



Recommandations pour l'organisation des services d'orthophonie dans un centre de réadaptation auprès des jeunes enfants présentant un trouble de langage



Recommendations for Organizing Speech-Language Pathology Services in a Rehabilitation Centre for Young Children With Language Disorders

MOTS-CLÉS

INTERVENTION

EFFICACITÉ

TROUBLE DÉVELOPPEMENTAL DU LANGAGE

PRÉSCOLAIRE

PRATIQUE FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES

Marianne Paul
Dima Safi
Marie Nader
Jessica Lesage
Marie-Ève Caty
Julie Tardif
Sophie Labbé
Carmen Dionne

Marianne Paul¹, Dima Safi¹,
Marie Nader², Jessica
Lesage¹, Marie-Ève Caty¹,
Julie Tardif³, Sophie Labbé³
et Carmen Dionne⁴

¹Département d'orthophonie,
Université du Québec à Trois-
Rivières, Trois-Rivières, QC,
CANADA

²Département de linguistique,
Université du Québec à
Montréal, Montréal, QC,
CANADA

³Centre intégré universitaire de
santé et de services sociaux
de l'Estrie - Centre hospitalier
universitaire de Sherbrooke,
Sherbrooke, QC, CANADA

⁴Département de
psychoéducation, Université du
Québec à Trois-Rivières, Trois-
Rivières, QC, CANADA

Rédactrice :
Chantal Desmarais

Abrégé

Dans un processus d'amélioration continue des services en orthophonie offerts aux enfants de quatre et cinq ans présentant un trouble développemental du langage ou une hypothèse de trouble, des orthophonistes du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke se sont associées à des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette collaboration avait comme objectif la coconstruction de recommandations portant sur des éléments influencés par l'organisation des services et basées sur les données probantes issues de la littérature et de l'expertise des orthophonistes. Ce projet de recherche-action, dans une procédure de coconstruction collaborative, s'est déroulé en trois cycles d'échanges visant le dialogue, l'enrichissement et l'appropriation des recommandations coconstruites. Les échanges ont permis de dégager sept recommandations. Les quatre premières ciblent l'augmentation de la spécificité des services, en abordant la question de la trajectoire des services, l'individualisation des interventions, le choix du type de prestation de services et le nombre d'objectifs. Les trois autres ciblent l'augmentation de l'intensité des services, par l'uniformisation de l'offre de services, l'augmentation de la fréquence des interventions et l'implication plus grande des parents. Pour chacune des recommandations, les défis et les facilitateurs pour leur implantation, issues de l'expertise des orthophonistes, ont été documentés. Ces recommandations, mises en relation avec la littérature scientifique, permettront de guider le choix des gestionnaires et des orthophonistes dans les changements à mettre en place pour améliorer l'efficacité des services offerts en orthophonie aux enfants d'âge préscolaire ayant un trouble développemental du langage.

Abstract

As part of a continuous improvement process targeting speech-language pathology services offered to 4- and 5-year-old children with developmental language disorders or a *hypothèse de trouble du langage* (hypothesized language disorder), speech-language pathologists from the *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke* teamed up with researchers from the *Université du Québec à Trois-Rivières* to coconstruct recommendations concerning the provision of speech-language pathology services using evidence from literature and the expertise of speech-language pathologists. This collaborative action research project was carried out in three rounds of exchanges whose objectives were to promote dialogue, enrichment, and implementation of the coconstructed recommendations. Seven recommendations emerged from these exchanges. The first four focused on service paths, individualization of interventions, service delivery, and the number of goals to increase the specificity of the services. The other three recommendations focused on standardizing the services offered, increasing the frequency of interventions, and promoting greater involvement of parents to increase the intensity of the services. The barriers and facilitators related to the implementation of each recommendation were documented using the expertise of the participating speech-language pathologists. These recommendations, together with the scientific literature, will guide managers and speech-language pathologists as to which changes are required to improve the effectiveness of speech-language services for preschool children with developmental language disorders.

Une personne présente un trouble développemental du langage (TDL) lorsque des difficultés langagières sont présentes depuis l'enfance et qu'elles ne peuvent être associées ni à une condition biomédicale, telle que le trouble du spectre de l'autisme ou un traumatisme crânien, ni à un manque d'exposition à la langue (Bishop et al., 2017; Breault et al., 2019). Le TDL est un trouble neurodéveloppemental dont la prévalence se situe entre 6 % et 7 % (Norbury et al., 2016; Pinborough-Zimmerman et al., 2007). Les manifestations d'un TDL peuvent être très variées d'une personne à l'autre (Bishop et al., 2017) et chez un même individu au cours de son développement (Bishop et al., 2017; Eadie et al., 2014). En effet, les atteintes peuvent affecter un ou plusieurs aspects parmi la phonologie, la morphosyntaxe, la pragmatique/discours, la sémantique, la mémoire/apprentissage verbale ou l'accès lexical, et ce, pour les sphères expressives et/ou réceptives (Bishop et al., 2017). Le TDL est associé à plusieurs facteurs de risque génétiques et environnementaux, pouvant être concomitant à d'autres troubles, tels les troubles d'apprentissage ou le trouble d'attention (Bishop et al., 2017; Breault et al., 2019). Plusieurs conséquences à court et à long terme sont associées au TDL (Conti-Ramsden et al., 2013; Yew et O'Kearney, 2013), telles que des difficultés de comportement (Norbury et al., 2016), des difficultés d'apprentissage scolaire (Ziegenfusz et al., 2022) ou des difficultés touchant le développement social et émotionnel (Conti-Ramsden et Botting, 2004; Durkin et Conti-Ramsden, 2007). Afin de soutenir leur développement langagier, les enfants présentant un TDL devraient bénéficier d'un suivi en orthophonie (Ebbels et al., 2019). Or, l'accès aux services d'orthophonie s'avère difficile au Québec (Breault et al., 2019; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2017; Mongrain, 2015). Pour faciliter la mise en place d'interventions efficaces, il importe de se pencher sur l'amélioration continue de l'organisation des services offerts dans les centres de réadaptation, dans une perspective de pratique fondée sur les données probantes.

La pratique fondée sur les données probantes

Depuis plusieurs années, l'importance pour les professionnels en santé d'adopter une pratique fondée sur les données probantes est mise de l'avant (Haynes, 2002; Sackett et al., 1996). Ce type de pratique est défini par Melnyk et Fineout-Overholt (2023) comme un processus qui consiste à (a) se documenter sur les données probantes; (b) intégrer le point de vue du patient, sa situation personnelle et ses préférences; (c) mobiliser son expertise clinique; (d) prendre des décisions sur la base des informations issues des étapes précédentes; (e) évaluer

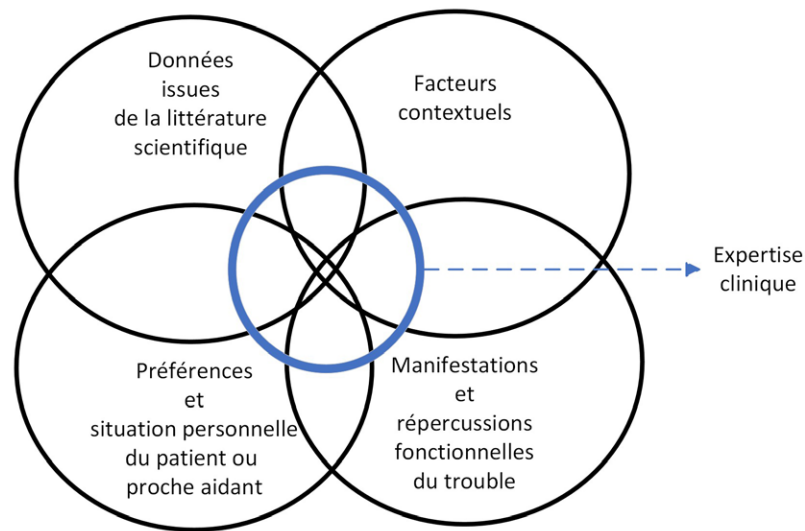
l'effet de l'intervention mise en place et (f) diffuser les résultats obtenus. Dans ce contexte, l'expertise clinique du professionnel se caractérise, notamment, par le jugement et le raisonnement clinique, et par la capacité à intégrer les connaissances issues de projets mis en place dans son milieu (Melnyk et Fineout-Overholt, 2023). D'autres auteurs y incluent aussi la capacité à déterminer l'applicabilité des données scientifiques à un patient en particulier, ce qui nécessite une pratique de type collaborative entre l'orthophoniste, le patient et ses proches (Melnyk et Fineout-Overholt, 2023; Sackett et al., 1996). Les aspects principaux impliqués dans la pratique fondée sur les données probantes sont présentés dans la **figure 1**. Un des défis de la mise en place de ce type de pratique est une augmentation potentielle du coût des services (Haynes, 2002; Sackett et al., 1996), par exemple dans le cas où un nombre plus élevé de rencontres d'intervention sont offertes. D'autres défis relevés dans la littérature sont la présence de contraintes organisationnelles ou encore la résistance aux changements des professionnels ou des gestionnaires impliqués (Melnyk et Fineout-Overholt, 2023).

