résultats de cette étude correspondent-ils à ceux des études précédentes?	Oui	Oui	Oui	Oui
En quoi cette étude pourrait-elle influencer sur la pratique?	Oui	Oui	Oui	Oui
Appréciation générale	Bonne	Bonne	Bonne	Bonne
Commentaires				

Évaluation de la qualité des études (suite)

12 Questions du CASP Diagnostique	Antoniazzi 2010	Waite 2010
L'étude repose-t-elle sur une question bien définie	Non	Oui
A-t-on comparé le résultat du test étudié au résultat d'un test de référence approprié?	Non	Oui
Les patients ont-ils tous subi le test diagnostique et le test de référence?	Oui	Oui
Est-il possible que les résultats du test aient été influencés par les résultats du test de référence?	ne sais pas	Non
La maladie de la population soumise au test est-elle décrite clairement?	Oui	Oui
La réalisation du test est-elle décrite de manière suffisamment détaillée?	Non, pas clair qui fait le deuxième	Oui
Quels sont les résultats de cette étude?	Pauvre justesse du test	Accord inter juge
Quel est le degré de certitude à l'égard des résultats? Et à l'égard des conséquences ainsi que du coût des solutions de rechange?	peu d'info	Adéquat
Les résultats peuvent-ils s'appliquer à vos patients ou à la population visée?	Oui	Oui
Est-il possible de faire passer ce test à vos patients ou à la population visée?	Oui	Oui
Les résultats sont-ils tous importants pour la personne ou la population visée?	Oui	Oui
Quel effet aurait ce test s'il était utilisé chez vos patients ou dans la population visée?	Ne sais pas	Ne sais pas
Appréciation générale	Moyenne	Bonne
Commentaires	Il me semble qu'il aurait été mieux de comparer les professeurs et les professionnels avec le même test	

Évaluation de la qualité des études (suite)

11 questions du R-AMSTAR pour revue systématique	Berkman 2015	Cirrin 2008	Law 2004	Warren 2016
Le plan de recherche établi a priori est-il fourni ?	Oui	Oui	Oui	Oui
La sélection des études et l'extraction des données ont-elles été faites par au moins deux personnes?	Oui	Impossible de répondre	Impossible de répondre	Oui
La recherche documentaire était-elle exhaustive?	Oui	Oui	Oui	Plus ou moins
La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion?	Oui	Oui	Oui	Oui
Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie?	Oui	Oui	Oui	Oui
Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées?	Oui	Oui	Oui	Oui
La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée?	Oui	Oui	Oui	Oui
La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions?	Oui	Oui	Oui	Oui
Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées?	Oui	Oui	Oui	Oui
La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée?	Non	Non	Non	Oui
Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés?	Oui	Oui	Oui	Oui
Appréciation générale	Bonne	Moyenne	Bonne	Bonne
Commentaires		1. peu de détails fournis sur la méthodologie (risque d'erreur et de biais) 2. possible problème avec la stratégie (termes obligatoires en lien avec « school » qui peut expliquer qu'ils ont recensé que 593 rapports alors qu'ils ont consultés ~10 banques de données)	N'inclut que les ECR	

ANNEXE E

Système de gradation de la preuve

Appréciation de la preuve scientifique

Critères d'appréciation	Échelles d'appréciation
<p>Limites méthodologiques des études</p> <ul style="list-style-type: none"> • La quantité d'études incluses dans la synthèse de données. • Le plan d'étude optimal pour répondre à la question d'évaluation. • Le risque de biais/respect des critères méthodologiques. • La précision (taille de l'échantillon optimale et puissance statistique) 	<p>Limites très faibles</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Au moins une étude ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont suffisamment appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. <p>Limites faibles</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Une ou deux études dont les plans sont suffisamment appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. ✓ Une synthèse d'études dont les plans sont peu appropriés pour la question d'évaluation ou clinique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. <p>Limites modérées</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de qualité méthodologique moyenne avec un risque modéré de biais. ✓ Une ou deux études dont les plans sont peu appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un risque modéré de biais. <p>Limites élevées</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais. ✓ Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont suffisamment appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais. ✓ Au moins une étude ou synthèse d'études dont les plans sont peu appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais.
<p>Cohérence / Fiabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cohérence de l'effet de l'intervention, en considérant la comparabilité des populations, des méthodes et des outils de mesure. • La complémentarité et la diversité des méthodes et 	<p>Cohérence très élevée</p> <p>Toutes les études sont cohérentes.</p> <p>Cohérence élevée</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La plupart des études sont cohérentes et l'incohérence peut être expliquée. <p>Cohérence modérée</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ L'incohérence reflète une véritable incertitude autour de la question

