



Démarche novatrice d'évaluation des besoins des enfants et adolescents dysphasiques et stratégies d'intervention



Innovative Evaluation Process of the Needs of Dysphasic Children and Adolescents, and Intervention Strategies

MOTS-CLÉS

DYSPHASIE

ÉVALUATION

BESOINS

STRATÉGIE
D'INTERVENTION

INSTRUMENT

Bernard Michallet

Paul Boudreault

Abrégé

Parents et intervenants sont directement interpellés par le soutien à apporter à l'enfant présentant une dysphasie. Une étude visant à connaître les besoins des jeunes dysphasiques de 4 ans à 15 ans est actuellement en cours au Québec. Dans le cadre de cette recherche, un instrument transdisciplinaire de mesure des habiletés et des besoins des enfants et adolescents dysphasiques a été élaboré. Ce texte a pour objectif de présenter cet instrument qui est utilisable tant pour la recherche que pour la clinique. Les 103 items de l'instrument sont répartis en sept domaines d'activités: autonomie personnelle; communication; comportement; autonomie scolaire; cognition, relations interpersonnelles; connaissance de soi. L'évaluation se fait conjointement par un intervenant et un parent (ou le jeune lui-même s'il en est capable), ce qui contribue à créer ou renforcer la relation de partenariat entre les divers acteurs. Le traitement des informations génère un profil individualisé faisant ressortir les forces, faiblesses et besoins en vue de la préparation d'un plan d'intervention pouvant impliquer des professionnels de plusieurs disciplines en plus des parents. À cet effet, des stratégies d'intervention sont associées à chacune des habiletés observées et des besoins identifiés afin de guider parents et intervenants. Un site Web permet de faire le lien entre les acteurs concernés afin d'offrir un suivi continu de l'évaluation et des stratégies d'intervention traduisant des besoins. Une recherche longitudinale se poursuit afin d'enrichir encore la base de données des stratégies.

Abstract

Parents and stakeholders are directly affected by the support required by a dysphasic child. Research is currently taking place in Quebec on the needs of dysphasic children and youth between 4 and 15 years of age. In the context of this research, an interdisciplinary tool has been developed to measure the skills and needs of dysphasic children and adolescents. The goal of this paper is to present this tool that can be used for both research and clinical intervention. The 103 elements of this tool evaluate seven areas of activities: personal autonomy; communication; behaviour; school autonomy; cognition, interpersonal relationships; self-awareness. The evaluation is done jointly by a caretaker and a parent (or the child if able to so), which contributes to the creation of or reinforcement of the partnership among the various parties. The analysis of the data generates an individual profile highlighting the strengths, weaknesses and needs, which is used to prepare an intervention plan that may involve various disciplines as well as the parents. To that effect, the intervention strategies are tailored to each of the observed skills and identified needs so as to guide the parents and caretakers. A web site facilitates communication between the parties involved and provides continuous follow-up of the evaluation and intervention strategies for the identified needs. A longitudinal study is being pursued to further enrich this data base of strategies.

**Bernard Michallet, M.O.A.,
Ph.D.,**

Université du Québec à
Trois-Rivières,
GIRAFE-CRIR 3351,
boul des Forges, C.P. 500
Trois-Rivières QC
G9A 5H7
CANADA

Paul Boudreault, Ph.D.,

Université du Québec en
Outaouais
C.P. 1250, Succ. Hull,
Gatineau QC
J8X 3X7
CANADA

Les écrits scientifiques situent la prévalence de la dysphasie entre 5% et 10% de la population des enfants et des adolescents de 4 ans à 15 ans. En particulier, trois sources confirment cette situation. Tout d'abord, le site de l'Association québécoise de la dysphasie (2012) qui regroupe des parents et des intervenants mentionne qu'on ne connaît pas vraiment le pourcentage d'enfants au Québec atteints de dysphasie. Toutefois, les enquêtes réalisées dans d'autres pays et les données du gouvernement du Québec suggèrent que la prévalence pourrait se situer entre 1 % et 7 % selon les critères utilisés. Selon une étude de Tomblin et ses collaborateurs (1997a) ayant porté sur un échantillon de 7000 enfants américains, 7,4 % des enfants du niveau préscolaire présenteraient un « trouble spécifique du langage », lequel s'apparente à la dysphasie bien qu'avec des critères d'exclusion plus restrictifs. Des résultats semblables sont également rapportés en France (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). 2001). De nombreuses études démontrent une persistance de la dysphasie à travers le temps (Beitchman, Wilson, Brownlie, Walters, & Lancee, 1996a; Hall & Tomblin, 1978 ; Johnson et al., 1999; Nippold, 1998 ; Snowling, Bishop, Stothard, Chipchase, & Kaplan, 2006 ; Rice, Wexler, & Redmond, 1999 ; Tomblin, Zhang, Buckwalter, & O'Brien, 2003). De plus, une variabilité dans les perturbations langagières est observée avec l'évolution chez les individus atteints (Conti-Ramsden & Botting, 1999).

C'est avec plus de précisions que la page principale du site de l'ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, avance que « les troubles de la communication affectent une personne sur dix dans l'accomplissement de ses activités ». Sur une autre page du même site, un lien causal est confirmé entre les troubles de langage et les troubles d'apprentissage scolaire : « les troubles d'apprentissage touchent environ 10% de la population ou près de 700 000 Québécois. En milieu scolaire, 2 ou 3 enfants par classe auraient un trouble d'apprentissage. Ce trouble persiste à l'âge adulte. Bien sûr, les manifestations, le degré de sévérité et l'évolution varient beaucoup. Il s'agit toujours cependant d'un dysfonctionnement du système nerveux central chez une personne le plus souvent d'intelligence moyenne ou supérieure. Depuis plus d'une décennie, l'observation clinique de professionnels de l'éducation et de la santé ainsi que de plus en plus de recherches démontrent que la problématique langagière est très souvent liée au problème d'apprentissage, donnée qui était ignorée auparavant (Botting, 2005; McGrath et al., 2008; Rebok et al., 2001). En effet, il semblerait que 80% des enfants ayant des troubles d'apprentissage ont également des troubles de langage » (Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, 1998).

Il ne fait donc pas de doute que cette population d'enfants et adolescents représente un pourcentage important de la clientèle scolaire et requiert des services appropriés pour répondre à leurs besoins qui se manifestent dans plusieurs sphères d'activités et plusieurs habitudes de vie. Dans le cadre d'une recherche visant à évaluer les besoins des enfants et adolescents dysphasiques et de leur famille (Boudreault, Michallet, Meilleur, & Banville 2007), un instrument d'évaluation a été élaboré. Cet instrument, nommé ÉBOS (**É**valuation des **B**esoins et **O**rganisation des **S**ervices), qui engage parents et intervenants dans une démarche d'évaluation des besoins et de leur mise en priorité sera présenté dans ce texte.