Bien que la planification de l'offre de services de deuxième ligne d'un centre de réadaptation soit tributaire de différentes contraintes administratives, des ressources financières ou des ressources humaines, elle devrait aussi être en cohérence avec les données probantes portant sur l'efficacité des interventions. Par contre, l'évaluation de l'effet d'une intervention orthophonique est complexe et varie selon le type de personnes consultées. L'utilisateur évaluera sa satisfaction des services reçus et l'atteinte des objectifs ciblés; pour l'orthophoniste, ce sera selon la perception de la satisfaction de l'utilisateur et de l'atteinte des objectifs; pour les gestionnaires, ce sont plutôt selon le nombre d'utilisateurs ayant reçu des services, ainsi que l'efficacité des services offerts et leurs coûts (John, 2011). La documentation et le partage des pratiques et des connaissances cliniques des professionnelles – tant pour les éléments jugés efficaces que ceux jugés inefficaces – sont importants pour soutenir la pratique fondée sur les données probantes (Elin Thordardottir et Rioux, 2019). Dans ce qui suit, différents éléments issus de la littérature scientifique en lien avec l'évaluation de l'efficacité des interventions seront présentés.

L'efficacité des interventions orthophoniques

Plusieurs éléments doivent être considérés pour comparer adéquatement les interventions. En effet, différents types de prestation de services existent : les interventions peuvent être offertes de manière directe (dispensées par l'orthophoniste) ou indirecte (dispensées

Figure 1



Les cinq éléments influençant la pratique fondée sur les données probantes (inspirée de Haynes [2002], Melnyk et Fineaout-Overholt [2023] et Sackett et al. [1996])

par un intervenant non-orthophoniste ou un proche de l'enfant). Les interventions peuvent aussi être offertes selon différentes modalités (en groupe ou individuelle), à différentes intensités et durées, et ce, dans différents milieux (p. ex. domicile, centre de réadaptation, milieu de garde ou scolaire). Aussi, différents aspects du langage peuvent être ciblés et diverses méthodes d'intervention utilisées (Law et al., 2017), et les objectifs peuvent être travaillés de manière explicite ou implicite (Law et al., 2004). Concernant la composition des groupes d'intervention dans les études d'efficacité, certains auteurs soulignent l'importance de prendre en considération la présence d'enfants locuteurs tardifs de 2-3 ans (présentant des difficultés expressives avec une bonne compréhension) en plus d'enfants présentant un TDL, car le pronostic des locuteurs tardifs est meilleur (Bishop et al., 2017). Parmi les éléments évalués, ceux pouvant être particulièrement influencés par l'organisation des services, soit l'intensité, ainsi que la modalité (individuelle ou de groupe) et le type (directe ou indirecte) des interventions, seront présentés plus en détail.

L'intensité des interventions

Deux des cinq paramètres de l'intensité des interventions proposés par Warren et al. (2007), soit la durée et la fréquence, sont particulièrement susceptibles

d'être affectés par l'organisation des services. La *durée* correspond généralement au nombre de semaines d'intervention et/ou à la durée d'une rencontre, tandis que la *fréquence* réfère habituellement au nombre de rencontres par semaine. Heidlage et al. (2020) rapportent dans leur méta-analyse une très grande variabilité de ces paramètres pour les interventions considérées : la durée d'une rencontre variant de 20 à 180 minutes, le nombre de rencontres de 1 à 55, et la répartition sur une période de 6 à 130 semaines entre la première et dernière rencontre. Dans leur méta-analyse de 13 études, dans lesquelles la durée des interventions variait entre 4 semaines et 8,4 mois, Law et al. (2004) rapportent que les interventions directes de 8 semaines ou plus pourraient être plus efficaces que celles plus courtes, bien que le peu de données disponibles limite les conclusions pouvant être faites à ce sujet.

De leur côté, les paramètres du *dosage* (temps d'intervention réel durant lequel les objectifs spécifiques sont travaillés à chaque rencontre) et de la *forme du dosage* (les activités utilisées pour intervenir) relèvent du travail de la personne intervenant auprès de l'enfant; ils ne seront donc pas détaillés davantage. Finalement, le cinquième paramètre est *l'intensité cumulative*, qui est le produit du dosage, de la fréquence et de la durée (Allen, 2013; Brosseau-Lapré et Greenwell, 2019; Warren et al.,

2007). Cette intensité cumulative doit être considérée lors de la comparaison des interventions, ainsi que la façon dont les paramètres qui la détermine se combinent, bien que peu d'études portant sur les différents aspects de l'intensité des interventions soient disponibles. Par exemple, Barratt et al. (1992) ont démontré qu'une intervention individuelle de 24 rencontres de 40 minutes visant à améliorer différents aspects du langage d'enfants anglophones londoniens âgés de 2 à 5 ans ayant un retard de langage est plus efficace lorsque répartie sur deux périodes de trois semaines avec quatre rencontres par semaine, que sur une période de six mois à raison d'une rencontre par semaine. En revanche, Elin Thordardottir et Rioux (2019) n'ont relevé aucune différence significative entre une intervention de 12 rencontres visant un objectif portant sur le vocabulaire et un portant sur la syntaxe, lorsqu'elle était répartie sur 6 ou sur 12 semaines. Pour les habiletés articulatoires, pouvant aussi être atteintes chez les enfants présentant un TDL, Brosseau-Lapré et Greenwell (2019) concluent qu'une intervention de deux courtes rencontres par semaine est à favoriser. De son côté, dans son étude auprès d'enfants anglophones américains âgés de 3 à 5 ans présentant un trouble du développement des sons de la parole, Allen (2013) a montré qu'une intervention de 24 rencontres est plus efficace si elles sont offertes trois fois par semaine pendant huit semaines plutôt qu'une fois par semaine.

Modalités et types de prestation des services orthophoniques

La modalité de prestation des services orthophoniques offerts peut être individuelle (offert à un seul enfant à la fois) ou encore de groupe (offert à plusieurs enfants en même temps). La prestation de services peut être de type direct ou indirect. Une prestation de services directe implique, pour la personne orthophoniste, un contact direct entre elle et l'enfant; la prestation indirecte implique, quant à elle, que l'orthophoniste soutient une tierce personne non-orthophoniste pour la mise en place de l'intervention auprès de l'enfant. Lors des interventions indirectes, l'orthophoniste assure la mise en place du plan d'intervention, l'évaluation de l'efficacité de l'intervention et la réévaluation de l'enfant et de ses besoins. C'est aussi l'orthophoniste qui est responsable de la formation et de l'accompagnement des différents acteurs tels que la famille (parents, famille élargie) et les autres intervenants (enseignante, éducatrice, assistante-orthophoniste, agente de correction ou de stimulation du langage, éducatrice spécialisée). Il est à noter, par contre, qu'il n'existe pas au Québec d'équivalent aux assistantes-orthophonistes certifiées aux États-Unis et dans certaines provinces canadiennes (*speech-language pathology assistant*), bien que quelques programmes d'attestation d'études en stimulation du langage soient

offerts au niveau collégial. Les intervenantes québécoises engagées à titre d'agents et d'agentes de correction ou de stimulation du langage n'ont pas nécessairement de formation spécialisée en langage, auquel cas leurs compétences ne sont pas équivalentes à celles des assistantes-orthophonistes qualifiées (INESSS, 2017).

Certaines revues systématiques ont rapporté une absence d'effet significatif du type et de la modalité des interventions sur les performances d'enfants d'âge préscolaire (Law et al., 2004; Schooling et al., 2010). Or, selon les résultats de la revue de littérature d'Heidlage et al. (2020), dans laquelle sept études portant sur le vocabulaire ont été analysées, études incluant un groupe contrôle sans intervention et un groupe d'intervention indirecte offerte par les parents, la formation des parents est associée à un effet significatif important sur leur réactivité ainsi que sur leur utilisation de stratégies efficaces. Par contre, la nécessité de différencier les interventions selon le versant (expressif ou réceptif) est aussi soulignée, les résultats montrant une absence d'effet significatif de l'intervention indirecte par les parents sur le vocabulaire réceptif, mais un effet modéré significatif sur le vocabulaire expressif. De plus, cette différence s'observe pour les deux approches utilisées dans les études, soit des interventions basées sur la lecture de livres et celles basées sur les jeux et la routine. L'efficacité d'une approche indirecte de groupe auprès d'enfants en maternelle a aussi été explorée dans le cadre de deux études présentées dans Lonigan et Phillips (2016). Les chercheurs indiquent que l'augmentation de l'efficacité de l'intervention peut être attribuée, notamment, à l'implantation d'une formation initiale plus longue et d'un suivi plus explicite et fréquent (un total de 20 heures était préférable à un total de 8,5 heures) des personnes intervenantes. Les deux autres éléments mentionnés, ne portant pas sur le type de prestation de services, seront présentés plus loin. Finalement, dans la méta-analyse de Roberts et Kaiser (2011), un effet positif significatif des interventions indirectes administrées par les parents sur différents aspects langagiers a aussi été relevé.

Plusieurs études récentes permettent d'éclairer les contextes dans lesquels une intervention individuelle, en dyade ou en groupe devrait être recommandée. Par exemple, une modalité individuelle serait à favoriser pour le volet réceptif (Boyle et al., 2009; Heidlage et al., 2020) ou pour des difficultés mixtes expressives et réceptives (Boyle et al., 2009). Brosseau-Lapré et Greenwell (2019) concluent que les interventions individuelles sont aussi à favoriser pour les habiletés articulatoires, mais que les petits groupes sont préférables pour la conscience phonologique. Les interventions en petits groupes peuvent aussi être

recommandées pour le vocabulaire expressif (Heidlage et al., 2020; Lonigan et Whitehurst, 1998), la morphosyntaxe (Eidsvåg et al., 2019), la pragmatique/discours (Stanton-Chapman et Snell, 2011) et l'articulation (Eiserman et al., 1990). Par contre, différents facteurs peuvent influencer les résultats d'efficacité des interventions de groupe. Notamment, Lonigan et Phillips (2016) rapportent dans leur seconde étude citée plus haut que l'augmentation de l'efficacité de l'intervention peut être expliquée par un nombre moins élevé d'enfants dans les groupes (quatre au lieu de six) et une intervention plus focalisée (avec moins d'objectifs ou d'éléments).