des mesures.	clinique. Cohérence faible Les études sont incohérentes. Non applicable (1 seule étude)
Impact clinique ou organisationnel <ul style="list-style-type: none"> • L'importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet. • L'atteinte des objectifs d'intervention. 	Impact très élevé L'impact clinique des résultats est très grand. Impact élevé ✓ L'impact clinique des résultats est substantiel ou important. Impact modéré ✓ L'impact clinique des résultats est modéré. Impact faible ✓ L'impact clinique des résultats est limité ou insuffisant.
Généralisabilité/ transférabilité <ul style="list-style-type: none"> ▪ La similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés. ▪ La possibilité d'adaptation de l'intervention. 	Généralisabilité/transférabilité très élevée ✓ La population étudiée et le contexte de l'étude sont les mêmes que la population et le contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature sont généralisables à la population et au contexte cible. Généralisabilité/transférabilité élevée ✓ La population étudiée et le contexte de l'étude sont similaires à la population et au contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature sont généralisables à la population et au contexte cible, avec quelques mises en garde. Généralisabilité/transférabilité modérée ✓ La population étudiée et le contexte de l'étude diffèrent de la population et du contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature ne sont pas directement généralisables à la population et au contexte cible, mais pourraient être appliqués de façon judicieuse à la population et au contexte ciblés. Généralisabilité/transférabilité faible ✓ La population étudiée et le contexte de l'étude diffèrent de la population et du contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature ne sont pas directement généralisables à la population et au contexte cible. Il est difficile de juger s'il est judicieux de les appliquer à la population ciblée.

Attribution du niveau de preuve scientifique

Niveau de preuve	Définition
Élevé	Tous les critères ont obtenu une appréciation positive. Les évaluateurs affirment, avec un haut niveau de confiance, que l'effet estimé est comparable aux objectifs de l'intervention. Il est peu probable que la conclusion tirée des données scientifiques soit fortement affectée par les résultats d'études futures.
Modéré	La plupart des critères ont obtenu une appréciation positive. Les évaluateurs affirment, avec un niveau de confiance modéré, que l'effet estimé est comparable aux objectifs d'intervention. Il est assez probable que la conclusion tirée de ces données soit affectée par les résultats d'études futures.
Faible	Tous ou la plupart des critères ont obtenu une appréciation négative. Les évaluateurs affirment, avec un faible niveau de confiance, que l'effet estimé est comparable aux objectifs d'intervention. Il est très probable que la conclusion tirée de ces données soit fortement affectée par les résultats d'études futures.
Insuffisant	Aucune donnée scientifique n'est disponible ou les données disponibles sont insuffisantes. Les évaluateurs n'ont aucune confiance en la présence d'un lien entre l'effet estimé et les objectifs d'intervention, ou ne peuvent pas tirer de conclusions à partir des données présentées.

ANNEXE F

Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme²⁷

Le Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme propose une approche intégrée pour décrire les compétences nécessaires pour une collaboration interprofessionnelle efficace. Six domaines de compétences font ressortir le savoir, les habiletés, les attitudes et les valeurs qui contribuent à forger l'esprit critique indispensable à la pratique dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.

Ces six domaines de compétences sont :

- communication interpersonnelle
 - les intervenants de professions différentes communiquent entre eux de manière responsable et dans un esprit de collaboration et d'ouverture.
- soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté
 - lorsqu'ils planifient et dispensent des soins et des services, les intervenants cherchent, intègrent et valorisent la contribution et la participation de la personne, de ses proches et de la communauté.
- clarification des rôles
 - les intervenants comprennent leur propre rôle et celui des autres professionnels et mettent ce savoir à profit de manière à établir et à atteindre les objectifs de la personne, de ses proches et de la communauté.
- travail d'équipe
 - pour une collaboration interprofessionnelle efficace, les apprenants et les professionnels comprennent les principes de la dynamique du travail en équipe et les processus de groupe.
- leadership collaboratif
 - les apprenants et les professionnels comprennent et sont en mesure d'appliquer les principes du leadership dans un contexte de pratique en collaboration.
- résolution de conflits interprofessionnels
 - les apprenants et les professionnels ont une attitude proactive qui favorise, tant de leur part que de celle des personnes et des proches, une participation positive et constructive à la gestion des différends susceptibles de survenir.

