

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Essai Synthèse
Trouble primaire du langage: Quatre modalités qui favorisent l'accès à
l'orthophonie en CRDP

Présentée par
Véronique Ratelle
06 897 502

Remis à madame Marie-José Durand
et Madame Chantal Desmarais
dans le cadre du cours
RÉA 106 – Essai synthèse

18 Juin 2011

TABLE DES MATIÈRES

PREMIER CHAPITRE - PROBLÉMATIQUE	11
1. TROUBLE PRIMAIRE DU LANGAGE.....	11
2. SITUATION À RÉSOUDRE.....	12
DEUXIÈME CHAPITRE - RECENSION DES ÉCRITS	15
1. INTERVENTIONS DE GROUPE.....	15
2. INTERVENTIONS INDIRECTES.....	17
3. INTENSITÉ DES INTERVENTIONS	20
4. IMPLICATION DES PARENTS	23
TROISIÈME CHAPITRE - OBJECTIFS	29
QUATRIÈME CHAPITRE - MÉTHODOLOGIE	30
1. DEVIS DE L'ÉTUDE.....	30
2. CADRE CONCEPTUEL	31
3. COLLECTE DE DONNÉES	32
4. RECENSION DES ÉCRITS.....	32
5. ÉCHANTILLON	33
6. PROCÉDURES DE RECRUTEMENT	33
7. PROCÉDURES DE COLLECTES DE DONNÉES	34
7.1 Collecte de données auprès des gestionnaires et coordonnateurs cliniques.....	34
7.2 Collecte de données auprès des orthophonistes	35
8. PARTICIPANTS	36
8.1 Gestionnaires et coordonnateurs cliniques.....	36
8.2 Orthophonistes	37
9. PROCÉDÉS ANALYTIQUES.....	38
9.1 Analyse Intra-cas.....	38
9.2 Analyse Inter-cas.....	38
9.3 Analyse noyaux durs.....	38
CINQUIÈME CHAPITRE - RÉSULTATS.....	40
1. DONNÉES PROVENANT DES ENTREVUES AVEC LES GESTIONNAIRES.....	40

1.1 Description de la clientèle et des effectifs des programmes.....	40
1.2 Description de la séquence des mesures d'accès aux services	41
1.3 Principales modalités mises en place pour optimiser l'accès aux services d'orthophonie	42
1.3.1 Interventions de groupes	43
1.3.2 Interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée.	44
1.4. Intensité des interventions en orthophonie.....	45
1.5 Conséquences sur le programme et la clientèle de la mise en place des modalités selon les gestionnaires	46
1.5.1 Améliorations.....	47
1.5.2 Problématiques non résolues.....	47
1.5.3 Satisfaction de la clientèle.....	47
2. DONNÉES PROVENANT DU GROUPE DE DISCUSSION AVEC LES ORTHOPHONISTES	48
2.1 Interventions de groupe.....	48
2.1.1. Contexte dans lequel des interventions de groupes sont actuellement effectuées.....	48
2.1.2 Opinions des orthophonistes concernant les interventions de groupe.....	49
2.1.3 Conditions pour appliquer les interventions de groupes	50
2.2 Interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée.....	50
2.2.1 Contexte dans lequel des interventions langagières sont actuellement effectuées par un technicien en éducation spécialisée.....	50
2.2.2 Opinions des orthophonistes concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée.....	51
2.2.3 Conditions pour appliquer les interventions effectuées par un technicien en éducation spécialisée.....	52
2.3 Intensité des interventions en orthophonie.....	53
2.3.1 Contexte actuel de l'intensité des interventions en orthophonie	53
2.3.2 Opinions des orthophonistes concernant l'intensité des interventions en orthophonie	54
2.3.3 Conditions concernant l'intensité des interventions en orthophonie.....	54
2.4 Implication des parents en ce qui concerne les interventions en orthophonie.....	55
2.4.1 Contexte dans lequel les parents sont actuellement impliqués dans les interventions en orthophonie.....	55

2.4.2 Opinions des orthophonistes concernant l'importance de l'implication des parents en lien avec les interventions en orthophonie	56
2.4.3 Conditions qui favorisent l'implication des parents dans le cadre des interventions en orthophonie.....	57
3. COMPARAISON ENTRE LES MODALITÉS UTILISÉES DANS LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS DE RÉADAPTATION PAR RAPPORT AUX ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES	57
3.1 Interventions de groupe.....	58
3.1.1 Données concernant les interventions de groupe qui correspondent aux évidences scientifiques	58
3.1.2 Données concernant les interventions de groupe qui ne correspondent pas aux les évidences scientifiques.....	59
3.1.3 Données concernant les interventions de groupe qui ne sont pas mentionnées dans les évidences scientifiques	59
3.2 Interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée	60
3.2.1 Données concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée qui correspondent aux évidences scientifiques.....	61
3.2.2 Données concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée qui ne correspondent pas aux évidences scientifiques	62
3.2.3 Données concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée qui ne sont pas mentionnées dans les évidences scientifiques ...	63
3.3 Intensité des interventions en orthophonie.....	63
3.3.1 Données concernant l'intensité des interventions en orthophonie qui correspondent aux évidences scientifiques.....	63
3.3.2 Données concernant l'intensité des interventions en orthophonie qui ne correspondent pas aux évidences scientifiques	65
3.3.3 Données concernant l'intensité des interventions en orthophonie qui ne sont pas mentionnées dans les évidences scientifiques.....	65
3.4 Implication des parents en ce qui concerne les interventions en orthophonie	65
3.4.1 Données concernant l'implication des parents lors des interventions en orthophonie qui correspondent aux évidences scientifiques	66
3.4.2 Données concernant l'implication des parents lors des interventions en orthophonie qui ne correspondent pas aux évidences scientifiques	67
3.4.3 Données concernant l'implication des parents lors des interventions en orthophonie qui ne sont pas mentionnées dans les évidences scientifiques	68
CHAPITRE SIX - DISCUSSION	69

1. MODALITÉS UTILISÉES POUR OPTIMISER L'ACCÈS AUX SERVICES EN ORTHOPHONIE	69
1.1. Interventions de groupe	70
1.2. Interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée.....	72
1.3. Intensité des interventions en orthophonie.....	74
1.4 Implication des parents en ce qui concerne les interventions en orthophonie.....	77
2 PERSPECTIVES FUTURES	78
3 FORCES ET LIMITES.....	78
CHAPITRE SEPT - CONCLUSION	80
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	83
ANNEXE A - GRILLE DE ROBUSTESSE DES ÉTUDES.....	88
ANNEXE B - COURRIEL POUR LE RECRUTEMENT DES CRDP.....	90
ANNEXE C - QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE.....	92
ANNEXE D - INFORMATION ENVOYÉE AUX PARTICIPANTS DU GROUPE DE DISCUSSION	94
ANNEXE E - GRILLE D'ANALYSE DES ENTREVUES TÉLÉPHONIQUES	95
ANNEXE F - GRILLE D'ANALYSE DU GROUPE DE DISCUSSION	97
ANNEXE G - GRILLE DE COMPARAISON DES DONNÉES OBTENUS DES CRDP SELON LEUR CORRESPONDANCE AUX ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES	99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Processus d'accès aux services d'orthophonie représentant l'ordre des étapes effectuées pour obtenir un premier service en orthophonie.....	42
Tableau 2. Modalités utilisées pour favoriser le processus d'accès aux services d'orthophonie par rapport au nombre de CRDP qui les applique.....	43
Tableau 3. Avantages et limites des interventions auprès de groupes.....	44
Tableau 4. Avantages et limites des interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée	45
Tableau 5. Avantages et limites de la mise en place de balises qui structurent l'intensité des interventions en orthophonie	46
Tableau 6. Comparaison entre les évidences scientifiques et les CRDP concernant les interventions de groupe.....	58
Tableau 7. Comparaison entre les évidences scientifiques et les CRDP concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée	61
Tableau 8. Comparaison entre les évidences scientifiques et les CRDP concernant l'intensité des interventions en orthophonie	64
Tableau 9. Comparaison entre les évidences scientifiques et les CRDP concernant l'implication des parents lors des interventions en orthophonie	66

RÉSUMÉ

Problématique

Le trouble primaire du langage touche de 1 à 7 % des enfants québécois. Il se définit comme un trouble du langage qui affecte les sphères expressive ou expressive et réceptive, qui s'observe par des atteintes variables affectant le développement de plus d'une composante du langage, soit la phonologie, morphologie, syntaxe, sémantique, pragmatique. En 2008, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a émis un plan pour favoriser l'accès aux services de réadaptation des personnes ayant une déficience qui oblige les établissements de santé, dont les CRDP, de voir la clientèle dans des délais prescrits selon le niveau de priorité de la clientèle. Ce plan a pour conséquences que les programmes en déficience du langage doivent offrir rapidement des services aux enfants ayant un trouble primaire du langage ou une hypothèse de ce trouble tout en continuant à offrir des services de qualité aux enfants qui sont en cours de suivi. Les services en orthophonie de ces programmes sont particulièrement touchés par les difficultés d'accès pour diverses raisons, dont le manque de ressources humaines et la forte demande de services pour la clientèle d'enfants ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse). Ainsi, les programmes de déficience du langage qui desservent cette clientèle doivent trouver des stratégies pour optimiser leurs services d'orthophonie. Ces stratégies consistent majoritairement à utiliser des modalités qui permettent de voir plus rapidement les enfants ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse) tout en conservant la qualité des interventions en orthophonie. Ces modalités d'interventions utilisées en orthophonie seront explorées dans le cadre de cet essai synthèse, puis elles seront comparées aux évidences scientifiques afin de déterminer comment elles pourraient être utilisées d'une façon plus optimale pour favoriser davantage l'accès aux services. Puisque la précocité des interventions est de mise pour le trouble primaire du langage, la clientèle qui est ciblée se limitera aux enfants de 3 à 6 ans admissibles ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse).

Objectifs

Le but ultime de ce projet d'innovation est de déterminer comment optimiser l'utilisation des modalités qui favorisent l'accès aux services en orthophonie pour les enfants âgés de 3 à 6 ans qui ont un trouble primaire du langage (ou hypothèse) en CRDP. Pour atteindre ce but, trois objectifs spécifiques ont été ciblés. Le premier est d'identifier les modalités utilisées pour optimiser l'offre de service en orthophonie dans des programmes de déficience du langage en CRDP. Le deuxième objectif est en deux volets. Dans un premier temps, il consiste à recueillir les opinions des orthophonistes concernant quatre des modalités utilisées dans des CRDP pour optimiser l'offre de

service en orthophonie pour la clientèle ciblée, puis dans un deuxième temps, à identifier les conditions de mise en place des modalités discutées selon le contexte de travail des orthophonistes. Finalement, le troisième objectif spécifique consiste à évaluer l'écart entre les modalités utilisées dans des CRDP et celles recommandées par les évidences scientifiques.

Méthodologie

Cette étude de type exploratoire descriptif utilise une méthode qualitative et est basée sur le cadre conceptuel de la pratique fondée sur les évidences scientifiques. La collecte de données a été effectuée en trois parties. D'abord, il y a eu recension des écrits qui s'est étalée sur toute la période de collecte de données, aussi il y a eu des entrevues semi-dirigées auprès des gestionnaires et des coordonnateurs cliniques des programmes en CRDP qui offrent des services aux enfants ayant un trouble primaire du langage, puis il y a eu un groupe de discussion avec les orthophonistes qui travaillent auprès de cette clientèle. Les données provenant des différents acteurs des CRDP ont été comparées entre elles et par la suite, aux évidences scientifiques. Les éléments les plus pertinents ont été retenus.

Résultats

Quatre modalités ont été retenues quant à l'optimisation de l'accès aux services d'orthophonie pour les enfants âgés de 3 à 6 ans ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse). Pour chacune de ces modalités, il en ressort des éléments qui ont un impact sur leur utilisation.

1) Les interventions de groupe : Il est important les aspects importants à considérer sont de s'assurer que les objectifs du groupe sont fondés sur les objectifs individuels des enfants et qu'ils répondent aux besoins prioritaires de l'enfant dans le but de faciliter les interventions individuelles qui suivront. Aussi, il faut tenir compte de la capacité des parents à investir des efforts supplémentaires pour ce type d'interventions ainsi que de la charge plus importante de rédaction de dossiers pour les intervenants.

2) Les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée : Il y a trois façons plus répandues où le technicien en éducation spécialisée effectue des interventions de type langagier. La première façon est l'intervention indirecte. Celle-ci peut sembler menaçante pour certains orthophonistes et demande une période d'adaptation lors des premiers essais. Mais, une fois en place, elle semble avoir des résultats satisfaisants. Toutefois, il faut une bonne collaboration entre l'orthophoniste et le technicien en éducation spécialisée ce qui demande de planifier du temps pour discuter et arrimer les services, puis de miser sur le développement d'une relation de confiance entre les deux intervenants. La deuxième façon est de suspendre les interventions en orthophonie pour travailler les autres difficultés de type attentionnel ou comportemental. Il est difficile de se prononcer sur la pertinence de cette façon de

procéder. Avant de suivre cette avenue, il serait intéressant de se questionner sur l'impact des difficultés de langage reliées aux autres difficultés. La troisième façon est la généralisation des interventions langagières par le technicien en éducation spécialisée. Cette façon de procéder semble intéressante puisqu'elle est complémentaire aux interventions directes en orthophonie.

3) L'intensité des interventions en orthophonie : Il y a deux volets à l'intensité des interventions, soit la quantité d'interventions données par session, appelée bloc d'interventions, puis la fréquence des interventions. Pour les blocs d'interventions, il est important d'offrir une quantité suffisante d'interventions, procéder à une révision après une pause et de laisser suffisamment de souplesse aux orthophonistes pour qu'ils puissent cesser les services au moment qui leur semble adéquat. De plus, les orthophonistes doivent se questionner par rapport aux besoins de l'enfant à la suite de chaque bloc d'interventions pour offrir les interventions adaptées à l'enfant. Actuellement, il n'y a pas de fréquence optimale d'interventions en orthophonie pour un enfant ayant un trouble primaire du langage recommandée dans les évidences scientifiques ni de consensus parmi les orthophonistes qui interviennent auprès de cette clientèle. Par conséquent, le choix de la fréquence devrait être déterminé par l'orthophoniste selon les besoins prioritaires des enfants ainsi qu'en lien avec le contingent de l'intervenant.

4) L'implication des parents : l'implication des parents semble primordiale pour optimiser les services d'orthophonie. Il y a deux façons d'impliquer ceux-ci, soit en effectuant des groupes de parents où l'orthophoniste enseigne des techniques qu'ils doivent reprendre à domicile avec leur enfant ou lors des interventions directes avec l'enfant où l'orthophoniste conseille le parent et lui demande de reprendre les exercices à domicile. Pour utiliser cette modalité, les parents doivent être disponibles, ils doivent assister aux interventions en orthophonie et être en mesure de reprendre les exercices avec leur enfant.

Ultimement, il serait souhaitable d'utiliser ces quatre modalités de façon complémentaire pour optimiser davantage l'accès aux services d'orthophonie en CRDP auprès de cette clientèle. Ainsi, lorsque le contexte est favorable, il pourrait être avantageux d'utiliser plusieurs modalités simultanément.

REMERCIEMENTS

Ces remerciements s'adressent aux différentes personnes et organismes qui ont permis de concrétiser ce projet grâce à leur précieuse contribution et à leur soutien.

Les personnes ressources de l'Université de Sherbrooke pour leur supervision avisée:

- Mme Chantal Desmarais, mentor et professeur adjoint Université Laval
- Mme Marie-José Durand, directrice et professeur Université de Sherbrooke

Le personnel du CRDP Le Bouclier ayant facilité certaines parties de ce travail:

- Mme Anie Couture, agente de planification, programmation et recherche
- Mme Isabelle Roy, agente de planification, programmation et recherche
- M. Stéphane Mercier, directeur adjoint des services professionnels et des programmes de réadaptation
- Mme Martine Charron, agente administrative
- M. Frédéric Banville, neuropsychologue

Un merci spécial à Karine Préville pour la révision du document et ses encouragements.

Aux participants des divers CRDP, pour leur disponibilité et leur implication:

Geneviève Arès, CMR	Rina Dupont, CR InterVal
Diane Aspirot, CMR	Béatrice Genest, CR InterVal
Sylvie Brisebois, CR la RessourSe	Didier Guérin, IRD
Geneviève Boivin, IRDPQ	Josée Madore, IRDPQ
Marie-Josée Briand, CRDP le Bouclier	Nathalie Martin, CRDP le Bouclier
Myriam Coulombe, InterVal	Manon Radermaker, CRDP le Bouclier
Karine Desrosiers, CRDP le Bouclier	Lyne Roberge, CR InterVal
Valérie Dandurand-Villemaire, CMR	Josée Sanscartier, CR la RessourSe

Une pensée pour mes nombreux proches qui m'ont encouragée et donné de leur précieux temps pour m'assister dans la poursuite de ce projet à travers une année bien chargée!

PREMIER CHAPITRE

PROBLÉMATIQUE

1. TROUBLE PRIMAIRE DU LANGAGE

Depuis 1995, les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) du Québec ont le mandat de desservir la clientèle atteinte de dysphasie, également appelée trouble primaire du langage. Au cours des 15 années qui ont suivi, les CRDP ont développé les services pour cette clientèle pour créer des programmes qui sont maintenant connus sous le titre « déficience du langage ». Actuellement, la majorité des recherches qui s'intéresse aux divers diagnostics associés à la déficience du langage, dont le trouble primaire du langage, a été effectuée en anglais. Le terme relié au trouble primaire du langage est *Specific Language Impairment* (Tomblin et al., 1996). Il s'agit d'un trouble important sur le plan langagier qui ne peut être expliqué par un déficit neurologique, auditif ou intellectuel ni par une carence environnementale. La correspondance entre *Specific Language Impairment* et *Dysphasie ou Trouble primaire du langage* n'est pas clairement établi puisqu'il y a peu d'outils normés reliés à cette déficience du langage en français, au Québec. Thordardottir, Keheyia, Lessard, Sutton et Trudeau (2010) expliquent que le trouble primaire du langage comporte des résultats significativement faibles pour plus d'une composante langagière. Pour conclure à ce trouble développemental du langage, les orthophonistes s'assurent que la performance de l'enfant est significativement sous la normale pour un minimum de deux composantes du fonctionnement langagier. Parmi les conséquences du trouble primaire du langage, il y a d'importantes difficultés en lien avec la réussite scolaire (Tomblin et al., 1996) ainsi que sur le plan de l'intégration sociale des enfants qui en sont atteints (Spackman, Fujiki & Brinton, 2006). L'Association québécoise de la dysphasie (AQD) (2011) rapporte que le pourcentage d'enfants au Québec qui sont atteints d'un trouble primaire du langage n'est pas connu, mais estime, selon les enquêtes réalisées dans d'autres pays et les données du gouvernement du Québec, que la prévalence pourrait se situer entre 1 et 7 % (Hulme et Snowling, 2009). L'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ)

(2004) définit la dysphasie comme « un trouble primaire du langage dans les sphères expressive ou expressive et réceptive, qui s'observe par des atteintes variables affectant le développement de plus d'une composante du langage : phonologie, morphologie, syntaxe, sémantique, pragmatique ». Pour faciliter la lecture de cet essai synthèse et éviter les confusions, il est à noter que seul le terme trouble primaire du langage sera utilisé dans le cadre de ce document.