Ces résultats soulignent l'importance, lors de l'organisation des services, de prendre en considération le domaine et le versant du langage ciblés lors du choix de la modalité et du type de prestation de services offerts. D'autres éléments, soit le nombre d'objectifs ciblés et le nombre d'enfants dans le groupe d'intervention, pourraient aussi avoir une incidence sur l'efficacité.

L'organisation des services orthophoniques au Québec

L'organisation des services orthophoniques doit être prise en compte lors de démarches d'analyse de l'efficacité des interventions pour proposer des recommandations visant l'amélioration continue. Le modèle de réponse à l'intervention à trois niveaux, recommandé au Québec dans l'avis de l'INESSS (2017), est particulièrement utilisé en milieux scolaires et préscolaires pour identifier les élèves en difficulté d'apprentissage en lecture ou les élèves à risque (Desrochers et Guay, 2020; Justice, 2006). Le niveau 1 correspond au niveau universel composé des services destinés à la population en général, principalement de la promotion et de la stimulation, afin d'identifier les enfants présentant un développement plus lent que celui de leurs pairs. Le niveau 2, dit ciblé, se centre sur les enfants présentant des indices de difficultés en leur offrant des services en sous-groupe en plus de ce qui est fait au niveau 1. Le niveau 3, dit spécialisé, cible les enfants dont les difficultés persistent malgré les interventions additionnelles du niveau 2 en leur offrant une intervention ciblée et intensive (Ebbels et al., 2019; INESSS, 2017; Justice, 2006). Ce dernier niveau vise à offrir du soutien individualisé (Ebbels et al., 2019), parfois précédé d'une évaluation exhaustive confirmant la présence d'un trouble (Justice, 2006).

Dans le réseau de la santé au Québec, les services dits « spécifiques » (ou de première ligne) sont offerts par les points de services assurant le premier contact entre l'individu et le système de santé; leur mandat est d'offrir des interventions correspondant globalement aux niveaux

1 et 2 du modèle de réponse à l'intervention. De leur côté, les services dits « spécialisés » (ou de deuxième ligne, p. ex. offerts en centres de réadaptation) correspondant plutôt au niveau 3, offrent des interventions aux enfants pour lesquels un professionnel de première ligne a émis une recommandation en ce sens.

Dans une approche de pratique fondée sur les données probantes, il est important de considérer autant les connaissances scientifiques que celles issues des milieux pratiques. Plus spécifiquement en lien avec l'organisation des services, peu de données existent quant à son effet sur l'efficacité des interventions orthophoniques. Dans ce contexte, les orthophonistes du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke ont observé que plusieurs enfants n'atteignaient pas le niveau d'habiletés souhaité avant leur intégration en milieu scolaire. Elles se sont alors interrogées sur l'efficacité des interventions offertes et ont contacté des chercheuses de l'Université du Québec à Trois-Rivières dans une démarche d'amélioration continue des services offerts. À ce moment, l'organisation de leurs services pour les enfants présentant un TDL avait été mise en place afin de respecter les exigences gouvernementales du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). La trajectoire de services prévoit que les enfants âgés de 4 ans reçoivent des interventions de groupe, appelées les groupes « Mini-mots », offertes à des groupes de huit enfants et animées, une fois par semaine pendant 8 semaines, par des éducatrices spécialisées avec le soutien des orthophonistes. Le plan d'intervention orthophonique de ces groupes n'est pas individualisé, il inclut plusieurs objectifs langagiers et il cible des activités en intervention qui sollicitent, notamment, la motricité fine et globale. Les parents peuvent assister aux rencontres derrière une vitre d'observation; avant chaque rencontre, ils doivent aider leur enfant à préparer l'activité de causerie, en trouvant un objet que l'enfant devra présenter sur le thème spécifié. Les parents reçoivent des conseils de stimulation et des suggestions d'activités optionnelles à faire à la maison. Certains enfants âgés de 4 ans reçoivent aussi quelques rencontres individuelles avec une orthophoniste pour clarifier leur profil langagier. Pour les enfants âgés de 5 ans, des interventions orthophoniques individuelles sont offertes une fois par semaine, pendant 5 à 15 semaines selon le profil de difficultés de l'enfant. Les parents assistent aux rencontres et il est attendu qu'ils mettent en pratique à la maison les recommandations remises.

La présente étude

Une équipe de recherche composée de membres des milieux clinique et universitaire a été créée pour évaluer l'efficacité des interventions offertes au centre de réadaptation du CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et coconstruire des recommandations ciblant les aspects organisationnels des services. Les recommandations proposées étaient basées sur les données scientifiques et l'expertise des cliniciennes. L'évaluation de l'efficacité des interventions a été effectuée par des étudiants à la maîtrise en orthophonie pour quatre domaines langagiers : la phonologie (Fournier, 2018), la morphosyntaxe (Gagné, 2018), le vocabulaire (Gingras, 2018) et la pragmatique (St-Jean, 2018). La présente étude porte spécifiquement sur la coconstruction des recommandations.

Méthodologie

Ce projet de recherche-action s'est déroulé en trois cycles de coconstruction, (a) démarrage, (b) approfondissement et (c) finalisation, en suivant une approche collaborative de la recherche impliquant des chercheuses universitaires en partenariat avec des utilisateurs potentiels des connaissances (Jull et al., 2017), c'est-à-dire les orthophonistes cliniciennes. Ces dernières sont considérées comme possédant une expertise et des connaissances valables pour soutenir la coconstruction de connaissances et résoudre les enjeux importants liés à la transformation des pratiques (Clavreul et Albuquerque, 2020; Jull et al., 2017). Ainsi, la coconstruction des recommandations a suivi un processus de délibération cyclique favorisant la concertation et le croisement des savoirs de chacun (Gauvin, 2009). Ce processus, échelonné sur deux ans, n'a pas visé le consensus à tout prix, mais le dialogue, l'enrichissement et l'appropriation des recommandations coconstruites.

Participants

Les 12 orthophonistes travaillant au programme d'intervention pour les enfants présentant un TDL qui étaient disponibles au moment de l'activité ont participé au premier cycle d'échange du projet. Pour les deux cycles suivants, un sous-groupe de sept orthophonistes a été sélectionné sur une base volontaire, avec l'approbation de l'ensemble des orthophonistes, conformément à la recommandation de Plummer (2017). Ce sous-groupe était composé d'orthophonistes débutantes, à mi-carrière ou d'expérience, certaines ayant connu différentes variantes de l'offre de service; elles travaillaient toutes auprès de la clientèle TDL et, parfois, aussi auprès d'autres clientèles. Pour les trois cycles, les huit membres de l'équipe de

recherche, composée d'une orthophoniste clinicienne, de deux membres du personnel d'encadrement clinique et d'une gestionnaire du CIUSSS, ainsi que de quatre chercheuses universitaires membres de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ), participaient aussi aux échanges lorsque cela était jugé pertinent.

Considérations éthiques

Puisque les orthophonistes-participantes devaient fournir de l'information sur les pratiques professionnelles en leur qualité d'expertes, une certification éthique n'était pas requise. La recherche-action se distinguant par la longue durée d'un projet, l'équipe de chercheuses et les orthophonistes-participantes se sont engagées à travailler en étroite collaboration jusqu'à la fin du projet (Davison et al., 2022). Les objectifs de la recherche et les rôles et responsabilités de chacune ont été discutés et clarifiés périodiquement afin de s'assurer que les décisions prises et les activités proposées étaient acceptables pour toutes les personnes impliquées (Davison et al., 2022). Les participantes avaient la possibilité de se retirer du projet en tout temps. Les enregistrements audios des rencontres étaient effectués après l'obtention de l'autorisation de toutes les personnes présentes. Finalement, les orthophonistes-participantes ont consenti à ce que les décisions prises, les actions réalisées et les résultats soient diffusés (Roy et Prévost, 2013).

Procédure

Le premier cycle (démarrage) a commencé par l'analyse des recommandations ciblées, par domaine langagier, dans les rapports de recherche portant sur l'efficacité des interventions (Fournier, 2018; Gagné, 2018; Gingras, 2018; St-Jean, 2018). Six recommandations pertinentes pour plus d'un domaine de langage et ayant une portée possible sur l'organisation des services ont été sélectionnées comme recommandations préliminaires. Ces dernières ont été présentées à 12 orthophonistes du programme lors d'une rencontre visant à classer les recommandations par ordre de priorité selon leur faisabilité, soit la possibilité de leur mise en œuvre en fonction des ressources et des limites du milieu, et leur potentiel de retombées positives sur l'organisation des services. Les orthophonistes ont d'abord échangé avec les chercheuses afin de s'assurer de leur compréhension des propositions, puis, elles ont été réparties en équipe de deux. Chaque dyade devait analyser l'une des recommandations en réfléchissant aux avantages et aux inconvénients, ainsi qu'aux facilitateurs et aux obstacles possibles à sa mise en application; ces éléments étaient ensuite notés. Une rotation a ensuite été effectuée, permettant l'analyse d'une

deuxième recommandation par dyade. Lors d'un retour en grand groupe, les résultats des analyses pour chacune des recommandations ont été présentés et discutés. Finalement, un vote a été effectué pour réaliser la sélection des recommandations préliminaires à implanter en priorité. Pour ce faire, chaque orthophoniste devait classer par ordre décroissant trois recommandations préliminaires jugées prioritaires à implanter. La compilation des votes a été effectuée en accordant trois points aux premiers choix, deux points aux deuxièmes choix et un point aux troisièmes choix. Les trois recommandations préliminaires les mieux cotées, selon le score obtenu lors de la compilation des résultats, ont été présentées brièvement à l'ensemble des participantes; les données recueillies lors des dyades ont été transcrites. Les chercheuses ont fait plusieurs lectures des annotations transcrites et, en considérant le résultat du vote, sept recommandations intermédiaires ont été proposées, dont certaines sont des variantes des recommandations préliminaires et d'autres inspirées des annotations. Les recommandations ont été séparées en deux thématiques, soit la spécificité des interventions et l'intensité des services.