1. Les caractéristiques de la dysphasie

Les principales caractéristiques linguistiques et communicationnelles associées à la dysphasie ont fait l'objet de plusieurs recherches au cours des dernières années. Celles-ci se rapportent principalement à des atteintes au plan de la compréhension verbale, de l'expression ou de l'utilisation du langage (Dudley & Delage, 1990 ; Leonard, 1998; Wolf Nelson, 1993). En complément, des difficultés d'adaptation sociale sont mises en évidence, telles que des interactions moins harmonieuses avec les pairs (Brinton & Fujiki, 1999; Brinton, Fujiki, & Higbee, 1998; Fujiki, Brinton, Hart, & Fitzgerald, 1999; McCormack, McLeod, McAllister, & Harrison, 2009); une durée de jeu plus courte que celle de leurs pairs (Brinton, Fujiki, Spencer, & Robinson, 1997; McCormack, et al., 2009). En somme, leurs diverses difficultés semblent se traduire en effets directs sur leurs compétences sociales (Fujiki, Brinton, & Todd, 1996; McCormack, et al., 2009; Vallance, Cummings, & Humphries, 1998) et entraînent davantage de problèmes comportementaux observables notamment à l'école (Beitchman et al., 1996b; Botting, 2005; Coster, Goorhuis-Brouwer, Nakken, & Spelberg, 1999; Durkin & Conti-Ramsden, 2010; Jerome, Fujiki, Brinton, & James, 2002; Keegstra, Post, & Goorhuis-Brouwer, 2010; McCormack, et al., 2009; Snowling et al., 2006). Au plan des relations interpersonnelles, des études ont démontré que les enfants dysphasiques entrent moins facilement en interaction avec leurs pairs (Brinton, Fujiki, & Powell, 1997 ; Brinton, Fujiki, & McKee, 1998; Fujiki et al., 1996 ; Fujiki, Brinton, Morgan, & Hart, 1999), qu'ils sont plus isolés (Durkin & Conti-Ramsden, 2010 ; McCabe, 2005) et moins bien acceptés socialement (Brinton & Fujiki, 1999 ; Fujiki et al., 1996 ; Fujiki, Brinton, Hart, & Fitzgerald, 1999 ; Hart, Fujiki, Brinton, & Hart, 2004). Ils utilisent également moins de stratégies de résolution de conflits (Horowitz, Jansson, Ljungberg, & Hedenbro, 2005) et ont des rôles plus effacés que leurs pairs dans des tâches de collaboration (Brinton et al., 1998). Enfin,

ils présentent plus de difficultés à déduire des émotions en contexte social (Ford & Milosky, 2003; Spackman, Fujiki, & Brinton, 2006). Au plan de la communication, les travaux font ressortir entre autres que les enfants dysphasiques ont davantage de difficultés à maintenir un sujet de conversation que leurs pairs n'ayant pas de trouble de langage (Brinton, Fujiki, & Powell, 1997) et s'intègrent moins facilement à des conversations en cours (Brinton, Fujiki, Spencer, & Robinson, 1997). Ils ont moins d'habiletés de négociation (Brinton, Fujiki, & McKee, 1998) et répondent différemment à des demandes indirectes de clarification comparativement à leurs pairs (Brinton, Fujiki, & Sonneberg, 1988).

De plus, plusieurs conditions peuvent être associées au trouble de langage chez les personnes dysphasiques. Des difficultés motrices (Goorhuis-Brouwer & Wijnberg-Williams, 1996; Hill, 2001; McCormack, et al., 2009), cognitives (Das & Åystö, 1994; Ellis Weismer, 1993; McCormack, et al., 2009), perceptuelles (Ellis Weismer, 1993; McCormack, et al., 2009), attentionnelles sont relevées (Tetnowski, 2004). Ainsi, malgré la définition par exclusion qui prévaut encore dans les recherches, le caractère non-spécifique du trouble de langage dans la dysphasie est de plus en plus reconnu (Goorhuis-Brouwer & Wijnberg-Williams, 1996; Hill, 2001; McCormack, et al., 2009).

En ce qui concerne l'évolution des enfants dysphasiques, les études longitudinales réalisées au cours des vingt dernières années démontrent de façon unanime la persistance des difficultés aux plans social (Beitchman, et al., 1996b; Brinton, Fujiki, & Baldrige, 2010; Conti-Ramsden & Botting, 2008; Howlin, Mawhood, & Rutter, 2000), scolaire (Brinton, et al., 2010; Catts, Fey, Tomblin, & Zhang, 2002; Conti-Ramsden & Botting, 2008; Young et al., 2002), communicationnel (Beitchman, et al., 1996a; Brinton et al., 2010; Conti-Ramsden & Botting, 2008; Johnson, et al., 1999; Mawhood, Howlin, & Rutter, 2000) et comportemental (Beitchman, et al., 1996b; Brinton, et al., 2010; Conti-Ramsden & Botting, 2008; Coster et al., 1999). Ces études permettent d'identifier des éléments qui influencent de façon notable le fonctionnement et l'évolution des individus ayant une dysphasie. Ainsi, elles tendent à démontrer que les enfants qui présentent des difficultés touchant uniquement l'aspect expressif du langage auraient un pronostic plus favorable que les enfants ayant un profil mixte, soit réceptif et expressif. De même, les enfants qui ont un fonctionnement intellectuel non-verbal supérieur à leurs habiletés langagières auraient un meilleur pronostic et profiteraient davantage des interventions que les enfants présentant un trouble de langage associé à un retard cognitif (Billard, 2012; Goorhuis-Brouwer & Knijff, 2002;

Rice, Tomblin, Hoffman, Richman, & Marquis, 2004; Stothard, Snowling, Bishop, Chipchase, & Kaplan, 1998). Enfin, une sévérité plus grande du trouble de langage aurait des impacts plus importants sur la participation sociale de l'individu quel que soit son âge (Billard, 2012; Howlin et al., 2000; Mawhood, et al., 2000; Records, Tomblin, & Freese, 1992).

Bien que ces études aident à saisir l'impact de la dysphasie sur la participation sociale des enfants dans le temps, certains thèmes demeurent peu explorés, comme par exemple les loisirs, l'alimentation et la prise en charge de responsabilités. De plus, elles disent bien peu sur la perception des parents et de leurs enfants concernant leurs besoins. Selon Dunst, Trivette et Deal (1988) de même que Gilmore, Campbell et Becker (1989) et Pineault et Daveluy (1995), un besoin s'opérationnalise comme un jugement personnel d'un écart entre une situation actuelle et celle souhaitée. Or, cette connaissance du point de vue du client est incontournable pour favoriser l'appropriation (empowerment) de la personne et de sa famille au cours de sa réadaptation, telle que valorisée actuellement dans les centres de réadaptation en déficience physique du Québec. Seuls Markam et Dean (2006), dans une étude préliminaire de nature qualitative portant sur la qualité de vie, donnent certaines indications des besoins des enfants qui présentent un trouble de langage, tels que perçus par leurs parents, leurs orthophonistes et autres professionnels. Les thèmes dégagés, exprimés succinctement en terme de croyances, d'expériences ou de préoccupations, se rapportent à l'inclusion, aux comportements et réactions d'autrui, à l'éducation et à la conscience des difficultés, à l'amitié et aux relations familiales, aux besoins de l'enfant relatifs à l'anxiété, à la frustration et à la faible estime de soi qu'ils démontrent, à leur dépendance et indépendance vis-à-vis de leur parents et éducateurs, à la qualité des soins, à leur potentiel de choix et à la variabilité des soins nécessaires. Les perceptions des enfants n'ont pas été recueillies dans cette étude ; or, les recherches démontrent que la perception des besoins peut varier selon la personne qui est questionnée (Tétreault, 1998). Les perceptions de la principale personne concernée sont donc nécessaires pour avoir une compréhension juste et globale du problème vécu. Ressortent particulièrement de ces différentes études, certaines constantes : d'une part, il est difficile d'obtenir une vision globale de l'impact de la dysphasie sur les besoins de l'enfant selon différents points de vue; d'autre part, aucune des études recensées ne s'est attardée à définir l'impact de certaines caractéristiques propres sur l'évolution des besoins dans une perspective longitudinale et sous l'angle de la perception des enfants, de leurs parents et d'un de leurs intervenants. Or, cette notion de besoin est fondamentale pour bien planifier les activités

thérapeutiques à mettre en place afin de mieux desservir cette population. D'ailleurs, peu de centres de réadaptation du Québec offrent des services de réadaptation aux jeunes dysphasiques d'âge scolaire, ce qui participe à la méconnaissance de cette clientèle.

