



**Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale**

Centre affilié universitaire

Prévenir, soigner, soutenir... chaque jour

**Amélioration de l'organisation des services de première ligne en
orthophonie auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans
présentant un problème langagier**

Synthèse des données probantes

Sylvie St-Jacques, Ph.D., responsable scientifique de l'ETMISSS-PL et
Julie Dussault, Ph.D. candidate, agente de recherche et d'évaluation

Octobre 2013

Centre affilié universitaire



**UNIVERSITÉ
LAVAL**

ETMISSS-PL

**Amélioration de l'organisation des services de première ligne en
orthophonie auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans
présentant un problème langagier**

Synthèse des données probantes

CSSS de la Vieille-Capitale

Octobre 2013

Remerciements

Cette évaluation a bénéficié du soutien financier du CSSS de la Vieille-Capitale. Ce document est disponible en version PDF sur le site Internet du CSSS de la Vieille-Capitale au www.csssvc.qc.ca. Ce document peut être reproduit, en tout ou en partie, avec mention de la source.

Nous aimerions souligner la contribution de madame Marie-Eve Proulx, courtière de connaissances, du CSSS Alphonse-Desjardins.

Recherche documentaire

Madame Renée-Claude Landry, chef d'équipe du Centre de documentation, CSSS de la Vieille-Capitale.

Comité consultatif

Du CSSS de la Vieille-Capitale : Marie-Claude Alain, directrice de la santé mentale, de l'enfance et de la jeunesse, Roselyne Boyer, orthophoniste;

Du CSSS de Québec-Nord : Éric Genest, adjoint clinique famille-enfance-jeunesse et santé mentale; Marie-Claude Leclerc, orthophoniste; Martine Laurendeau, éducatrice spécialisée en langage; Anne-Michèle Garneau, orthophoniste, CSSS Alphonse-Desjardins; Louise Grégoire, coordonnatrice «Équipe Évaluation et système de soins et de services» Direction de santé publique ; Annie Sanscartier, orthophoniste, CHU de Québec, CHUL;

Révision scientifique

Annie Sanscartier, orthophoniste, Centre hospitalier universitaire de Québec, CHUL.

Ève-Line Bussièrès, Ph.D. M. Sc. (c), Centre Jeunesse de Québec-Institut Universitaire (CJQ-IU).

Conception graphique et mise en page

Madame Nadine Michaud, adjointe administrative, CSSS de la Vieille-Capitale.

Correspondance

ETMISSS-PL

CSSS de la Vieille-Capitale, centre affilié universitaire

Sylvie St-Jacques Ph.D., responsable scientifique

880, rue Père-Marquette, 3^e étage

Québec (Québec) G1S 2A4

Sylvie.St-Jacques@csssvc.qc.ca

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CSSS de la Vieille-Capitale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CSSS de la Vieille-Capitale, le comité consultatif et les réviseurs ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

Pour citer ce document : St-Jacques, S., Dussault, J. (2013). Amélioration de l'organisation des services de première ligne en orthophonie auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans présentant un problème langagier. Québec : ETMISSS-PL, CSSS de la Vieille-Capitale, 61 p

Dépôt légal : 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89680-076-6 (imprimé)

ISBN : 978-2-89680-077-3 (PDF)

ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans ce rapport initialement publié en octobre 2013. Des corrections et précisions ont été apportées aux pages 31 et 32 de l'annexe I, au niveau des schémas et des tableaux présentant un résumé succinct de l'offre de services de première ligne en orthophonie des CSSS Alphonse-Desjardins et de Québec-Nord.

Les conclusions du rapport et les recommandations demeurent inchangées. L'annexe I présente une mise en contexte et non des résultats sur lesquels sont basés les recommandations offrant des pistes de solutions pour diminuer les listes d'attente pour l'évaluation en première ligne des enfants de 0 à 5 ans présentant des problèmes langagiers.