Le deuxième cycle (approfondissement) a visé l'approfondissement de la compréhension des sept recommandations intermédiaires. D'abord, une revue de la littérature scientifique a été effectuée par l'équipe de recherche pour sélectionner huit articles dont le sujet permettait d'approfondir la réflexion avec les orthophonistes autour des deux thématiques mentionnées ci-dessus : Allen (2013), Brosseau-Lapr e et Greenwell (2019), Cleave et al. (2015), Crosbie et al. (2005), Eadie et al. (2014), Lawler et al. (2013), Neuman et al. (2011) et Warren et al. (2007). Pour sélectionner les articles, l'âge des enfants participant à l'étude, les différentes composantes du langage ciblées (notamment le vocabulaire et la phonologie), les différents types et modalités d'intervention (intervention directe ou indirecte, en groupe ou individuelle) et les paramètres sur l'intensité des interventions ont été considérés. Les articles choisis ont alors été présentés, puis discutés, lors d'une rencontre de coconstruction d'une demi-journée, en présence de membres de l'équipe de recherche et des sept orthophonistes volontaires. Lors des échanges (enregistrement audio seulement), une attention particulière a été portée aux limites spécifiques au milieu, aux défis relevés par les orthophonistes du milieu, ainsi qu'à leurs observations sur l'implication parentale. Pendant la rencontre, des questions ont été posées pour guider les échanges visant à partager les expériences des orthophonistes et à exprimer leurs besoins, et une assistante de recherche prenait des notes. À la suite de cette rencontre, une première ébauche du rapport de recherche a été écrite par les chercheuses pour

documenter de manière détaillée les appuis scientifiques des différentes recommandations coconstruites, incluant l'avis de l'INESSS (2017), et mettre de l'avant les aspects à considérer lors de leur implantation. Même après la relecture des notes et, au besoin, de l'écoute de l'enregistrement, il a été constaté que certains éléments liés à la réalité du milieu devaient être clarifiés. Un troisième cycle de coconstruction a donc été jugé nécessaire.

Le troisième cycle (finalisation) a consisté en une activité de groupe d'une durée de 1 h 30 avec les mêmes participantes qu'au deuxième cycle. Lors de cette rencontre, la version préliminaire du rapport de recherche a été présentée aux participantes, ce qui a mené à des discussions, des questions et des commentaires visant la finalisation des recommandations et des sections portant sur la réalité du milieu. Ce dernier cycle a permis aux chercheuses de finaliser la rédaction du rapport. Le projet de recherche s'est conclu par la présentation des points saillants de ce rapport, suivi de la remise du rapport final de recherche aux responsables du centre de réadaptation.

Résultats

Le premier cycle d'échanges a permis aux 12 orthophonistes de commenter et d'échanger au sujet des six recommandations préliminaires puis d'identifier les trois qui leur semblaient les plus pertinentes pour leur milieu. Le classement des recommandations, dont le pointage varie entre 0 et 32, correspond à ce qui suit : 1) augmentation de l'intensité et de la durée de l'intervention offerte en variant les modalités d'intervention (en groupe ou individuelle, directe ou indirecte) : 32 points; 2) formation de plus petits groupes homogènes sur la base des difficultés observées : 19 points; 3) utilisation privilégiée de moyens d'intervention prouvés efficaces (p. ex. lecture partagée, reformulation) : 17 points; 4) augmentation de l'intensité de la stimulation langagière lors du groupe « Mini-Mots » pour les enfants âgés de 4 ans : 4 points; 5) évaluation systématique des différents aspects du langage avant l'intervention pour assurer une intervention ciblée et spécifique aux difficultés de l'enfant : 0 point; 6) accompagnement des autres intervenants par les orthophonistes pour l'implantation et l'utilisation des stratégies visant l'amélioration de certains aspects du langage (p. ex. vocabulaire) : 0 point.

Trois des six recommandations préliminaires se sont donc démarquées par leur pertinence pour une implantation dans le milieu selon les orthophonistes : l'intensité et la durée des interventions, les groupes homogènes plus petits et le choix des moyens d'intervention. Par la suite, l'analyse des commentaires et le pointage des recommandations préliminaires ont permis aux chercheuses de proposer sept

recommandations intermédiaires. Lors des deuxième et troisième cycles, ces recommandations ont été raffinées (voir le **tableau 1** pour les recommandations finales) et plusieurs éléments à considérer lors de leur implantation ont été déterminés sur la base des expériences antérieures des orthophonistes. Les quatre premières recommandations ciblent l'augmentation de la spécificité des services : 1) la trajectoire des services offerts, 2) l'individualisation des interventions selon les besoins, 3) le choix du type d'intervention et 4) le nombre d'objectifs ciblés. Les trois dernières ciblent différents moyens pour favoriser l'augmentation de l'intensité des services : 5) uniformisation de l'offre de services pour les enfants âgés de 4 et 5 ans, 6) augmentation de la fréquence des interventions et 7) collaboration avec les parents. Les éléments soulevés par les orthophonistes pour faciliter leur implantation sont présentés dans ce qui suit.

Recommandation 1 : « S'assurer de l'arrimage entre les services spécialisés offerts au centre de réadaptation et ceux offerts avant (services spécifiques) et après (services en milieu scolaire) »

Les orthophonistes soulèvent le manque d'arrimage entre les services spécifiques de première ligne (p. ex. offerts en CLSC), les services spécialisés de deuxième ligne (p. ex. offerts en centres de réadaptation) et par la

suite, avec les services scolaires. Les services offerts en milieu scolaires sont en partie dépendants de l'obtention du « code 34 »¹ pour les personnes présentant une déficience langagière. Or, les orthophonistes soulèvent que les exigences pour l'attribution de ce code ne tiennent pas compte de la réalité des milieux, notamment du fait que la guidance parentale en l'absence de l'enfant n'est pas admissible dans le calcul déterminant la durée des interventions reçues, ainsi que des exigences du rapport en matière d'évaluation qui ne concordent pas avec le mandat de réadaptation des services spécialisés.

Les orthophonistes soulèvent plusieurs défis associés à l'arrimage entre les différents milieux : l'âge de l'enfant au moment de la référence, la mise à jour de son profil langagier avant le début de sa scolarisation et la modalité d'évaluation à mettre en place. En effet, la nécessité d'une intervention directe en orthophonie en centre de réadaptation devrait être déterminée en fonction de l'âge et du profil langagier de l'enfant. Bishop et al. (2017) proposent d'attendre avant d'intervenir auprès des enfants âgés de moins de 4 ans si les atteintes n'affectent qu'un nombre restreint de domaines touchant exclusivement le volet expressif. Toutefois, si les difficultés touchent plusieurs domaines ou si de nombreux facteurs de risque sont présents – et en tout temps si la compréhension est

Tableau 1

Les sept recommandations finales coconstruites

Recommandations visant à augmenter la spécificité des services

1. S'assurer de l'arrimage entre les services spécialisés offerts au centre de réadaptation et ceux offerts avant (services spécifiques) et après (services en milieu scolaire).
2. Offrir des interventions basées sur les besoins des enfants plutôt que sur leur diagnostic.
3. Déterminer le type d'intervention (directe ou indirecte) et leur modalité (individuelle ou de groupe) en fonction de l'objectif d'intervention, des besoins de l'enfant et du moyen choisi pour intervenir (p. ex. reformulation, lecture partagée).
4. Peu importe la modalité, cibler de manière explicite un nombre très limité d'objectifs dans un même bloc d'interventions. Si les difficultés sont nombreuses ou sévères, offrir un nouveau bloc d'interventions à l'enfant.

Recommandations visant à augmenter l'intensité des services

5. Offrir des services aux enfants d'âge préscolaire référés au centre de réadaptation sans les séparer en fonction de leur âge, et ce, afin de limiter le temps d'attente et d'uniformiser le processus.
6. Augmenter la fréquence des interventions à deux ou trois fois par semaine (plutôt qu'une fois par semaine sur une plus longue période).
7. Collaborer avec les parents dans le processus d'intervention, par exemple en les faisant participer aux rencontres et en les soutenant dans le développement de pratiques parentales favorables à la stimulation du langage, en ciblant des objectifs et des activités spécifiques plutôt qu'une formation globale.