2. Les conséquences au plan social et scolaire

En lien avec l'ensemble de ces manifestations cliniques, les enfants dysphasiques deviennent à risque de vivre des perturbations de leur qualité de vie, notamment en raison d'entraves à leur participation sociale. À cet égard, leur cheminement scolaire, les relations interpersonnelles et divers aspects de leur communication ont été l'objet d'un nombre important d'études.

C'est souvent au moment de l'entrée scolaire que les manifestations apparaissent et que le premier dépistage est réalisé. Les recherches mettent en évidence des taux élevés de retards scolaires (Stothard et al., 1998; Young et al., 2002) et des niveaux de scolarisation moindres chez les jeunes adultes (Records et al., 1992). Elles démontrent également que bon nombre d'enfants dysphasiques présentent des difficultés d'apprentissage du langage écrit (Bishop & Adams, 1990 ; Catts, 1993; Catts et al, 2002 ; Tomblin et al, 1997b) et des mathématiques (Fazio, 1996, 1999). Une étude statistique du ministère de l'Éducation et des Loisirs du Québec (MELS) identifie d'ailleurs la dysphasie comme étant la problématique prédominante des élèves ayant des besoins spéciaux dans les écoles québécoises. En 2001-2002, les élèves dysphasiques comptaient pour une proportion de 19,8% de tous les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) du Québec au préscolaire et au primaire. En 2002-2003 et 2003-2004, ces pourcentages sont passés à 24,4% et 27,5% respectivement (Ministère de l'Éducation du Québec., 2004). Différents facteurs peuvent expliquer cette vulnérabilité scolaire, dont l'importance du langage à la fois comme moyen et objet d'apprentissage, le manque d'adéquation entre les exigences linguistiques du programme scolaire et les capacités de l'enfant, l'effet cumulé des incapacités énoncées plus haut (Bashir & Scavuzzo, 1992) ainsi que l'effet défavorable d'une expérience réduite en lecture sur les apprentissages (Boudreault, Michallet, & Théolis, 2003; Stanovich, 1986).

Pour obtenir des services, c'est le même constat dans toutes les régions du Québec; les listes d'attente sont longues, autant dans les secteurs publics de l'éducation ou de la santé, que privés. Les parents attendent leur tour sur une liste d'attente, la plupart du temps sans aucun service, sinon quelques conseils d'un intervenant

proposés lors de la première visite prévue dans le Plan d'accès ministériel dans les 90 jours du dépôt d'une demande lorsque la priorité est élevée (ce qui est le cas des enfants dysphasiques de moins de 6 ans) et dans les 365 jours si la priorité est modérée (ce qui est le cas des enfants dysphasiques de plus de 6 ans) (Gouvernement du Québec., 2008, 2010). Lorsque cette première visite prévue au plan d'accès a eu lieu, l'attente pour des services plus spécialisés peut s'étendre au-delà de 2 ans.

La démarche proposée par ÉBOS offre aux intervenants des établissements la possibilité d'instaurer une mesure d'appoint qui pourrait permettre de répondre à divers besoins identifiés en attendant que les services thérapeutiques plus spécifiques soient disponibles, notamment en orthophonie.

3. Une réponse à des besoins des parents et des intervenants

Les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) responsables de cette clientèle sont à la recherche de moyens pour offrir un service de soutien aux parents dont l'enfant est sur une liste d'attente en raison du manque de ressources, surtout depuis la mise en vigueur du Plan d'accès ministériel. Il serait bénéfique pour ces enfants et leur famille de pouvoir profiter d'un premier service qui permettrait d'éviter une attente passive de leur part, tout en étant économe en termes de temps et d'énergies professionnelles.

Ainsi, même s'il leur est impossible d'assumer une prise en charge disciplinaire complète des nouveaux enfants qui s'inscrivent pour recevoir des services d'un établissement, les intervenants pourraient proposer d'accompagner les parents dans l'application de certaines stratégies éducatives à la maison afin de répondre à des besoins identifiés. Par exemple, il est réaliste d'estimer que deux périodes d'environ une heure pour un intervenant de l'établissement seraient suffisantes pour rencontrer les parents, compléter avec eux l'instrument d'évaluation, puis déterminer avec eux lesquelles parmi les stratégies générées pourraient être appliquées à la maison afin de répondre aux besoins les plus criants.

Étant donné qu'une intervention précoce constitue un meilleur gage de réussite pour tous les enfants ayant des besoins spéciaux, que ce soit à l'école ou en milieu de réadaptation, les gestionnaires de ces établissements manifestent de l'ouverture à envisager la possibilité d'offrir un tel service temporaire. Lorsque l'enfant aura son tour après plusieurs mois sur la liste d'attente, déjà bon nombre de stratégies auront été exercées à la maison et sans doute,

des améliorations de la situation auront été observées, facilitant la mise en place d'une intervention plus spécifique par les professionnels.

Il devient donc important de regrouper les forces autour des parents afin de couvrir tous les aspects affectés du développement de l'enfant ou de l'adolescent.

Par l'utilisation d'ÉBOS, la démarche proposée vise à favoriser cette collaboration inter-réseaux, inter-établissements et inter-disciplines. Ainsi, la porte d'entrée pourrait tout aussi bien être une école qu'un point de service d'un centre de réadaptation ou d'un centre local de services communautaires (CLSC). Peu importe, par la suite tous les intervenants concernés par un même enfant devraient avoir accès à son dossier pour mieux collaborer au processus de réadaptation.

Dans un document officiel produit conjointement par deux ministères du gouvernement du Québec (2003), il a été pris pour acquis que ce projet s'inscrivait dans l'optique décrite dans le document « Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes » alors qu'il est précisé que les deux ministères ont une responsabilité commune à l'égard des jeunes ayant des besoins spéciaux, ce qui explique le protocole d'entente.

L'entente sur la complémentarité des services dispensés par le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux vise donc à obtenir une vision commune et globale des besoins des jeunes et de leur famille ainsi qu'à préciser les responsabilités spécifiques et communes des partenaires, et ce, dans une perspective de continuité et de coordination des interventions (p.2).

Tout au long de ce texte, il est fait référence à la nécessité de mettre en place des dispositifs permettant aux parents de jouer pleinement leur rôle de premiers responsables du développement de leur enfant. En particulier, l'accent est mis sur l'importance d'avoir « une lecture commune des capacités et des besoins du jeune, à partir d'une évaluation globale des besoins » (p.32). C'est l'objectif principal de la démarche ÉBOS qui se situe en aval pour permettre l'identification des besoins et même favoriser la mise en priorité des cas en attente de services.

Habituellement, le nom d'un nouvel inscrit dans un établissement est placé en queue sur une liste d'attente et son tour viendra suivant la séquence chronologique. Les gestionnaires des CRDP sont toutefois conscients du fait que la prise en charge d'un nouveau client implique la disponibilité d'au moins un professionnel de la discipline concernée.

Bien entendu, la démarche ÉBOS ne va pas directement réduire les listes d'attente mais y contribuera indirectement en soutenant les parents en attente de services et en leur fournissant des stratégies adaptées pour stimuler leur enfant jusqu'à ce qu'ils puissent recevoir les services spécialisés de la part des intervenants du CRDP ou de l'école, qu'ils soient orthophonistes, psychologues, ergothérapeutes, orthopédagogues ou psychoéducateurs.

Justement, il faut éviter que les parents attendent aussi longtemps, alors que les premières années sont cruciales dans le développement de l'enfant. Ce qui pose surtout problème dans les CRDP et dans les écoles, c'est la disponibilité de spécialistes de l'intervention auprès des enfants dysphasiques. Pour réaliser l'évaluation avec l'instrument ÉBOS en compagnie des parents, il n'est pas nécessaire de faire appel à un spécialiste de l'intervention thérapeutique car il s'agit d'un instrument transdisciplinaire conçu autour de plusieurs champs disciplinaires. Dans une perspective de dépistage, ce pourrait être un professionnel de l'éducation, de la psychoéducation ou du travail social qui serait formé à cette fin. La dispensation d'une telle formation auprès des personnes désignées par chacun des établissements revient aux chercheurs qui souhaitent que la fiabilité de l'instrument soit assurée par l'uniformisation des pratiques d'évaluation.