2. SITUATION À RÉSOUDRE

Depuis novembre 2008, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a émis des exigences ministérielles qui favorisent l'accès aux services de réadaptation des personnes ayant une déficience (MSSS, 2008). Ces exigences font en sorte que les enfants ayant un trouble primaire du langage ou une hypothèse de trouble primaire du langage, hypothèse qui devrait être confirmée par l'orthophoniste du CRDP lors du suivi, doivent dorénavant être vus dans des délais raisonnables selon la priorité des besoins. À la suite de la mise en place de ce plan d'accès, les programmes de déficience du langage des CRDP se sont trouvés aux prises avec un double problème, soit d'offrir des services aux enfants dans les délais prescrits par les exigences ministérielles tout en continuant à offrir des services de qualité aux enfants qui sont en cours de suivi.

L'orthophonie, en CRDP, est l'une des disciplines les plus touchées par les difficultés d'offrir des services rapides à la clientèle ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse). Les raisons de ces difficultés sont nombreuses. D'abord, il y a un manque d'orthophonistes dans le système de la santé au Québec (Service Canada, 2010) qui persiste depuis le début des années 2000 (MSSS, 2002). Ainsi, même lorsqu'un établissement parvient à combler tous les postes en orthophonie, dès qu'un orthophoniste s'absente pour une durée prolongée telle que pour un congé de maladie ou de maternité, il est difficile de le remplacer et certains remplacements ne sont jamais comblés. Également, les programmes de déficience du langage n'ont pas les ressources humaines ni financières pour subvenir aux besoins en orthophonie de tous les enfants

admissibles dans ces programmes. Puis, le nombre d'enfants qui ont besoin de services spécialisés en orthophonie, tels qu'offerts en CRDP, est important étant donné la prévalence élevée d'enfants atteints de ce trouble (AQD, 2011). Comme les orthophonistes jouent un rôle clé dans l'évaluation et le traitement du trouble primaire du langage (OOAQ, 1998; ASHA, 2008), les services offerts à cette clientèle sont grandement affectés par les contraintes reliées au manque de ressources humaines et financières, aux exigences ministérielles et à la forte demande de service.

Plusieurs conséquences peuvent découler de cette difficulté à offrir des services aux enfants ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse). Entre autres, il est possible que la qualité des services auprès de la clientèle diminue et que les enfants ne reçoivent pas suffisamment d'interventions pour atteindre leur plein potentiel. Aussi, cette situation peut créer de l'insatisfaction chez les intervenants envers les services qu'ils offrent puisqu'ils doivent limiter leurs interventions envers chaque client pour voir un plus grand nombre d'enfants. De plus, il est possible que le travail en interdisciplinarité soit affecté puisque les services dans les différentes disciplines ne sont pas toujours offerts simultanément. Puis, l'ampleur de toutes ces conséquences peut rendre les intervenants vulnérables à l'épuisement étant donné les nombreux défis qu'ils doivent relever.

Avant l'implantation du Plan d'accès (MSSS, 2008), certains CRDP avaient commencé à consentir leurs efforts pour optimiser l'accès aux services d'orthophonie. Toutefois, la modalité d'interventions la plus répandue en orthophonie était le suivi individuel. Dans ce contexte, ce plan a servi de catalyseur pour changer les pratiques et encourager les CRDP à utiliser des modalités différentes pour permettre un accès plus rapide aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience. Les programmes desservant les enfants ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse) qui avaient de la difficulté à répondre aux exigences ministérielles ont eu à se mettre à la recherche de nouvelles solutions.

Par conséquent, le problème actuel se résume à une difficulté d'accès aux services d'orthophonie dans les programmes de déficience du langage qui affecte les enfants ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse). Les programmes de déficience du langage qui desservent cette clientèle doivent trouver des stratégies pour optimiser leurs services d'orthophonie. Ces stratégies consistent majoritairement à utiliser des modalités qui permettent de voir plus rapidement les enfants ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse) tout en conservant la qualité des interventions en orthophonie. Un exemple de modalité utilisée est celui de l'intervention de groupe qui permet aux orthophonistes de voir plusieurs enfants simultanément et par conséquent un plus grand nombre d'enfants pour une période donnée.

Actuellement, les programmes de déficience du langage qui œuvrent auprès d'une clientèle jeunesse désirent optimiser leurs services, particulièrement en orthophonie, afin que les enfants aux prises avec un trouble primaire du langage (ou hypothèse) s'épanouissent. Pour ce faire, ces programmes utilisent des modalités d'interventions en orthophonie qui seront explorées dans cet essai synthèse et comparées aux évidences scientifiques afin de déterminer quelles modalités pourraient être utilisées de façon optimale pour favoriser davantage l'accès aux services. Puisque la précocité des interventions est de mise pour le trouble primaire du langage (Law, Garrett et Nye, 2004), la clientèle qui est ciblée se limitera aux enfants de 3 à 6 ans admissibles ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse).

DEUXIÈME CHAPITRE

RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits a permis d'identifier quatre modalités utilisées pour optimiser les interventions en orthophonie pour les enfants ayant un trouble primaire du langage, soit l'intervention de groupe, les interventions indirectes, l'intensité des interventions et l'implication des parents. Sur un total de 24 études, seules celles qui répondaient aux critères de robustesse satisfaisante décrits dans la section méthodologie ont été retenues pour un total de 13 études (annexe A). Par la suite, ce sont ces 4 modalités qui ont fait l'objet de la consultation auprès des CRDP. Cette recension des écrits résume les éléments importants qui ressortent des études retenues. Puis, une analyse critique de ces éléments est effectuée dans le but d'en dégager les évidences qui seront comparées à la pratique québécoise actuelle en orthophonie dans les CRDP.

1. INTERVENTIONS DE GROUPE

Sur le nombre total d'études répertoriées sur le sujet (N=7), cinq études ont été retenues par rapport à l'intervention de groupe et les autres ont été mises de côté en raison du manque de robustesse de celles-ci.

D'abord, Tyler, Lewis, Haskill et Tolbert (2002, 2003) ont effectué, aux États-Unis, deux études auprès d'enfants âgés de 3 à 5 ans. La première portait sur un bloc des interventions de groupe en phonologie suivi d'un bloc d'interventions de groupe en morphosyntaxe comparé à l'ordre inverse. La seconde étude comparait ces mêmes interventions de groupe à deux nouveaux groupes où l'un travaillait la phonologie et la morphosyntaxe en alternance de façon hebdomadaire tandis que l'autre travaillait la morphosyntaxe et la phonologie à toutes les séances. Ces études ont mis en évidence des résultats qui témoignent d'améliorations significatives principalement en phonologie, mais aussi en morphosyntaxe. Les auteurs avaient pour but d'évaluer l'efficacité des

interventions orthophoniques en phonologie et en morphosyntaxe en offrant deux interventions par semaine, soit une en individuelle et l'autre en groupe. Pour déterminer les objectifs des enfants, les auteurs recommandent de tenir compte de l'analyse des résultats de l'évaluation initiale ainsi que des besoins des autres enfants du groupe. Ainsi, les objectifs ciblés, dans leur étude, découlaient des besoins de la majorité des enfants du groupe et les auteurs s'assuraient qu'il n'y ait pas plus d'un objectif non prioritaire par enfant. Par conséquent, les enfants d'un même groupe partageaient les mêmes objectifs qui étaient travaillés en groupe et en individuel.

Également, Gallagher et Chiat (2009), au Royaume-Uni, ont effectué une étude qui comparait les résultats des interventions de groupe intensives en orthophonie offertes en milieu clinique par rapport à des interventions données dans le milieu de garde ainsi que par rapport à aucune intervention. Bien que les auteurs concluent que l'intensité des interventions pourrait être un élément clé pour les enfants qui ont des difficultés de langage réceptif, cette étude montre que l'intervention de groupe intensive en orthophonie est efficace pour améliorer les aptitudes langagières expressives et réceptives, l'attention et l'écoute, ainsi que le jeu chez les enfants d'âge préscolaire ayant un trouble spécifique du langage sévère.

Ensuite, en Écosse, Boyle, McCartney, O'Hare et Forbes (2009) ont effectué un essai randomisé qui comparait les interventions individuelles ou en groupes ainsi que directes versus indirectes auprès d'enfants d'âge scolaire, ayant des troubles de langage expressif et/ou réceptif. Ces interventions étaient offertes en milieu scolaire. Les enfants qui ont bénéficié d'interventions de groupe et individuelles montraient des améliorations significatives sur le plan du langage expressif, mais non au plan réceptif. Puis, les améliorations observées étaient similaires entre les enfants ayant eu des interventions individuelles ou en groupe. Bien que la clientèle de cette étude soit plus âgée que la clientèle ciblée dans cet essai synthèse, ces résultats montrent une pertinence à l'intervention de groupe.

Puis, Dowden, Alarcon, Volla, Cumley, Kuehn et Amtmann (2006), ont effectué un sondage en Écosse qui révèle que les orthophonistes qui ont de plus gros contingents font plus d'interventions de groupe que ceux qui ont des plus petits contingents. Ces auteurs (2006) rapportent qu'il peut être avantageux d'effectuer des interventions en groupe, mais que cela dépend des objectifs spécifiques des élèves qui sont suivis en orthophonie. Selon ces auteurs, il est inquiétant que le choix d'effectuer des interventions de groupe découle parfois du volume d'élèves qui ont besoin d'orthophonie et non directement des besoins des élèves. Ce type de pratiques pourrait, selon Dowden et al. (2006) conduire à de moins bons résultats cliniques.

En somme, les observations et les conclusions les plus importantes en ce qui a trait à la modalité des interventions de groupe sont les suivantes. Les interventions de groupe entraînent des résultats similaires aux interventions individuelles particulièrement au plan expressif (Gallagher et Chiat, 2009; Boyle et al., 2009). Il est toutefois important que les objectifs du groupe découlent des objectifs prioritaires des enfants qui le composent (Tyler et al., 2003, 2004; Dowden et al., 2006). En effet, la modalité d'intervention de groupe ne devrait pas simplement viser à voir plus d'enfants simultanément (Dowden et al., 2006).

2. INTERVENTIONS INDIRECTES

Sur le nombre total d'études répertoriées sur le sujet (N=6), quatre études ont été retenues par rapport à l'intervention indirecte et les autres ont été mises de côté en raison du manque de robustesse de celles-ci. L'intervention indirecte peut être effectuée par diverses personnes, toutefois les études retenues s'intéressent à l'intervention indirecte effectuée par des assistants en orthophonie ou des responsables de services de garde. Certaines études portent également sur les interventions indirectes en lien avec les parents, mais elles seront discutées dans une autre section qui s'intéresse seulement à l'implication des parents dans les interventions en orthophonie.

Une première étude est celle de Boyle et al. (2009), décrite précédemment pour l'intervention de groupe, qui s'intéressait aux interventions faites en milieu scolaire auprès des enfants d'âge scolaire. Dans le cadre de cette étude, les auteurs s'interrogeaient également quant à la comparaison des interventions directes par rapport aux interventions indirectes. Tel que pour les interventions individuelles versus en groupe, les enfants ont eu des changements significatifs au plan du langage expressif, mais non réceptif. Les intervenants qui offraient les interventions directes étaient des orthophonistes alors que ceux qui offraient les interventions indirectes étaient des assistants en orthophonie. Il est à noter que ces derniers avaient de l'expérience en pédiatrie, avaient été formés par les orthophonistes impliqués dans cette étude et travaillaient sous la supervision de ceux-ci. Également, aucune différence n'a été observée en ce qui concerne les améliorations entre les enfants qui ont eu des interventions directes par rapport à ceux qui ont eu des interventions indirectes.

Une seconde étude, celle de Gallagher et Chiat (2009) mentionnée précédemment, comparait les résultats des interventions intensives de groupe en orthophonie en milieu clinique par rapport à des interventions données dans le milieu de garde ainsi qu'à ceux qui n'avaient pas d'intervention. Les auteurs ont observé des progrès aux plans de la compréhension de la grammaire ainsi que celle du vocabulaire, puis au plan du vocabulaire expressif et de l'information expressive dans les deux groupes d'interventions. Il est à noter que les enfants du groupe de thérapies intensives ont fait des progrès plus importants dans tous les aspects mesurés, toutefois l'intensité et la durée des interventions étaient beaucoup plus importantes que le groupe d'interventions en milieu de garde. Les enfants dans le groupe d'interventions en milieu de garde n'ont montré qu'une différence significative, soit au plan de la compréhension de la grammaire, par rapport aux enfants n'ayant pas eu d'intervention. Il ressort donc que l'intensité de l'intervention est un facteur important. À cet effet, cet aspect sera discuté davantage dans la prochaine section.

Une troisième étude est celle de McCartney, Boyle, Bannatyne et al. (2005), réalisée en Écosse, qui tentait de connaître l'opinion des orthophonistes qui ont travaillé en collaboration avec des assistants en orthophonie. Les orthophonistes impliqués dans cette étude étaient les mêmes que dans l'étude de Boyle et al. (2009). L'étude de McCartney et al. (2005) démontre que malgré des activités thérapeutiques bien préparées, du soutien, suffisamment de temps de planification et de bonnes relations interpersonnelles, le travail des orthophonistes via les assistants n'a pas été sans difficulté. Certains moyens d'interventions ont été peu utilisés par les assistants en orthophonie et n'ont pas été considérés par tous les orthophonistes comme étant des alternatives acceptables au travail direct avec l'enfant. Les auteurs affirment qu'il semble que pour certains orthophonistes, connaître l'enfant et les observations subtiles faites pendant les interventions langagières constitue une partie importante de la prise de décisions et la préparation de thérapie, ce qui peut difficilement être remplacé. Pour certains orthophonistes, il serait nécessaire d'avoir une période de thérapies qui permettrait à l'orthophoniste de mieux connaître les difficultés langagières de l'enfant, avant la planification des interventions et, par la suite, à intervalle régulier. Les auteurs suggèrent des façons de faciliter la collaboration entre les orthophonistes et les assistants. Par exemple, d'améliorer la formation pour les assistants, de travailler avec des assistants qui ont de l'expérience et de mieux documenter les plans de traitements et les activités thérapeutiques. Également, il serait nécessaire de faire des protocoles précis pour encourager certaines techniques comme les répétitions systématiques, l'enregistrement de données et la collecte d'échantillon du langage de l'enfant afin que les orthophonistes puissent superviser les assistants à distance. Les avantages identifiés au travail en collaboration avec les assistants sont principalement en lien avec le contingent des orthophonistes et les facteurs reliés à l'offre de service. De plus, les auteurs recommandent de se concentrer vers des approches qui améliorent la satisfaction des orthophonistes.

Le sondage fait en Écosse par Dowden et al. (2006) qui abordait les interventions de groupe s'intéressait aussi aux interventions indirectes. Il fait remarquer

que cette modalité peut être attrayante pour les établissements qui connaissent des ratios élevés du nombre d'enfants par rapport au nombre d'orthophonistes. Les auteurs rapportent que les écoles ont commencé à engager des assistants en orthophonie en 2001-2002 où les contingents des orthophonistes étaient trop élevés, même si le programme officiel de formation des assistants en orthophonie n'existait pas encore.

En somme, les observations et les conclusions les plus importantes en ce qui a trait à la modalité des interventions indirectes sont les suivantes. On note des améliorations significatives chez les enfants obtenant des interventions indirectes (Boyle et al., 2009; Gallagher et Chiat, 2009) qui peuvent être similaires aux améliorations des enfants ayant eu des interventions directes (Boyle et al., 2009). Par contre, il peut être difficile pour les orthophonistes de guider un autre intervenant dans le cadre d'interventions indirectes et cela demande des ajustements pour faciliter l'utilisation de cette modalité (McCartney et al., 2005). Un avantage de cette modalité est qu'il est possible de desservir plus d'enfants qui ont besoin d'orthophonie (McCartney et al., 2005; Dowden et al., 2006).

3. INTENSITÉ DES INTERVENTIONS

Sur le nombre total d'études répertoriées sur le sujet (N=14), huit études ont été retenues par rapport à l'intensité de l'intervention et les autres mises de côté en raison du manque de robustesse de celles-ci. Aucune des études répertoriées n'avait comme objectif spécifique de mesurer de l'efficacité optimale d'une fréquence ou bien d'une durée d'interventions en orthophonie. Néanmoins, il s'agit d'un élément de l'intervention qui est fréquemment décrit et les études recensées expliquent l'intensité des interventions qui a mené à l'atteinte de leurs résultats.

D'ailleurs, suite à une méta-analyse, Law, Garrett et Nye (2004, 2010) ne sont pas capables de se prononcer sur l'intensité des interventions faute de peu d'études offrant plus de 2h d'intervention par semaine. Ces auteurs rapportent que les interventions en orthophonie de plus de huit semaines seraient plus efficaces que celles

d'une durée moindre. Law et al. (2004, 2010) citent d'autres auteurs qui ont remarqué une meilleure taille de l'effet lorsque les interventions duraient entre 4 à 12 semaines (Nye et al., 1987) et des gains beaucoup moins importants lors d'un second bloc d'interventions, lorsque les blocs sont d'une durée de 4.5 mois (Fey, Cleave, and Long, 1997). Par contre, Law et al. (2004, 2010) rapportent un manque important de littérature de qualité concernant les enfants qui ont des difficultés sévères de langage réceptif.

En ce qui concerne les études recensées, Boyle et al. (2009), qui ont effectué une étude en milieu scolaire, rapportent qu'ils ont utilisé une fréquence de 3 séances par semaine, d'une durée de 30-40 minutes, pendant 15 semaines pour obtenir des résultats positifs. Ils ont décidé d'effectuer 3 séances d'interventions par semaine puisqu'une étude précédente conduite par Boyle, Davies, Gillies et al. (1995) rapporte que cela s'avère plus efficace que 2 séances. Boyle et al. (2009) remarquent que les bénéfices des interventions données de façon plus intensive s'atténuent lorsqu'il n'y a plus d'intervention et recommandent de faire un suivi auprès des enfants après le bloc d'interventions et de redonner des séances de rappel, sans toutefois préciser davantage de recommandations par rapport à ces séances de rappel.

De plus, l'étude de Gallagher et Chiat (2009) qui ont effectué une étude qui comparait des interventions offertes à un rythme intensif en milieu clinique par rapport à des interventions d'une moins grande intensité en milieu de garde ou aucune intervention, rapportent des améliorations plus importantes chez les enfants ayant reçu 4 h d'interventions par semaine pendant une durée de 24 semaines consécutives que ceux ayant reçu une heure d'intervention pendant deux sessions de 6 semaines, incluant une pause de 6 semaines entre les sessions. Il est à noter que pendant cette pause, des activités thérapeutiques en langage étaient poursuivies par un employé du milieu de garde qui avait co-animé les séances avec l'orthophoniste. Bien que cette étude s'intéressait aux interventions directes versus indirectes, les auteurs affirment que la différence entre le nombre d'heures d'interventions obtenues peut avoir eu un impact sur les résultats.

Également, pour obtenir des changements positifs significatifs, Tyler et al. (2002, 2003) ont offert deux interventions par semaine, soit l'une en individuel d'une durée de 30 minutes et l'autre en groupe de maximum 3 enfants pendant 45 minutes, pendant 24 semaines. Il y avait 12 semaines accordées à la phonologie et 12 semaines à la morphosyntaxe. Les auteurs rapportent des améliorations significatives concernant la phonologie pour les groupes qui ont travaillé en premier la morphosyntaxe, ainsi que ceux qui ont travaillé en alternance ou en simultanée les deux aspects du langage. De plus, ils ont rapporté que les changements les plus significatifs en morphosyntaxe avaient été observés chez les enfants qui ont travaillé les deux aspects du langage en alternance.

Une étude qui s'est davantage intéressée aux fréquences et à la durée des interventions est celle de Lancaster, Keusch, Levins, Prings et Martin (2010), du Royaume-Uni, qui ont décidé d'évaluer l'efficacité des interventions en orthophonie données à une fréquence qui ressemble davantage à la réalité des cliniciens et non des chercheurs. Ils offraient huit séances d'orthophonie, à raison d'une fois par semaine et donnaient aux parents des devoirs à faire entre les séances d'orthophonie. Les résultats montrent que les interventions en orthophonie peuvent accélérer l'amélioration sur le plan phonologique.