¹Au moment de la collecte de données, le « code 34 » pour les personnes présentant une déficience langagière était assigné sur la base des informations fournies dans un rapport récent en orthophonie (Ministère de l'Éducation, du Loisirs et du Sport, 2007). L'utilisation du « code 34 » est actuellement en voie d'être abolie (OOAQ, 2023).

atteinte – une intervention précoce est recommandée. Les enfants à risque de développer des difficultés devraient plutôt être dirigés vers les services offerts en première ligne. Après l'âge de 4 ans, tous les enfants présentant un TDL devraient recevoir une intervention orthophonique. Finalement, à la rentrée scolaire, les orthophonistes soulèvent l'importance d'assurer une continuité dans les services pour les enfants dont les difficultés entraînent encore des répercussions fonctionnelles.

Afin de mieux arrimer les services et de les moduler en fonction de l'âge et du profil de difficultés de l'enfant, l'importance de bien cibler les moments optimaux pour effectuer la mise à jour du profil des enfants est soulevée par les participantes. Cette réflexion s'appuie sur plusieurs données de la littérature, notamment Eadie et al. (2014). Ces derniers ont en effet montré que seulement une minorité d'enfants présentent à l'âge de 5 ans le même profil langagier que celui observé un an plus tôt. De plus, l'évaluation plus exhaustive nécessaire pour l'attribution du « code 34 » à l'entrée scolaire n'est pas toujours requise par les orthophonistes qui interviennent au centre de réadaptation. Les orthophonistes indiquent aussi qu'effectuer cette évaluation diminue le temps consacré à l'intervention, le mandat premier des centres de réadaptation. De plus, elles soulèvent qu'il serait plus facile pour l'orthophoniste scolaire d'évaluer les répercussions fonctionnelles du trouble à l'école, puisqu'il lui est plus facile de consulter les intervenants et d'effectuer des observations. Afin d'améliorer la trajectoire de services, il serait donc important de clarifier les rôles et responsabilités des différents milieux, en tenant compte de leurs besoins respectifs.

Recommandation 2 : « Offrir des interventions basées sur les besoins des enfants plutôt que sur leur diagnostic »

Cette recommandation est basée sur la variation des besoins de la majorité des enfants, considérant les variations importantes des manifestations du TDL dans le temps (Eadie et al., 2014). Ainsi, il est recommandé de considérer les besoins actuels de l'enfant lors des interventions. Un défi d'implantation de cette recommandation est donc l'ampleur des délais, souvent de plus d'un an, entre la rédaction du rapport du référent et le début de l'intervention. Les orthophonistes soulèvent qu'une réévaluation sommaire avant de commencer l'intervention, permettant d'obtenir une mise à jour du profil, est requise pour mettre en application cette recommandation. Elles s'accordent sur l'importance de procéder à cette évaluation selon une approche dynamique et mentionnent la pertinence des questionnaires remplis avant le début des interventions

par les parents et les intervenants auprès de l'enfant pour documenter plusieurs aspects liés à la participation communicative de l'enfant.

Recommandation 3 : « Déterminer le type d'intervention (directe ou indirecte) et leur modalité (individuelle ou de groupe) en fonction de l'objectif d'intervention, des besoins de l'enfant et du moyen choisi pour intervenir (p. ex. reformulation, lecture partagée) »

Une fois les objectifs ciblés en fonction des besoins, la façon d'intervenir et les moyens à mettre en place pour atteindre les objectifs doivent être déterminés, ce qui nécessite la prise en compte de différents aspects. Concernant le choix du type d'intervention, les orthophonistes soulignent que leur formation les a bien préparées à offrir des interventions directes. Concernant les interventions indirectes, elles soulèvent que la supervision des personnes non-orthophonistes s'avère un défi, leur formation initiale ne les préparant pas à cette tâche. Or, pour effectuer un bon travail de supervision et de suivi, de nombreuses compétences andragogiques et interactionnelles sont requises. De plus, plusieurs orthophonistes craignent les conséquences possibles sur les relations de travail avec leurs collègues non-orthophonistes. Les orthophonistes rapportent aussi que lors des interventions du groupe « Mini-mots », le travail des intervenantes non-orthophonistes est moins axé sur l'atteinte des objectifs ciblés lorsqu'elles ne maîtrisent pas les moyens à mettre en place. Pour maximiser l'efficacité des interventions indirectes, les orthophonistes soulèvent donc l'importance de bien cibler des objectifs pour lesquels les non-orthophonistes ont déjà les compétences requises, ou offrir de l'accompagnement pour leur permettre de les développer. Si un tel accompagnement doit être offert par l'orthophoniste, cette dernière devrait aussi recevoir une formation et un accompagnement pour être à l'aise dans ce rôle.

Concernant les modalités d'intervention, les orthophonistes soulèvent que la procédure actuelle d'assignation des dossiers limite la capacité à implanter des groupes d'intervention homogènes. En effet, c'est l'ordre d'arrivée sur la liste d'attente qui détermine l'ordre d'assignation, en tenant compte de la disponibilité des parents, sans égard au profil de difficultés ou aux besoins de l'enfant. De plus, elles précisent que les interventions de groupe peuvent poser un défi aux très jeunes enfants ou à ceux présentant des difficultés sociales, s'ils n'ont pas les habiletés sociales et communicationnelles requises. Ainsi, pour faciliter les rencontres et soutenir leur efficacité, les forces et faiblesses langagières et communicationnelles des enfants devraient être prises en considération lors de la composition des groupes d'intervention.

Recommandation 4 : « Peu importe la modalité, cibler de manière explicite un nombre très limité d'objectifs dans un même bloc d'interventions. Si les difficultés sont nombreuses ou sévères, offrir un nouveau bloc d'interventions à l'enfant »

Comme le temps disponible pour les interventions est limité, les orthophonistes soulèvent l'importance de sélectionner un nombre restreint d'objectifs pour pouvoir les travailler de manière explicite et spécifique, et ce, à haute intensité. Les orthophonistes soulignent qu'il serait d'autant plus important, si les objectifs d'intervention sont peu nombreux, que leur choix soit individualisé, en s'appuyant sur leur expertise clinique. Ainsi, les orthophonistes soulèvent le fait que l'analyse du dossier devrait être effectuée avant de classer l'enfant dans un groupe, afin de tenir compte de ses atteintes, du niveau de sévérité et des répercussions fonctionnelles qui y sont associées. Lors d'interventions de groupe, un nombre restreint d'objectifs devrait être sélectionné pour chacun des enfants et, pour assurer une intensité adéquate pour tous, les enfants d'un même groupe devraient avoir des objectifs similaires. En présence de difficultés sévères, les orthophonistes soulignent la nécessité de cibler un plus grand nombre d'objectifs et d'offrir un plus grand nombre de rencontres en offrant un nouveau bloc d'interventions.

Recommandation 5 : « Offrir des services aux enfants d'âge préscolaire référés au centre de réadaptation sans les séparer en fonction de leur âge, et ce, afin de limiter le temps d'attente et d'uniformiser le processus »

Les orthophonistes soulignent qu'actuellement, les services offerts dépendent de l'âge des enfants, qui ont généralement 4 ou 5 ans au moment de leur référence. Comme les interventions de groupe pour les enfants de 4 ans sont offertes à des périodes spécifiques dans l'année, le temps d'attente varie d'un enfant à l'autre selon le moment où la référence a été reçue. Ce critère en fonction de l'âge a été remis en question par l'équipe d'orthophonistes. Les chercheuses qui sont membres de l'équipe ont donc effectué une recherche documentaire qui a permis de constater que les études portant sur l'efficacité des interventions chez les enfants d'âge préscolaire présentant différents niveaux d'atteintes ne séparent pas les enfants de 4 et 5 ans dans des groupes distincts. Par exemple, dans la revue systématique de Schooling et al. (2010) et la méta-analyse de Roberts et Kaiser (2011), l'écart d'âge entre les enfants est de plus de 12 mois pour plusieurs études. N'ayant pas de preuves scientifiques pour appuyer la décision d'offrir des services différents selon l'âge, il est donc proposé d'offrir les mêmes services aux enfants de 4 ans et de 5 ans.

Recommandation 6 : « Augmenter la fréquence des interventions à deux ou trois fois par semaine (plutôt qu'une fois par semaine sur une plus longue période) »

Selon les orthophonistes, certains parents apprécieraient que leur enfant reçoive des interventions plus fréquemment, et ce, sans modifier le nombre total de rencontres, limitant ainsi la période sur laquelle l'horaire familial est perturbé. Cela permettrait d'observer des améliorations plus rapidement, ce qui serait encourageant pour les parents, les enfants et les orthophonistes. D'ailleurs, les orthophonistes sont d'avis que les parents ont plus tendance à se mobiliser lorsque les suivis sont plus rapprochés dans le temps. Par contre, elles soulignent aussi qu'une telle augmentation de la fréquence peut s'avérer problématique pour certains, en raison de difficultés de transport, de stationnement et de disponibilités. De plus, elles anticipent que cette augmentation de fréquence puisse soulever, en particulier dans les points de services où l'orthophoniste n'est pas présente deux fois par semaine ou plus, des défis de gestion en termes de répartition des tâches et des ressources.

Afin de contourner ces défis, des moyens alternatifs aux rencontres traditionnelles dans le bureau de l'orthophoniste sont proposés, notamment l'utilisation de la télépratique. Par contre, les orthophonistes soulèvent que cette modalité d'intervention apporte aussi des défis non négligeables, notamment sur le plan technologique (besoins en ressources matérielles, accès à une connexion internet stable et de qualité). De plus, la télépratique peut ne pas convenir à tous les parents ni à certains enfants, notamment ceux présentant des difficultés attentionnelles ou étant plus jeunes. Une autre façon d'augmenter la fréquence des interventions serait d'impliquer davantage les parents, ce qui fait l'objet de la recommandation suivante, mais aussi d'autres personnes intervenant auprès des enfants.