Il est réaliste de penser que les gestionnaires d'établissement vont trouver avantageux le fait d'avoir une personne responsable du soutien des parents en attente de services en dysphasie. Ainsi, une seule personne pourrait procéder à plusieurs évaluations chaque semaine et permettre à des parents d'amorcer l'aide à leur enfant, en attendant des services sur une base régulière.

4. La construction de l'instrument d'évaluation

Plusieurs étapes ont mené à la production de l'instrument d'évaluation ÉBOS. Après une revue exhaustive de la littérature scientifique sur le sujet ayant permis d'établir sur des bases solides le construit de l'instrument, les membres du comité de conception du projet ont opté pour l'enchaînement de deux chantiers majeurs : la consultation des premiers acteurs impliqués (enfants, adolescents, parents), ainsi que la mise en place d'un comité d'experts du domaine.

C'est d'abord à partir de trois groupes de réflexion qu'ont émergé les premiers énoncés de besoins. Organisés avec des parents, puis avec des intervenants, ces ateliers de réflexion ont permis de confirmer les domaines d'activités à observer tels que décrits dans la littérature. Ces deux perspectives ont ensuite été confrontées lors de la tenue

d'un autre atelier avec un groupe de jeunes dysphasiques de 8 à 12 ans. C'est avec beaucoup de franchise et d'authenticité qu'ils ont exprimé leurs besoins tout en mettant bien l'accent sur les indicateurs de problèmes rencontrés dans leurs activités quotidiennes, que ce soit à la maison, à l'école ou dans leurs loisirs.

Dans un deuxième temps, un comité d'experts a été mis sur pied pour alimenter une réflexion sur la meilleure façon d'aider les enfants dysphasiques âgés entre 4 et 15 ans. Parmi les dix membres permanents de ce comité, il y avait des orthophonistes, des psychologues, des ergothérapeutes du CRDP ainsi que deux orthopédagogues provenant de deux commissions scolaires différentes et deux parents délégués de chapitres régionaux de leur association.

Sans compter les rencontres informelles, quatre journées d'étude espacées d'environ deux mois ont été tenues pour arriver à la confection d'une version initiale de l'instrument d'évaluation. La première journée a permis d'abord de bien camper les concepts en lien avec la revue de littérature et les données issues des trois groupes de réflexion. Il en est ressorti une représentation assez claire de ce que devrait être une structure appropriée pour observer les forces, faiblesses et besoins des enfants et adolescents dysphasiques.

Dès la deuxième journée d'études, les membres qui avaient consulté leurs collègues sont arrivés avec des propositions du construit à retenir. Il devenait de plus en plus évident qu'il fallait prendre en compte les perspectives de plusieurs disciplines parce que les manifestations de la dysphasie peuvent être observées dans des activités traversant les limites habituelles des disciplines professionnelles des milieux scolaires ou de la réadaptation. C'est ainsi que les dimensions suivantes ont été retenues:

- Autonomie personnelle
- Communication
- Comportement
- Autonomie scolaire
- Cognition
- Relations interpersonnelles
- Connaissance de soi

Tous les membres de l'équipe se sont ralliés à l'idée d'emprunter une perspective transdisciplinaire pour réaliser ces observations de l'enfant en considérant qu'il représente plus qu'un ensemble de parties relevant de l'expertise de l'une ou l'autre discipline, mais bien un tout avec des

caractéristiques qui lui sont propres. Pour toutes ces dimensions, plus d'une discipline est touchée, alors que les parents sont concernés par chacune.

La troisième journée de travail a été riche en contenu d'idées alors que chaque expert est arrivé avec des énoncés inspirés de son champ disciplinaire. C'est ainsi qu'ont été colligés 530 items qu'il a fallu épurer en enlevant tous les doublons et autres énoncés difficilement observables, de sorte qu'il ne restait plus que 115 items.

À la suite d'une préexpérimentation de cette version préliminaire, un retour en atelier a généré un consensus pour conserver 103 items qui rencontraient les conditions de construit et de contenu selon les critères de scientificité. Cette version finale a ensuite été soumise à une expérimentation auprès de 132 jeunes dysphasiques dont l'âge variait entre 4 et 15 ans, de manière à bien camper les indices de fidélité et de validité de l'instrument.

5. Les critères de rigueur scientifique

Les modèles théoriques utilisés traditionnellement en recherche ont été respectés dans la vérification rigoureuse de la validité et de la fidélité de l'instrument, à la fois au plan quantitatif et au plan qualitatif.

La fidélité :

Plusieurs modalités ont été mises en œuvre pour vérifier la fidélité de l'instrument ÉBOS. Tout d'abord, cette fidélité est établie à partir de la méthode dite « interjuges », en considérant que l'évaluation de chaque item est faite par deux personnes qui s'entendent pour situer l'appréciation sur des échelles en quatre points. La constance de la mesure est aussi assurée par les échanges entre les deux personnes qui procèdent à l'évaluation en faisant référence à la connaissance qu'elles ont de l'enfant.

Les coefficients alpha de Cronbach montrent également un niveau considéré comme étant excellent par les spécialistes du traitement statistique de la fidélité des instruments de mesure (Fortin & Gagnon, 2010). Une analyse réalisée avec SPSS pour les sept dimensions de l'instrument donne les résultats suivants.

Il ne fait pas de doute que l'instrument ÉBOS rencontre des indicateurs éloquentes d'une très grande homogénéité des items dans chaque dimension et d'une excellente cohérence interne pour l'ensemble des dimensions.

Parmi les caractéristiques de l'instrument qui confirment sa précision par des coefficients de corrélation élevés,

Tableau 1. Coefficients alpha selon les dimensions

DIMENSIONS	Coefficients Alpha
A. Autonomie personnelle	0,796
B. Communication	0,889
C. Comportement	0,879
D. Autonomie scolaire	0,866
E. Cognition	0,831
F. Relations interpersonnelles	0,835
G. Connaissance de soi	0,771
ENSEMBLE DES DIMENSIONS	0,908

il convient de noter le fait qu'il est constitué d'un grand nombre d'items avec 103 énoncés. Étant donné que l'instrument d'évaluation ÉBOS est associé aussi bien à une approche quantitative par ses mesures basées sur des échelles et ses représentations graphiques qu'à une approche qualitative par les compléments d'informations recueillies en cours d'évaluation, il convient d'en faire valoir également les qualités métrologiques sous cet angle. Les critères de scientificité décrits par Lincoln et Guba (1985) sont aussi respectés, démontrant ainsi la rigueur qui a guidé les membres de l'équipe de recherche. Ont aussi été démontrées dans un autre article à paraître, la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité.

La validité :

Les deux types de validité des mesures les plus importants dans la construction d'un nouvel instrument concernent son construit et son contenu. Dans le cas de l'instrument ÉBOS, la validité a d'abord été établie au moment de sa conception aussi bien dans son construit que dans son contenu.

D'une part, la **validité de construit** repose sur trois sources de données: une revue de littérature sur le sujet, une analyse statistique mettant en relation les domaines d'activités observées et une analyse factorielle visant à vérifier la pertinence des facteurs choisis.

D'autre part, la **validité de contenu**, qui est essentiellement un processus subjectif, est garantie par la qualité des membres du comité d'experts, qui en tant que spécialistes du domaine, ont été en mesure de porter un jugement sur chacun des items. C'est par consensus que la banque initiale de 530 items a été ramenée à 103, pour constituer l'instrument actuel. Dans ce contexte, la composition même du comité représente un gage de validité du contenu des items parce que leurs expériences d'intervention avec des enfants dysphasiques et leurs connaissances théoriques leur confèrent une expertise dans le domaine. De même, la revue de littérature menée par les chercheurs a apporté bon nombre de suggestions d'aspects à observer dans les activités quotidiennes des enfants et adolescents dysphasiques (Boudreault & Michallet, sous presse). Ainsi, les items de l'instrument évaluent bien les différentes caractéristiques de l'enfant dysphasique, confirmant ainsi une cohérence avec les objectifs visés.