Amélioration de l'organisation des services de première ligne en orthophonie auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans présentant un problème langagier

Sylvie St-Jacques, Julie Dussault

Le retard de langage touche un bon nombre d'enfants de 2 à 5 ans. L'incidence de trouble de la parole et du langage dans cette population est estimée à environ 13 % (Hôpital pour enfants de Montréal). L'offre de services de première ligne en orthophonie vise à rejoindre tous les parents par des mesures préventives et à offrir une gamme de services incluant l'évaluation orthophonique, la réalisation d'interventions et l'orientation des enfants vers les services de deuxième et troisième lignes lorsque cela est nécessaire (Ricciardi & Charier, 2009).

Dans la région de Québec, un modèle d'organisation des services de première ligne en orthophonie, dont se sont inspirés plusieurs centres de santé et de services sociaux (CSSS) a été développé en 1998 (Allard et coll., 1998) et adapté au fil des ans (**Annexe I**). Outre plusieurs activités de promotion et de prévention, l'offre de services inclut une soirée d'information suivie d'ateliers de formation pour les parents, d'une évaluation individuelle et, selon les besoins de l'enfant, de rencontres d'intervention ou de contrôle en présence des parents. Les enfants avec un retard ou un trouble persistant du langage sont dirigés vers les services de deuxième et troisième ligne en orthophonie.

La recrudescence des naissances et les activités de détection de plus en plus fréquentes, notamment dans les services de garde, ont

entraîné une augmentation importante du nombre d'enfants dirigé vers les services de première ligne en orthophonie. En raison de la demande accrue de services et du nombre limité de ressources en orthophonie, un goulot d'étranglement survient au niveau de l'évaluation des enfants, occasionnant de longs délais d'attente qui se mesurent en plusieurs mois et parfois en années. Les enjeux sont importants, car cette situation est préjudiciable à la réussite scolaire et à l'intégration sociale de l'enfant ayant des problèmes langagiers qui n'aura pas été pris en charge par un orthophoniste avant son entrée à l'école.

Les milieux de première ligne doivent donc trouver des stratégies pour améliorer leurs services d'orthophonie auprès des enfants d'âge préscolaire, et ce, dans un contexte de restrictions des finances publiques et de pénurie d'orthophonistes (Service Canada, 2012). Dans le cadre de la révision de son offre de services en orthophonie afin de diminuer la liste des enfants en attente d'évaluation, la Direction de la santé mentale, de l'enfance et de la jeunesse du CSSS de la Vieille-Capitale a confié à son unité d'évaluation des technologies et interventions en santé et services sociaux de première ligne (UETMISSS-PL) le mandat d'identifier des modèles ou des modalités qui permettraient d'améliorer l'accès aux services d'orthophonie de première ligne pour les enfants de 0-5 ans présentant un retard ou un trouble de langage.

Recommandations

Afin de réduire la liste des enfants de 0 à 5 ans en attente d'une évaluation en orthophonie de première ligne, l'analyse des données probantes issues de la littérature et des entrevues nous permet d'énoncer les recommandations suivantes :

- Considérer le développement d'une approche intégrée combinant plusieurs stratégies complémentaires en fonction des besoins de la clientèle et des compétences interprofessionnelles;
- Maintenir l'implication des parents, notamment en considérant la possibilité de mettre en place des groupes de formation impliquant des dyades parent-enfant;
- Envisager l'intervention en petits groupes fondée sur les objectifs des plans d'intervention individuels;
- Confier la gestion des rendez-vous à du personnel de soutien administratif afin de libérer du temps clinique.

Question décisionnelle

L'objectif principal de cette synthèse des données probantes est d'identifier des modèles ou des modalités permettant d'améliorer l'accès aux services d'orthophonie de première ligne pour les enfants de 0-5 ans présentant un retard ou un trouble de langage. Considérant l'importance de prendre en charge ces enfants le plus tôt possible et la longueur des listes d'attente pour accéder aux services d'orthophonie, la question d'ETMISSS-PL posée par la Direction de la santé mentale, de l'enfance et de la jeunesse du CSSS de la Vieille-Capitale est la suivante :

« *Quel(s) modèle(s) d'organisation des services de première ligne en orthophonie permettraient de répondre en temps opportun et à l'aide des ressources disponibles aux besoins d'évaluation et de traitements des enfants de 0 à 5 ans présentant un problème langagier?* »

Questions d'ETMISSS-PL

La question d'ETMISSS-PL découlant de la question décisionnelle est la suivante :

Quelles stratégies organisationnelles permettent de réduire la liste d'attente pour accéder aux services d'orthophonie chez les enfants âgés de 0 à 5 ans présentant un retard ou un trouble de langage?