Recommandation 7 : « Collaborer avec les parents dans le processus d'intervention, par exemple en les faisant participer aux rencontres et en les soutenant dans le développement de pratiques parentales favorables à la stimulation du langage, en ciblant des objectifs et des activités spécifiques plutôt qu'une formation globale »

L'approche collaborative proposée ici ne doit pas être confondue avec l'approche participative, par exemple de type Hanen (<https://www.hanen.org>), ou de type indirect. En effet, les orthophonistes du milieu soulèvent que de nombreux parents ne souhaitent pas devenir des intervenants auprès de leur enfant. De plus, les orthophonistes soulignent l'importance de considérer le niveau de compétences des parents lors de l'application de

cette recommandation. En effet, ce niveau peut être très variable d'un parent à l'autre, certains pouvant présenter eux-mêmes un TDL; leurs habitudes interactionnelles avec leur enfant devraient aussi être prises en compte. Les orthophonistes signalent aussi que certains parents ne comprennent pas toujours ce qui est attendu d'eux pour favoriser l'amélioration du langage de leur enfant et qu'il est alors nécessaire de les accompagner pendant les interventions pour discuter des activités possibles à faire à la maison, les soutenir s'ils éprouvent des difficultés à les réaliser, etc. Cependant, certaines ont noté que la présence des parents lors des rencontres complexifie parfois l'intervention et que certains parents ne sont pas conscients des objectifs de la rencontre et ne savent pas sur quel aspect porter leur attention. Dans ce contexte, pour bien accompagner les parents, des explications sont nécessaires tout au long de la rencontre pour expliciter les objectifs et préciser les comportements attendus, ce qui diminue le temps d'intervention directe avec l'enfant.

Pour soutenir l'implantation de cette recommandation, les orthophonistes soulèvent qu'il serait envisageable de mettre en place une offre de services ciblant les parents, selon leur niveau de compétences, qui inclurait les deux objectifs suivants : les informer du développement langagier de leur enfant spécifiquement et les accompagner afin qu'ils développent des aptitudes et des stratégies de communication leur permettant de soutenir leur enfant. Dans le cas où l'intervention est offerte en groupe aux enfants, un tel accompagnement parental devrait aussi être considéré, auquel cas les groupes devraient être formés en fonction de besoins et d'objectifs d'intervention similaires pour offrir un accompagnement parental spécifique aux besoins de leur enfant.

Discussion

Le TDL est un trouble complexe dont les manifestations sont très variables d'un enfant à l'autre. Comme les difficultés associées à ce trouble sont persistantes et causent des répercussions fonctionnelles à long terme, il est important d'offrir une intervention efficace précoce. Dans une perspective de pratique fondée sur les données probantes, sept recommandations ayant un effet sur l'organisation des services ont été coconstruites en se basant sur des données issues de la littérature et de l'expérience des orthophonistes. Cette méthode collaborative a permis d'effectuer un partage de connaissances rapide, en plus d'enrichir la réflexion sur les avantages, désavantages et défis d'implantation. Ces recommandations visent à augmenter l'efficacité des interventions et proposent plusieurs pistes de réflexion pour offrir une intervention

orthophonique plus spécifique et intensive aux enfants d'âge préscolaire présentant un TDL. Bien qu'elles ciblent les éléments liés à l'organisation des services, certaines recommandations peuvent aussi être actualisées par l'orthophoniste (p. ex. la sélection d'un nombre restreint d'objectifs), tandis que d'autres sont dépendantes des gestionnaires du milieu (p. ex. les particularités de l'offre de services). Dans ce qui suit, les éléments portant sur la trajectoire des services seront discutés, suivis des éléments en lien avec l'intensité des interventions et, finalement, ceux liés à la spécificité des interventions.

Comme soulevées dans l'avis de l'INESSS (2017), des recommandations portant sur l'organisation des services peuvent nécessiter une collaboration intersectorielle (p. ex. la trajectoire des services) ou ministérielle (p. ex. les exigences pour l'obtention d'un « code 34 ») pour leur implantation. Cette collaboration se doit d'être dynamique, les exigences pouvant être modifiées, comme c'est le cas pour l'utilisation du « code 34 » qui est graduellement abandonné (OOAQ, 2023). Par ailleurs, une amélioration de la trajectoire des services offerts peut avoir des répercussions positives sur la satisfaction envers le processus de transition du préscolaire vers le milieu scolaire et le pourcentage de transitions réussies (Deloitte, 2013). Ces changements consistent, notamment, en l'ajout de rencontres avec les personnes impliquées auprès de l'enfant (orthophonistes, enseignants et parents) et de réunions régionales pour discuter des plans de transition, dans lesquels sont présentées les actions favorisant le maintien des services lorsque l'enfant change de milieu (Deloitte, 2013). L'effet sur la charge de travail des orthophonistes, notamment le temps pour préparer et assister aux différentes rencontres, doit donc être considéré lors de l'évaluation des services rendus, d'où l'importance d'inclure des gestionnaires dans les discussions sur les modifications de l'organisation des services.

La recommandation n° 1 portant sur la trajectoire des services offerts au CIUSSS et la recommandation n° 2 concernant l'individualisation des interventions selon les besoins plutôt que le diagnostic sont interreliées. En effet, une baisse de l'importance du diagnostic pour focaliser sur les besoins aura une incidence sur l'organisation des services, puisqu'actuellement il faut attendre les résultats des évaluations diagnostiques avant d'offrir des services en réadaptation (INESSS, 2017). L'avis de l'INESSS (2017) met aussi les besoins de l'enfant au premier plan, tant pour le continuum des services que l'allocation des ressources, notamment en proposant la mise en place de services de type réponse à l'intervention pour offrir rapidement du soutien à l'ensemble des enfants. Cependant, ce modèle a été critiqué pour son approche qualifiée d'« attente de

l'échec » (Reynolds et Shaywitz, 2009, p. 141, traduction libre), car il laisse supposer que l'orthophoniste n'intervient individuellement qu'en l'absence de progrès aux premiers niveaux. Pour contourner cette limite, Ebbels et al. (2019) proposent de prendre en considération différents facteurs, notamment les besoins fonctionnels de l'enfant, pour décider du niveau d'intervention à offrir; comme ces besoins peuvent varier dans le temps, il est important d'effectuer un suivi pour ajuster le niveau de soutien lorsque pertinent.

Le passage d'une perspective basée sur le diagnostic vers une perspective basée sur les besoins rend nécessaire une réflexion sur le contenu des évaluations et les moments optimaux pour les effectuer, et ce, afin de répondre aux exigences des différents milieux tout en répondant le mieux possible – et le plus tôt possible – aux besoins des enfants présentant un TDL. En effet, l'importance d'offrir une intervention basée sur un rapport d'évaluation récent est soulignée dans Elin Thordardottir et Rioux (2019). Cependant, ce changement de perspective est un défi, étant donné le manque de consensus sur ce qui constitue une atteinte ou une répercussion fonctionnelle substantielle et le peu d'outils conçus pour les évaluer (Bishop et al., 2017). En effet, même lorsque les enfants présentent un profil de difficultés stable, leurs besoins peuvent changer en fonction des demandes du quotidien et des contextes de vie (Dockrell et al., 2012). Finalement, notre recommandation n° 5 qui vise à ne pas moduler l'offre de services en fonction de l'âge des enfants de 4-5 ans a aussi un effet sur les services offerts au CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke qui prévoit actuellement des interventions de groupe pour les enfants de 4 ans et des interventions individuelles pour les enfants de 5 ans. À ce sujet, l'avis de l'INESSS (2017) ne présente aucune recommandation quant à la composition des groupes en fonction de l'âge des enfants.

Pour obtenir une amélioration suffisante à la suite d'une intervention, en particulier dans les cas sévères, maximiser l'efficacité des services offerts pourrait ne pas être suffisant. Comme souligné par Law et Conti-Ramsden (2000) dans leur éditorial, il faut des interventions suffisamment longues pour espérer observer des améliorations significatives. Par exemple, il a été rapporté qu'une intervention de 12 rencontres auprès d'enfants âgés de 3 à 5 ans n'est pas toujours suffisante, certains d'entre eux ayant toujours une performance indicatrice de difficultés sévères à la fin de l'intervention (Elin Thordardottir et Rioux, 2019). Plusieurs recommandations proposées visent donc l'augmentation de l'intensité des interventions : augmenter la fréquence des interventions, sans changer l'intensité cumulative (recommandation n° 6), cibler un nombre

restreint d'objectifs (recommandation n° 4) et favoriser l'implication du parent (recommandation n° 7). Concernant le nombre de rencontres par semaine à favoriser, notre recommandation d'offrir les interventions à une fréquence de 2-3 fois par semaine se base sur les résultats des études présentées précédemment, dont deux portent sur les habiletés articulatoires (Allen, 2013; Barratt et al., 1992; Brosseau-Lapré et Greenwell, 2019). De son côté, l'avis de l'INESSS (2017) recommande une intervention « à forte dose [...] et à une fréquence d'une fois par semaine ou aux deux semaines » (p. 52), se basant principalement sur une seule étude. Le peu de données probantes disponibles pour guider cette recommandation explique cet écart, selon nous, et pointe vers la nécessité d'autres recherches sur le sujet. Par ailleurs, lors de l'application de cette recommandation, il est important de considérer les attentes et disponibilités des parents (Elin Thordardottir et Rioux, 2019), élément aussi souligné par les participantes de notre étude.