Il ne fait pas de doute que l'instrument développé rencontre les standards les plus élevés pour la fidélité et la validité, confirmant ainsi sa pertinence pour identifier et évaluer les besoins des enfants dysphasiques comme ceux de leurs parents.

Les échelles de mesure retenues permettent de nuancer le niveau de réalisation de chaque activité au-delà

d'un « oui, il le fait » ou bien « non, il ne le fait pas ». Est aussi disponible pour chaque item un espace pour inscrire des commentaires ou ajouter un complément d'information pour expliquer le jugement porté sur l'échelle, par exemple : « *il est capable de le faire, mais c'est pénible et il ne fait pas beaucoup d'efforts pour s'améliorer* ».

En résumé, tous les aspects importants d'une bonne validité et d'une bonne fidélité ont été pris en compte, tout spécialement pour l'observation des besoins dans la perspective de l'enfant lui-même ou de ses parents.

6. À la fine pointe de la technologie

La plupart des instruments d'évaluation utilisés aujourd'hui par les différents professionnels en sciences humaines bénéficient des technologies pour mettre en évidence les profils individuels ainsi que les données comparatives des groupes de sujets. Il s'agit souvent de la meilleure façon d'illustrer globalement les particularités des personnes évaluées et de faciliter le repérage des aspects à prioriser en intervention.

Outre la reproduction du questionnaire à des fins de saisie des valeurs attribuées devant générer un graphique comme le montre la figure 1, le logiciel comporte aussi d'autres fonctionnalités utiles qui permettent :

- d'associer des commentaires pour chacun des items;
- d'exclure les items qui ne s'appliquent pas pour diverses raisons dont très souvent le niveau d'âge de l'enfant qui ne correspond pas aux aspects observés;
- d'identifier rapidement les items devant faire l'objet d'un plan d'intervention interdisciplinaire;

- d'effectuer des regroupements de sujets pour fournir un portrait d'ensemble d'une classe d'élèves par exemple;
- d'assurer un suivi d'un nombre infini de dossiers dans une perspective de relance périodique à moyen ou long terme.

Toutes ces fonctionnalités peuvent être gérées au sein de chacun des établissements pour garantir d'une part la confidentialité des dossiers et offrir d'autre part aux professionnels la possibilité de suivre étroitement l'évolution de chacun de leurs clients. La souplesse du logiciel devient d'autant plus importante qu'à chaque item correspondent des stratégies visant à faciliter les interventions, utilisables par les parents et par les intervenants. Il importe de noter d'abord que le logiciel permet de distinguer nettement les forces, faiblesses et besoins à partir d'histogrammes basés sur une échelle en pourcentages s'appliquant à chacune des dimensions.

L'exemple de la figure 1 montre le profil d'un enfant qui présente à la fois des difficultés et des besoins dans plusieurs dimensions. Les trois sections en ordonnée indiquent le niveau de difficulté selon que les activités observées sont réalisées avec des petites, moyennes ou grandes difficultés. Lorsqu'il s'agit du niveau des besoins de l'enfant ou des parents, l'échelle indique plutôt l'importance relative de ces besoins pour eux, soit petits besoins, moyens besoins ou grands besoins, aussi estimés en pourcentages où 33% et moins signifie petits besoins, 34% à 66%, moyens besoins et 67% et plus, grands besoins.

Les professionnels avertis peuvent voir d'un premier coup d'œil plusieurs avenues à explorer en intervention. Pour n'en citer que quelques-unes :

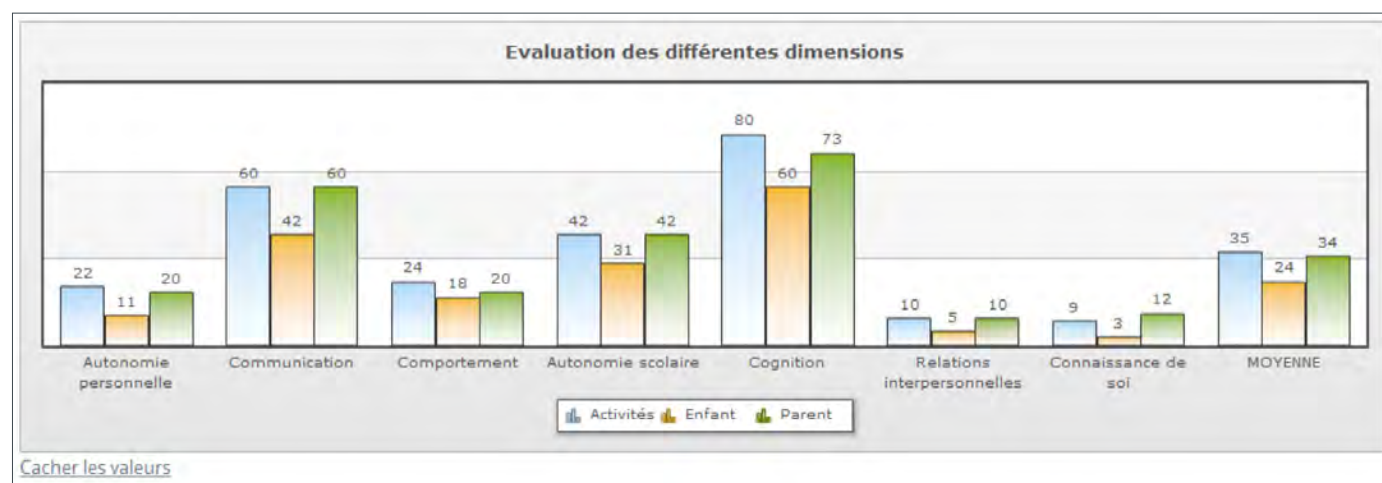


Figure 1. Ratio de consonnes correctes pour chaque enfant typique (points non remplis), moyenne (points remplis) et écart-type (lignes verticales) pour chaque groupe d'âge et le ratio pour chacun des enfants ayant un TDSP (chiffre).

- l'enfant présente des difficultés moyennes dans deux dimensions, à savoir : communication et autonomie scolaire, alors que des difficultés plus importantes ont été observées en cognition.
- les besoins des parents correspondent assez bien au niveau de réalisation des activités non seulement dans la moyenne des aspects observés, mais aussi dans la majorité des dimensions;
- cet enfant de sept ans ne semble pas partager les inquiétudes de ses parents quant aux besoins à combler, de même qu'il ne semble pas être conscient de ses difficultés à réaliser les activités;
- le plan d'intervention à mettre en place ne pourrait pas couvrir toutes les habiletés qu'il faudrait développer; du moins pas à court terme. Il faudrait que les intervenants fassent, en équipe, des choix parmi ces quelques suggestions :
 - à l'école, mettre l'accent sur l'autonomie scolaire en allant voir dans le protocole de l'instrument quels items ont été identifiés comme traduisant une moyenne ou une grande difficulté;
 - en milieu de réadaptation, stimuler l'enfant pour l'apprentissage des aspects observés dans les dimensions de la communication et de la cognition;
 - à la maison, amener les parents à soutenir leur enfant dans les activités de la vie quotidienne;
 - en partenariat, les parents et les intervenants pourraient sensibiliser l'enfant à l'importance de ses difficultés dans certains domaines et leur impact sur son adaptation sociale et scolaire.
- dans cette optique et considérant le grand nombre de difficultés, il serait nécessaire que tous les acteurs autour de cet enfant travaillent en concertation pour cibler les interventions à prioriser tout en veillant à lui assurer une bonne qualité de vie d'enfant qui a aussi des besoins personnels d'actualisation de soi.