Deux domaines soutiennent les autres : la communication interprofessionnelle et les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté;

Quatre domaines sont intégrés à l'ensemble : la clarification des rôles, le travail d'équipe, la résolution de conflits interprofessionnels et le leadership collaboratif.

²⁷ Extrait du Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme [Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010].

ANNEXE G

Compétences-clés du partenariat de soins et de services²⁸

La compétence centrale qu'est le partenariat de soins et de services repose sur sept autres compétences, qui sont mobilisées à des degrés divers selon la situation. Leur maîtrise se concrétisera à plus ou moins brève échéance, selon le niveau d'apprentissage, de pratique ou d'expérience des soins et services de santé et selon la complexité des situations.

Les huit compétences-clés se définissent comme suit :

- partenariat de soins et services
 - Usager, proches et intervenants contribuent conjointement à planifier, coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie de l'usager.
- communication
 - Usager, proches et intervenants communiquent entre eux de façon efficace et responsable avec un esprit d'ouverture et de collaboration. La communication efficace est fondée sur des valeurs communes de respect, d'authenticité, de confiance et de transparence.
- éducation à la santé
 - Démarche continue d'apprentissage intégrée au processus de soins et services par laquelle l'usager développe une compréhension de ses capacités et incapacités et des interventions ou traitements, pour devenir progressivement autonome et partie prenante de la dynamique de soins et services.
- travail d'équipe
 - Pour une collaboration efficace, usager, proches et intervenants appliquent les principes régissant la dynamique d'une équipe et les processus de groupe.
- clarification des rôles et responsabilités
 - Usager, proches et intervenants comprennent leur propre rôle et celui des autres pour définir et atteindre les objectifs souhaités.
- leadership collaboratif
 - Usager, proches et intervenants contribuent, par leurs savoirs propres, à la construction d'une vision commune en vue d'une prestation optimale de soins et services de santé.
- éthique clinique
 - Usager, proches et intervenants tiennent compte des besoins collectifs et des ressources disponibles et se conduisent selon des valeurs et règles propres au partenariat de soins et services.
- prévention et résolution de conflits
 - Usager, proches et intervenants s'engagent activement dans la prévention et la gestion efficaces des conflits au sein de l'équipe, dans un esprit de concertation où toutes les opinions sont prises en compte.

²⁸ Extraits du Guide d'implantation du partenariat de soins et de services – Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient [Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013].

RÉFÉRENCES

- Allen J et Marshall CR. Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in school-aged children with specific language impairment. *Int J Lang Commun Disord* 2011;46(4):397-410.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA : American Psychiatric Association; 2013.
- Antoniazzi D, Snow P, Dickson-Swift V. Teacher identification of children at risk for language impairment in the first year of school. *Int J Speech Lang Pathol* 2010;12(3):244-52.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique (AERDPQ). *Portrait de l'offre de services*. Montréal, Qc : AERDPQ; 2015.
- Baxendale J et Hesketh A. Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. *Int J Lang Commun Disord* 2003;38(4):397-415.
- Beauregard F et Kalubi J-C. Améliorer la collaboration entre les milieux scolaire et de réadaptation : besoins des intervenants. *Service social* 2011;57(2):158-72.
- Bercow J. *The Bercow report: A review of services for children and young people (0-19) with speech, language and communication needs*. Nottingham, Royaume-Uni : Department for Children, Schools and Families (DCSF); 2008. Disponible à : <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130321050419/https://www.education.gov.uk/publications/eOrderingDownload/Bercow-Report.pdf>.
- Berkman ND, Wallace I, Watson L, Coyne-Beasley T, Cullen K, Wood C, Lohr KN. Screening for speech and language delays and disorders in children aged 5 years or younger: A systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Evidence Synthesis No. 120*. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2015. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/n/es120/pdf/>.
- Bishop DV. Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *Int J Lang Commun Disord* 2014;49(4):381-415.
- Bishop DV, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *J Child Psychol Psychiatry* 2017;58(10):1068-80.
- Bishop DV, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLoS One* 2016;11(7):e0158753.
- Boyle J, McCartney E, Forbes J, O'Hare A. A randomised controlled trial and economic evaluation of direct versus indirect and individual versus group modes of speech and language therapy for children with primary language impairment. *Health Technol Assess* 2007;11(25):iii-iv, xi-xii, 1-139.
- Boyle JM, McCartney E, O'Hare A, Forbes J. Direct versus indirect and individual versus group modes of language therapy for children with primary language impairment: Principal outcomes from a randomized controlled trial and economic evaluation. *Int J Lang Commun Disord* 2009;44(6):826-46.