Le choix du nombre d'objectifs à travailler pour favoriser une intervention à forte dose n'est pas un des éléments abordés dans l'avis de l'INESSS (2017), mais est en cohérence avec la suggestion de Lonigan et Phillips (2016) de sélectionner un petit nombre d'objectifs bien ciblés pour augmenter l'efficacité de l'intervention. Finalement, l'utilisation de l'intervention par télépratique ou un mode d'intervention hybride est proposée comme moyen pour faciliter l'augmentation de la fréquence des interventions dans l'avis de l'INESSS (2017). Par ailleurs, dans leur revue systématique, Wales et al. (2017) montrent que la télépratique est efficace pour améliorer différents aspects du langage chez des enfants anglophones de 4 à 12 ans.

Un moyen envisageable pour augmenter l'intensité des interventions est la mise en place d'interventions indirectes. Cependant, plusieurs auteurs soulèvent l'importance d'un accompagnement systématique offert à l'intervenant non-orthophoniste par l'orthophoniste pour assurer une intervention de qualité (Tosh et al., 2017), certains parlant même du besoin d'une formation intensive et continue (Ebbels et al., 2019). Bien que très peu d'études soient disponibles pour soutenir la réflexion, la mise en place d'interventions indirectes dans une organisation doit prendre en considération les coûts associés, ces derniers n'étant pas nécessairement moins élevés lors des interventions indirectes (Baxendale et Hesketh, 2003; Eiserman et al., 1990). Une alternative pour limiter les coûts est la collaboration avec des assistantes-orthophonistes bien formées pour suivre un plan d'intervention établi par l'orthophoniste. L'avis de l'INESSS (2017) va dans ce sens et spécifie même l'importance d'une supervision régulière de l'assistante-orthophoniste qualifiée par une orthophoniste

et la nécessité de respecter les actes réservés. Cependant, les résultats des premier et deuxième cycles du présent projet montrent que les orthophonistes consultées ne considèrent pas cette solution comme intéressante. Elles soulèvent notamment avoir besoin de formation continue pour développer les compétences requises dans la supervision du travail de collègues d'une autre profession, et soulignent que l'ajout de ce rôle de supervision conduirait à des changements de culture organisationnelle. Ce type de changement ne devrait être déployé qu'après une consultation des employés pour déterminer la meilleure stratégie à mettre en place, pour limiter une possible résistance aux changements (Soparnot, 2013).

La recommandation n° 7 qui consiste à soutenir l'implication des parents pour favoriser l'intensité des interventions, sans pour autant que les interventions deviennent de type indirect, est en cohérence avec les résultats de Mongrain (2015). Cette étude documente que presque tous les parents d'enfants d'âge préscolaire croient en l'importance de leur implication à la maison pour reprendre les activités et les stratégies suggérées par l'orthophoniste, et la grande majorité des parents rapportent y consacrer beaucoup de temps. L'avis de l'INESSS (2017) met aussi l'accent sur l'importance d'une collaboration entre les orthophonistes du réseau de la santé et des services sociaux et les autres intervenants gravitant autour de l'enfant, incluant les parents, afin de réinvestir les activités et stratégies travaillées en thérapie. Cette collaboration devrait être mise en place rapidement, puisqu'offrir un soutien parental adéquat est l'un des éléments importants pouvant contribuer à réduire les répercussions fonctionnelles à long terme du trouble (Conti-Ramsden et al., 2018). Par contre, il faut considérer le temps requis en travail indirect de la part de l'orthophoniste pour bien les informer et les accompagner dans ce rôle de soutien. Par ailleurs, offrir plus d'une intervention par semaine aux enfants limiterait le temps de travail indirect, ce qui constituerait un avantage secondaire à l'augmentation de la fréquence des interventions. L'organisation des services et l'évaluation de la tâche des orthophonistes doivent être effectuées en considérant adéquatement le temps requis pour accomplir tous les volets de leurs tâches, incluant le rôle d'accompagnement et de soutien.

L'offre de services, tant en intervention individuelle qu'en groupe, doit permettre de cibler un nombre limité d'objectifs et de les travailler de manière explicite (recommandation n° 4). Ces objectifs doivent bien correspondre aux besoins et aux caractéristiques des enfants qui y participent (recommandation n° 2). De plus, il importe de s'assurer d'une cohérence entre le

choix du type et de la modalité de l'intervention, selon l'objectif d'intervention et le moyen utilisé pour intervenir (recommandation n° 3). À ce sujet, l'avis de l'INESSS (2017) souligne que les modalités de groupes doivent être considérées comme des stratégies d'intervention dont la pertinence est jugée selon l'objectif ciblé – et non en raison de contraintes administratives. De plus, les groupes devraient avoir au maximum quatre enfants par intervenant, voire constituer une dyade uniquement, pour les interventions visant le versant expressif du langage. L'importance d'explicitement les objectifs travaillés est en cohérence avec les résultats de l'étude d'Eidsvåg et al. (2019) qui porte sur les interventions en dyade. Dans cette étude, les améliorations de performance ont été observées uniquement sur la cible explicitement traitée, malgré l'exposition à la cible de l'autre membre de la dyade. Ainsi, il est suggéré de créer des groupes minimalement homogènes pour cibler des objectifs communs pertinents pour tous; si les enfants ont des objectifs différents, il est tout de même possible de les regrouper en dyade.

Limites de l'étude

Une des limites de la présente étude est que les défis et enjeux considérés lors de la sélection des recommandations sont issus d'un seul milieu et ne sont donc pas généralisables; l'évaluation de la transférabilité des résultats de la présente étude doit être effectuée en tenant compte des particularités propres à chaque milieu. De plus, le nombre limité d'orthophonistes consultées dans les deuxième et troisième cycles ne représente pas nécessairement l'ensemble des points de vue des orthophonistes travaillant avec cette clientèle. Finalement, des biais involontaires peuvent avoir été induits par l'équipe de recherche, notamment lors du choix des recommandations du premier cycle, le choix des huit articles présentés au deuxième cycle, ainsi que le choix des questions et des pistes de réflexion soulevées lors des échanges de coconstruction tout au long du projet.

Conclusion

Le présent projet, issu d'un questionnaire des orthophonistes d'un centre de réadaptation sur l'efficacité de leurs interventions auprès de leur clientèle d'âge préscolaire présentant un TDL, a permis la coconstruction de sept recommandations visant l'amélioration continue des services offerts. Ces recommandations ont été développées selon une approche collaborative, dans une perspective de la pratique fondée sur les données probantes considérant à la fois l'expertise des orthophonistes et la littérature scientifique, tout en impliquant les gestionnaires dans le processus. Les

recommandations proposées, axées sur l'augmentation de la spécificité et de l'intensité des interventions, sont issues de l'expérience des orthophonistes du milieu. De plus, pour faciliter l'implantation des recommandations, elles ont été discutées en présence des gestionnaires. Les trois cycles de coconstruction ont permis d'atteindre une compréhension partagée des sept recommandations.