Cette synthèse des données probantes comprend deux étapes concomitantes :

- La réalisation d'une revue systématique de la littérature récente en lien avec l'accessibilité des services d'orthophonie pour les enfants de 0 à 5 ans présentant un retard ou un trouble de langage.
- La réalisation d'entrevues auprès de CSSS qui ont réduit leur liste d'attente à la suite de la modification de leur offre de services en orthophonie de première ligne pour les enfants de 0-5 ans.

Quelques notions de base

Chez l'enfant présentant un retard de langage, le développement des capacités langagières suit un cours normal mais à un rythme plus lent que celui des autres enfants du même âge. S'il n'est pas causé par une maladie ou un handicap, dans plusieurs cas le retard peut être rattrapé. Aussi, certains enfants éprouvent des difficultés de la parole (hésitations, bégaiement) ou de la voix (Hôpital de Montréal pour enfants, Nelson, 2006a, b).

Les enfants atteints d'un trouble spécifique ou primaire de langage éprouvent des problèmes à apprendre, à parler ou à comprendre en dépit du fait qu'ils se développent normalement sur tous les autres aspects. Ces enfants n'ont ni trouble auditif, ni handicap physique qui pourraient expliquer leurs difficultés. Le retard ou le trouble primaire de langage se présentent de façon hétérogène. Les difficultés peuvent être légères, modérées ou sévères; elles peuvent être persistantes ou transitoires; elles peuvent affecter la production (langage expressif) ou la compréhension (langage réceptif) ou les deux (Hôpital de Montréal pour enfants; Nelson, 2006a, b).

Le trouble de langage expressif se caractérise par une capacité d'expression au-dessous du niveau approprié à l'âge de l'enfant. La forme (morphologie, syntaxe, phonologie), le contenu (sémantique et lexique) et l'utilisation (pragmatique) du langage peuvent être touchés (Hôpital de Montréal pour enfants; Nelson, 2006a, b). Le trouble de langage réceptif est observé lorsqu'un enfant n'est pas en mesure de comprendre le langage dans les limites de la normale pour son âge. L'enfant a de la difficulté à suivre des directives, à comprendre des mots et des phrases et à répondre aux questions (Law, Garret & Nye, 2003; Schooling et coll., 2010).

Il n'existe pas de pratique universelle concernant le type d'intervention à offrir, la durée ou l'intensité (Law et coll., 2003). Les méthodes de prestation de services varient d'un programme d'intervention à l'autre. Elles peuvent être directes, c'est-à-dire administrées par un orthophoniste ou indirecte par l'intermédiaire d'une tierce personne formée par l'orthophoniste (formation des parents, consultation avec les éducateurs). L'intervention directe peut être pratiquée en mode individuel ou en petits groupes, dépendant de l'âge et des besoins de l'enfant. Les interventions peuvent avoir lieu dans différents environnements, soit en clinique, en milieu scolaire ou préscolaire, ou à domicile (Law et coll., 2003; McGinty & Justice, 2006). Le type, la durée et l'intensité des interventions dépendent avant tout des besoins de l'enfant, mais également des ressources disponibles et des politiques des services d'orthophonie.

Étape I : Revue systématique

Une recherche préliminaire dans la base de données PubMed n'a révélé aucune étude ou revue publiée en lien avec les trajectoires de soins en orthophonie de première ligne pour les enfants présentant un retard ou un trouble primaire du langage.

Par ailleurs, une recherche rapide sur internet a permis de répertorier des documents hautement pertinents, dont un rapport synthèse publié par le CSSS et l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke concernant la démarche de révision de l'offre de services d'orthophonie pour les enfants (Équipe des orthophonistes de la direction des services et programmes spécifiques aux enfants, 2010) et le Plan d'action montréalais pour l'amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes produit par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Ricciardi & Charier, 2009). Cependant, aucune

trajectoire et aucune mesure d'impact sur l'accessibilité ne sont rapportées.