Dans ce même ordre d'idées, Munro, Lee et Baker (2008) ont effectué une étude en Australie où 6 séances d'orthophonie ont été effectuées à raison d'une fois par semaine d'une durée de 60 minutes. L'orthophoniste consacrait dix minutes de la séance pour discuter avec les parents et leur expliquer les activités à poursuivre à domicile entre les interventions. Les résultats ont montré des améliorations importantes.

Puis, Baxendale et Hesketh (2003), au Royaume-Uni, ont effectué une étude qui comparait les interventions traditionnelles en orthophonie par rapport à l'application du programme Hanen. Ce programme demande une grande implication des parents et cette

modalité sera davantage discutée dans la prochaine section. Cependant, puisque cette étude compare le programme Hanen à des interventions individuelles dont l'intensité est précisée, il semblait pertinent de souligner cet aspect dans la présente section. Les auteurs expliquent que les enfants qui ont reçu des interventions traditionnelles avaient de l'orthophonie en individuel portant sur le langage expressif et réceptif, sauf en phonologie, à raison de 45 minutes, une fois par semaine, pendant 8 à 12 semaines. Quant au programme Hanen, il est d'une durée de 11 semaines, dont 8 consistent à des interventions de groupe de 2 h 15 qui s'adressent aux parents et 3 séances qui ont lieu à domicile. Les résultats démontrent que les deux types d'interventions ont apporté des améliorations, toutefois les auteurs n'ont pas noté de différence significative entre elles. Donc, il est possible de dire que le programme Hanen apporte des résultats similaires à des interventions individuelles en orthophonie à raison de 45 minutes par semaine.

En somme, les observations et les conclusions les plus importantes en ce qui a trait à l'intensité des interventions en orthophonie sont les suivantes. Pour les blocs d'interventions, les résultats montraient des améliorations pour les enfants ayant reçu des interventions pendant 6 semaines (Munro et al., 2008) jusqu'à 24 semaines (Gallagher et Chiat, 2009; Tyler et al., 2002, 2003) tandis que Law et al. (2004, 2010) suggèrent dans leur méta-analyse que les interventions devraient être entre 4 et 12 semaines. Également, faire des séances de rappel après un bloc d'interventions est recommandé (Boyle et al., 2009). Pour la fréquence, Law et al. (2004, 2010) ne peuvent se prononcer faute de manque d'études de qualité sur ce sujet. D'ailleurs la fréquence des interventions varie grandement dans les études précédentes, soit d'une fois par semaine (Munro et al., 2008; Lancaster et al., 2010; Baxendale et Hesketh, 2003) à 3 fois par semaine (Boyle et al., 2009).

4. IMPLICATION DES PARENTS

Sur le nombre total d'études répertoriées sur le sujet (N=8), sept études ont été retenues par rapport à l'implication des parents et les autres ont été mises de côté en

raison du manque de robustesse de celles-ci. L'implication des parents a été étudiée sous deux volets dans les évidences scientifiques. D'abord, dans les programmes enseignant des techniques d'intervention aux parents, offerts sous forme de groupes. Puis, l'implication des parents est aussi étudiée dans le cadre d'interventions traditionnelles en orthophonie où le parent assiste aux interventions, obtient des conseils de l'orthophoniste et effectue des activités à domicile en lien avec le langage.

Il est intéressant de savoir que, dans leur méta-analyse, Law et al. (2004, 2010) n'observent pas de différence dans les résultats des interventions effectuées auprès des enfants directement par les orthophonistes ou par le biais des parents. Toutefois, les auteurs notent qu'il y a eu moins d'études portant sur l'intervention effectuée par le biais des parents.

En ce qui a trait aux études portant sur les groupes d'enseignement de techniques aux parents, Gibbard, Cogan et MacDonald (2004) ont effectué une étude, au Royaume-Uni, pour une clientèle d'enfants d'âge préscolaire qui avaient un retard de langage expressif. Cette étude comparait un groupe de parents, auxquels des stratégies d'intervention étaient enseignées, et un groupe d'interventions traditionnelles. Le but du premier groupe était de développer le langage expressif chez l'enfant utilisé dans une routine quotidienne et dans les situations qui se présentent de façon naturelle. Les parents participant à ce groupe devaient travailler à domicile avec l'enfant. Les auteurs expliquent que les approches basées sur les parents sont fondées sur la prémisse que ce type d'interventions procure une stimulation fréquente, familière, répétitive et saillante à l'enfant. Les séances de groupe de cette étude permettaient d'expliquer et de clarifier les objectifs aux parents à l'aide de démonstrations et offraient aux parents des conseils généraux sur les techniques et méthodes pour stimuler et développer le langage de l'enfant. Gibbard et al. (2004) rapportent que les résultats obtenus démontrent que les enfants dont les parents ont participé aux groupes basés sur les parents ont eu des gains significatifs supérieurs à ceux des enfants qui ont eu des interventions traditionnelles. Toutefois, les coûts qui étaient engendrés par l'approche basée sur les parents étaient

légèrement supérieurs à l'approche traditionnelle. Par contre, il serait possible d'obtenir des coûts similaires si le nombre de participants aux groupes de parents était plus élevé, soit environ plus de 10.

Une autre étude de ce type est celle de Baxendale et Hesketh (2003), discutée précédemment, qui portait sur le programme Hanen. Ce dernier consiste à enseigner des techniques au plan langagier aux parents. Les auteurs expliquent que ce programme s'intéresse aux interactions réciproques entre parents et enfants en bas âge. Les auteurs ajoutent que la prémisse de ce programme est que les enfants ayant des retards de communication ont moins bien développé les aptitudes de dialogue et sont moins en mesure de profiter de l'environnement linguistique par rapport aux enfants ayant un développement normal du langage. Le parent est encouragé à augmenter la qualité de l'interaction dans les événements qui se produisent spontanément en utilisant certaines techniques. Baxendale et Hesketh (2003) rapportent que 71 % des enfants impliqués dans le programme Hanen ont amélioré leurs aptitudes langagières sur une période de 12 mois. Les auteurs ont observé des résultats similaires en orthophonie entre le groupe Hanen et le groupe d'interventions traditionnelles (Baxendale et Hesketh, 2003). Ils soulignent cependant qu'il y aurait de meilleurs résultats avec le programme Hanen pour les enfants ayant des difficultés de langage au plan réceptif tandis qu'à long terme, ceux qui ont des difficultés au plan expressif bénéficieraient davantage des interventions traditionnelles. Il est à noter que le programme Hanen était plus coûteux que les interventions traditionnelles. Pour cette raison, les auteurs suggèrent de réfléchir à d'autres façons d'appliquer les principes de ce programme. Par exemple, ils proposent que le groupe soit animé par un seul orthophoniste, que la durée de la session soit plus courte ou que les principes et techniques du programme Hanen soient intégrés aux séances individuelles.

Une autre étude portant sur les groupes qui s'adressent aux parents est celle de Buschmann, Jooss, Rupp, Feldhusen, Pietz et Philippi (2009), effectuée en Allemagne, visant l'enseignement de techniques aux parents d'enfants âgés de 2 ans ayant un retard

spécifique de langage au plan expressif, soit le Heidelberg Parent-based Language Intervention (HPLI). Ce programme qui s'est avéré efficace est plus structuré, plus court, moins coûteux et demande moins de temps que le programme Hanen. Il consiste en sept séances de groupe de 5 à 10 parents d'une durée de 2 h et une séance de 3 h donnée six mois plus tard. Les auteurs affirment que ce programme est hautement structuré et interactif. Un des thèmes principaux du programme consiste à utiliser avec l'enfant des livres d'images puisque cela favorise la communication ainsi que l'apprentissage de nouveaux mots. Leurs résultats montrent des améliorations au plan grammatical ainsi que du vocabulaire par rapport aux groupes d'enfants en attente d'interventions en langage expressif. Puis, 75 % des enfants participant au programme avaient atteint un niveau de langage normal en fonction de leur âge par rapport à 44 % de ceux étant en attente d'interventions (Buschmann et al., 2009). Toutefois, les auteurs n'ont pas comparé les effets du programme versus les effets d'interventions en orthophonie plus traditionnelles.

En ce qui a trait aux études qui portent sur l'implication des parents dans les interventions traditionnelles en orthophonie, il y a l'étude de Lancaster et al. (2010) qui voulait reproduire plus réalistement les approches et les fréquences d'interventions des cliniciens. Les auteurs concluent qu'il est possible d'obtenir des améliorations au plan du langage lorsque l'orthophoniste utilise diverses approches pour un même enfant en combinaison avec l'implication des parents au plan des activités en lien avec l'orthophonie effectuées à domicile, et ce, au quotidien.

De plus, l'étude Munro et al. (2008), abordée précédemment, qui offrait un total de 6 séances d'interventions où les parents devaient reprendre quotidiennement les techniques enseignées par l'orthophoniste. Cette étude ciblait la clientèle d'enfants âgés de 4 à 6 ans ayant un trouble spécifique du langage dont les difficultés peuvent être d'ordre expressif ou réceptif. Les auteurs avaient pour but d'évaluer la faisabilité d'une approche hybride d'interventions du langage ciblant le vocabulaire et la conscience phonologique dans un contexte de narration oral, lecture de livre d'histoire et de jeu de

répétition. Pour ce faire, les parents devaient consacrer 10 à 15 minutes par jour à lire un livre et jouer à des jeux associés avec leur enfant. Les résultats obtenus montrent des améliorations sur tous les aspects du langage mesurés dans un contexte de séances hebdomadaires d'orthophonie où, à la fin de chaque séance, des explications étaient données au parent.

Enfin, il est intéressant de constater que, selon le sondage effectué au Royaume-Uni par Joffe et Prings (2008), 75% des orthophonistes répondants affirment qu'ils impliquent toujours ou souvent les parents dans les thérapies.

En somme, les observations et les conclusions les plus importantes en ce qui a trait à l'implication des parents sont les suivantes. Pour ce qui est des programmes qui s'adressent directement aux parents, les résultats montrent des améliorations similaires aux interventions individuelles (Law et al., 2004, 2010; Baxendale et Hesketh, 2003) ou même plus significatives (Gibbard et al., 2004), mais plus coûteuses (Baxendale et Hesketh, 2003; Gibbard et al., 2004). Quant aux interventions qui portent sur l'implication des parents dans un contexte d'interventions directes aux enfants, des améliorations au plan du langage sont notées lorsque les activités sont reprises par le parent et travaillées à domicile (Lancaster et al., 2010; Munro et al., 2008).

Suite à cette recension des écrits, il est possible de constater que les quatre modalités ciblées sont efficaces pour améliorer les difficultés langagières chez les enfants ayant un trouble primaire du langage si certaines conditions sont respectées. Pour l'intervention de groupe, il est nécessaire de tenir compte des objectifs prioritaires pour chacun des enfants. En ce qui concerne l'intervention indirecte, il faut surmonter les difficultés liées à la supervision des intervenants qui font l'intervention. Pour l'intensité des interventions en orthophonie, le nombre de séances et la fréquence peuvent varier, mais il est recommandé de faire des séances de rappel entre les blocs d'interventions. Par ailleurs, l'implication des parents semble efficace lors de groupes

qui s'adressent aux parents ainsi que lorsque le parent apprend les techniques pendant les thérapies traditionnelles et les reprend à domicile.

TROISIÈME CHAPITRE

OBJECTIFS

Le but ultime de ce projet d'innovation est de déterminer comment optimiser l'utilisation des modalités qui favorisent l'accès aux services en orthophonie pour les enfants âgés de 3 à 6 ans qui ont un trouble primaire du langage (ou hypothèse) en CRDP. Les objectifs spécifiques pour atteindre ce but sont les suivants :

1. Identifier les modalités utilisées pour optimiser l'offre de service en orthophonie dans des programmes de déficience du langage en CRDP.

2. A) Recueillir les opinions des orthophonistes concernant quatre des modalités utilisées dans des CRDP pour optimiser l'offre de service en orthophonie pour la clientèle ciblée.

B) Identifier les conditions de mise en place des modalités discutées selon le contexte de travail des orthophonistes;

3. Évaluer l'écart entre les modalités utilisées dans des CRDP et celles recommandées par les évidences scientifiques.

QUATRIÈME CHAPITRE

MÉTHODOLOGIE

1. DEVIS DE L'ÉTUDE

Le devis de l'étude est de type exploratoire-descriptif (Fortin, 1996). Selon l'auteur, le but d'un tel devis est de décrire les divers facteurs et perceptions. Pour cet essai synthèse, l'exploration se fera à travers les perceptions des différents acteurs en CRDP, en lien avec les services d'orthophonie, pour connaître les facteurs qui favorisent l'accès aux services en orthophonie pour une clientèle ciblée. Pour ce faire, une méthode qualitative phénoménologique (Fortin, 1996) a été retenue.

Dans le cadre de ce projet, cette méthode permettra d'identifier et de décrire les aspects positifs et négatifs des modalités utilisées pour optimiser l'accès aux services d'orthophonie chez la clientèle âgée de 3 à 6 ans ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse). Comme il y a peu d'évidences scientifiques par rapport aux modalités qui optimisent l'accès aux services, cette méthode permet de décrire la situation actuelle, dans un contexte québécois, en recueillant les perceptions sur l'utilisation des différentes modalités.

Par la suite, une triangulation des données à partir de la perception des gestionnaires et des coordonnateurs cliniques, celle des orthophonistes ainsi que les évidences scientifiques a été effectuée pour assurer une meilleure compréhension des facteurs qui influencent l'utilisation des modalités d'optimisation de l'accès aux services d'orthophonie (Mays et Pope, 2000).

2. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel utilisé dans cet essai synthèse est celui de la pratique fondée sur les évidences scientifiques. Cette pratique émerge du bas et consiste à intégrer les meilleures évidences externes provenant d'une recherche systématique avec l'expertise clinique individuelle et le choix du client (Sackett, 1996). Il est à noter que Sackett (1996) spécifie que la meilleure évidence n'est pas toujours la revue systématique ou l'essai randomisé, mais l'évidence qui peut répondre le mieux à la question clinique. D'ailleurs, l'auteur affirme qu'il n'est pas toujours possible d'attendre l'essai randomisé et, par conséquent, il faut trouver la meilleure évidence existante.

En orthophonie, cinq principes de base sont proposés (Johnson, 2006) qui proviennent du Canadian Cochrane Network/Centre Affiliate Representatives (2003) :

1. Poser une question à laquelle il est possible de répondre.
2. Chercher les évidences.
3. Critiquer les évidences par rapport à leur validité et leur pertinence.
4. Prendre une décision en fonction de l'intégration des évidences avec l'expérience clinique et les valeurs du client.
5. Évaluer la performance après avoir agi par rapport aux évidences.

Sackett (1996) explique que les évidences cliniques externes ne peuvent jamais remplacer l'expertise clinique individuelle et que cette expertise permet de déterminer si les évidences externes s'appliquent au client et comment les intégrer à la décision clinique.

3. COLLECTE DE DONNÉES

La collecte de données a été faite en trois parties :

- 1) recension des écrits;
- 2) entrevues semi-dirigées auprès des gestionnaires et des coordonnateurs cliniques des programmes qui offrent des services aux enfants ayant un trouble primaire du langage;
- 3) groupe de discussion avec les orthophonistes qui travaillent auprès de cette clientèle.

4. RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits a débuté avant les entrevues avec les gestionnaires et coordonnateurs cliniques et s'est terminée après le groupe de discussion avec les orthophonistes. Ainsi, il a été possible de cibler avant la collecte de données dans le milieu, certaines modalités. Puis, avec les données, les recherches se sont affinées pour obtenir des évidences scientifiques sur les modalités décrites. Les bases de données qui ont été utilisées sont les suivantes : CINAHL, ERIC, MEDLINE, PsychINFO et Cochrane Library. Diverses combinaisons des mots-clés suivants ont été utilisées: « speech », « language », « therapy », « pathology », « disorder », « children », « groups », « direct », « indirect », « intervention », « assistant », « shortage », « frequency », « duration », « evidence based practice », « parents », « participation », « web », « practice », « Internet », « Specific Language Impairment ».

Vingt-quatre études étaient pertinentes. Une grille d'analyse a été utilisée pour déterminer de la robustesse des études. Cette grille est basée sur les critères portant sur la pratique fondée sur les évidences scientifiques, dans le domaine de l'orthophonie (Johnson, 2006; Dolloghan, 2004) (annexe A). Les études répondants au moins à la moitié des critères de robustesse ont été retenues. Au total, 13 études ont été retenues.

5. ÉCHANTILLON

Pour le recrutement de participants, une technique d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée, plus précisément l'échantillonnage par réseaux (Fortin, 1996) ou en boule de neige (Gauthier, 2003). En effet, comme les CRDP sont souvent sollicités pour participer à divers projets universitaires ou de recherche, il aurait été difficile de trouver des CRDP intéressés à investir des ressources pour participer à un tel projet. Donc, des CRDP qui respectaient les critères de sélection ont été identifiés à partir des liens qui existaient entre l'étudiante et ceux-ci. Ces liens provenaient de diverses connaissances dans le réseau de la santé. Par la suite, les CRDP devaient être volontaires à la participation au projet d'étude.

Les critères de sélection des CRDP étaient les suivants :

- Couvrir diverses régions géographiques du Québec (ouest, sud, centre, est);
- Avoir révisé l'offre de service pour la clientèle de 3 à 6 ans ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse) au cours des 5 dernières années.

6. PROCÉDURES DE RECRUTEMENT

À la suite de l'identification des CRDP qui répondaient aux critères de sélection, un courriel présentant le projet de maîtrise a été envoyé aux personnes clés, soit les coordonnateurs cliniques, les gestionnaires ou les coordonnateurs de recherche. Ce courriel expliquait les objectifs du projet et comportait deux questions. La première portait sur les modalités utilisées pour optimiser l'accès aux services d'orthophonie pour la clientèle ciblée tandis que la seconde demandait s'il était possible d'obtenir une entrevue avec un coordonnateur clinique ou un gestionnaire concernant ces modalités et le fonctionnement du programme (annexe B).

Un maximum de trois rappels a été effectué auprès des CRDP qui avaient répondu au courriel initial en exprimant leur intérêt, mais qui n'avaient pas répondu aux deux questions. Par la suite, le coordonnateur clinique ou le gestionnaire des programmes ciblés des CRDP ayant répondu par l'affirmative ont été contactés par courriel ou téléphone pour organiser un rendez-vous pour une entrevue téléphonique. Les CRDP qui acceptaient de participer à l'entrevue faisaient partie de l'échantillonnage.

Puisque le groupe de discussion était effectué par visioconférence, il a fallu organiser la réservation de la salle et du système de visioconférence dans chaque CRDP participant. À cette étape, un CRDP s'est désisté puisque les disponibilités de la salle de visioconférence ne correspondaient pas à celles des autres CRDP. Donc, à la suite du retrait de ce CRDP, il a fallu reprendre les stratégies de recrutement. Seulement deux CRDP ont été contactés en raison des délais serrés en ce qui a trait au groupe de discussion. La stratégie d'échantillonnage a été la même, excepté que le critère portant sur la révision de l'offre de service a été priorisé par rapport à celui des régions géographiques. Cette fois-ci, le contact a été effectué par téléphone directement aux gestionnaires ou aux coordonnateurs de recherche de ces deux CRDP. Un des CRDP a accepté immédiatement alors que le second n'a pas eu d'orthophoniste volontaire pour participer au groupe de discussion.