- Broomfield J et Dodd B. Is speech and language therapy effective for children with primary speech and language impairment? Report of a randomized control trial. *Int J Lang Commun Disord* 2011;46(6):628-40.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *J Clin Epidemiol* 2010;63(12):1308-11.
- Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Feldhusen F, Pietz J, Philippi H. Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: A randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 2009;94(2):110-6.
- Camarena-Cano E. An investigation of teachers who are non-certified to teach English language. Learners and their need for training to differentiate between language and learning disabilities [thèse]. Prescott Valley, AZ : School of Education, Northcentral University; 2010. Disponible à : <https://search.proquest.com/docview/762023912?pq-origsite=gscholar>.
- Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif. Québec, Qc : Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI); 2014. Disponible à : http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/documents/Outils_2015/GuideExplicatif_CONTINUUM_v15_web_1_.pdf.
- Chaimay B, Thinkhamrop B, Thinkhamrop J. Risk factors associated with language development problems in childhood - A literature review. *J Med Assoc Thai* 2006;89(7):1080-6.
- Chao P-C, Bryan T, Burstein K, Ergul C. Family-centered intervention for young children at-risk for language and behavior problems. *Early Child Educ J* 2006;34(2):147-53.
- Cirrin FM et Gillam RB. Language intervention practices for school-age children with spoken language disorders: A systematic review. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2008;39(1):S110-37.
- Clements D, Dault M, Priest A. Effective teamwork in healthcare: Research and reality. *Healthc Pap* 2007;7 Spec No:26-34.
- Cohen W, Hodson A, O'Hare A. Effects of computer-based intervention through acoustically modified speech (Fast ForWord) in severe mixed receptive-expressive language impairment: Outcomes from a randomized controlled trial. *J Speech Lang Hear Res* 2005;48(3):715-29.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. Guide d'implantation du partenariat de soins et de services – Vers une pratique collaborative entre intervenants et avec le patient. Montréal, Qc : RUIS de l'Université de Montréal; 2013. Disponible à : http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf.
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. Pratique collaborative : engagement et leadership. Montréal, Qc : RUIS de l'Université de Montréal; 2012. Disponible à :

- http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Rapport_en_gagement_et_leadership.pdf.
- Commission de l'éthique en science et en technologie (CEST). La télésanté clinique au Québec : un regard éthique. Québec, Qc : CEST; 2014. Disponible à : http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/assets/documents/Telesante/Telesante_avis_A.pdf.
- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ). La télépratique en contexte interjuridictionnel : fiche analytique. Québec, Qc : CIQ; 2016a. Disponible à : https://professions-quebec.org/wp-content/uploads/2016/11/fiche_interjuridictionnel_vOct2016.pdf.
- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ). Télépratique et gestion du dossier numérique en santé et en relations humaines : outil d'aide à la décision. Québec, Qc : CIQ; 2016b. Disponible à : https://professions-quebec.org/wp-content/uploads/2016/11/t%C3%A9l%C3%A9pratique_dossier_num%C3%A9rique_vf_2016-10-06.pdf.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. Vancouver, BC : College of Health Disciplines, Université de la Colombie-Britannique; 2010. Disponible à : http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf.
- De Koning HJ, de Ridder-Sluiters JG, van Agt HME, Reep-van den Bergh CMM, van der Stege HA, Korfage IJ, et al. A cluster-randomised trial of screening for language disorders in toddlers. *J Med Screen* 2004;11(3):109-16.
- Deloitte. Evaluation of speech and language demonstration sites – Final report. Toronto, ON : Deloitte and Touche LLP; 2013. Disponible à : <https://www.osla.on.ca/uploads/MCYS%20-%20Final%20Report%20-%20Dec%204.pdf>.
- Denzin NK. Triangulation 2.0*. *J Mix Methods Res* 2012;6(2):80-8.
- Dockrell J, Ricketts J, Lindsay G. Understanding speech, language and communication needs: Profiles of need and provision (2012). Londres, Angleterre : Department for Education (DfE); 2012. Disponible à : <http://dera.ioe.ac.uk/16322/1/DFE-RR247-BCRP4.pdf>.
- Ebbels S. Introducing the SLI debate. *Int J Lang Commun Disord* 2014;49(4):377-80.
- Ebert KD, Kohnert K, Pham G, Disher JR, Payesteh B. Three treatments for bilingual children with primary language impairment: Examining cross-linguistic and cross-domain effects. *J Speech Lang Hear Res* 2014;57(1):172-86.
- Équipe des orthophonistes. Démarche de révision de l'offre de service de réadaptation courante pour les 0-4 ans. Sherbrooke, Qc : Direction des services et programmes spécifiques aux enfants, aux jeunes et à leur famille (DSPEJF), Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS); 2011. Disponible à : http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Publications/Demarche_revision_offre_service_readaptation_courante_0_4ans.pdf.
- Fricke S, Bowyer-Crane C, Haley AJ, Hulme C, Snowling MJ. Efficacy of language intervention in the early years. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54(3):280-90.