Par ailleurs, un essai synthèse portant sur l'identification de stratégies pour améliorer les services d'orthophonie pour les enfants âgés de 3 à 6 ans présentée dans le cadre du programme de deuxième cycle en pratiques de la réadaptation de l'Université de Sherbrooke (Ratelle, 2011) a été répertorié. Quatre modalités permettant de voir plus rapidement les enfants ont été identifiées, soit les interventions de groupes, les interventions effectuées par un éducateur spécialisé, l'intensité des interventions et l'implication des parents (Ratelle, 2011). Bien que cette étude soit spécifique aux services de deuxième ligne, elle a inspiré la sélection des documents et l'analyse des données recueillies.

Une revue systématique de la littérature a été réalisée en lien avec les modalités d'évaluation et d'intervention susceptibles d'améliorer l'accès des enfants d'âge préscolaire aux services d'orthophonie. À la suite de la consultation du demandeur et des membres du comité consultatif, la recherche bibliographique a été limitée aux documents publiés à une date ultérieure à janvier 2000.

Méthode

Avec l'aide d'une spécialiste en documentation, une stratégie de recherche a été développée

pour interroger les bases de données MEDLINE®, CINHAL®, EMBASE, ERIC, Web of science, Psyc INFO ainsi que les bibliothèques Campbell et Cochrane. Pour cette synthèse des données probantes, la période couverte est de janvier 2000 à juin 2013¹. Aussi, 76 sites Internet pertinents ont été consultés pour la recherche de la littérature grise (documents gouvernementaux, universitaires et d'organisations reconnues). Les références bibliographiques des documents retenus ont également été vérifiées.

Les deux auteures ont procédé de façon indépendante à la sélection des documents, à l'évaluation de la qualité des articles sélectionnés et à l'extraction des données². Après chacune de ces étapes, les résultats ont été mis en commun et les désaccords ont été résolus par discussion.

Les critères d'inclusion des documents sont présentés dans l'**Encadré 1**. La qualité méthodologique des études et des revues incluses a été évaluée à l'aide d'outils validés (Kmet et coll., 2004; Shea, 2007). Seuls les documents ayant obtenu un pointage de 50 % et plus ont été retenus. Les données rapportées dans ces documents ont été extraites à l'aide d'une grille structurée. Le niveau de la preuve scientifique (**Encadré 2**) a été déterminé selon le design de l'étude (Petrie et coll., 1995).

¹ La stratégie de recherche détaillée ainsi que la liste des sites Internet visités sont disponibles sur demande.

² La grille d'extraction est disponible sur demande.

Encadré 1. Critères d'inclusion des documents

Phase I (à partir du titre et du résumé)

- ✓ Rédigé en français ou en anglais;
- ✓ Réalisé dans des pays dont les conditions socio-économiques sont comparables à celles du Canada (Amérique du Nord, divers pays d'Europe, Japon et Australie);
- ✓ Mention des termes « *speech or language delay or disorder or impairment* » ou de termes équivalents;
- ✓ Fait référence à un retard ou un trouble de la parole et du langage sans diagnostic d'une autre pathologie (ex. : autisme, syndrome de Down);
- ✓ Inclut des enfants d'âge préscolaire;
- ✓ Traite de l'évaluation ou du traitement des enfants avec un retard ou un trouble de la parole et du langage;
- ✓ Fait référence aux modalités, à l'organisation ou à la trajectoire de soins en orthophonie.

Phase II (à la lecture de l'article)

- ✓ Rédigé en français ou en anglais;
- ✓ Études primaires et articles de revue;
- ✓ Pays comparables au Canada;
- ✓ Retard ou trouble de la parole et du langage sans diagnostic d'une autre pathologie;
- ✓ Inclut des enfants d'âge préscolaire;
- ✓ Décrit les modalités, l'organisation ou la trajectoire des soins en orthophonie de première ligne;
- ✓ Mesure l'impact sur l'accès aux services d'orthophonie.