7. PROCÉDURES DE COLLECTES DE DONNÉES

7.1 Collecte de données auprès des gestionnaires et coordonnateurs cliniques

Les données recueillies auprès des gestionnaires et des coordonnateurs cliniques des différents CRDP ont été obtenues par entrevues semi-dirigées téléphoniques. Tel qu'expliqué par Gauthier (2003), l'entrevue semi-dirigée a été choisie pour mieux comprendre la situation vécue par les différents CRDP. Elle permet de mettre en lumière la perspective de chaque gestionnaire et coordonnateur clinique contacté par rapport à la situation concernant les difficultés d'accès en orthophonie de la clientèle ciblée. Les

questionnaires ont été préalablement envoyés à deux agents de planification, programmation et recherche qui ont validé les questions afin de s'assurer d'une compréhension commune des questions.

Les entrevues ont duré de 20 à 40 minutes. Trois des cinq entrevues étaient effectuées auprès du gestionnaire et du coordonnateur clinique, tandis que les deux autres n'ont été effectuées qu'auprès du gestionnaire. Les premières questions portaient sur les données quantitatives en lien avec les postes en orthophonie, le nombre d'enfants desservis et les délais d'attente. Ensuite, les questions portaient sur les révisions effectuées en lien avec l'offre de service au cours des 5 dernières années et sur le processus actuel complet d'accès aux services d'orthophonie. Puis, il y avait des questions sur les modalités utilisées pour favoriser l'accès aux services d'orthophonie ainsi que la satisfaction de la clientèle obtenue par le biais des évaluations lors de la démarche d'agrément (annexe C).

À la fin de l'entrevue, il était demandé à chaque gestionnaire s'il était possible qu'un à deux orthophonistes de leur programme participent à un groupe de discussion via visioconférence pour compléter la démarche de la collecte de données. Tous les gestionnaires ont accepté et ont fait parvenir par courriel, le nom ainsi que les coordonnées des orthophonistes intéressés à participer à ce groupe de discussion.

7.2 Collecte de données auprès des orthophonistes

Pour obtenir les opinions des orthophonistes par rapport aux modalités utilisées pour optimiser l'accès en orthophonie pour la clientèle ciblée dans leurs programmes ainsi qu'en fonction de leur contexte de travail, il a été choisi d'effectuer un groupe de discussion. Les raisons qui ont mené vers ce choix sont que le groupe de discussion permet d'obtenir une compréhension approfondie des réponses et ainsi de comprendre le motif des intervenants (Gauthier, 2003). La richesse de ces informations est

essentiellement ce qui a permis de mieux comprendre pourquoi une modalité est utilisée et dans quel contexte.

Les orthophonistes sélectionnés ont été informés par courriel du but du groupe de discussion ainsi que des questions qui seraient posées pour leur permettre de se préparer (annexe D). Ces questions ont été validées par deux agents de planification, programmation et recherche au préalable pour s'assurer d'une compréhension adéquate des participants. Le groupe de discussion a duré 2 h et toutes les questions prévues ont été posées.

Tel que proposé par Gauthier (2003), l'animatrice du groupe, qui était l'étudiante responsable de ce projet, s'occupait de diriger la discussion en posant les questions, demandant des clarifications et s'assurant du bon fonctionnement du tour de parole. Puis, la co-animatrice, soit une orthophoniste et qui avait déjà animé des groupes de discussion, s'occupait de la prise de notes. De plus, il y a eu un enregistrement audio-vidéo du groupe de discussion, par le système de visioconférence, qui a permis d'obtenir un exposé détaillé de tous les propos tenus par les participants (Gauthier, 2003). Suite au groupe de discussion, un résumé a été effectué.

8. PARTICIPANTS

8.1 Gestionnaires et coordonnateurs cliniques

Pour la première partie, soit celle qui s'intéressait à l'organisation de l'offre de service, il y a eu deux types de répondants. D'abord, pour tous les CRDP qui ont participé à ce projet, il y a eu la participation des gestionnaires qui gèrent les programmes desservant la clientèle ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse). Les cinq gestionnaires interrogées étaient toutes des femmes. Quatre de ces gestionnaires n'étaient pas les seuls, dans leur établissement, à gérer un programme qui traite des déficiences du langage pour la clientèle de trois à six ans en raison de

l'étendue des territoires couverts par ces CRDP. Ainsi, les quatre CRDP en questions ont plusieurs points de service qui desservent cette clientèle. D'ailleurs, deux des gestionnaires étaient responsables de deux points de service tandis que les autres étaient responsables d'un seul point de service. Par conséquent, les informations obtenues ne concernent que les points de service gérés par les gestionnaires interrogés et ne sont pas nécessairement généralisées à l'ensemble des CRDP représentés dans ce projet.

Également, pour trois des CRDP qui ont participé au projet, une personne responsable de la coordination clinique s'est jointe au gestionnaire lors de l'entrevue téléphonique semi-dirigée. Ces trois personnes étaient également toutes des femmes. Parmi les CRDP sollicités, deux provenaient de la grande région de Montréal. Les trois autres couvraient d'autres régions à l'est et à l'ouest de Montréal.

8.2 Orthophonistes

Pour la partie qui s'intéressait à l'opinion des orthophonistes, il y a eu huit orthophonistes de cinq CRDP différents qui ont participé au groupe de discussion. Parmi ces orthophonistes, il y avait sept femmes et un homme. Sept orthophonistes représentaient quatre des cinq CRDP qui avaient participé à la première partie du projet, soit celle qui s'adressait aux gestionnaires, tandis qu'un orthophoniste représentait un CRDP qui s'est ajouté, suite au retrait d'un des CRDP qui avait participé à la première partie du projet. Cet ajout a permis d'obtenir l'opinion d'orthophonistes provenant d'au moins cinq CRDP différents. Cependant, la représentativité régionale était moins respectée puisque le CRDP qui s'est retiré provenait d'une région à l'extérieur de Montréal alors que le nouveau CRDP dessert la population de la grande région de Montréal. Au total, il y avait donc quatre orthophonistes qui travaillaient dans la banlieue d'une grande ville, trois orthophonistes qui travaillaient en milieu urbain et un orthophoniste qui travaillait en milieu rural. Aussi, parmi ces orthophonistes, la moitié occupait également des fonctions en coordination clinique à temps partiel.

9. PROCÉDÉS ANALYTIQUES

9.1 Analyse Intra-cas

Pour les entrevues semi-dirigées, une grille de codage mixte (Miles et Huberman, 2003) de type déductif a été utilisée (annexe E). Cette matrice a permis de comparer les réponses des cinq CRDP à partir des réponses aux questions d'entrevues.

Pour le groupe de discussion, une grille de codage mixte (Miles et Huberman, 2003) a aussi été utilisée, mais cette fois-ci de type inductif. Les matrices utilisées découlaient d'une analyse thématique effectuée à partir de la discussion (Paillé et Mucchielli, 2003). Tel qu'expliqué par Paillé et Mucchielli (2003), cette méthode a permis de faire ressortir les principaux thèmes ainsi que d'en déterminer leur importance en regroupant les commentaires des orthophonistes. Puis, ces commentaires ont été classés en catégories selon le sens qui leur était attribué (annexe F).

9.2 Analyse Inter-cas

L'analyse inter-cas a été effectuée pour comparer les grilles de codage mixte résultant de l'analyse intra-cas aux évidences scientifiques. Pour ce faire, une autre grille de codage mixte (Miles et Huberman, 2003) a été utilisée pour comparer les données recueillies dans les CRDP par rapport à leur correspondance aux évidences scientifiques (annexe G).

9.3 Analyse noyaux durs

De cette grille de codage mixte utilisée pour comparer les données des CRDP aux évidences scientifiques, il a été possible de sélectionner les éléments clés des catégories de chaque source de données, soit la recension des écrits, les entrevues semi-dirigées avec les gestionnaires et coordonnateurs cliniques, puis le groupe de discussion

avec les orthophonistes. Les catégories qui avaient le plus d'éléments clés étaient considérées comme pertinentes et ont été retenues.

CINQUIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS

1. DONNÉES PROVENANT DES ENTREVUES AVEC LES GESTIONNAIRES

Les données provenant des gestionnaires sont regroupées en quatre catégories : la description de la clientèle et des effectifs des programmes, la description de la séquence des mesures d'accès aux services, les principales modalités mises en place par les CRDP consultés, puis les conséquences sur le programme et la clientèle de la mise en place des modalités selon les gestionnaires. Ces données permettent de situer le contexte de réadaptation de ces CRDP tout en répondant au premier objectif qui est d'identifier les modalités utilisées pour optimiser l'offre de service en orthophonie dans des programmes de déficience du langage en CRDP.

1.1 Description de la clientèle et des effectifs des programmes

Chaque CRDP a une façon différente de comptabiliser les données concernant la clientèle desservie et pour cette raison, il n'a pas été possible de trouver nombre d'enfants vus annuellement par programme pour la clientèle de 3 à 6 ans. Par contre, les cinq gestionnaires estiment qu'environ 85 % des enfants de 3 à 6 ans ont un trouble primaire du langage (ou hypothèse).

Pour ce qui est des effectifs en orthophonie, trois des gestionnaires rapportent avoir de 1 à 2,6 postes vacants dans leur programme, ce qui représente entre 24 % et 59% de leurs effectifs en orthophonie. Selon certains gestionnaires, la pénurie d'orthophonistes ainsi que les nombreux remplacements à combler des divers congés (maternité, maladie, pour études, sans solde,...) sont les principales causes du manque d'effectifs. Parmi les deux CRDP dont tous les postes en orthophonie sont comblés, il y

en a un qui a engagé des orthophonistes de la Belgique pour finalement combler tous ses postes, en novembre 2010, soit pour une première fois en sept ans.

L'attente pour répondre à un premier besoin en orthophonie est un enjeu important pour les CRDP. Les délais rapportés pour quatre des cinq CRDP varient de 9 à 12 mois tandis que le cinquième CRDP a une attente de 18 mois. Il est à noter que ce dernier a également le taux le plus élevé de postes vacants.

1.2 Description de la séquence des mesures d'accès aux services

Idéalement, il serait favorable que les enfants puissent obtenir des services en orthophonie le plus rapidement possible pour bénéficier d'interventions précoces. Actuellement, les CRDP doivent trouver une façon de respecter les exigences ministérielles concernant l'accès aux services de réadaptation tout en offrant des services de qualité en orthophonie. Pour ces raisons, chaque CRDP a développé une séquence des mesures d'accès aux services d'orthophonie qui lui est propre.

D'abord, tous les gestionnaires rapportent avoir révisé leur processus d'accès aux services d'orthophonie, pour la clientèle concernée, au cours des 5 dernières années. Cette révision a été effectuée principalement en raison de l'application des exigences ministérielles du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (MSSS, 2008), mais aussi en raison du manque d'orthophonistes et de l'augmentation de la clientèle qui entraîne une augmentation du nombre d'enfants sur la liste d'attente.

Le tableau qui suit représente l'ordre dans lequel les étapes du processus d'accès aux services d'orthophonie sont effectuées pour chacun des CRDP consultés.

Tableau 1

Processus d'accès aux services d'orthophonie représentant l'ordre des étapes effectuées pour obtenir un premier service en orthophonie

Étapes	CRDP 1	CRDP 2	CRDP 3	CRDP 4	CRDP 5
Contact fait par coordonnateur clinique	1			2	
Entrevue d'accueil et évaluation psychosociale	2	1	1	1	
Service de 1 ^{er} niveau en groupe (6 rencontres)	3	2			1
Bilan/PII	4	3	2		2
Conseils en orthophonie aux parents.	5		3		3
Service dans une autre discipline que l'orthophonie (au besoin)	6	5 (selon les ressources)	4		
Attente pour services	7	4		3	4
Service en orthophonie (groupe ou individuel)	8	5	5	4	5

La différence entre les CRDP repose davantage sur le nombre d'étapes pour obtenir les services en orthophonie que sur l'ordre dans lequel elles sont effectuées. De façon générale, il y a entre 4 et 8 étapes à franchir avant que l'enfant obtienne des services en orthophonie.

1.3 Principales modalités mises en place pour optimiser l'accès aux services d'orthophonie

Les révisions effectuées dans le but de favoriser le processus d'accès aux services d'orthophonie ont mené principalement à l'utilisation de différentes modalités afin de répondre le plus rapidement possible aux besoins des usagers. Les gestionnaires et les coordonnateurs cliniques ont identifié ces modalités et expliqué, selon eux, leurs avantages et limites respectives.

Tableau 2

Modalités utilisées pour favoriser le processus d'accès aux services d'orthophonie par rapport au nombre de CRDP qui les applique

Modalités identifiées	Nombre de CRDP (n=5)
Interventions en orthophonie auprès de groupes d'enfants	4
Premier niveau de services effectué en groupe suite à l'admission dans le programme	3
Interventions indirectes en orthophonie effectuées par un technicien en éducation spécialisée	2
Généralisation des interventions en orthophonie effectuée par le technicien en éducation spécialisée	1
Suspension des services en orthophonie pour travailler, dans d'autres disciplines, des préalables tels que le l'attention	2
Mise en place de balises qui structurent l'intensité des interventions en orthophonie	4

Les deux modalités les plus utilisées sont les interventions en orthophonie auprès de groupes d'enfants ainsi l'intensité des interventions en orthophonie. Ensuite vient le premier niveau de services sous forme de groupes et les modalités qui sont en lien avec la collaboration des techniciens en éducation spécialisée. Ces dernières peuvent prendre différentes formes telles que l'intervention indirecte, la suspension des interventions en orthophonie pour travailler l'attention ou le comportement, ainsi que la généralisation des interventions en orthophonie. Toutes ces modalités seront abordées plus spécifiquement dans les sections qui suivent.

1.3.1 Interventions de groupes

La première modalité est l'intervention de groupe. Cette modalité inclut deux des modalités qui avaient été identifiées au départ, soit les interventions du premier niveau de services effectuées en groupe suite à l'admission dans le programme ainsi que les interventions en orthophonie auprès de groupes d'enfants. Bien que ces groupes aient des objectifs différents, ils ont été jumelés puisque la modalité est la même. Voici un

tableau qui illustre les avantages et des limites nommés par les gestionnaires et coordonnateurs cliniques des interventions de groupe.

Tableau 3
Avantages et limites des interventions auprès de groupes

	Avantages	Limites
Enfants	Permet de voir d'autres problématiques (ex TDAH)	Moins spécifiques à l'enfant (les objectifs doivent être communs)
	Augmentation du nombre d'enfants suivis en orthophonie	
	Pairs servent de modèles	Moins précis au plan de l'évaluation (observations plutôt qu'évaluation)
	Dynamique de groupe intéressante	
	Répond aux besoins les plus prioritaires	
Parents	Permet l'intégration des parents dans le groupe / permet d'outiller le parent pendant l'attente	Plus exigeant pour les familles
	Facilite la compréhension	
	Observations des techniques	
	Observation du cheminement des enfants en groupe	
	Favorise la compréhension et l'anticipation des progrès de l'enfant	
Organisation de l'offre de service	Favorise l'efficacité et la stabilité	Augmentation de la charge de tenue de dossier
	Favorise l'interdisciplinarité lors de l'intervention et du PII	Peu de flexibilité au cours de l'intervention
	Diminue les besoins de suivi en individuel	
	Aide à la coordination des services	
	Permet de faire un rapport aux partenaires	

Plus d'avantages que de limites sont nommés pour les interventions de groupe. Il y a autant d'avantages qui concernent directement les enfants, les parents et l'organisation de l'offre de service. De plus, les limites sont d'un ordre de grandeur similaire entre les catégories (enfants, parents, offre de service) variant entre une et deux limites.

1.3.2 Interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée

La deuxième modalité qui porte sur les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée regroupe trois modalités identifiées au départ par

les gestionnaires et qui demandent la collaboration des techniciens en éducation spécialisée : les interventions indirectes en orthophonie, la généralisation des interventions en orthophonie et la suspension des services en orthophonie pour travailler des préalables tels que le l'attention. Un tableau résume les avantages et limites qui sont en lien avec cette modalité. Il est à noter qu'un seul CRDP a identifié des avantages et limites à cette modalité.

Tableau 4

Avantages et limites des interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée

	Avantages	Limites
Enfants	---	---
Parents	Facilite l'enseignement par rapport à comment effectuer les exercices d'orthophonie	
Organisation de l'offre de service	Augmentation du nombre d'enfants vus par orthophoniste	Contingent plus chargé qui est plus exigeant lors des réévaluations
	Favorise un accès plus rapide aux services d'orthophonie	Augmentation du temps de discussions de cas pour favoriser l'arrimage entre les intervenants
	Montre que ce n'est pas seulement les orthophonistes qui peuvent faire de la stimulation	
	Permet d'exploiter les connaissances des orthophonistes et des techniciens en éducation spécialisée	Lien de confiance nécessaire entre l'orthophoniste et le technicien en éducation spécialisée

La majorité des avantages et des limites nommés sont en lien avec l'organisation de l'offre de service. Seul un des avantages est plus en lien avec les parents. Il n'y a d'ailleurs ni avantage ni limite en lien avec les enfants par rapport à cette modalité.

1.4. Intensité des interventions en orthophonie

La troisième modalité concerne l'intensité des interventions en orthophonie. Elle fait référence à deux différents aspects. En effet, la répartition des services peut être un nombre de séances ou la durée d'une période d'interventions. Pour les CRDP consultés, il y en a un qui offre un nombre maximal de 40 séances en orthophonie aux enfants qui

ont de 3 à 6 ans. De plus, au travers de ces 40 séances, il y a une pause obligatoire. Pour deux autres CRDP, la répartition des services consiste à diviser l'année en trois blocs. Après chaque bloc d'interventions, l'orthophoniste doit se questionner sur les besoins de l'enfant et décider des meilleurs services à lui offrir. Le tableau qui suit montre les avantages et les limites de l'intensité des interventions en orthophonie.

Tableau 5

Avantages et limites de la mise en place de balises qui structurent l'intensité des interventions en orthophonie

	Avantages	Limites
Enfants	Augmentation du nombre d'enfants suivis en orthophonie	
	Questionnement trois fois par année sur les usagers et leurs besoins	
	Confirme l'hypothèse du diagnostic	
	Diminue le taux d'absentéisme	
	Clients vus plus jeunes et augmentation de l'impact des interventions	
Parents	Meilleure compréhension de la situation	
	Moins exigeant	
	Augmentation de l'investissent	
Organisation de l'offre de service	Facilitant pour la logistique	Favorise moins l'interdisciplinarité
		Plus difficile de se rappeler des difficultés des enfants lors d'un deuxième service en raison de l'absence prolongée de l'enfant
		Les orthophonistes aimeraient en faire davantage
		S'inscrit dans un cadre plus rigide

Selon les gestionnaires et les coordonnateurs cliniques, l'intensité des interventions en orthophonie entraîne plus d'avantages que de limites et ces dernières n'affectent pas les enfants ni les parents. Contrairement aux avantages qui affectent principalement les parents et les enfants.

1.5 Conséquences sur le programme et la clientèle de la mise en place des modalités selon les gestionnaires

Cette section porte sur les effets observés de l'utilisation des modalités d'optimisation de l'accès aux services d'orthophonie sur les programmes, les

améliorations et les problématiques non résolues selon les gestionnaires et les coordonnateurs cliniques ainsi que la satisfaction de la clientèle sont abordées.

1.5.1 *Améliorations*

Tous les gestionnaires et coordonnateurs cliniques interrogés voient des améliorations en lien avec la mise en place des diverses modalités pour favoriser l'accès aux services d'orthophonie. D'abord, les clients sont vus plus rapidement, donc l'intervention est plus précoce au plan du développement de l'enfant. Ensuite, certains CRDP ont réussi à diminuer temporairement l'attente. Puis, l'un des CRDP rapporte avoir réussi à maintenir l'interdisciplinarité malgré les changements apportés dans l'offre de service.