Bien entendu, il faudrait pousser plus loin les observations en prenant connaissance des rapports figurant déjà à son dossier scolaire ou à celui du centre de réadaptation. Les réussites et les échecs des interventions tentées par le passé peuvent aussi guider les professionnels et les parents dans le choix des stratégies à mettre en place pour répondre aux objectifs d'un plan d'intervention couvrant les principaux domaines d'activités considérés comme étant en difficulté.

7. Des stratégies d'intervention adaptées

L'ensemble de la démarche ÉBOS donne accès non seulement à un profil montrant les forces, faiblesses et besoins de l'enfant comme c'est le cas habituellement à

la suite d'une évaluation, mais aussi et surtout à plusieurs suggestions de stratégies pertinentes correspondant au niveau de besoins de l'enfant. Une autre fonctionnalité est disponible sur le site pour une mise en relation fonctionnelle avec celle de l'instrument d'évaluation afin d'associer des stratégies d'intervention aux principales faiblesses identifiées sur le profil.

Une banque riche de plusieurs stratégies d'intervention a été constituée pour chacun des 103 items de l'instrument. Différentes sources, toujours bien indiquées dans la base de données, sont mises à contribution pour alimenter cette banque. Les membres de l'équipe ont aussi mis la main à la pâte pour créer un certain nombre de stratégies, tout particulièrement dans les secteurs d'activités où le matériel disponible était plutôt pauvre ou restreint.

Dans la plupart des rubriques d'item, une dizaine de stratégies sont disponibles selon trois sous-groupes d'âges : 4-7 ans; 7-11 ans; 11 ans et plus. Il arrive parfois qu'une stratégie puisse se retrouver dans plus d'un groupe d'âges, si sa mise en application s'adresse aussi à cette population.

Deux autres fonctionnalités pertinentes sont aussi accessibles sur cette page pour apporter un complément d'informations sur cet item. Sous l'onglet « doc » se trouvent des documents à télécharger et des adresses de site Internet accessibles d'un seul clic. De même, sous l'onglet « réf. » sont répertoriées toutes les références des documents consultés et qui peuvent aussi être retracés avec les coordonnées précisées.

C'est dans ce contexte que les termes « moyens concrets » prennent tout leur sens parce que chaque stratégie d'intervention va préciser ce qui devrait être fait et comment il faudrait le faire en lien avec l'importance des besoins identifiés. Il convient également de mentionner que les stratégies proposées pour les interventions pourront s'appliquer aussi bien dans les différents milieux de vie de l'enfant, à la maison, à l'école, dans ses loisirs, que dans un contexte plus formel d'éducation, exercices de motricité, lectures, jeux, etc.

Selon le profil de l'enfant évalué, il devient possible de passer à travers cette documentation pour retenir les stratégies les plus susceptibles d'être efficaces, compte tenu de son âge et de ses autres caractéristiques personnelles. Certaines stratégies sont formulées à l'intention des parents qui pourraient les utiliser à la maison, alors que d'autres ont vraiment été rédigées pour un usage plus professionnel.

Dans un premier temps, la présentation des stratégies s'appuiera sur les aspects dominants du profil de l'enfant évalué et accompagnera le rapport montrant non seulement l'histogramme, mais aussi le détail des forces et faiblesses. Tout dépendant des objectifs du plan d'intervention déjà prévu à l'école ou au centre de réadaptation, certaines stratégies pourront être prioritaires. De même, les capacités et les disponibilités des parents pourront être prises en compte dans le choix des stratégies à appliquer.

Avec l'amélioration constante des ressources pédagogiques sur Internet, alors que plusieurs organismes mettent en ligne des propositions d'activités visant le développement des enfants et des adolescents, il devient important que le projet ÉBOS assure une mise à jour périodique des liens sur son site. À cette fin, un personnel professionnel est affecté à une telle tâche en plus de répondre à des demandes ponctuelles des partenaires ou des visiteurs occasionnels intéressés à en savoir davantage ou bien encore à enrichir la banque de stratégies.

8. Développement d'un partenariat autour d'un site Web

Grâce à une subvention octroyée par le ministère du développement économique, de l'innovation et de l'exportation (MDEIE), ÉBOS est depuis septembre 2012 et jusqu'en juin 2014 en phase d'implantation à titre expérimental dans deux centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) du Québec et en voie de l'être dans deux chapitres de l'Association québécoise de la dysphasie (2012). Dans le but de conserver le caractère professionnel du traitement et de l'analyse des données, il faut mentionner que les services sont centralisés dans chacun des établissements qui ont signé un engagement de confidentialité en tant que partenaire du projet. Ainsi, chaque établissement devient gestionnaire de tous ses dossiers ÉBOS qui sont hébergés sur le site du projet où les accès demeurent protégés par un mot de passe distinct.

La structure du site Web propose un menu convivial (voir : <https://ebos.dysphasie.net>) comprenant toutes les fonctionnalités permettant aux utilisateurs d'aller rapidement consulter et imprimer leurs dossiers, en plus de pouvoir interagir avec les membres de l'équipe du projet pour poser des questions de clarification, entre autres. L'arbre de décision accessible sur la première page du site va grandement favoriser la pleine autonomie des gestionnaires des établissements. Au plan du traitement statistique, divers types de rapports sont disponibles pour permettre aux professionnels concernés d'assurer un suivi étroit de leurs clients tout en bénéficiant de tableaux récapitulatifs et de représentations graphiques montrant

des comparaisons inter-individuelles afin de faciliter l'organisation des services.

Il devient ainsi possible d'avoir le portrait des besoins d'un enfant ou d'un adolescent et de sa famille en particulier, mais également d'obtenir le portrait des besoins d'un groupe d'enfants du même âge, du même sexe ou d'une même région par exemple. ÉBOS peut donc non seulement servir à la planification des services à donner à un individu mais aussi être utilisé pour la planification des services destinés à un groupe d'individus.

Le véritable partenariat s'actualise actuellement autour de deux pôles : une participation aux décisions concernant le développement des outils de fonctionnement par la désignation d'un membre responsable par établissement pour veiller au développement de nouveaux matériaux ou produits et une contribution financière pour assurer la pérennisation du site. En effet, après la période d'implantation sans frais grâce aux fonds du MDEIE, les coûts d'hébergement du site devront être assumés à même les recettes générées par son utilisation. Idéalement, ce nouveau consortium devrait rassembler de manière virtuelle non seulement des gestionnaires de services, mais aussi des professionnels de diverses disciplines intéressés à exploiter le plus possible le site Web pour aider les enfants dysphasiques à connaître la réussite au plan social et scolaire.

À la fin de la phase d'implantation dans les milieux partenaires cités plus haut, la diffusion de l'existence de ce service visera à outiller les intervenants et les parents dans leur soutien aux enfants et adolescents dysphasiques. Ainsi, tous les partenaires potentiels, les commissions scolaires, les centres de réadaptation (CRDP), les centres de santé et de services sociaux (CSSS) seront informés par un courriel personnalisé de l'existence de ce service. Les nouvelles technologies favorisent le partage des expertises. Il est d'autant plus important de les exploiter le plus possible que le Québec est très vaste et qu'il est impossible de réunir les gens dans un même lieu sans engendrer des coûts exorbitants. Cette réalité prend encore plus d'importance en considérant l'intérêt manifesté par des professionnels d'outre-mer pour utiliser le produit ÉBOS. Aucune publicité n'a encore été diffusée, exception faite de quelques communications dans des colloques et déjà des professionnels de France, du Luxembourg et de Suisse se montrent intéressés à devenir collaborateurs et même partenaires. C'est avec un souci de maintenir la même rigueur dans la conception et la gestion des instruments d'évaluation que de telles collaborations peuvent s'établir pour venir en aide aux enfants dysphasiques quel que soit leur lieu de résidence.