Références

- Allen, M. M. (2013). Intervention efficacy and intensity for children with speech sound disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 56*(3), 865-877. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012\)11-0076](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012)11-0076)
- Barratt, J., Littlejohns, P. et Thompson, J. (1992). Trial of intensive compared with weekly speech therapy in preschool children. *Archives of Disease in Childhood, 67*(1), 106-108. <https://doi.org/10.1136/adc.67.1.106>
- Baxendale, J. et Hesketh, A. (2003). Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent programme and traditional clinic therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders, 38*(4), 397-415. <https://doi.org/10.1080/1368282031000126151>
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T. et le CATALISE-2 consortium (2017). Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(10), 1068-1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- 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. <https://doi.org/10.1080/13682820802371848>
- Breault, C., Bélieu, M.-J., Labelle, F., Valade, F. et Trudeau, N. (2019). Le trouble développemental du langage (TDL) : mise à jour interdisciplinaire. *Neuropsychologie clinique et appliquée, 3*, 64-81. https://www.researchgate.net/publication/336288247_Le_trouble_developpemental_du_langage_TDL_mise_a_jour_interdisciplinaire
- Brousseau-Lapré, F. et Greenwell, T. (2019). Innovative service delivery models for serving children with speech sound disorders. *Seminars in Speech and Language, 40*(2), 113-123. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1677762>
- Clavreul, H. et Albuquerque, S. (2020). La recherche-action, une démarche méthodologique pour renforcer la pratique. *Revue francophone de recherche en ergothérapie, 6*(1), 93-102. <https://doi.org/10.13096/RFRE.V6N1.172>
- Cleave, P. L., Becker, S. D., Curran, M. K., Owen Van Horne, A. J. et Fey, M. E. (2015). The efficacy of recasts in language intervention: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology, 24*(2), 237-255. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0105
- Conti-Ramsden, G. et Botting, N. (2004). Social difficulties and victimization in children with SLI at 11 years of age. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 47*(1), 145-161. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004\)013](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004)013)
- Conti-Ramsden, G., Durkin, K., Toseeb, U., Botting, N. et Pickles, A. (2018). Education and employment outcomes of young adults with a history of developmental language disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders, 53*(2), 237-255. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12338>
- Conti-Ramsden, G., Mok, P. L. H., Pickles, A. et Durkin, K. (2013). Adolescents with a history of specific language impairment (SLI): Strengths and difficulties in social, emotional, and behavioral functioning. *Research in Developmental Disabilities, 34*(11), 4161-4169. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.08.043>
- Crosbie, S., Holm, A. et Dodd, B. (2005). Intervention for children with severe speech disorder: A comparison of two approaches. *International Journal of Language & Communication Disorders, 40*(4), 467-491. <https://doi.org/10.1080/13682820500126049>
- Davison, R. M., Martinson, M. G. et Wong, L. H. M. (2022). The ethics of action research participation. *Information Systems Journal, 32*(3), 573-594. <https://doi.org/10.1111/ijisj.12363>
- Deloitte (2013). *Evaluation of speech and language demonstration sites: Final report*. <https://cdaa.ca/wp-content/uploads/2017/08/MCYS-Final-Report.pdf>
- Desrochers, A. et Guay, M.-H. (2020). L'évolution de la réponse à l'intervention : d'un modèle d'identification des élèves en difficulté à un système de soutien à paliers multiples. *Enfance en difficulté, 7*, 5-25. <https://doi.org/10.7202/1070381ar>
- Dockrell, J., Ricketts, J., Palikara, O., Charman, T. et Lindsay, G. (2012). *Profiles of need and provision for children with language impairments and autism spectrum disorders in mainstream schools: A prospective study* (Research Report DFE-RR247-BCRP9). Department for Education. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/219635/DFE-RR247-BCRP9.pdf
- Durkin, K. et Conti-Ramsden, G. (2007). Language, social behavior, and the quality of friendships in adolescents with and without a history of specific language impairment. *Child Development, 78*(5), 1441-1457. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01076.x>
- Eadie, P., Nguyen, C., Carlin, J., Bavin, E., Bretherton, L. et Reilly, S. (2014). Stability of language performance at 4 and 5 years: Measurement and participant variability. *International Journal of Language & Communication Disorders, 49*(2), 215-227. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12065>
- Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., Dockrell, J. E. et Norbury, C. F. (2019). Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International Journal of Language & Communication Disorders, 54*(1), 3-19. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12387>
- Eidsvåg, S. S., Plante, E., Oglivie, T., Privette, C. et Mailend, M.-L. (2019). Individual versus small group treatment of morphological errors for children with developmental language disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 50*(2), 237-252. https://doi.org/10.1044/2018_LSHSS-18-0033
- Eiserman, W. D., McCoun, M. et Escobar, C. M. (1990). A cost-effectiveness analysis of two alternative program models for serving speech-disordered preschoolers. *Journal of Early Intervention, 14*(4), 297-317. <https://doi.org/10.1177/105381519001400402>
- Elin Thordardottir et Rioux, E. J. (2019). Does efficacy equal lasting impact? A study of intervention short term gains, impact on diagnostic status, and association with background variables. *Folia Phoniatrica et Logopaedica, 71*(2-3), 71-82. <https://doi.org/10.1159/000493125>
- Fournier, J. (2018). *Trouble développemental du langage : impact sur la phonologie*. [Rapport de recherche inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Gagné, R. (2018). *Trouble développemental du langage : impact sur le langage expressif*. [Rapport de recherche inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Gauvin, F. P. (2009). *Qu'est-ce qu'un processus délibératif? Fiche d'information - Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1192_processusdeliberatif.pdf
- Gingras, M. (2018). *Trouble développemental du langage : impact sur le langage réceptif*. [Rapport de recherche inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Haynes, R. B. (2002). What kind of evidence is it that evidence-based medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Services Research, 2*(3), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-2-3>
- Heidlage, J. K., Cunningham, J. E., Kaiser, A. P., Trivette, C. M., Barton, E. E., Frey, J. R. et Roberts, M. Y. (2020). The effects of parent-implemented language interventions on child linguistic outcomes: A meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly, 50*(part 1), 6-23. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.12.006>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2017). *Organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage* (trouble primaire du langage). https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/Trouble_dev_langage_AVIS.pdf
- John, A. (2011). Therapy outcome measures: Where are we now? *International Journal of Speech-Language Pathology, 13*(1), 36-42. <https://doi.org/10.3109/17549507.2010.497562>
- Jull, J., Giles, A. et Graham, I. D. (2017). Community-based participatory research and integrated knowledge translation: Advancing the co-creation of knowledge. *Implementation science, 12*, Article 150. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0696-3>
- Justice, L. M. (2006). Evidence-based practice, response to intervention, and the prevention of reading difficulties. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 37*(4), 284-297. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2006\)033](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2006)033)

- Law, J. et Conti-Ramsden, G. (2000). Treating children with speech and language impairments: Six hours of therapy is not enough. *BMJ*, 321, 908-909. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7266.908>
- Law, J., Dennis, J. A. et Charlton, J. J. V. (2017). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, Article CD012490. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012490>
- 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. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004\)069](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004)069)
- Lawler, K., Taylor, N. F. et Shields, N. (2013). Outcomes after caregiver-provided speech and language or other allied health therapy: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(6), 1139-1160. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.11.022>
- Lonigan, C. J. et Phillips, B. M. (2016). Response to instruction in preschool: Results of two randomized studies with children at significant risk of reading difficulties. *Journal of Educational Psychology*, 108(1), 114-129. <https://doi.org/10.1037/edu0000054>
- Lonigan, C. J. et Whitehurst, G. J. (1998). Relative efficacy of parent and teacher involvement in a shared-reading intervention for preschool children from low-income backgrounds. *Early Childhood Research Quarterly*, 13(2), 263-290. [https://doi.org/10.1016/S0885-2006\(99\)80038-6](https://doi.org/10.1016/S0885-2006(99)80038-6)
- Melnik, B. M. et Fineout-Overholt, E. (2023). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice* (5^e éd.). Wolters Kluwer.
- Ministère de l'Éducation, du Loisirs et du Sport du Québec (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage* (EHDA). Bibliothèque et Archives nationales du Québec. http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_comp/19-7065.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-848-01.pdf>
- Mongrain, J. (2015). *Les services orthophoniques offerts aux enfants dysphasiques québécois : Le point de vue des parents* [Essai de maîtrise inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Neuman, S. B., Newman, E. H. et Dwyer, J. (2011). Educational effects of a vocabulary intervention on preschoolers' word knowledge and conceptual development: A cluster-randomized trial. *Reading Research Quarterly*, 46(3), 249-272. <https://doi.org/10.1598/RRQ.46.3.3>
- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G. et Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247-1257. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (2023). *Guide de pratique en orthophonie scolaire*. <https://www.ooaq.qc.ca/espace-membres/nouvelles/nouveau-guide-pratique-orthophonie-scolaire/>
- Pinborough-Zimmerman, J., Satterfield, R., Miller, J., Bilder, D., Hossain, S. et McMahon, W. (2007). Communication disorders: Prevalence and comorbid intellectual disability, autism, and emotional/behavioral disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16(4), 359-367. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2007\)039](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2007)039)
- Plummer, P. (2017). Focus group methodology. Part 1: Design considerations. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 24(7), 297-301. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2017.24.7.297>
- Reynolds, C. R. et Shaywitz, S. E. (2009). Response to intervention: Ready or not? Or, from wait-to-fail to watch-them-fail. *School Psychology Quarterly*, 24(2), 130-145. <https://doi.org/10.1037/a0016158>
- Roberts, M. Y. et Kaiser, A. P. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 180-199. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011\)10-0055](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011)10-0055)
- Roy, M. et Prévost, P. (2013). La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches qualitatives*, 32(2), 129-151. <https://doi.org/10.7202/1084625ar>
- 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. *BMJ*, 312, 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schooling, T., Venediktov, R. et Leech, H. (2010). Evidence-based systematic review: Effects of service delivery on the speech and language skills of children from birth to 5 years of age. *ASHA's National Center for Evidence-Based Practice in Communication Disorders*. <https://www.asha.org/uploadedFiles/EBSR-Service-Delivery.pdf>
- Soparnot, R. (2013). Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus. *Recherches en Sciences de Gestion*, 97(4), 23-43. <https://doi.org/10.3917/resg.097.0023>
- Stanton-Chapman, T. L. et Snell, M. E. (2011). Promoting turn-taking skills in preschool children with disabilities: The effects of a peer-based social communication intervention. *Early Childhood Research Quarterly*, 26(3), 303-319. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2010.11.002>
- St-Jean, F. (2018). *Trouble développemental du langage : impact sur la pragmatique* [Rapport de recherche inédit]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Tosh, R., Arnott, W. et Scarinci, N. (2017). Parent-implemented home therapy programmes for speech and language: A systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(3), 253-269. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12280>
- Wales, D., Skinner, L. et Hayman, M. (2017). The efficacy of telehealth-delivered speech and language intervention for primary school-age children: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(1), 55-70. <https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6219>
- Warren, S. F., Fey, M. E. et Yoder, P. J. (2007). Differential treatment intensity research: A missing link to creating optimally effective communication interventions. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(1), 70-77. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20139>
- Yew, S. G. K. et O'Keamey, R. (2013). Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments: Meta-analyses of controlled prospective studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 516-524. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12009>
- Ziegenfusz, S., Paynter, J., Flückiger, B. et Westerveld, M. F. (2022). A systematic review of the academic achievement of primary and secondary school-aged students with developmental language disorder. *Autism & Developmental Language Impairments*, 7. <https://doi.org/10.1177/23969415221099397>

Note des auteurs

Les demandes au sujet de cet article doivent être adressées à Marianne Paul, Département d'orthophonie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boulevard des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada, G9A 5H7. Courriel : marianne.paul@uqtr.ca

Remerciements

Ce projet a été possible grâce au soutien du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et a été financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH-892-207-3082).

Déclaration

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts, financiers ou autres.