1.5.2 *Problématiques non résolues*

Malgré les améliorations, il demeure une problématique en lien avec les délais d'attente. Tous les gestionnaires rapportent que les délais d'attente persistent malgré la réorganisation des services. Certains disent que les délais ont diminué par rapport à la situation antérieure au Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (MSSS, 2008) et qu'ils sont actuellement plus raisonnables. Par contre, d'autres CRDP affirment qu'il y a eu une augmentation de la clientèle, ce qui a augmenté à nouveau les délais. Selon un des CRDP, le manque d'orthophonistes est la principale raison de l'augmentation des délais d'attente, alors que selon deux autres CRDP, l'augmentation de la clientèle est telle que les délais d'attente augmenteraient même si tous les postes en orthophonie étaient comblés.

1.5.3 *Satisfaction de la clientèle*

En ce qui a trait à la satisfaction de la clientèle, tous les CRDP rapportent avoir, en général, un taux élevé de satisfaction lors des sondages effectués dans le cadre des

évaluations du Conseil Québécois d'Agrement. En ce qui concerne spécifiquement la satisfaction en lien avec les modalités utilisées pour favoriser l'accès aux services d'orthophonie, un des CRDP explique que les parents sont satisfaits d'avoir des interventions plus rapidement même si cela implique que l'enfant aura une pause d'interventions pendant le suivi. Un autre CRDP rapporte que les parents sont satisfaits des interventions de groupe.

2. DONNÉES PROVENANT DU GROUPE DE DISCUSSION AVEC LES ORTHOPHONISTES

Cette section porte sur les données recueillies auprès des orthophonistes. Un groupe de discussion avec huit orthophonistes a été effectué pour répondre aux objectifs suivants : identifier les modalités utilisées pour optimiser l'offre de service en orthophonie auprès de la clientèle ciblée et identifier les modalités perçues par les orthophonistes comme étant les plus réalisables dans leur contexte de travail.

D'abord, les trois mêmes modalités qui ont été précédemment abordées ont aussi été discutées avec les orthophonistes. Ces modalités sont les interventions en groupes, les interventions en lien avec l'orthophonie effectuées par un technicien en éducation spécialisée et l'intensité des interventions en orthophonie. Aussi, une autre modalité s'est ajoutée, soit l'implication des parents.

2.1 Interventions de groupe

Cette section porte sur les explications des orthophonistes concernant le contexte où il y a interventions de groupe, leurs opinions en lien avec ces interventions ainsi que les conditions qui affectent la mise en œuvre de cette modalité.

2.1.1. Contexte dans lequel des interventions de groupes sont actuellement effectuées

Dans plusieurs CRDP, les interventions de groupe ont connu un essor en orthophonie au cours des dernières années. Habituellement, les groupes sont animés par

un orthophoniste et un autre intervenant ou, rarement, par deux orthophonistes. Il y a trois types de groupes :

- groupe thématique, préparé à l'avance, qui traite d'un aspect spécifique du langage;
- groupe s'adressant aux parents pour leur enseigner des techniques à utiliser auprès de leur enfant;
- groupe rassemblant des enfants ayant des difficultés similaires et qui se développe en fonction des besoins des enfants.

La plupart des orthophonistes consultés font référence au premier type de groupe. Ils rapportent qu'avec le temps, ces groupes thématiques se spécifient davantage. Dans certains milieux, il y a de 8 à 10 groupes offerts, qui portent tous un nom, et qui se répètent au fil du temps avec différents enfants. Deux orthophonistes rapportent effectuer le deuxième type de groupe tandis qu'un seul orthophoniste a rapporté appliquer le troisième type.

Certains rapportent que les interventions de groupe sont effectuées pendant l'attente d'un premier service et permettent de voir les enfants plus rapidement. Aussi, l'implication des parents est souhaitée dans tous les groupes et il y a souvent un intervenant qui leur explique simultanément comment reprendre les stratégies observées avec leur enfant.

2.1.2 Opinions des orthophonistes concernant les interventions de groupe

L'opinion des orthophonistes est principalement favorable aux interventions de groupe. Ils expliquent que cela permet aux enfants de généraliser plus facilement les apprentissages puisqu'ils se retrouvent dans un contexte plus naturel qu'en intervention individuelle. Aussi, les parents obtiennent des stratégies en observant les interventions et en discutant avec les autres parents, puis ils voient qu'il y a d'autres enfants qui vivent

des difficultés similaires à leur enfant. Pour l'offre de service, selon les orthophonistes, ces groupes favorisent l'interdisciplinarité et préparent les enfants aux interventions en individuel tout en travaillant simultanément les mêmes aspects langagiers. Ce qui entraîne un impact positif sur les délais d'attente. Par contre, un orthophoniste avise que l'intervention de groupe ne doit pas remplacer l'intervention individuelle.

2.1.3 Conditions pour appliquer les interventions de groupes

Trois conditions sont émises par les orthophonistes pour offrir cette modalité :

- Les interventions de groupe devraient être effectuées dans un contexte de préparation à l'intervention individuelle.
- Ce ne sont pas toutes les interventions au plan du langage qui se travaillent en groupe.
- Il faut faire le choix de prioriser les interventions de groupe ou individuelles selon ce qui répondrait le mieux aux besoins de l'enfant.

2.2 Interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée

Cette section porte sur les explications des orthophonistes concernant le contexte où il y a interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée, leurs opinions en lien avec ces interventions ainsi que les conditions qui affectent la mise en œuvre de cette modalité.

2.2.1 Contexte dans lequel des interventions langagières sont actuellement effectuées par un technicien en éducation spécialisée

Les techniciens en éducation spécialisée sont impliqués dans le contexte d'interventions en orthophonie à trois différents niveaux. Premièrement, dans certains CRDP, les techniciens en éducation spécialisée ne travaillent que des aspects généraux qui ne touchent pas au langage : « pour un travail plus au niveau préparatoire dans le

sens qu'on est vraiment aux précurseurs ou on est vraiment à préparer l'enfant qui a trop de difficultés au niveau soit du comportement ou à d'autres niveaux ».

Deuxièmement, dans d'autres CRDP, ils effectuent quelques interventions qui sont en lien avec certains aspects langagiers. Le technicien en éducation spécialisée intervient alors à domicile, pendant la période d'attente des services, pour montrer des stratégies de langage aux parents, dans le quotidien, et aide à exploiter les livres. Aussi, il effectue des thérapies conjointes avec l'orthophoniste.

Troisièmement, dans quelques CRDP, les techniciens en éducation spécialisée effectuent des interventions plus pointues par rapport au langage appelées interventions indirectes. Dans cette pratique, les techniciens en éducation spécialisée peuvent faire de la généralisation, mais aussi travailler des objectifs sur le plan langagier. Les interventions indirectes peuvent être effectuées en alternance avec l'orthophoniste ou il arrive que le suivi soit davantage effectué par le technicien en éducation spécialisée sous la supervision de l'orthophoniste.

2.2.2 Opinions des orthophonistes concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée

Les opinions sont divisées entre les orthophonistes. Les opinions favorables sont exprimées par les orthophonistes qui ont travaillé en collaboration avec un technicien en éducation spécialisée pour faire de l'intervention indirecte. Ils rapportent que cela permet qu'il y ait plus d'enfants suivis pour des interventions au plan langagier tout en obtenant des résultats similaires aux interventions traditionnelles. Ils ajoutent que cela facilite l'observation puisque l'orthophoniste n'anime pas la thérapie et que l'orthophoniste est capable de s'impliquer au niveau du plan d'intervention individualisé. Aussi, ces orthophonistes rapportent que les parents sont satisfaits de ce type de fonctionnement.

Les opinions défavorables par rapport à cette modalité sont nommées par les orthophonistes qui n'ont pas appliqué cette modalité et sont en lien avec l'organisation de l'offre de service. Ces orthophonistes ont l'impression qu'ils doivent être l'intervenant pivot dans le traitement du langage, que certaines interventions ne peuvent être généralisées par d'autres intervenants et qu'on leur demande « d'en faire plus avec moins » ce qui a pour conséquence de diluer l'effet des interventions. Cependant, parmi ces mêmes orthophonistes, certains rapportent avoir une opinion favorable par rapport à l'intervention indirecte si l'organisation de l'offre de service était quelque peu modulée. Par exemple, ils préféreraient voir l'enfant en alternance avec le technicien en éducation spécialisée, une semaine sur deux. Ils seraient aussi intéressés à faire un suivi auprès de l'enfant pendant une dizaine de semaines pour qu'ensuite le suivi se poursuivre en éducation spécialisée.

2.2.3 Conditions pour appliquer les interventions effectuées par un technicien en éducation spécialisée

Deux conditions sont jugées nécessaires pour que cette modalité fonctionne :

- Avoir suffisamment de temps de discussion à l'extérieur des interventions, entre l'orthophoniste et le technicien en éducation spécialisée, pour faciliter l'arrimage : « surtout au niveau des enfants qui vont avancer plus vite, il faut ajuster les objectifs et les moyens d'interventions ».
- Favoriser le développement d'une relation de confiance entre l'orthophoniste et le technicien en éducation spécialisée.

Ainsi, le technicien en éducation spécialisée gagnera de l'expérience et saura rapporter les informations pertinentes à l'orthophoniste. Avec le temps, les deux intervenants développeront des références communes auxquelles ils feront allusion.

2.3 Intensité des interventions en orthophonie

Cette section porte sur les explications des orthophonistes concernant le contexte dans lequel il y a des balises qui structurent l'intensité des interventions en orthophonie, leurs opinions en lien avec ces balises ainsi que les conditions qui affectent la mise en œuvre de cette modalité.

2.3.1 Contexte actuel de l'intensité des interventions en orthophonie

Quatre éléments influencent les balises qui structurent l'intensité des interventions en orthophonie des programmes traitant la clientèle ayant un trouble primaire du langage :

- La période complète du suivi : qui est d'une durée approximative de 2 à 2 ½ ans pour la majorité des CRDP. Il est à noter que l'un des CRDP a des balises plus précises qui limitent les interventions en orthophonie à 40 séances et exigent un minimum d'une pause à travers cette série de séances.
- Le principe de continuité des services : qui vise à ce que les enfants reçoivent continuellement des services pendant la période au programme, dans au moins une discipline en lien avec leurs besoins prioritaires.
- Les blocs d'interventions : qui peuvent consister en un nombre maximal d'interventions ou une durée de semaines et, lorsqu'ils se terminent, incitent les intervenants à se questionner sur la pertinence de la poursuite des interventions pour un autre bloc d'interventions.
- La fréquence des interventions : qui est laissée au jugement professionnel des orthophonistes dans tous les CRDP consultés.

2.3.2 Opinions des orthophonistes concernant l'intensité des interventions en orthophonie

Deux dimensions sont discutées par rapport à l'intensité des interventions en orthophonie, soit les blocs d'interventions et la fréquence des interventions. Les orthophonistes ont des opinions favorables concernant la mise en place de blocs d'interventions. Il est expliqué que les enfants sont admis plus jeunes dans les programmes en raison du plan d'accès du MSSS (2008) et que cela permet d'offrir des pauses, qui peuvent être bénéfiques, aux enfants pendant le suivi. Puis, les orthophonistes peuvent également se questionner par rapport « au bon moment » pour offrir les services en lien avec le langage. D'autres éléments positifs par rapport aux blocs d'interventions sont qu'ils permettent d'offrir des groupes thématiques plusieurs fois par année et de maintenir l'interdisciplinarité lors des rencontres de préparation de plan d'interventions individualisé. Mais, certains orthophonistes constatent que l'interdisciplinarité est moins présente lorsque les enfants ne sont suivis que dans une discipline pendant tout un bloc d'interventions. Puis, certains orthophonistes rapportent que la décision de cessation des interventions ne devrait pas être balisée par le programme, mais plutôt en lien avec le jugement professionnel.

Pour la fréquence d'interventions aux deux semaines, certains orthophonistes sont favorables puisque cette fréquence donne plus de temps au parent pour pratiquer les exercices enseignés. D'autres sont défavorables parce que les exercices ne sont pas pratiqués davantage, même si les parents ont plus de temps pour les faire, et le rythme des interventions en est plus affecté.

2.3.3 Conditions concernant l'intensité des interventions en orthophonie

Pour les blocs d'interventions, la seule condition nommée est la suivante :

- les orthophonistes doivent se questionner après chaque bloc d'interventions pour décider de poursuivre ou de cesser les interventions auprès du client.

Pour la fréquence des interventions, les orthophonistes ont émis les commentaires suivants :

- Il y a une corrélation directe entre le nombre de clients suivis par un intervenant et la fréquence à laquelle les clients sont vus : « si l'on décide qu'on donne tous de l'individuel à 2 fois semaines pour tout le monde, on n'aura pas beaucoup de clients dans notre "caseload" ».
- Les imprévus affectent davantage le suivi d'un enfant lorsque la fréquence du suivi est plus espacée : « aux deux semaines, c'est plus difficile. Dès qu'il y a une tempête de neige, maladie, là, ça va aux mois ».

2.4 Implication des parents en ce qui concerne les interventions en orthophonie

Cette section porte sur les explications des orthophonistes concernant le contexte où il y a implication des parents lors des interventions en orthophonie, leurs opinions en lien avec cette implication ainsi que les conditions qui affectent la mise en œuvre de cette modalité.

2.4.1 Contexte dans lequel les parents sont actuellement impliqués dans les interventions en orthophonie

Les parents peuvent être impliqués à plusieurs niveaux :

- au plan d'interventions individualisé;
- pendant les interventions, dans la salle de thérapie ou derrière le miroir sans tain, selon l'impact que la présence du parent a sur la participation de l'enfant;
- lors d'interventions de groupe auprès des enfants qui servent principalement à faire l'enseignement aux parents.

Il y a un orthophoniste qui expliquait que, dans son programme, les changements en lien avec les exigences ministérielles du Plan d'accès (MSSS, 2008) ont

eu pour conséquences de miser davantage sur l'implication des parents. Cette nouvelle approche cible une mobilisation des parents et amène ceux-ci à prendre davantage le contrôle de la situation. Depuis l'utilisation de cette approche, les résultats sont positifs : « depuis le Plan d'accès, on n'a plus les mêmes parents qu'on avait » et « on se dit aujourd'hui pourquoi on n'a pas fait ça avant. » Cependant, un autre orthophoniste expliquait que dans les milieux défavorisés, malgré les efforts effectués, il est difficile d'impliquer les parents dans les interventions.

2.4.2 Opinions des orthophonistes concernant l'importance de l'implication des parents en lien avec les interventions en orthophonie

Les opinions des orthophonistes en lien avec l'implication des parents sont principalement favorables. Il est mentionné que l'implication des parents fait la différence pour les enfants quant à la réussite de la réadaptation et que les progrès des enfants sont moins grands lorsque les parents sont moins impliqués. Selon un orthophoniste, le parent doit surtout être impliqué dans le plan d'intervention individualisé. Certains orthophonistes consultés considèrent que leur rôle est de guider le parent, ils veulent donc lui donner du contrôle sur les interventions et lui enseigner les stratégies à pratiquer avec son enfant. Puis, certains orthophonistes disent qu'il serait possible de cesser les interventions en orthophonie, si le parent ne pouvait s'investir dans ces interventions, afin de les reprendre à un moment plus opportun pour celui-ci.

Certains orthophonistes ont toutefois émis des opinions moins favorables quant à l'implication des parents par rapport à certaines interventions plus pointues qui demandent davantage l'enseignement précis d'un orthophoniste. Aussi, il est mentionné que parfois la relation entre l'orthophoniste et le parent n'est pas facile et qu'il peut être difficile de faire le suivi des exercices repris par le parent à domicile.

2.4.3 Conditions qui favorisent l'implication des parents dans le cadre des interventions en orthophonie

Les conditions qui favorisent cette modalité sont :

- lorsque les parents peuvent reprendre à la maison les activités et le matériel vus en groupe d'orthophonie;
- l'implication des deux parents;
- s'assurer que la présence du parent dans la salle ne nuira pas à l'enfant, sinon il est préférable que le parent soit derrière le miroir sans tain, quitte à le réintégrer pour certaines activités.

Les conditions qui limitent l'implication des parents sont :

- le manque de disponibilité des parents, par exemple car ils vivent en milieu défavorisé et ne peuvent prendre congé du travail ou qu'ils ont d'autres enfants qui sont exigeants sur le plan des responsabilités parentales ou qui sont malades;
- quand les enfants sont vus en orthophonie à raison d'une fois par mois ou plus.

3. COMPARAISON ENTRE LES MODALITÉS UTILISÉES DANS LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS DE RÉADAPTATION PAR RAPPORT AUX ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES

Cette section reprend les données recueillies auprès des gestionnaires, coordonnateurs cliniques et orthophonistes, puis vérifie si elles correspondent, ou non, aux évidences scientifiques explorées lors de la recension des écrits. Cet exercice est repris pour chacune des modalités dans le but de répondre au troisième objectif de cet essai-synthèse qui consiste à évaluer l'écart entre les modalités utilisées et celles recommandées par les évidences scientifiques.

3.1 Interventions de groupe

Les données concernant les interventions de groupes sont classées en trois catégories : celles qui correspondent aux évidences scientifiques, celles qui n'y correspondent pas et celles qui n'y sont pas discutées.

3.1.1 Données concernant les interventions de groupe qui correspondent aux évidences scientifiques

Le tableau qui suit porte sur le nombre de CRDP qui sont en accord avec les recommandations découlant des évidences scientifiques qui traitent des interventions de groupe.

Tableau 6

Comparaison entre les évidences scientifiques et les CRDP concernant les interventions de groupe

Sources	Recommandations qui découlent des évidences scientifiques	Nombre de CRDP (N=6)
Tyler et al. (2002, 2003)	Déterminer les objectifs du groupe en fonction des objectifs partagés par la majorité des enfants du groupe.	1
Baxendale et Hesketh (2003) Buschmann et al. (2009)	Groupes qui ne s'adressent qu'aux parents comme méthode Hanen ou HPLI .	2
Dowden et al. (2006)	Interventions de groupes ne doivent pas seulement être une façon de diminuer les listes d'attente.	5
Boyle et al. (2009)	Améliorations équivalentes pour les interventions en groupe versus en individuel pour le langage expressif.	1

La majorité des CRDP sont d'accord avec les principes de Dowden et al. (2009) qu'il ne faut pas que l'intervention de groupe soit utilisée seulement pour diminuer les listes d'attente. Par contre, ils peuvent être utilisés pendant l'attente de services s'ils répondent aux besoins des enfants. Aussi, quelques CRDP utilisent la modalité d'interventions de groupe qui s'adresse aux parents en ciblant les techniques

d'enseignement. Ce type de stratégies est reconnu comme efficace dans les évidences scientifiques (Baxendale et Hesketh, 2003; Buschmann et al., 2009).

Par contre, seul un CRDP détermine les objectifs du groupe à partir des objectifs des enfants composant ce groupe suite à l'évaluation de ceux-ci, comme recommandé par Tyler et al. (2002, 2003). Puis, il n'y a qu'un seul CRDP qui observe des améliorations équivalentes entre les interventions de groupe et individuelles tel qu'expliquent Boyle et al. (2009).

3.1.2 Données concernant les interventions de groupe qui ne correspondent pas aux les évidences scientifiques

Il est nommé par certains orthophonistes que les interventions de groupe ne peuvent jamais remplacer l'intervention individuelle alors que les évidences scientifiques prouvent le contraire puisqu'elles identifient des améliorations équivalentes pour les interventions de groupe par rapport à celles effectuées en individuel, dans certaines sphères du langage (Boyle et al., 2009).

Aussi, les interventions de groupes thématiques préparés à l'avance qui s'adressent aux enfants ne sont pas reconnues par les évidences scientifiques (Tyler et al., 2002, 2003) puisque les objectifs sont d'abord ciblés, puis les enfants sont assignés aux groupes alors que les auteurs recommandent que les objectifs du groupe soient ciblés en fonction des besoins de l'enfant, à la suite de son évaluation.