Encadré 2. Niveau de preuve et classement des recommandations

*Niveau de preuve scientifique	Type d'évidence	Grade des recommandations
Ia	Méta-analyse d'essais contrôlés	A Preuve scientifique établie
Ib	Au moins un essai réparti au hasard contrôlé	A Preuve scientifique établie
IIa	Au moins une étude bien menée, contrôlée mais non-répartie au hasard	B Présomption scientifique
IIb	Au moins un autre type d'étude quasi-expérimental bien mené	B Présomption scientifique
III	Étude non-expérimentale descriptive bien menée	C Faible niveau de preuve scientifique
IV	Rapports d'opinions de comités d'experts et expériences cliniques d'autorités respectées	C Faible niveau de preuve scientifique

Petrie, Barnwell & Grimshaw, 1995

Résultats

Sélection des documents

Les étapes de sélection des documents sont schématisées à l'**Annexe 2**. Des 171 documents potentiellement éligibles (99 issus des banques bibliographiques, 40 de la littérature grise et 32 de la bibliographie des publications retenues) selon les critères de la première phase d'inclusion, 27 ont été retenus sur la base des critères de la deuxième phase, soit 17 publications et 10 documents issus de la littérature grise.

La qualité des études primaires varie de 50 % à 92 % (médiane 77 %) et celle des revues de 60 % à 82 % (médiane 80 %). Le niveau de preuve varie de Ib à III avec trois études de niveau I et quatre études de niveau III. Deux revues ont été exclues en raison de leur faible qualité méthodologique (Alberta Health and Wellness, 2004; Girolametto, 2010). Par ailleurs, une même revue systématique et méta-analyse ayant fait l'objet de trois publications (Law & Garrett, 2004; Law et coll. 2003, 2005), seule la revue Cochrane a été retenue pour l'extraction des données (Law et coll., 2003). Au total, 23 documents sont inclus, soit 18 études primaires et 5 revues.

Description des documents retenus

Les caractéristiques des documents sont rapportées dans les tableaux 1 (études primaires) et 2 (revues) à l'**Annexe 3**.

La majorité des études primaires a été réalisée au Royaume-Uni et ailleurs en Europe, suivi de l'Australie et des États-Unis. L'approche méthodologique la plus utilisée est l'étude quasi-expérimentale avec mesures avant et après. Les résultats de quatre essais contrôlés et de quatre études descriptives sont aussi rapportés.

L'objectif de la majorité des études était d'évaluer et de comparer l'efficacité de différentes modalités d'intervention ou de nouveaux programmes sur le langage des enfants. Six études sur 18 avaient comme objectif principal d'évaluer l'impact de nouvelles approches sur la prestation des soins.

Parmi les cinq revues retenues, trois ont été réalisées aux États-Unis, une au Royaume-Uni et une en Australie. Quatre sont des revues systématiques avec ou sans méta-analyse et une autre a utilisé une approche systématique. Les objectifs principaux de ces revues étaient d'identifier les interventions les plus efficaces auprès des enfants avec un retard ou un trouble du langage ou de déterminer, à l'aide de données probantes, l'efficacité de différentes modalités de prestation des soins.

Modalités et approches susceptibles de favoriser l'accès aux services d'orthophonie

Les résultats extraits des documents inclus dans la revue de la littérature sont rapportés dans les tableaux 1 (études primaires) et 2 (revues) à l'**Annexe 4**. Les données probantes sont résumées et regroupées selon les modalités et les approches utilisées pour la prestation des services d'orthophonie.

Interventions indirectes

Six études primaires (Baxendale & Hesketh, 2003; Buschmann et coll., 2009; Gallagher & Chiat, 2009; Gibbard et coll., 2004; Lancaster et coll., 2010; van Balkom et coll., 2010) et trois revues systématiques (Enderby et coll., 2009; Lawler, 2013) rapportent des résultats concernant l'efficacité des interventions indirectes, soit celles administrées par les parents ou par d'autres professionnels, comparativement à l'efficacité d'interventions directes administrées par l'orthophoniste.