- Fuchs D et Fuchs LS. Introduction to response to intervention: What, why, and how valid is it? *Read Res Q* 2006;41(1):93-9.
- Gallagher AL et Chiat S. Evaluation of speech and language therapy interventions for pre-school children with specific language impairment: A comparison of outcomes following specialist intensive, nursery-based and no intervention. *Int J Lang Commun Disord* 2009;44(5):616-38.
- Gibbard D, Coglan L, MacDonald J. Cost-effectiveness analysis of current practice and parent intervention for children under 3 years presenting with expressive language delay. *Int J Lang Commun Disord* 2004;39(2):229-44.
- Gillam RB, Loeb DF, Hoffman LM, Bohman T, Champlin CA, Thibodeau L, et al. The efficacy of Fast ForWord Language intervention in school-age children with language impairment: A randomized controlled trial. *J Speech Lang Hear Res* 2008;51(1):97-119.
- Girolametto L, Weitzman E, Greenberg J. Facilitating emergent literacy: Efficacy of a model that partners speech-language pathologists and educators. *Am J Speech Lang Pathol* 2012;21(1):47-63.
- Girolametto L, Weitzman E, Greenberg J. Training day care staff to facilitate children's language. *Am J Speech Lang Pathol* 2003;12(3):299-311.
- Glogowska M, Roulstone S, Enderby P, Peters TJ. Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. *BMJ* 2000;321(7266):923-6.
- Gouvernement du Québec. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Projet de loi n° 90. Québec, Qc : 2002. Disponible à : https://www.opq.gouv.qc.ca//fileadmin/documents/Systeme_professionnel/02_loi_90-adopte.pdf.
- Gouvernement du Québec. Code des professions, chapitre C-26. Québec, Qc : 1973. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-26.pdf>.
- Grogan-Johnson S, Alvares R, Rowan L, Creaghead N. A pilot study comparing the effectiveness of speech language therapy provided by telemedicine with conventional on-site therapy. *J Telemed Telecare* 2010;16(3):134-9.
- Groupe de Travail Montérégien – Orthophonie et Développement du Langage (GTM-ODL). Le concept d'orthophonie communautaire : cadre théorique et pratique. Vers un continuum de services concerté en développement de la communication et du langage en petite enfance. Longueuil, Qc : GTM-ODL; 2017. Disponible à : http://www.premierspaschamplain.org/uploads/2/2/6/9/2269023/cadre_th%C3%A9orique-pratique-ortho-communautaire-vfweb_1.pdf.
- Gutierrez-Clellen V, Simon-Cereijido G, Sweet M. Predictors of second language acquisition in Latino children with specific language impairment. *Am J Speech Lang Pathol* 2012;21(1):64-77.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les normes de production des revues systématiques : guide méthodologique. Document rédigé par Valérie Martin et Jolianne Renaud sous la direction de Pierre Dagenais. Québec, Qc : INESSS; 2013. Disponible à :

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf.