3.1.3 Données concernant les interventions de groupe qui ne sont pas mentionnées dans les évidences scientifiques

Plusieurs aspects positifs sont nommés par les orthophonistes, gestionnaires et coordonnateurs cliniques qui ne se retrouvent pas dans la littérature :

- contexte plus naturel où les enfants se retrouvent avec leurs pairs qui peuvent servir de modèles et favorise la généralisation;
- dynamique de groupe;
- certaines autres problématiques qui semblent plus facilement décelables comme le trouble d'attention avec hyperactivité;
- les parents se côtoient, apprennent des techniques et voient d'autres enfants avec des difficultés similaires au leur;
- les groupes permettent de voir un plus grand nombre d'enfants simultanément.

Certaines limites qui ne se retrouvent pas dans les évidences scientifiques sont également notées :

- le temps nécessaire à la rédaction de notes et de rapport augmente ce qui a un impact sur l'organisation des services et le rendement demandé par les établissements en termes de nombre d'heures de prestation de services;
- entraînent des interventions moins spécifiques à chaque enfant;
- l'évaluation faite en groupe est surtout de l'observation;
- procurent moins de flexibilité à l'intervention.

3.2 Interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée

Les données concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée sont classées en trois catégories : celles qui correspondent aux évidences scientifiques, celles qui n'y correspondent pas et celles qui n'y sont pas discutées.

3.2.1 Données concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée qui correspondent aux évidences scientifiques

Voici un tableau qui résume le nombre de CRDP en accord avec les recommandations découlant des évidences scientifiques par rapport aux interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée.

Tableau 7

Comparaison entre les évidences scientifiques et les CRDP concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée

Sources	Recommandations qui découlent des évidences scientifiques	Nombre de CRDP (N=6)
McCartney et al. (2005)	Il peut être difficile d'effectuer de l'intervention indirecte puisque les orthophonistes connaissent moins bien l'enfant, ne peuvent pas faire les observations subtiles qui aide à la prise de décisions et à la préparation de thérapies.	2
McCartney et al. (2005)	Difficultés au plan de la communication entre les assistants et les orthophonistes.	3
McCartney et al. (2005)	Certains orthophonistes rapportent qu'il serait nécessaire d'avoir une période de thérapies pour mieux connaître les difficultés langagières de l'enfant et, par la suite, à intervalle régulier.	1
McCartney et al. (2005)	Le niveau de confort varie d'un orthophoniste à l'autre par rapport à la fréquence de l'intervention directe versus indirecte.	1
McCartney et al. (2005)	Travailler avec des assistants qui ont de l'expérience facilite la collaboration entre les orthophonistes et les assistants.	1
Dowden et al. (2006).	L'intervention indirecte permet aux enfants d'accéder plus rapidement à de l'orthophonie.	1
Boyle et al. (2009)	Améliorations observées au plan expressif et aucune différence n'est notée entre les enfants qui ont eu des interventions directes versus indirectes	1

D'abord, un orthophoniste qui utilise cette modalité mentionne comme Boyle et al. (2009) que les résultats observés sont similaires aux interventions traditionnelles. Également, les différents acteurs des CRDP mentionnent, comme Dowden et al. (2006), que l'intervention indirecte permet aux enfants d'accéder plus rapidement aux services d'orthophonie.

De plus, plusieurs éléments nommés par les orthophonistes de trois différents CRDP correspondent aux réticences observées par McCartney et al. (2005). Ces auteurs expliquent les difficultés vécues par les orthophonistes par rapport à la préparation de thérapie dans le cadre d'interventions indirectes ainsi que le niveau de confort variant d'un orthophoniste à l'autre par rapport à la fréquence de l'intervention directe versus indirecte. Quant à certains orthophonistes consultés, des réticences similaires sont perçues lorsqu'il est rapporté que l'orthophoniste devrait être l'intervenant pivot pour le langage et que le travail des techniciens en éducation spécialisée est davantage en lien avec les aspects généraux qui ne touchent pas le langage.

Un autre aspect soulevé par les orthophonistes, mais aussi les gestionnaires et les coordonnateurs cliniques est l'importance du lien de confiance entre les deux intervenants, le développement de références communes entre eux ainsi que l'expérience du technicien en éducation spécialisée qui s'acquiert avec le temps. L'étude de McCartney et al. (2005) explique également que l'expérience des assistants a joué un rôle important dans la réussite de l'intervention indirecte.

3.2.2 Données concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée qui ne correspondent pas aux évidences scientifiques

Un fonctionnement populaire dans le contexte québécois en ce qui a trait à la collaboration des techniciens en éducation spécialisée est de suspendre les interventions en orthophonie pour travailler le comportement et l'attention en éducation spécialisée. Les orthophonistes rapportent avoir l'impression qu'ils peuvent consacrer davantage leurs traitements auprès d'enfants qui sont plus réceptifs à ceux-ci. Cependant, certaines évidences scientifiques démontrent qu'il y a fréquemment des difficultés comportementales, principalement de retrait, chez les enfants ayant des retards de langage (Rescorla, Ross et McClure, 2007; Tervo, 2007). De ces évidences scientifiques, il est possible de déduire que les interventions langagières ont un impact positif sur ce type de difficultés de comportement de l'enfant puisqu'il parvient à communiquer plus facilement.

3.2.3 Données concernant les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée qui ne sont pas mentionnées dans les évidences scientifiques

Les évidences scientifiques ne soulignent pas les informations suivantes qui ont été nommées par les CRDP :

- cette modalité permet à l'orthophoniste d'observer l'enfant sans être impliqué dans l'intervention, par exemple derrière le miroir sans tain;
- Il est possible d'effectuer des interventions conjointes où les deux intervenants sont présents;
- les interventions effectuées par les techniciens en éducation spécialisée sont généralement plus acceptées si elles portent sur la généralisation des acquis dans le milieu.

3.3 Intensité des interventions en orthophonie

Les données concernant l'intensité des interventions en orthophonie sont classées en trois catégories : celles qui correspondent aux évidences scientifiques, celles qui n'y correspondent pas et celles qui n'y sont pas discutées.

3.3.1 Données concernant l'intensité des interventions en orthophonie qui correspondent aux évidences scientifiques

Le tableau qui suit démontre le nombre de CRDP en accord avec les recommandations découlant des évidences scientifiques concernant l'intensité des interventions en orthophonie.

Tableau 8

Comparaison entre les évidences scientifiques et les CRDP concernant l'intensité des interventions en orthophonie

Sources	Recommandations qui découlent des évidences scientifiques	Nombre de CRDP (N=6)
Law et al. (2004, 2010)	Interventions de plus de 8 semaines seraient plus efficaces qu'une durée moindre.	6
Law et al. (2004, 2010) Nye et al. (1987)	Une meilleure taille de l'effet lorsque les interventions duraient entre 4 à 12 semaines.	2
Boyle et al. (2009)	Séances de révision suite à une pause.	2
Law et al. (2004, 2010)	Incapables de se prononcer sur l'intensité des interventions faute de peu d'études.	6

Tous les CRDP offrent des services de plus de 8 semaines ce qui correspond aux évidences scientifiques (Law et al., 2004; 2010). De plus, deux d'entre eux offrent des blocs d'interventions de 13 semaines, ce qui tend vers les recommandations de Law et al. (2004; 2010) ainsi que de Nye et al. (1987).

Deux CRDP considèrent qu'il est possible d'offrir des pauses de suivi en orthophonie pour les enfants. Boyle et al. (2009) appuient cet aspect à la condition qu'il y ait des séances de révision à la suite de cette pause. Les chercheurs qui se sont questionnés à ce sujet expliquent que les bénéfices des interventions intensives s'atténuent lorsqu'il n'y a plus d'interventions et que les séances de révision aident à maintenir les acquis. Toutefois, les orthophonistes n'ont pas mentionné s'ils effectuaient une telle révision. Aussi, un orthophoniste souligne l'importance que la cessation des services soit en lien avec le jugement professionnel et non selon les balises temporelles qui structurent les blocs d'interventions. D'ailleurs le code de déontologie des orthophonistes stipule ceci : « Avant de cesser d'exercer ses fonctions pour le compte d'un client, le membre doit donner un avis de cessation dans un délai raisonnable et s'assurer que cette cessation de service n'est pas préjudiciable à son client » (OOAQ, 2011). Tel que les évidences scientifiques (Law et al., 2004; 2010), les orthophonistes ne se prononcent pas sur la fréquence d'interventions idéale et suivent leur jugement clinique.

3.3.2 Données concernant l'intensité des interventions en orthophonie qui ne correspondent pas aux évidences scientifiques

Les questionnements qui concernent la fréquence d'intervention chez les orthophonistes consultés portent sur une fréquence d'une fois par semaine par rapport à une fréquence d'une fois toutes les deux semaines. Ce qui n'a rien à voir avec les études (Boyle et al., 2009; Boyle et al., 1995; Gallagher et Chiat, 2009; Tyler et al., 2002, 2003) qui se concentrent majoritairement sur des fréquences plus intensives telle que de deux à trois fois par semaine ou encore un nombre d'heures élevé d'intervention hebdomadaire tel que quatre heures. Par contre, les évidences scientifiques ne prouvent pas que l'intensité des interventions utilisées dans la recherche soit plus bénéfique que les fréquences d'interventions utilisées en milieu clinique (Law et al., 2004, 2010).

3.3.3 Données concernant l'intensité des interventions en orthophonie qui ne sont pas mentionnées dans les évidences scientifiques

Les évidences scientifiques ne se penchent pas actuellement sur l'implication de la continuité des services et la diminution de l'interdisciplinarité qui sont des préoccupations rapportées par les gestionnaires, les coordonnateurs cliniques et les orthophonistes.

3.4 Implication des parents en ce qui concerne les interventions en orthophonie

Les données concernant l'implication des parents lors des interventions en orthophonie sont classées en trois catégories : celles qui correspondent aux évidences scientifiques, celles qui n'y correspondent pas et celles qui n'y sont pas discutées.

3.4.1 Données concernant l'implication des parents lors des interventions en orthophonie qui correspondent aux évidences scientifiques

Le prochain tableau illustre le nombre de CRDP en accord avec les recommandations découlant des évidences scientifiques concernant l'implication des parents lors des interventions en orthophonie.

Tableau 9

Comparaison entre les évidences scientifiques et les CRDP concernant l'implication des parents lors des interventions en orthophonie

Sources	Recommandations qui découlent des évidences scientifiques	Nombre de CRDP (N=6)
Baxendale et Hesketh (2003) Buschmann et al. (2009)	Groupes d'enseignement de techniques aux parents comme la méthode Hanen ou HPLI.	2
Lancaster et al. (2010) Law et al. (2004, 2010) Munro et al., 2008).	Il est recommandé que le parent reprenne les exercices à domicile.	4
Law et al. (2004, 2010)	Pas de différence significative entre l'intervention par les orthophonistes par rapport à celle des parents.	3
Joffe et Prings (2008)	75% des orthophonistes répondants affirmaient impliquer toujours ou souvent les parents dans les thérapies.	4

Deux CRDP impliquent les parents par le biais de groupes d'enseignement de techniques aux parents similaires à la méthode Hanen ou HPLI comme il est recommandé par les évidences scientifiques (Baxendale et Hesketh, 2003; Buschmann et al., 2009). Aussi, les orthophonistes de quatre CRDP favorisent que les exercices soient repris à domicile ce qui est fortement appuyé par les évidences scientifiques (Lancaster et al., 2010; Law et al., 2004, 2010; Munro et al., 2008). Pour cela, l'implication des parents est favorisée et il y a souvent un intervenant qui explique les techniques aux parents pendant que l'orthophoniste l'exerce sur l'enfant. Les gestionnaires et coordonnateurs cliniques soulignent d'ailleurs que ce type d'interventions facilite la compréhension des parents et leur permettent de voir les techniques.

Également, la méta-analyse de Law et al. (2004, 2010) affirme qu'il n'y a pas de différence significative entre les résultats à la suite de l'intervention par les orthophonistes par rapport à celle des parents, bien qu'il y ait moins d'études portant sur les résultats suite à l'intervention des parents. Les orthophonistes de trois des CRDP consultés suivent ce courant de pensée en expliquant leur rôle comme étant des guides auprès des parents et qu'ils doivent donner un sentiment de contrôle aux parents, les aider à se mobiliser davantage, de réorienter les attentes envers la réadaptation et de diminuer leur anxiété. Les gestionnaires et coordonnateurs cliniques de ces mêmes CRDP observent que les parents ont une meilleure vision de ce qui arrivera dans le processus de réadaptation.

De plus, en ce qui a trait à la présence des parents lors des interventions, la majorité des orthophonistes consultés affirment que la présence des parents dans la salle de thérapie ou, du moins, derrière le miroir sans tain est importante. Cette pensée coïncide avec le sondage de Joffe et Prings (2008) qui rapporte que 75 % des orthophonistes répondants affirmaient impliquer toujours ou souvent les parents dans les thérapies.

Puis, un des orthophonistes a souligné l'importance de l'aspect relationnel entre le parent et l'orthophoniste comme étant une conditionnelle à la participation du parent aux interventions en orthophonie. Cet aspect ne se retrouve pas spécifiquement dans les évidences scientifiques qui traitent de l'implication des parents en orthophonie. Mais, il correspond à un des principes de l'approche centrée sur le client qui consiste à développer une relation partenariale avec le client (Sumsion et Law, 2006).

3.4.2 Données concernant l'implication des parents lors des interventions en orthophonie qui ne correspondent pas aux évidences scientifiques

Ce qui a été dit par un orthophoniste et qui ne concorde pas avec les évidences scientifiques (Lancaster et al., 2010; Law et al., 2004, 2010; Munro et al., 2008) est que l'implication du parent doit surtout être lors de la tenue de la rencontre de plan

d'intervention individualisé, alors que, de façon générale, les évidences scientifiques tendent vers une implication plus importante des parents (Lancaster et al., 2010; Law et al., 2004, 2010; Munro et al., 2008).

3.4.3 Données concernant l'implication des parents lors des interventions en orthophonie qui ne sont pas mentionnées dans les évidences scientifiques

Il n'y a pas d'évidence scientifique qui s'intéresse à l'implication des parents dans les interventions de type langagier pour les notions plus pointues qui demandent un enseignement plus précis.

Il est difficile de trouver des évidences scientifiques qui se sont questionnées par rapport à l'implication des parents issus de milieux socio-économiques défavorisés. Les orthophonistes remarquent que chez ces personnes, il est plus difficile d'obtenir l'implication des parents principalement par manque de disponibilité de ceux-ci. Il va de même pour les parents qui vivent des situations particulières telles que la responsabilité d'autres enfants exigeants ou la maladie.

CHAPITRE SIX DISCUSSION

Le but ultime de ce projet d'innovation est de déterminer comment optimiser l'utilisation des modalités qui favorisent l'accès aux services en orthophonie pour les enfants âgés de 3 à 6 ans qui ont un trouble primaire du langage (ou hypothèse) en CRDP en s'appuyant sur les évidences scientifiques disponibles. Pour atteindre ce but, trois objectifs spécifiques, dont un à deux volets, étaient visés :

1. Identifier les modalités utilisées pour optimiser l'offre de service en orthophonie dans des programmes de déficience du langage en CRDP;
2. A) Recueillir les opinions des orthophonistes concernant quatre des modalités utilisées dans des CRDP pour optimiser l'offre de service en orthophonie;
B) Identifier les modalités perçues par les orthophonistes comme étant les plus réalisables dans leur contexte de travail;
3. Évaluer l'écart entre les modalités utilisées dans des CRDP et celles recommandées par les évidences scientifiques.

La discussion portera sur chacune des modalités identifiées par les différents acteurs des CRDP consultés pour optimiser l'accès aux services d'orthophonie. Pour chacune d'elles, un portrait global sera dressé selon sa pertinence à l'égard des évidences scientifiques, ses aspects positifs et négatifs perçus par les différents acteurs dans le contexte de réadaptation ainsi que ses conditions qui favorisent leur utilisation. Par la suite seront discutées les perspectives futures ainsi que les forces et les limites de cet essai synthèse.

1. MODALITÉS UTILISÉES POUR OPTIMISER L'ACCÈS AUX SERVICES EN ORTHOPHONIE

Pour identifier les modalités utilisées, les gestionnaires, coordonnateurs cliniques et orthophonistes de six CRDP du Québec ont été consultés. Ces CRDP

partagent des similitudes en ce qui a trait au pourcentage de la clientèle âgée de 3 à 6 ans qui ont un trouble primaire du langage, aux délais d'attente, au manque d'effectifs en orthophonie, à la révision du processus d'accès aux services d'orthophonie et à la mise en place des modalités pour optimiser l'accès de la clientèle aux services d'orthophonie.

Jusqu'à présent, malgré l'utilisation de certaines modalités, les gestionnaires et coordonnateurs cliniques ne constatent que de modestes améliorations par rapport à l'accès aux services d'orthophonie. Parmi ces améliorations, une diminution des délais d'attente a été observée, mais les gestionnaires remarquent que ceux-ci sont sujets à augmenter de nouveau en raison du manque d'orthophonistes ainsi que de l'augmentation de la clientèle. Également, les enfants sont vus à un âge plus jeune qu'auparavant. Puis, certains CRDP parviennent à maintenir une interdisciplinarité, ce qui démontre un certain succès dans l'application de leur offre de service. Ces faibles améliorations montrent qu'actuellement, il demeure difficile d'optimiser l'accès aux services en orthophonie pour la clientèle de 3 à 6 ans ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse). Par contre, rares sont les CRDP qui utilisent toutes ces modalités. Puis, pour celles qui sont utilisées, il peut y avoir des ajustements à effectuer pour offrir un service qui corresponde aux évidences scientifiques.

Au total, quatre modalités soutenues par les évidences scientifiques et actuellement utilisées dans les CRDP consultés ont été explorées, soit les interventions de groupe, les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée, l'intensité des interventions en orthophonie ainsi que l'implication des parents dans les interventions en orthophonie.

1.1. Interventions de groupe

Les gestionnaires, coordonnateurs cliniques et orthophonistes sont tous favorables aux interventions de groupe. Il est important d'abord de souligner que les gestionnaires, coordonnateurs cliniques et orthophonistes et les évidences scientifiques

s'entendent pour affirmer que même si ce type d'interventions permet de voir plus d'enfants, le but d'offrir des interventions de groupe ne doit pas seulement être de diminuer les listes d'attente (Dowden et al., 2006). Actuellement, ***comme il est recommandé par les évidences scientifiques*** (Baxendale et Hesketh, 2003; Buschmann et al., 2009), certains CRDP consultés offrent des interventions de groupe qui s'adressent principalement aux parents pour leur enseigner des stratégies au plan du langage qu'ils peuvent reprendre auprès de leurs enfants. En ce qui concerne les interventions de groupe qui s'adressent directement aux enfants, les orthophonistes consultés encouragent l'utilisation de cette modalité principalement pour travailler les éléments de base du langage, et non les interventions pointues, comme il est recommandé par Boyle et al. (2009) qui rapportent des résultats similaires entre les deux types d'interventions pour certains aspects du langage, dont le langage expressif. De plus, certains orthophonistes affirment que les interventions de groupe devraient mener à un suivi individuel. À ce sujet, Tyler et al. (2002, 2003) abondent dans le même sens en préconisant les deux types de suivis, mais en alternant entre les interventions de groupe et en individuel.

Cependant, pour certains aspects de l'intervention de groupe, ***les acteurs des CRDP ont des perceptions qui ne concordent pas tout à fait aux évidences scientifiques***. Les interventions de groupes présentement offertes visent des thématiques précises et ont des objectifs prédéterminés. Or, les évidences scientifiques recommandent que les objectifs travaillés en groupe soient déterminés en fonction des difficultés spécifiques des enfants qui y participent (Tyler et al., 2002, 2003). Le principe d'assigner des enfants à un groupe dont les objectifs sont déjà précisés comporte des risques de ne pas offrir les interventions adaptées aux besoins de l'enfant.