Ces études ont démontré que les interventions indirectes réalisées par les parents (Baxendale & Hesketh, 2003; Gibbard et coll., 2004; Law et coll., 2003; Lawler, 2013), des assistants ou des éducateurs (Baxendale & Hesketh, 2003; Enderby et coll., 2009; Law et coll., 2003) formés par des orthophonistes ne sont pas moins efficaces que les interventions directes pour améliorer le langage des enfants, notamment dans les cas d'un retard ou d'un trouble du langage expressif (Buschmann et coll., 2009; Lawler, 2013; Schooling et coll., 2010; van Balkom et coll., 2010). D'autres rapportent néanmoins des gains de langage plus modestes par rapport à une approche directe individuelle en présence des parents combinée à la réalisation d'exercices à domicile (Lancaster et coll., 2010). Cependant, en raison de la nécessité de formation, l'administration d'interventions par les parents serait plus coûteuse en temps et en argent que des interventions directes et individuelles (Baxendale & Hesketh, 2003; Gibbard et coll., 2004; van Balkom et coll., 2010).

Implication des parents

Deux des études primaires retenues rapportent des résultats concernant l'implication des parents (Maillard et coll., 2011; Ciccone et coll., 2012). L'implication des parents se distingue de l'intervention indirecte administrée par les parents par le fait que ceux-ci ne pratiquent pas d'intervention, mais jouent un rôle de soutien. Ce rôle implique leur participation à des groupes de formation de parents où l'orthophoniste enseigne des techniques à reprendre à la maison ou l'application de conseils prodigués par l'orthophoniste lors des interventions directes (Girolametto, 2010; Ratelle, 2011). Les deux études ont rapporté des changements importants dans le comportement des parents suite à des activités de guidance parentale (Maillard et coll., 2010) ou à leur participation à un programme de

formation avec leur enfant (Ciccone et coll., 2012). Ces changements de comportement ont entraîné une amélioration significative du langage de l'enfant.

Interventions de groupes

Bien qu'aucune des études primaires incluses n'ait évalué et comparé l'efficacité des interventions réalisées en groupes par rapport aux interventions individuelles, deux revues systématiques ont rapporté, sur la base d'études publiées avant 2000, l'absence de différences significatives d'efficacité entre les deux types d'interventions (Law et coll., 2003; Schooling et coll., 2010).

Intensité des interventions

Quatre des études primaires retenues ont évalué l'impact de l'intensité des interventions sur les gains de langage des enfants. L'intensité fait référence notamment à la fréquence des interventions au cours d'une période de temps donnée et à la durée de la période sur laquelle s'étendent les interventions. Les études publiées rapportent des résultats différents. Pour un même nombre d'heures d'interventions, une étude avant-après n'a constaté aucune différence d'efficacité en fonction de la fréquence des interventions (4x/sem vs 2x/sem) (Bellon-Harn, 2012) alors qu'un essai contrôlé randomisé a démontré des gains de langage plus importants lorsque la fréquence des interventions était plus élevée (3x/sem vs 1x/sem) (Allen, 2013). Les résultats d'une revue systématique suggèrent également que l'augmentation de la fréquence des interventions favoriserait l'amélioration du langage expressif (Schooling et coll., 2010). En lien avec ces résultats, une étude a démontré qu'une approche thérapeutique comportementale, avec remise de récompenses à l'enfant, a augmenté significativement la fréquence et la durée des sessions de pratique à la maison, améliorant

ainsi l'efficacité des interventions directes individuelles (Günther & Hautvast, 2010).

D'autre part, une approche combinant des interventions individuelles en présence des parents et des exercices à domicile s'est montrée plus efficace lorsqu'elle était réalisée sur une période de six mois comparativement à une période de trois mois (Lancaster et coll., 2010). Une revue systématique a également indiqué une plus grande efficacité des interventions réalisées sur une plus longue période de temps comparativement à une période plus courte (Law et coll., 2003).