- Jacoby GP, Lee L, Kummer AW, Levin L, Creaghead NA. The number of individual treatment units necessary to facilitate functional communication improvements in the speech and language of young children. *Am J Speech Lang Pathol* 2002;11(4):370-80.
- Justice LM. Evidence-based practice, response to intervention, and the prevention of reading difficulties. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2006;37(4):284-97.
- Justice LM, Logan J, Jiang H, Schmitt MB. Algorithm-driven dosage decisions (AD³): Optimizing treatment for children with language impairment. *Am J Speech Lang Pathol* 2017;26(1):57-68.
- Justice LM, Skibbe LE, McGinty AS, Piasta SB, Petrilla S. Feasibility, efficacy, and social validity of home-based storybook reading intervention for children with language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 2011;54(2):523-38.
- Laing GJ, Law J, Levin A, Logan S. Evaluation of a structured test and a parent led method for screening for speech and language problems: Prospective population based study. *BMJ* 2002;325(7373):1152.
- Law J, Beecham J, Lindsay G. Effectiveness, costing and cost effectiveness of interventions for children and young people with speech, language and communication needs (SLCN). Londres, Angleterre : Department for Education (DfE); 2012. Disponible à : <http://dera.ioe.ac.uk/16327/1/DFE-RR247-BCRP5.pdf>.
- Law J, Garrett Z, Nye C. The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. *J Speech Lang Hear Res* 2004;47(4):924-43.
- Law J, Garrett Z, Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD004110.
- Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. The feasibility of universal screening for primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. *Dev Med Child Neurol* 2000;42(3):190-200.
- Lincoln M, Hines M, Fairweather C, Ramsden R, Martinovich J. Multiple stakeholder perspectives on teletherapy delivery of speech pathology services in rural schools: A preliminary, qualitative investigation. *Int J Telerehabil* 2014;6(2):65-74.
- Lindsay G et Dockrell J. The relationship between speech, language and communication needs (SLCN) and behavioural, emotional and social difficulties (BESD). Better Communication Research Programme. Londres, Angleterre : Department of Education (DfE); 2012. Disponible à : <https://www.bettercommunication.org.uk/BCRP/DFE-RR247-BCRP6.pdf>.
- Lindsay G, Dockrell J, Law J, Roulstone S. The Better Communication Research Programme: Improving provision for children and young people with speech, language and communication needs. Londres, Angleterre : Department for Education (DfE); 2012. Disponible à : <http://dera.ioe.ac.uk/16324/1/DFE-RR247-BCRP1.pdf>.

- McCartney E, Boyle J, Ellis S, Bannatyne S, Turnbull M. Indirect language therapy for children with persistent language impairment in mainstream primary schools: Outcomes from a cohort intervention. *Int J Lang Commun Disord* 2011;46(1):74-82.
- McIntosh K, MacKay LD, Andreou T, Brown JA, Mathews S, Gietz C, Bennett JL. Response to intervention in Canada: Definitions, the evidence base, and future directions. *Can J Sch Psychol* 2011;26(1):18-43.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : afin de faire mieux ensemble. Québec, Qc : MSSS; 2008. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-848-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien. Québec, Qc : MSSS; 2004. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-710-01.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Pour une véritable participation à la vie de la communauté : orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009. Québec, Qc : MSSS; 2003. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2003/03-841-01.pdf>.
- Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR). L'intervention auprès des élèves ayant des difficultés de comportement. Cadre de référence et guide à l'intention du milieu scolaire. Québec : MEESR; 2015. Disponible à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/14_00479_cadre_intervention_eleves_difficultes_comportement.pdf.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Psychologie du développement de l'enfant à l'école primaire. Référentiel d'intervention en lecture pour les élèves de 10 à 15 ans. Québec, Qc : MELS; 2011. Disponible à : http://edu1014.telug.ca/telugDownload.php?file=2013/01/EDU1014_ReferentiellnterventionLecture.pdf.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA). Québec, Qc : MELS; 2007. Disponible à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/19-7065.pdf.
- Ministère de l'Éducation. Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Québec, Qc : Ministère de l'Éducation; 2003. Disponible à :

http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/MELS-MSSS_Entente-complementarite.pdf.

- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *J Clin Epidemiol* 2009;62(10):1006-12.
- Mongrain J. Les services orthophoniques offerts aux enfants dysphasiques québécois : le point de vue des parents. Trois-Rivières, Qc : Département d'orthophonie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR); 2015. Disponible à : <http://www.langagequebec.ca/asofiles/Essai%20JMongrain%20version%20finale.pdf>.
- Nayeb L, Wallby T, Westerlund M, Salameh EK, Sarkadi A. Child healthcare nurses believe that bilingual children show slower language development, simplify screening procedures and delay referrals. *Acta Paediatr* 2015;104(2):198-205.
- New Brunswick Department of Education and Early Childhood Development. School-based education support services teams to support inclusive education. Fredericton, NB : Department of Education and Early Childhood Development; 2014.
- Office des professions du Québec. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (PL n° 21) – Guide explicatif. Québec, Qc : Office des professions du Québec; 2013. Disponible à : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie : lignes directrices. Montréal, Qc : OEQ; 2005. Disponible à : <http://www.oeq.org/DATA/NORME/35~v~pne-ld.pdf>.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ). État de la situation sur le trouble développemental du langage (TDL) [site Web]. Montréal, Qc : OOAQ; 2017. Disponible à : <http://ooaqvousinforme.com/tld-sept2017/>.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ). Les orthophonistes et les audiologistes, partenaires dans l'égalité des chances (mémoire soumis à la Commission sur l'éducation à la petite enfance). Montréal, Qc : OOAQ; 2016. Disponible à : http://www.ooaq.qc.ca/publications/doc-memoires/OOAQ-MemoireCommissionPetiteEnfance_final.pdf.
- Ordre des psychologues du Québec. Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie. Montréal, Qc : Ordre des psychologues du Québec; 2013. Disponible à : <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Guide+t%C3%A9l%C3%A9psychologie/f4ad7c1b-e06f-4fab-a773-97c6bde9c7ab>.
- Orthophonie et Audiologie Canada (OAC). Lignes directrices visant les aides orthophonistes. Ottawa, ON : OAC; 2014. Disponible à : http://www.oac-sac.ca/sites/default/files/resources/CHA_Guidelines_SLP-Assistant_FR.pdf.