Il est intéressant de constater que certains éléments perçus par les gestionnaires et les orthophonistes ***ne se trouvent pas dans les évidences scientifiques***. Par contre, ils ne sont pas moins importants pour autant. En plus d'offrir un contexte d'interventions plus naturel et de favoriser l'interdisciplinarité, cette modalité permet une meilleure

compréhension des parents et favorise les apprentissages pour ceux-ci par l'observation, les échanges avec les autres parents et l'enseignement de stratégies par les intervenants. Par contre, elle entraîne une augmentation de la charge de rédaction de dossiers en raison de l'augmentation du nombre d'enfants vus par orthophoniste. Puis, les interventions de groupe peuvent être plus exigeantes pour les familles que l'intervention individuelle.

À la lumière de ces informations, les interventions de groupe permettent d'optimiser l'accès aux services d'orthophonie puisqu'il est possible de maintenir des services de qualité à plus d'un enfant à la fois. Cependant, pour que cette modalité soit efficace, plusieurs critères sont à considérer. D'abord, il faut s'assurer que les objectifs du groupe sont fondés sur les objectifs individuels des enfants. Aussi, il faut tenir compte de la capacité des parents à investir des efforts supplémentaires pour ce type d'interventions. Puis, il faut considérer la charge de rédaction de dossiers plus importante pour les intervenants. De plus, tel que mentionné par les orthophonistes, il faut s'assurer que les interventions de groupe répondent aux besoins prioritaires de l'enfant dans le but de faciliter les interventions individuelles qui suivront.

1.2 Interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée

La modalité portant sur les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée peut être effectuée de diverses façons : en effectuant des interventions indirectes en langage tout en étant guidé par un orthophoniste, en suspendant les interventions en orthophonie pour travailler les préalables tels que les problèmes d'attention ou de comportement, puis en effectuant de la généralisation des interventions langagières dans le milieu de l'enfant.

Pour ce qui est de l'intervention indirecte, les gestionnaires, coordonnateurs cliniques et orthophonistes sont favorables à cette modalité, mais ne perçoivent pas les mêmes enjeux. Les gestionnaires et coordonnateurs cliniques se soucient surtout du nombre d'enfants vus par orthophonistes et des conséquences que cela engendre tandis

que les orthophonistes questionnent l'intérêt à laisser des tâches langagières à des techniciens alors qu'ils sont les intervenants qui ont l'expertise pour travailler ces difficultés.

Tels que dans les évidences scientifiques, les orthophonistes qui font de l'intervention indirecte ont remarqué des améliorations similaires chez les enfants ayant reçus des interventions indirectes versus directes. Toutefois, parmi les orthophonistes consultés qui ne font pas d'intervention indirecte, certains montrent des inconforts par rapport à ce type d'intervention. D'ailleurs, il est vrai que cette modalité comprend ses difficultés (McCartney et al., 2005). Pour en faciliter la réussite, les orthophonistes soutiennent qu'il soit nécessaire de développer un arrimage étroit entre les intervenants alors que les gestionnaires renchérissent en misant sur le développement d'une relation de confiance entre les intervenants tel que suggéré dans les évidences scientifiques (McCartney et al., 2005)

Les orthophonistes qui sont réticents à offrir des interventions indirectes par le biais de techniciens en éducation spécialisée semblent croire que ce type d'interventions pourrait affecter leur rôle ainsi que la qualité des interventions en langage. Pourtant, ces réticences *ne sont pas justifiées par les évidences scientifiques* puisque, malgré les difficultés rencontrées dans les évidences scientifiques pour parvenir à effectuer des interventions indirectes, des améliorations similaires à l'intervention directe ont été obtenues sur le plan du langage (McCartney et al., 2005).

Outre les interventions indirectes, il y a également la suspension du suivi en orthophonie pour offrir des interventions en éducation spécialisée quand l'enfant présente d'autres difficultés que langagière telle qu'un manque d'attention ou des comportements inadéquats. Cette pratique est acceptée et favorisée dans le contexte de réadaptation québécois en raison du contexte d'augmentation des listes d'attente en orthophonie, bien que les évidences scientifiques permettent de présumer que ces autres

difficultés peuvent également s'atténuer en travaillant le langage (Rescorla, Ross et McClure, 2007; Tervo, 2007).

Une autre façon d'impliquer les techniciens en éducation spécialisée au plan des interventions langagières est la généralisation dans le milieu. Il est intéressant de noter que les orthophonistes consultées étaient plus favorables à ce type d'intervention. Cependant, il semble y avoir absence d'évidence scientifique à cet effet.

Donc, de façon générale, les interventions langagières effectuées par un technicien en réadaptation contribuent de diverses façons à optimiser l'accès aux services d'orthophonie. En effet, ceci est constaté par les acteurs des CRDP qui utilisent cette modalité. Toutefois, particulièrement l'intervention indirecte peut être menaçante pour certains orthophonistes et il faut s'attendre à une période d'adaptation lors des premiers essais. Par contre, à la longue, celle-ci semble avoir des résultats satisfaisants. Les conditions des orthophonistes pour intervenir de façon indirecte concernent la collaboration avec le technicien en éducation spécialisée. Celles-ci portent sur la nécessité de planifier du temps pour discuter et arrimer les services ainsi que sur le développement d'une relation de confiance entre les deux intervenants. Par contre, pour la suspension des interventions en orthophonie afin de travailler les autres difficultés de type attentionnel ou comportemental, il est difficile de se prononcer sur la pertinence de cette façon de procéder. Avant de suivre cette avenue, il serait intéressant de se questionner sur l'impact des difficultés de langage reliées aux autres difficultés. Puis, pour la généralisation des interventions langagières par le technicien en éducation spécialisée, cette façon de procéder semble intéressante puisqu'elle est complémentaire aux interventions directes en orthophonie.

1.3. Intensité des interventions en orthophonie

La modalité portant sur l'intensité des interventions en orthophonie comporte deux aspects : les blocs d'interventions et la fréquence des interventions. Les personnes consultées se sont majoritairement prononcées sur les blocs d'interventions et

brièvement sur la fréquence des interventions, puis seulement quant à la fréquence d'une intervention toutes les deux semaines.

Les gestionnaires, coordonnateurs cliniques et orthophonistes perçoivent des avantages d'offrir des blocs d'interventions, principalement pour la clientèle, alors qu'ils constatent plus de limites par rapport à l'organisation de l'offre de service. Pour la fréquence aux deux semaines, les seuls enjeux nommés étaient en lien avec les difficultés d'implication des parents.

Pour les blocs d'interventions, la durée des blocs des CRDP consultés d'environ 13 semaines cadre dans le nombre de séances *recommandées dans les évidences scientifiques* pour qu'il y ait des améliorations chez les enfants (Law et al., 2004, 2010; Nye et al., 1987). Aussi, les évidences scientifiques ne nomment pas d'inconvénient à ce qu'il y ait une pause de traitement, cependant il est recommandé de faire une révision lors de la reprise de l'intervention pour que l'enfant conserve davantage ses acquis. Les gestionnaires, coordonnateurs cliniques et orthophonistes voient la pertinence de faire une pause de traitement en orthophonie et perçoivent la fin d'un bloc comme le moment opportun pour se questionner par rapport à cette pause. Toutefois, les orthophonistes des CRDP consultés n'ont pas insisté sur la révision à la suite d'une pause comme il est recommandé par les évidences scientifiques (Boyle et al., 2009), mais il serait pertinent d'inclure cette révision lors de la reprise des interventions.

Un des problèmes que soulève l'offre de service par blocs est que, selon le Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec du Code des professions (2011), la fin d'un bloc d'intervention ne devrait pas justifier la cessation des interventions. En effet, cette décision devrait relever uniquement du jugement professionnel. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas lieu d'offrir des balises quant à l'intensité des interventions, mais renforce l'intérêt à cibler des objectifs réalistes et demande quelque peu de flexibilité dans les balises.

Certains aspects positifs *qui ne se retrouvent pas dans les écrits scientifiques* ont été soulevés par les acteurs des CRDP. Entre autres, les blocs d'interventions facilitent la logistique de l'offre de service, principalement pour faire la rotation des participants dans les interventions de groupes thématiques puisque les enfants débutent et cessent tous leur suivi simultanément. Aussi, les parents ont plus de facilité à s'investir dans les interventions quand ils savent à quel moment le suivi débute et cesse. De plus, les blocs d'interventions favorisent la continuité des services entre les disciplines. Cependant, ces blocs limitent l'interdisciplinarité puisque les suivis ne sont plus faits en simultanée. Également, ils obligent les intervenants à se plier à un cadre plus rigide.

Pour ce qui est de l'opinion des orthophonistes sur la fréquence d'intervention aux deux semaines, les avis sont très partagés et *des évidences scientifiques n'ont pas pu être répertoriées à ce sujet*. Ce constat nous amène à suggérer que la fréquence demeure à la discrétion des orthophonistes.

Les blocs d'interventions favorisent l'accès aux services d'orthophonie dans la mesure où les interventions offertes soient en quantité suffisante, qu'il y ait une révision après une pause et qu'elles laissent suffisamment de souplesse aux orthophonistes pour qu'ils puissent cesser les services au moment qui leur semble adéquat. Les conditions des orthophonistes pour utiliser les blocs d'interventions sont de se questionner par rapport aux besoins de l'enfant à la suite de chaque bloc d'interventions pour offrir les interventions adaptées à l'enfant. Pour choisir la fréquence optimale à laquelle un enfant devrait être vu, les conditions des orthophonistes portent sur l'impact de voir un enfant plus ou moins souvent par rapport au contingent des intervenants ainsi que sur l'impact d'une absence à une séance d'intervention pour l'enfant, lorsque la fréquence d'interventions est moindre.

1.4 Implication des parents en ce qui concerne les interventions en orthophonie

La modalité portant sur l'implication des parents dans les interventions en orthophonie est celle qui varie le plus entre les CRDP qui sont en milieu urbain et en banlieue par rapport à ceux en milieu rural. Cette modalité est principalement une préoccupation des orthophonistes. D'ailleurs, les gestionnaires et les coordonnateurs cliniques n'ont pas relevé cet aspect comme étant une modalité qui affecte l'optimisation des services en orthophonie.

Tel que décrit dans les évidences scientifiques, certains orthophonistes désirent que les parents prennent davantage le contrôle de la réadaptation et que le rôle d'orthophoniste tende plus vers celui de guide qui devrait montrer aux parents comment appliquer des techniques au quotidien (Lancaster et al., 2010; Law et al., 2004, 2010; Munro et al., 2008). Certains orthophonistes remarquent toutefois que la qualité de la relation entre eux et le parent peut avoir un impact majeur dans ce rôle de guide. Parfois, les parents ne montrent pas le désir de s'investir à un tel point.

Il est à noter que les évidences scientifiques ne remarquent pas de différence dans les améliorations langagières concernant les interventions données par les orthophonistes versus lorsque les parents appliquent les stratégies orthophoniques (Law et al., 2004, 2010). À cet effet, certains orthophonistes consultés voient la pertinence d'impliquer les parents davantage dans l'intervention pour les techniques plus générales et que l'orthophoniste travaille les aspects pointus du langage qui ressemble davantage à de l'enseignement.

Donc, l'implication des parents semble primordiale pour optimiser les services d'orthophonie. Les conditions des orthophonistes pour utiliser cette modalité sont en lien avec la disponibilité des parents, il faut que les parents assistent aux interventions en orthophonie et puissent reprendre les exercices à la maison. Également, il serait avantageux que les deux parents s'impliquent dans la réadaptation.

2 PERSPECTIVES FUTURES

L'exploration de ces quatre modalités permet de valider l'utilisation de celles-ci dans un but d'optimiser l'accès aux services d'orthophonie pour les enfants âgés de 3 à 6 ans ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse). Un aspect qui permettra d'optimiser davantage cet accès est d'utiliser ces modalités de façon complémentaire. En effet, il est possible de combiner ces modalités, de façon réfléchie, pour en augmenter leur impact. Par exemple, l'implication des parents peut être utilisée au travers des interventions de groupe en leur enseignant des techniques. De plus, l'intensité des interventions peut s'ajuster à tous les types d'interventions. Enfin, l'intervention en langage effectuée par un technicien en éducation spécialisée peut être facilitée par l'implication des parents qui reprennent les exercices. D'ailleurs, certains CRDP favorisent la complémentarité entre les modalités, particulièrement lors des interventions de groupe où un intervenant explique aux parents ce qu'ils observent.

Pour l'avenir, il faudra réfléchir à d'autres types de modalités qui pourront optimiser davantage l'accès aux services d'orthophonie. Une idée qui a été proposée en groupe de discussion est celle d'un blogue informatique qui permettrait de pousser l'implication des parents pour leur permettre de poser des questions précises et d'obtenir les réponses d'un orthophoniste. Sur ce même blogue, des capsules vidéo pourraient être accessibles pour que les parents puissent revoir des techniques reliées au langage. Effectivement, cette idée permettrait d'utiliser les thérapies pour des interventions plus spécifiques, mais demandera une réorganisation par rapport à la tâche de répondre aux questions sur le blogue ainsi que la promotion de cet outil.

3 FORCES ET LIMITES

Cet essai synthèse comporte certaines forces. Entre autres, l'utilisation d'une grille basée sur les critères portant sur la pratique fondée sur les évidences scientifiques, ce qui fait en sorte que seules les études les plus robustes ont été considérées. Puis, pour

certaines modalités, il a été possible de trianguler les données pour avoir une vision plus globale de leur utilisation. Aussi, le groupe de discussion était homogène puisqu'il n'était composé que d'orthophonistes qui travaillaient avec la clientèle ciblée. Bien que les orthophonistes faisaient parties du groupe de discussion à titre d'intervenants, la moitié d'entre eux effectuaient également des tâches de coordination clinique ce qui a permis d'obtenir des opinions plus globales sur la situation.

Cependant, il est vrai que cet essai synthèse comporte des limites. D'abord, sur un total de 24 CRDP offrant des services à la clientèle ciblée au Québec, seulement six CRDP ont été consultés, dont la majorité desservant des populations de milieux urbains et de la banlieue. Ainsi, les informations recueillies pourraient être moins applicables dans un contexte de réadaptation en milieux ruraux. Également, sur les six CRDP consultés, il y en a un qui a seulement participé à la partie de la collecte de données des questionnaires et coordonnateurs cliniques. Puis, il y a un autre CRDP qui a seulement participé au groupe de discussion des orthophonistes puisque le gestionnaire n'a pas répondu à la demande d'entrevue. Par conséquent, il y a des éléments de comparaison entre les CRDP qui pourraient être différents. Par contre, l'impact de ces différences ne devrait pas être majeur puisque les quatre autres CRDP partageaient plusieurs similitudes. Une autre limite est que les entrevues téléphoniques avec les questionnaires et coordonnateurs cliniques n'ont pas été enregistrées. Ce qui fait en sorte que les informations ont été considérées telles que notées et n'ont pas été revalidées. Puis, il n'a pas été possible de comparer le nombre d'enfants âgés de 3 à 6 ans vus annuellement, en orthophonie, dans les programmes consultés puisqu'il n'y a pas d'outil commun à tous les CRDP pour recueillir ce type d'informations. Donc, il n'a pas été possible de comparer les CRDP par rapport au nombre moyen d'enfants vus par orthophonistes travaillant à temps complet (ETC). Finalement, selon Huberman et Miles (2002), la collecte de données se termine lors de l'atteinte de la saturation théorique qui consiste à atteindre un niveau d'information pertinente additionnelle minimal. Toutefois, elle n'a pas été atteinte dans ce projet étant donné son ampleur et les délais exigés.

CHAPITRE SEPT

CONCLUSION

Ce rapport a permis de déterminer comment optimiser l'utilisation des quatre modalités qui favorisent l'accès aux services d'orthophonie pour les enfants âgés de 3 à 6 ans ayant un trouble primaire du langage (ou hypothèse). En effet, les interventions de groupes, les interventions langagières effectuées par un technicien en éducation spécialisée, l'intensité des interventions en orthophonie ainsi que l'implication des parents dans les interventions en orthophonie comportent toutes des avantages pour favoriser l'accès aux services d'orthophonie. La plupart des CRDP consultés en utilisent plus d'une, mais rares sont ceux qui utilisent les quatre modalités ciblées et l'application de ces modalités ne correspond parfois que partiellement aux évidences scientifiques.

À la suite de l'analyse des données recueillies et à la réflexion qu'elle a entraînée, il est possible de présumer qu'un CRDP qui mettrait en place ces quatre modalités pour l'ensemble de la clientèle ciblée parviendrait à optimiser davantage l'accès aux services d'orthophonie. Cependant pour chacune des modalités, il faut tenir compte de certaines caractéristiques afin d'éviter d'affecter négativement les services d'orthophonie. Par exemple, pour l'intervention de groupe, il faut être vigilant lors de la sélection des objectifs pour le groupe. Une fois que les participants se retrouvent ensemble, il faut s'assurer que la majorité des objectifs travaillés répondent aux besoins prioritaires de tous les enfants. Le barème recommandé par Tyler et al. (2002, 2003) est qu'un seul objectif de groupe ne soit pas prioritaire par enfant.

En ce qui concerne les interventions indirectes, cette modalité est probablement celle qui entraîne son plus gros lot de difficultés. Les orthophonistes doivent bien planifier leur collaboration avec les techniciens en éducation spécialisée pour que ceux-ci interviennent de façon optimale auprès des enfants atteints d'un trouble primaire du langage. Ultimement, le fonctionnement varie dans les programmes selon le niveau de

confort de l'orthophoniste. Il est conseillé que les techniciens en éducation spécialisée soient expérimentés et qu'ils aient une bonne relation avec l'orthophoniste. En résumé, ce type d'interventions demande plus de temps que les autres pour être bien rodé.

Pour ce qui est de l'intensité des interventions en orthophonie, la fréquence d'interventions est laissée à la discrétion de l'orthophoniste puisqu'il n'y a ni évidences scientifiques ni consensus entre les orthophonistes consultés par rapport à la fréquence optimale. Par contre, sur le plan de la durée des interventions, les évidences scientifiques (Law et al., 2004, 2010; Nye et al., 1987) suggèrent qu'il serait préférable d'offrir de 8 à 12 rencontres d'intervention en orthophonie avant d'offrir une pause. Par la suite, au retour de cette pause, il serait important de faire un résumé des informations obtenues lors du bloc d'interventions précédent (Boyle et al., 2009). Aussi, il est important de laisser suffisamment de flexibilité aux balises pour que la décision de la cessation des services soit déterminée selon le jugement professionnel.

En ce qui a trait à l'implication des parents, il est fortement conseillé de favoriser l'implication des parents en leur enseignant les techniques et en leur demandant de les pratiquer à domicile. Cela peut être fait dans des groupes qui ne s'adressent qu'aux parents, avec des objectifs prédéterminés. Toutefois, il faut s'assurer qu'il y ait suffisamment de participants par rapport au nombre d'orthophonistes qui animent le groupe puisque cette option peut être coûteuse. Ce type de groupe est à favoriser quand le CRDP a les ressources financières, mais non les ressources humaines. Autrement, il est également recommandé d'impliquer les parents dans les interventions auprès des enfants pour qu'ils reprennent les techniques à domicile.