Conclusion

L'offre de services aux enfants et adolescents dysphasiques et à leur famille est limitée tant dans le système scolaire que dans celui de la réadaptation. Elle est notamment en redéfinition dans plusieurs CRDP québécois afin de favoriser l'accessibilité aux services. Dans ce contexte, l'utilisation d'ÉBOS permet l'identification des besoins et la planification des services auprès d'un individu et de sa famille dans une perspective interdisciplinaire. Elle permet aussi d'obtenir un portrait des besoins d'une population d'individus regroupés selon divers critères afin de favoriser l'organisation des services. Enfin, ÉBOS peut aussi être utilisé en recherche; une recherche est d'ailleurs en cours sur l'évolution des besoins des enfants et adolescents dysphasiques. Enfin, l'expérience avec ÉBOS montre que son utilisation favorise l'établissement d'une relation de partenariat entre la famille et les intervenants.

Pour les membres de l'équipe de recherche, ces retombées concrètes constituées de dispositifs non seulement d'évaluation des besoins mais aussi d'intervention et de soutien au travail interdisciplinaire doivent servir à ces enfants et adolescents dysphasiques ainsi qu'à leur famille; d'où l'importance de pérenniser ces activités et services. Pour ce faire, l'apport de toutes les compétences et ressources professionnelles doivent être mises à contribution. La dysphasie interpelle plusieurs groupes d'intervenants en raison de la complexité et de la diversité des manifestations qui fragilisent l'adaptation sociale et scolaire des enfants et des adolescents concernés. La mise en œuvre de l'instrument d'évaluation ÉBOS et des stratégies d'intervention associées constitue une première étape visant à soutenir les parents d'un enfant dysphasique dans la réalisation de leur rêve de le voir connaître du succès dans toutes ses activités aussi bien à l'école que dans la société en général. D'autres projets sont prévus dont la traduction et l'adaptation de l'instrument en anglais.

Remerciements

Les chercheurs remercient le ministère du développement économique, de l'innovation et de l'exportation (MDEIE) ainsi que le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) pour leur soutien financier concernant ce projet. Ils remercient également les CRDP InterVal et Le Bouclier ainsi que la Association québécoise de la dysphasie pour leur participation active à ce projet.

Références

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). (2001). *L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans*. (ISBN : 2-914517-06-8). Service recommandations et références professionnelles Repéré à <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Orthophrecos.pdf>.
- Association Québécoise de la Dysphasie. (2012). La dysphasie. Repéré à <http://www.dysphasie.qc.ca/fr/dysphasie.php>
- Bashir, A. S., & Scavuzzo, A. (1992). Children with language disorders: Natural history and academic success. *Journal of Learning Disabilities, 25*(1), 53-65.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Brownlie, E. B., Walters, H., Inglis, A., & Lancee, W. (1996b). Long-term consistency in speech/language profiles: II. Behavioral, emotional, and social outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(6), 815-825.
- Beitchman, J. H., Wilson, B., Brownlie, E. B., Walters, H., & Lancee, W. (1996a). Long-term consistency in speech/language profiles: I. Developmental and academic outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(6), 804-814.
- Billard, C. (2012). Les dysphasies de développement. Repéré à http://www.coridys.asso.fr/pages/base_doc/txt_billard/dyspha.html
- Bishop, D. V., & Adams, C. (1990). A prospective study of the relationship between specific language impairment, phonological disorders and reading retardation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 31*(7), 1027-1050.
- Botting, N. (2005). Non-verbal cognitive development and language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 46*(3), 317-326.
- Boudreault, P., Michallet, B., & Théolis, M. (2003). Une démarche de recherche favorisant l'émergence des perceptions des parents d'un enfant dysphasique. *Les Cahiers de l'Actif, 330-331*, 189-200.
- Boudreault, P., Michallet, B., Meilleur, I., & Banville, F. (2007). L'évolution des besoins des enfants dysphasiques. Subvention pour recherche, Conseil de recherche en sciences humaine du Canada.
- Boudreault, P., & Michallet, B. (Sous presse). Évaluation des besoins des enfants dysphasiques et stratégies d'intervention : Un projet novateur. Dans *Actes du colloque international « Intégration scolaire : Regards croisés sur les nouveaux défis dans la formation des enseignants*, Bienne, Suisse. Les Éditions Nouvelles.
- Brinton, B., & Fujiki, M. (1999). Social interactional behaviors of children with specific language impairment. *Topics in Language Disorders, 19*(2), 49-69.
- Brinton, B., Fujiki, M., & Baldrige, M. (2010). The trajectory of language impairment into adolescence: What four young women can teach us. *Seminars in Speech and Language, 31*(2), 122-133.
- Brinton, B., Fujiki, M., & Higbee, L. M. (1998). Participation in cooperative learning activities by children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 41*(5), 1193-1206.
- Brinton, B., Fujiki, M., & McKee, L. (1998). Negotiation skills of children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 41*(4), 927-940.
- Brinton, B., Fujiki, M., & Powell, J. M. (1997). The ability of children with language impairment to manipulate topic in a structured task. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 28*, 3-11.
- Brinton, B., Fujiki, M., & Sonnenberg, E. A. (1988). Responses to requests for clarification by linguistically normal and language-impaired children in conversation. *The Journal of Speech and Hearing Disorders, 53*(4), 383-391.
- Brinton, B., Fujiki, M., Spencer, J. C., & Robinson, L. A. (1997). The ability of children with specific language impairment to access and participate in an ongoing interaction. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 40*(5), 1011-1025.