- Orthophonie et Audiologie Canada (OAC). L'identification précoce des troubles de la parole et du langage. Exposé de position. Ottawa, ON : OAC; 2013. Disponible à : <http://www.oac-sac.ca/sites/default/files/resources/EarlyID-PositionPaper-FRENCH.pdf>.
- Pence KL, Justice LM, Wiggins AK. Preschool teachers' fidelity in implementing a comprehensive language-rich curriculum. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2008;39(3):329-41.
- Petit-Carrié S, Verret C, Cossard A, Maurice-Tison S. Accès aux soins orthophoniques précoces en Gironde : évaluation d'une campagne de dépistage des troubles du langage à 4 ans (1999-2001). *Arch Pediatr* 2003;10(10):869-75.
- Pham G, Ebert KD, Kohnert K. Bilingual children with primary language impairment: 3 months after treatment. *Int J Lang Commun Disord* 2015;50(1):94-105.
- Pile EJ, Girolametto L, Johnson CJ, Cleave PL. Shared book reading intervention for children with language impairment: Using parents-as-aides in language intervention. *Can J Speech Lang Pathol* 2010;34(2):96-109.
- Ratelle V. Trouble primaire du langage : quatre modalités qui favorisent l'accès à l'orthophonie en CRDP. Essai synthèse. Sherbrooke, Qc : Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; 2011. Disponible à : https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Essai_synthese_REA/ES_Trouble_primaire_du_langage_Quatre_modalites_qui_favorisent_l_acces_a_l_orthophonie_en_CRDP.pdf.
- Reilly S, Bishop DV, Tomblin B. Terminological debate over language impairment in children: Forward movement and sticking points. *Int J Lang Commun Disord* 2014;49(4):452-62.
- Restrepo MA, Morgan GP, Thompson MS. The efficacy of a vocabulary intervention for dual-language learners with language impairment. *J Speech Lang Hear Res* 2013;56(2):748-65.
- Roberts MY et Kaiser AP. Early intervention for toddlers with language delays: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2015;135(4):686-93.
- Roberts MY et Kaiser AP. Assessing the effects of a parent-implemented language intervention for children with language impairments using empirical benchmarks: A pilot study. *J Speech Lang Hear Res* 2012;55(6):1655-70.
- Roberts MY et Kaiser AP. The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *Am J Speech Lang Pathol* 2011;20(3):180-99.
- Roulstone S et Lindsay G. The perspectives of children and young people who have speech, language and communication needs, and their parents. Londres, Angleterre : Department for Education (DfE); 2012. Disponible à : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/219633/DFE-RR247-BCRP7.pdf.
- Schmitt MB, Justice LM, Logan JA. Intensity of language treatment: Contribution to children's language outcomes. *Int J Lang Commun Disord* 2017;52(2):155-67.
- Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol* 2009;62(10):1013-20.

- Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.
- Simmons DC, Coyne MD, Kwok OM, McDonagh S, Ham BA, Kame'enui EJ. Indexing response to intervention: A longitudinal study of reading risk from kindergarten through third grade. *J Learn Disabil* 2008;41(2):158-73.
- Siu AL. Screening for speech and language delay and disorders in children aged 5 years or younger: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics* 2015;136(2):e474-81.
- Smith-Lock K, Leitao S, Lambert L, Prior P, Dunn A, Cronje J, et al. Daily or weekly? The role of treatment frequency in the effectiveness of grammar treatment for children with specific language impairment. *Int J Speech Lang Pathol* 2013a;15(3):255-67.
- Smith-Lock KM, Leitao S, Lambert L, Nickels L. Effective intervention for expressive grammar in children with specific language impairment. *Int J Lang Commun Disord* 2013b;48(3):265-82.
- Spencer TD, Petersen DB, Adams JL. Tier 2 language intervention for diverse preschoolers: An early-stage randomized control group study following an analysis of response to intervention. *Am J Speech Lang Pathol* 2015;24(4):619-36.
- St-Jacques S et Dussault J. Amélioration de l'organisation des services de première ligne en orthophonie auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans présentant un problème langagier : synthèse des données probantes. Québec, Qc : ETMISSS-PL, Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale; 2013. Disponible à : http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/sythese_des_donnees_probantes_orthophonie_finale_23oct2013.pdf.
- Suleman S, McFarlane L-A, Pollock K, Schneider P, Leroy C, Sckoczylas M. Collaboration: More than "working together". An exploratory study to determine effect of interprofessional education on awareness and application of models of specialized service delivery by student speech-language pathologists and teachers. *Can J Speech Lang Pathol* 2014;37(4):298-307.
- Sutherland R, Trembath D, Hodge A, Drevensek S, Lee S, Silove N, Roberts J. Telehealth language assessments using consumer grade equipment in rural and urban settings: Feasible, reliable and well tolerated. *J Telemed Telecare* 2017;23(1):106-15.
- Thordardottir E, Cloutier G, Ménard S, Pelland-Blais E, Rvachew S. Monolingual or bilingual intervention for primary language impairment? A randomized control trial. *J Speech Lang Hear Res* 2015;58(2):287-300.
- Thordardottir E, Kehayia E, Mazer B, Lessard N, Majnemer A, Sutton A, et al. Sensitivity and specificity of French language and processing measures for the identification of primary language impairment at age 5. *J Speech Lang Hear Res* 2011;54(2):580-97.
- Tomblin JB, Records NL, Zhang X. A system for the diagnosis of specific language impairment in kindergarten children. *J Speech Hear Res* 1996;39(6):1284-94.
- Tonelli M, Parkin P, Brauer P, Leduc D, Pottie K, Jaramillo Garcia A, et al. Recommendations on screening for developmental delay. *CMAJ* 2016;188(8):579-87.

- Tucker J. Perspectives of speech-language pathologists on the use of telepractice in schools: The qualitative view. *Int J Telerehabil* 2012;4(2):47-60.
- Unité d'évaluation des technologies et modes d'interventions en santé et en services sociaux (UETMISSS). Les interventions thérapeutiques de groupe visant le développement des compétences sociales et des capacités motrices des enfants et des adolescents avec une déficience physique : identification des conditions d'organisation gagnantes. Note brève. Rapport préparé par Normand Boucher, Ph.D. et Carrie Anna McGinn, M.Sc. Québec, Qc : UETMISSS, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ); 2012. Disponible à : https://www.irdpq.qc.ca/sites/default/files/docs/etmisss_interventions_de_groupe_rapport_final.pdf.
- Van Balkom H, Verhoeven L, van Weerdenburg M, Stoep J. Effects of parent-based video home training in children with developmental language delay. *Child Lang Teach Ther* 2010;26(3):221-37.
- Waite MC, Theodoros DG, Russell TG, Cahill LM. Internet-based telehealth assessment of language using the CELF-4. *Lang Speech Hear Serv Sch* 2010;41(4):445-58.
- Wake M, Levickis P, Tobin S, Gold L, Ukoumunne OC, Goldfeld S, et al. Two-year outcomes of a population-based intervention for preschool language delay: An RCT. *Pediatrics* 2015;136(4):e838-47.
- Wake M, Tobin S, Levickis P, Gold L, Ukoumunne OC, Zens N, et al. Randomized trial of a population-based, home-delivered intervention for preschool language delay. *Pediatrics* 2013;132(4):e895-904.
- Wake M, Tobin S, Girolametto L, Ukoumunne OC, Gold L, Levickis P, et al. Outcomes of population based language promotion for slow to talk toddlers at ages 2 and 3 years: Let's Learn Language cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2011;343:d4741.
- Warren R, Kenny M, Bennett T, Fitzpatrick-Lewis D, Ali MU, Sherifali D, Raina P. Screening for developmental delay among children aged 1-4 years: A systematic review. *CMAJ Open* 2016;4(1):E20-7.
- Washington KN, Warr-Leeper G, Thomas-Stonell N. Exploring the outcomes of a novel computer-assisted treatment program targeting expressive-grammar deficits in preschoolers with SLI. *J Commun Disord* 2011;44(3):315-30.
- Zylstra SE. Evidence for the use of telehealth in pediatric occupational therapy. *Journal of Occupational Therapy, Schools, and Early Intervention* 2013;6(4):326-55.