Évidemment, pour toutes ces modalités, les conditions de faisabilité nommées par les orthophonistes doivent être prises en considération. Par conséquent, il ne sera probablement pas possible d'appliquer toutes ces modalités à l'ensemble de la clientèle ciblée. Par contre, si les CRDP parviennent à utiliser ces quatre modalités en

complémentarité, tout en respectant les recommandations qui modulent leur efficacité, les CRDP auront atteint un niveau élevé d'optimisation des services d'orthophonie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Speech Language Hearing Association (2008). *Incidence and Prevalence of Communication Disorders and Hearing Loss in Children*. Site disponible à l'adresse <<http://www.asha.org/research/reports/children.htm>>. Consulté le 30 mai 2011.
- Association Québécoise de Dysphasie (2011). *Lorsque le langage est un casse-tête : La dysphasie*. Site disponible à l'adresse <<http://www.dysphasie.qc.ca/fr/dysphasie.php>>. Consulté le 20 mai 2011.
- Baxendale, J. et Hesketh, A. (2003). Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. *International Journal of Language and communication disorders*, 38(4), 397-415.
- Boyle, J., Davies, S., Gillies, M., Lyons, K., McCormack, M., McLellan, E. et Pollachi (1995). 'It's OK to talk': a group-based intervention strategy for encouraging information-related talk in early education. *Proceedings of the British Psychological Society*, 3, 103.
- Boyle, J.M., McCartney, E., O'Hare, A. et Forbes, J. (2009). 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. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(6), 826-846.
- Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Feldhusen, F., Pietz, J. et Philippi, H. (2009). Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 94, 110–116.
- Carpentier, N. (2006). *Des médecins dénoncent les délais d'attente aux services spécialisés de réadaptation en déficience physique. Dans Lanaudière : 284 enfants en attente*. Communiqué, CRDP le Bouclier, Joliette, Qc, 22 novembre.
- Code des professions (2011). *Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. L.R.Q., c. C-26, a. 87*. Site disponible à l'adresse <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R123_1.HTM>. Consulté le 28 mai 2011.
- Desrosiers, M. (2007). *Une expérience québécoise*. Site disponible à l'adresse <http://www.caphc.org/documents_partnerships/cncyr/2007_conference/desrosiers.pdf>. Site consulté le 15 novembre 2010.

- Dollaghan, C. (2004). Evidence-based practice: Myths and realities. *The ASHA Leader*, 12, 4–5.
- Dowden, P., Alarcon, N., Vollan, T., Cumley, G.D., Kuehn, C.M. et Amtmann, D. (2006). Survey of SLP Caseloads in Washington State Schools: Implications and Strategies for Action. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37, 104-117.
- Fey, M.E., Cleave, P.L. et Long, S.H.(1997). Two models of grammar facilitation in children with language impairments: Phase 2. *Journal of Speech and Hearing Research*, 40, 5-19.
- Fortin, M.F. (dir.) (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal : Décarie Éditeur.
- Fougeyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., Côté, J. et St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise Processus de production du handicap*. Québec : Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH)/SCCIDIH.
- Gallagher, A.L. et Chiat, S. (2009). 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. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(5), 616–638.
- Gauthier, B. (dir.) (2003). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (4^e éd). Québec : Presses de l'Université du Québec (1^{re} éd. 1984).
- Gibbard, D., Coglan, L. et MacDonald, J. (2004). Cost-effectiveness analysis of current practice and parent intervention for children under 3 years presenting with expressive language delay. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 39(2), 229–244.
- Golberg, L.R., Williams, P.S. et Paul-Brown, D. (2002). Leading the Change Effort: I. Real and Perceived Challenges in Working with Speech-Language Pathology Assistants. *Communication Disorders Quarterly*, 23(4), 193-201.
- Huberman, A.M. et Miles, M.B. (2002). *The qualitative researcher's companion*, Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Hulme, C. et Snowling, M.J. (2009). *Developmental disorders of language learning and cognition*, Chichester : Wiley-Blackwell.
- Joffe, V. et Prings, T. (2008). Children with phonological problems: a survey of clinical practice. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(2), 154–164.

Johnson, C. (2006). Getting Started in Evidence-Based Practice for Childhood Speech-Language Disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 20–35.

Lancaster, G., Keusch, S., Levin, A., Pring, T. et Martin, S. (2010). Treating Children with Phonological Problems: Does an Eclectic Approach to Therapy Work? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45 (2), 174-181.

Law, J., Garrett, Z. et Nye, C. (2004). The Efficacy of Treatment for Children with Developmental Speech and Language Delay/Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(4), 924-943.

Law, J., Garrett, Z. et Nye, C. (2010). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder (Review). *The Cochrane Library*, 5, 1-77.

Mays, N., Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320 (7226), 50-52.

McCartney, E., Boyle, J., Bannatyne, S., Jessiman, E., Campbell, C., Kelsey, C. et al. (2005). 'Thinking for two': a case study of speech and language therapists working through assistants. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 40(2), 221-235.

Miles, M.B. et Huberman, M.A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (Trad. Par M.H. Rispal). Paris : De Boeck (1^{re} éd. 1994).

Ministère de la santé et des services sociaux (2002). *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ministère de la santé et des services sociaux (2008). *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. Québec : Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux.

Morin, N. (2009). *Une attente active en déficience du langage: de la réadaptation au quotidien*. Site disponible à l'adresse https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC845/F1997292124_Une_attente_active_en_deficience_du_langage_de_la_readaptation_au_quotidien.pdf. Site consulté le 15 novembre 2010.

Munro, N., Lee, K. et Baker, E. (2008). Building vocabulary knowledge and phonological awareness skills in children with specific language impairment through

hybrid language intervention: a feasibility study, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43(6), 662–682.

Nye, C., Foster, S.H. et Seaman, D. (1987). Effectiveness of language intervention with language/learning disabled children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 348–357.

Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (1998). *La dysphasie sévère : ce "handicap" du langage*. Site disponible à l'adresse <<http://www.ooaq.qc.ca/Fiches/dysphasie.htm>>. Site consulté le 10 novembre 2010.

Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (2004). *Guide et outils cliniques: Trouble primaire du langage, dysphasie*. Montréal: Auteur.

Packman, A. et Grant, M. (sous presse). Technology and the evolution of clinical methods for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 10.

Rescorla, L., Ross, G.S. et McClure, S. (2007). Language delay and behavioral/emotional problems in toddlers: findings from two developmental clinics. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50, 1063–1078.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. et Richardson W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312 (7023), 71-72.

Service Canada (s.d.). *Orthophonistes et Audiologistes*. Site disponible à l'adresse <http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3141.shtml>. Site consulté le 18 novembre 2010.

Spackman, M.P., Fujiki, M., et Brinton, B. (2006). Understanding emotions in context : the effects of language impairments on children's ability to infer emotional reactions. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(2), 173-188.

Sumsion, T. et Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 153-162.

Thordardottir, E., Keheyia, E., Lessard, N., Sutton, A., et Trudeau, N. (2010). Performance type lors d'examens de connaissances et de traitement du langage chez les enfants francophones de 5 ans. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, 34(1), 5-16.

Tervo, R.C. (2007). Language proficiency, development, and behavioral difficulties in toddlers. *Clinical Pediatrics*, 46(6), 530-539.

Tomblin, J.B., Records, N.L., et Zhang, X. (1996). A system for the diagnosis of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39(6), 1245-1294.

Tyler, A.A., Lewis, K.E., Haskill, A. et Tolbert, L.C. (2002). Efficacy and Cross-Domain Effects of a Morphosyntax and a Phonology Intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 33, 52–66.

Tyler, A.A., Lewis, K.E., Haskill, A. et Tolbert, L.C. (2003). Outcomes of Different Speech and Language Goal Attack Strategies. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 1077–1094.

ANNEXE A

GRILLE DE ROBUSTESSE DES ÉTUDES

Auteurs	Compa- raison à l'inter- vention étalon (gold standard)	Nombre suffisant de partici- pants par groupe	Effectuée à l'aveugle (blind)	Discrimination adéquate entre les groupes de participants (avec trouble versus sans trouble)	Pourrait être repris en milieu clinique	Bénéfices clairs reliées à l'inter- vention	Total (/6)
Baxendale et Hesketh, (2003)							
Bernhardt et Major (2005)							
Boyle, McCartney, O'Hare et Forbes (2009)							
Denne, Langdown, Pring et Roy (2005)							
Dickson Marshall, Boyle, McCartney, O'Hare et Forbes (2009)							
Dowden, Alarcon et Vollan, Cumley, Kuehn et Amtmann (2006)							
Dodge (2004)							
Emanuel, Chiat et Roy (2007)							
Gallagher et Chiat (2009)							
Gibbard, Coglan et MacDonald (2004)							

Glogowska, Roulstone et Enderby (2000)							
Graham et Avent (2004)							
Goldberg, Williams et Paul-Brown (2002)							
Grogan- Johnson, Alvares, Rowan, Creaghead (2010)							
Joffe et Pring (2008)							
Lancaster, Keusch, Levins, Prings et al. (2010)							
Law, Lyndsay, Peacey et al. (2002)							
Law, Garrett et Nye (2004, 2010)							
McCartney, Ellis et Boyle, (2009)							
McCartney, Boyle, Bannatyne, Jessiman, Campbell, Kelsey et al. (2005)							
Munroe, Lee et Baker (2008)							
Pascoe, Stackhouse et Wells, 2005							
Tyler, Lewis, Haskill et Tolbert (2002)							
Tyler , Lewis, Haskill et Tolbert (2003)							

ANNEXE B**COURRIEL POUR LE RECRUTEMENT DES CRDP**

Bonjour,

je m'appelle Véronique Ratelle et je suis agente de planification, programmation et recherche au CRDP le Bouclier, mais présentement en congé de maternité jusqu'en janvier 2011. Également, je suis étudiante à la maîtrise à l'Université de Sherbrooke dans le programme de Pratiques de la Réadaptation. Je communique avec vous dans le cadre de mon essai synthèse. Ce dernier porte sur les diverses modalités utilisées dans les programmes de déficience du langage dans les CRDP du Québec pour optimiser l'accès aux services d'orthophonie. Ce sujet est d'actualité étant donné que les programmes à travers la province sont à la recherche de solutions pour palier à la grande demande de la clientèle en tenant compte des ressources humaines et financières disponibles.

Les objectifs de mon essai sont les suivants:

1. Identifier les modalités utilisées pour optimiser l'offre de service en orthophonie dans les programmes de déficience du langage en CRDP.
2. Évaluer si les modalités utilisées en orthophonie dans les programmes de déficience du langage correspondent aux recommandations des évidences scientifiques.
3. A. Recueillir les opinions des orthophonistes concernant les modalités qui correspondent aux évidences scientifiques.
B. Identifier les modalités perçues par les orthophonistes comme étant les plus réalisables.

Après avoir dressé cet état de la situation, je souhaiterais être en mesure d'émettre des recommandations en ce qui a trait aux modalités les plus pertinentes et réalisables dans le contexte de la réadaptation au Québec et qui correspondent aux évidences scientifiques. Pour ce faire, j'ai besoin de votre collaboration pour connaître les modalités qui sont utilisées dans vos programmes. Comme cet essai est très circonscrit dans le temps, je serais des plus reconnaissante si vous pouviez me répondre le plus rapidement possible, soit au plus tard vendredi le 12 novembre. Pour vous faciliter la tâche, il n'y a que 2 questions et vous n'avez qu'à sélectionner et me transmettre les lettres des choix de réponses (par exemple: 1.a, c, e,...).

Je vous remercie grandement de votre collaboration.

Questions:

1. Quelles sont les modalités que vous utilisez pour favoriser l'accès aux enfants de 3-6 ans ayant une déficience du langage aux services en orthophonie? Vous pouvez indiquer plus d'une réponse.
 - a) Interventions faites en petits groupes avec un orthophoniste
 - b) Supervision de techniciens en éducation spécialisée par des orthophonistes (peut être dans le cadre d'un projet PNOT)
 - c) Nombre maximal d'interventions en orthophonie à l'intérieur d'un même épisode de service
 - d) Blocs d'interventions en orthophonie (par exemple: un bloc de 10 interventions pour répondre à un besoin, un autre bloc sera donné ultérieurement)
 - e) Modifications de la durée des interventions en orthophonie (par exemple: Interventions de 45 minutes à présent plutôt qu'une heure)
 - f) Modifications de la fréquence des interventions en orthophonie (par exemple: une rencontre aux 2 semaines plutôt qu'une par semaine)
 - g) Autres modalités utilisées pour optimiser les services en orthophonie. Si oui, lesquelles?

2. Accepteriez-vous d'être contacté au cours des prochains mois pour une brève entrevue concernant les modalités utilisées pour optimiser les services en orthophonie dans les programmes de déficience du langage?

a. oui

b. non

Cordialement,

Véronique Ratelle

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

1. Combien avez-vous de postes d'orthophonistes, équivalents temps complet, dans votre programme?
2. Est-ce que tous les postes en orthophonie sont comblés?
 - Sinon pour quelles raisons (difficultés de recrutement, congé de maternité, pénurie d'orthophonistes, manque de ressources financières,...)?
3. Combien de clients de 3 à 6 ans sont desservis annuellement dans votre programme?
 - Parmi ceux-ci, combien ont un trouble ou une hypothèse de trouble du langage?
4. Est-ce qu'il y a des délais d'attente pour obtenir un suivi en orthophonie pour cette clientèle?
 - Si oui, de quel ordre sont ces délais (semaines, mois, années)?
 - Selon vous, quelles sont les conséquences de ces délais sur le programme et en lien avec les besoins prioritaires des clients?
5. Avez-vous revu, depuis les 5 dernières années, le processus d'accès aux services d'orthophonie pour cette clientèle?
 - Si oui, pour quelles raisons?
 - Quelles révisions/modifications avez-vous mises en place?
6. Quel est le processus complet d'accès aux services d'orthophonie pour cette clientèle, soit de son inscription à la fin des services?
7. Vous avez souligné utiliser les modalités suivantes pour favoriser l'accès aux services en orthophonie:
 - a) Interventions faites en petits groupes avec un orthophoniste
 - b) Supervision de techniciens en éducation spécialisée par des orthophonistes (peut être dans le cadre d'un projet PNOT)

- c) Nombre maximal d'interventions en orthophonie à l'intérieur d'un même épisode de service
- d) Blocs d'interventions en orthophonie (par exemple: un bloc de 10 interventions pour répondre à un besoin, un autre bloc sera donné ultérieurement)
- e) Modifications de la durée des interventions en orthophonie (par exemple: Interventions de 45 minutes à présent plutôt qu'une heure)
- f) Modifications de la fréquence des interventions en orthophonie (par exemple: une rencontre aux 2 semaines plutôt qu'une par semaine)
- g) Suspension de l'intervention en orthophonie pour offrir le soutien en éducation spécialisée pour travailler la disponibilité et l'attention.

Quels sont les avantages et les inconvénients de celles-ci?

8. Est-ce que la mise en place des modalités favorisant l'accès aux services en orthophonie permet de répondre aux besoins prioritaires de cette clientèle?
 - Sinon, quelles sont les problématiques non résolues? (Exemples: malgré les modalités en place, les délais d'attente pour un suivi en orthophonie sont de 2 ans; les enfants reçoivent un maximum de 20 interventions en orthophonie entre 3 ans et 6 ans,...)
9. Est-ce que vous avez des données concernant la satisfaction de cette clientèle, tel que dans le cadre des sondages effectués pour le processus d'agrément?
 - Si oui, quelles sont les résultats obtenus suite à l'administration de ces sondages?
 - Quelles sont les conclusions qui en ont été tirées?

ANNEXE D

INFORMATION ENVOYÉE AUX PARTICIPANTS DU GROUPE DE DISCUSSION

Thèmes abordés lors du focus group

Veillez noter que les questions suivantes sont envoyées dans le but de débiter la réflexion avant la tenue du groupe de discussion. La clientèle visée par les questions est celle ayant un diagnostic (ou hypothèse) de trouble primaire du langage ou de dysphasie principalement âgées entre 3 et 6 ans.

Questions :

- 1- Quelle est la place de l'implication des parents dans vos interventions?
- 2- Quelle est la place des groupes d'intervention en orthophonie?
- 3- Dans quelles circonstances privilégiez-vous l'intervention directe vs indirecte (via un autre intervenant en CRDP ou quelqu'un de l'entourage de l'enfant)?
- 4- Comment déterminez-vous la fréquence du suivi, l'intensité, la durée et le nombre d'interventions que vous offrez à cette clientèle?
- 5- Comment faites-vous pour favoriser l'interdisciplinarité pendant les suivis en orthophonie des divers clients?

ANNEXE E

GRILLE D'ANALYSE DES ENTREVUES TÉLÉPHONIQUES

#	Questions	CRDP 1	CRDP 2	CRDP 3	CRDP 4	CRDP 5
1	Nombre de postes en orthophonie (ETC)					
2	Postes vacants(ETC)					
	Raisons pour lesquelles il y a des postes vacants					
3	Enfants de 3 à 6 ans au total dans le programme					
	Pourcentage des enfants ayant un trouble primaire de langage					
	Durée de l'attente au programme					
4	Durée de l'attente pour un suivi en orthophonie					
	Conséquences de l'attente en orthophonie (selon eux) sur les clients					
	Conséquences de l'attente en orthophonie (selon eux) sur l'équipe					
5	Révision du processus d'accès au cours des 5 dernières années?					
	Raisons de la révision					
	Quelles sont les modifications effectuées pour cette révision?					
6	Processus d'admission complet au programme					
7	Modalités en place pour favoriser l'accès aux services d'orthophonie					
	Avantages de la modalité a)					
	Avantages de la modalité b)					

	Avantages de la modalité c)					
	Avantages de la modalité d)					
	Avantages de la modalité e)					
	Avantages de la modalité f)					
	Avantages de la modalité g)					
	Avantages de la modalité h)					
	Inconvénients de la modalité a)					
	Inconvénients de la modalité b)					
	Inconvénients de la modalité c)					
	Inconvénients de la modalité d)					
	Inconvénients de la modalité e)					
	Inconvénients de la modalité f)					
	Inconvénients de la modalité g)					
	Inconvénients de la modalité h)					
8	Les modalités de question 7 ont-elles am�elior�e l'accès aux services?					
	Est-ce qu'il y a des problématiques non résolues?					
9	Quel est le niveau de satisfaction de la clientèle?					

ANNEXE F

GRILLE D'ANALYSE DU GROUPE DE DISCUSSION

	Catégories	Énoncés	Intervenants	Opinion	Condition de faisabilité	Élément relié au contexte
Groupes	Interdisciplinarité					
	Parents					
	Avantages					
	Types de groupe					
	Moments clés					
	Objectifs					
Interventions Indirectes	Projet en place					
	Avantages					
	Limites					
	Rôle d'orthophoniste					
	Arrimage avec technicien en éducation spécialisée					
	Type d'interventions indirectes					
Intensité des interventions	Nombre d'interventions					
	Fréquence					
	Avantages					
	Limites					
Implication des parents	Approches					
	Avantages					
	Limites					
	Rôle de l'orthophoniste					

	Présence des parents					
Autres modalités	Idées des orthophonistes					

ANNEXE G

GRILLE DE COMPARAISON DES DONNÉES OBTENUS DES CRDP SELON LEUR CORRESPONDANCE AUX ÉVIDENCES SCIENTIFIQUES

Modalités	Mentionnées dans la littérature	Mentionnées par gestionnaires	Mentionnées par les orthophonistes	Conditions pour être utilisées par les orthophonistes
Interventions faites en petits groupes avec un orthophoniste				
Supervision de techniciens en éducation spécialisée par des orthophonistes (peut être dans le cadre d'un projet PNOT)				
Organisation des rencontres en blocs d'interventions				
Fréquence des interventions en orthophonie				
Collaboration avec l'éducatrice spécialisée qui agira comme agent multiplicateur (fait de la généralisation à domicile)				
Suspension de l'intervention en orthophonie pour offrir le soutien en éducation spécialisée pour travailler la disponibilité et l'attention.				
Interventions impliquant les parents				
Utilisation de l'Internet				