- Catts, H. W. (1993). The relationship between speech-language impairments and reading disabilities. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36(5), 948-958.
- Catts, H. W., Fey, M. E., Tomblin, J. B., & Zhang, X. (2002). A longitudinal investigation of reading outcomes in children with language impairments. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(6), 1142-1157.
- Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (1999). Classification of children with specific language impairment: Longitudinal considerations. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1195-1204.
- Conti-Ramsden, G., & Botting, N. (2008). Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(5), 516-525.
- Coster, F. W., Goorhuis-Brouwer, S. M., Nakken, H., & Spelberg, H. C. (1999). Specific language impairments and behavioural problems. *Folia Phoniatrica et Logopaedica: Official Organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics*, 51(3), 99-107.
- Das, J. P., & Åystö, S. M. (1994). Cognitive performance of dysphasic students. *European Journal of Psychology of Education*, 19(1), 27-39.
- Dudley, J. G., & Delage, J. (1990). *Le langage en suspens*. Canada: Les Éditions Héritage Inc.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Deal, A. G. (1988). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2010). Young people with specific language impairment: A review of social and emotional functioning in adolescence. *Child Language Teaching and Therapy* 26(2), 105-121.
- Ellis Weismer, S. (1993). Perceptual and cognitive deficits in children with specific language impairment. Dans H. Grimm & H. Snowronek (Éds.), *Language acquisition problems and reading disorders: Aspects of diagnosis and intervention* (pp. 75-90). New York: Walter de Gruyter.
- Fazio, B. B. (1996). Mathematical abilities of children with specific language impairment: A 2-year follow-up. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 39(4), 839-849.
- Fazio, B. B. (1999). Arithmetic calculation, short-term memory, and language performance in children with specific language impairment: A 5-year follow-up. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(2), 420-431.
- Ford, J. A., & Milosky, L. M. (2003). Inferring emotional reactions in social situations: Differences in children with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(1), 21-30.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Education.
- Fujiki, M., Brinton, B., Hart, C. H., & Fitzgerald, A. (1999). Peer acceptance and friendship in children with specific language impairment. *Topics in Language Disorders*, 19, 34-48.
- Fujiki, M., Brinton, B., Morgan, M., & Hart, C. H. (1999). Withdrawn and sociable behavior of children with language impairment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 30, 183-195.
- Fujiki, M., Brinton, B., & Todd, C. M. (1996). Social skills of children with specific language impairment. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 27(3), 195-202.
- Gilmore, G. D., Campbell, M. D., & Becker, B. L. (1989). *Needs assessment strategies for health education and health promotion*. Indianapolis: Benchmark Press.
- Goorhuis-Brouwer, S. M., & Knijff, W. A. (2002). Efficacy of speech therapy in children with language disorders: Specific language impairment compared with language impairment in comorbidity with cognitive delay. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 63(2), 129-136.
- Goorhuis-Brouwer, S. M., & Wijnberg-Williams, B. J. (1996). Specificity of specific language impairment. *Folia Phoniatrica et Logopaedica: Official Organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics*, 48(6), 269-274.
- Gouvernement du Québec. (2008). *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. (ISBN : 978-2-550-52688-9). La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/ documentation/2008/08-848-01.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*. (ISBN : 978-2-550-58702-6). La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/ documentation/2010/10-717-02.pdf>.
- Hall, P. K., & Tomblin, J. B. (1978). A follow-up study of children with articulation and language disorders. *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 43(2), 227-241.
- Hart, K. I., Fujiki, M., Brinton, B., & Hart, C. H. (2004). The relationship between social behavior and severity of language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(3), 647-662.
- Hill, E. L. (2001). Non-specific nature of specific language impairment: A review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(2), 149-171.
- Horowitz, L., Jansson, L., Ljungberg, T., & Hedenbro, M. (2005). Behavioural patterns of conflict resolution strategies in preschool boys with language impairment in comparison with boys with typical language development. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 40(4), 431-454.
- Howlin, P., Mawhood, L., & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder: A follow-up comparison in early adult life. II: Social, behavioural, and psychiatric outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41(5), 561-578.
- Jerome, A. C., Fujiki, M., Brinton, B., & James, S. L. (2002). Self-esteem in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(4), 700-714.
- Johnson, C. J., Beitchman, J. H., Young, A., Escobar, M., Atkinson, L., Wilson, B., ... Wang, M. (1999). Fourteen-year follow-up of children with and without speech/language impairments: Speech/language stability and outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(3), 744-760.
- Keegstra, A. L., Post, W. J., & Goorhuis-Brouwer, S. M. (2010). Behavioural problems in young children with language problems. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 74(6), 637-641.
- Leonard, L. B. (1998). *Children with specific language impairment*. Cambridge, MA: The M.I.T. Press.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc.
- Markham, C., & Dean, T. (2006). Parents' and professionals' perceptions of Quality of Life in children with speech and language difficulty. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(2), 189-212.
- Mawhood, L., Howlin, P., & Rutter, M. (2000). Autism and developmental receptive language disorder: A comparative follow-up in early adult life. I: Cognitive and language outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41(5), 547-559.
- McCabe, P. C. (2005). Social and behavioral correlates of preschoolers with specific language impairment. *Psychology in the Schools*, 42(4), 373-387.
- McCormack, J., McLeod, S., McAllister, L., & Harrison, L. J. (2009). A systematic review of the association between childhood speech impairment and participation across the lifespan. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(2), 155-170.
- McGrath, L. M., Hutaff-Lee, C., Scott, A., Boada, R., Shriberg, L. D., & Pennington, B. F. (2008). Children with comorbid speech sound disorder and specific language impairment are at increased risk for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 151-163.

- Ministère de l'Éducation du Québec. (2003). Deux réseaux, un objectif: le développement des jeunes. (ISBN 2-550-40553-6). Québec: Bibliothèque nationale du Québec. Repéré à http://www.mels.gouv.qc.ca/lancement/ententemeq-msss/entente_f.pdf.
- Ministère de l'Éducation du Québec. (2004). Éléves handicapés ou élèves en difficultés d'apprentissages ou d'adaptation. Québec: Bibliothèque nationale du Québec. Repéré à <http://www.aqpehv.qc.ca/medias/EHDAA.pdf>.
- Nippold, M. A. (1998). Later language development: The school-age and adolescent years. Austin, TX: Pro-Ed.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (1998). Repéré à <http://www.ooaq.qc.ca/>
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé: Concepts, méthodes et stratégies*. Montréal: Agence d'Arc.
- Rebok, G., Riley, A., Forrest, C., Starfield, B., Green, B., Robertson, J., & Tambor, E. (2001). Elementary school-aged children's reports of their health: A cognitive interviewing study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 10(1), 59-70.
- Records, N. L., Tomblin, J. B., & Freese, P. R. (1992). The quality of life of young adults with histories of specific language impairment. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1, 44-53.
- Rice, M. L., Tomblin, J. B., Hoffman, L., Richman, W. A., & Marquis, J. (2004). Grammatical tense deficits in children with SLI and nonspecific language impairment: Relationships with nonverbal IQ over time. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(4), 816-834.
- Rice, M. L., Wexler, K., & Redmond, S. M. (1999). Grammaticality judgements of an extended optional infinitive grammar: Evidence from English-speaking children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing research*, 42(4), 943-961.
- Snowling, M. J., Bishop, D. V., Stothard, S. E., Chipchase, B., & Kaplan, C. (2006). Psychosocial outcomes at 15 years of children with a preschool history of speech-language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(8), 759-765.
- Spackman, M. P., Fujiki, M., & Brinton, B. (2006). Understanding emotions in context: The effects of language impairment on children's ability to infer emotional reactions. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(2), 173-188.
- Stanovich, K. E. (1986). Matthew effect on reading: Some consequence of individual differences in the acquisition of literacy. *Reading Research Quarterly*, 21(4), 360-407.
- Stothard, S. E., Snowling, M. J., Bishop, D. V., Chipchase, B. B., & Kaplan, C. A. (1998). Language-impaired preschoolers: A follow-up into adolescence. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41(2), 407-418.
- Tetnowski, J. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder and concomitant communicative disorders. *Seminars in Speech and Language*, 25(3), 215-223.
- Tétreault, S. (1998). Analyse du fonctionnement des familles vivant avec un enfant ayant une incapacité motrice. Dans J.-C. Kalubi, B. Michallet, N. Korner-Bitensky & S. Tétreault (Éds.), *Innovations, apprentissages et réadaptation en déficience physique* (pp. 33-44). Boucherville: IQ Éditeur.
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien, M. (1997a). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(6), 1245-1260.
- Tomblin, J. B., Smith, E., & Zhang, X. (1997b). Epidemiology of specific language impairment: Prenatal and perinatal risk factors. *Journal of Communication Disorders*, 30(4), 325-344.
- Tomblin, J. B., Zhang, X., Buckwalter, P., & O'Brien, M. (2003). The stability of primary language disorder: Four years after kindergarten diagnosis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(6), 1283-1296.
- Vallance, D. D., Cummings, R. L., & Humphries, T. (1998). Mediators of the risk for problem behavior in children with language learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 31(2), 160-171.
- Wolf Nelson, N. (1993). *Childhood language disorders in context: Infancy through adolescence*. Toronto: Maxwell Macmillan Canada.
- Young, A. R., Beitchman, J. H., Johnson, C., Douglas, L., Atkinson, L., Escobar, M., & Wilson, B. (2002). Young adult academic outcomes in a longitudinal sample of early identified language impaired and control children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 43(5), 635-645.

Note des auteurs

Adresse pour correspondance : Bernard Michallet, M.O.A., Ph.D., Université du Québec à Trois-Rivières, GIRAFE-CRIR, 3351, boul des Forges, C.P. 500 Trois-Rivières QC G9A 5H7 Canada. Courriel : bernard.michallet@uqtr.ca.

Date soumis : Le 9 oct, 2012

Date accepté : Le 24 août, 2013