Modèles consultatifs

Trois des études primaires retenues concernent l'implantation d'un modèle consultatif, combinant des interventions de groupe directes et indirectes qui sont réalisées en garderie ou en milieu préscolaire (Gallagher & Chiat, 2009; Hayes et coll., 2012; McKean et coll., 2012). L'orthophoniste supporte l'éducateur ou le professeur au cours d'activités communes et, lorsque l'orthophoniste ne pratique pas d'intervention directe, l'éducateur ou le professeur continue les activités avec les enfants (Gallagher & Chiat, 2009). Lorsque comparé à l'approche traditionnelle individuelle avec l'orthophoniste, le modèle consultatif serait plus efficace pour aborder le retard ou le trouble du langage expressif (Gallagher & Chiat, 2009; McGinty & Justice, 2006). De plus, la réalisation d'interventions en milieu préscolaire ou scolaire aurait l'avantage d'intervenir auprès de l'enfant sans modifier sa routine, et ce, même si les parents ne sont pas toujours disponibles pour accompagner l'enfant (Hayes et coll., 2012). Par ailleurs, une approche centrée sur la famille, impliquant une consultation accrue des parents dans la prise de décisions concernant les interventions auprès de leur enfant n'a démontré aucun bénéfice pour l'enfant et aucun

impact sur la satisfaction des parents (McKean et coll., 2012).

Approches intégrées

Trois études primaires ont démontré que la mise en place d'approches intégrées combinant une gestion centralisée des dossiers, la participation de plusieurs professionnels et des cycles continus d'interventions avaient un impact important. L'approche intégrée permettait notamment de réduire les listes d'attente (Benedyk, 2011; Chandler & Pickering, 2004; Hayes et coll., 2012), d'intervenir auprès d'enfants plus jeunes (Hayes et coll., 2012), de diminuer les taux d'absence aux rendez-vous (Benedyk, 2011), de favoriser la collaboration entre les professionnels (Benedyk, 2011) et d'améliorer la satisfaction des parents et des orthophonistes (Chandler & Pickering, 2004).

Gestion des rendez-vous

Deux études ont présenté des stratégies afin de réduire les taux d'absence aux rendez-vous aux séances d'évaluation ou d'intervention, évitant ainsi une perte de temps pour l'orthophoniste (David & Hackshall, 2006; Morris & Stein, 2005). Des modifications logistiques comme que du temps administratif pour contacter les parents par téléphone pour décider du moment et du lieu de rendez-vous, a permis de réduire de 10 à 35 % les taux d'absence aux rendez-vous initiaux.

Technologies de l'information et de la communication

Deux des études retenues traitent de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour l'évaluation et le traitement des enfants présentant un problème langagier (van Balkom et coll., 2010; Waite et coll., 2006).

Une étude préliminaire de validation d'un système de télésanté a rapporté un accord adéquat entre les évaluations face-à-face et en ligne de jeunes enfants présentant un trouble du langage (Waite et coll., 2006). Une autre étude a confirmé l'efficacité d'un programme d'intervention indirecte par des parents ayant

suivi une formation vidéo à domicile pour le traitement du retard de langage de leur enfant (van Balkom et coll., 2010). Selon les auteurs, l'utilisation de ces technologies informatiques pourrait être une solution pour palier à la pénurie d'orthophonistes.

À l'issue de cette revue de la littérature, les modalités susceptibles d'avoir un impact favorable sur l'accès aux services d'orthophonie pour les enfants de 0-5 ans sont les suivantes :

- La réalisation d'interventions indirectes par les parents ou des éducateurs;
- La réalisation d'interventions de groupe;
- L'utilisation de modèles consultatifs impliquant à la fois les orthophonistes et les éducateurs en garderie ou en milieu préscolaire;
- La mise en place d'une approche intégrée (gestion centralisée des dossiers, collaboration entre orthophonistes et autres professionnels, cycles continus d'interventions);
- La gestion des rendez-vous dans le but de limiter les absences;
- L'utilisation des technologies de l'information et de la communication.

Étape 2 : Entrevues auprès des CSSS

Le but de cette étape était d'identifier et de documenter auprès de CSSS du Québec les changements apportés à la trajectoire pour les enfants 0-5 ans dans les services d'orthophonie de première ligne ayant entraîné une réduction de la liste d'attente. Pour les besoins de la question d'ETMISSS-PL et par souci de synthèse et de clarté, seules les données reliées au cheminement des enfants à partir de la demande de services en orthophonie sont rapportées et analysées. Les activités de promotion et les mesures préventives, tant universelles que sélectives, de même que les mesures adaptées à

la clientèle vulnérable n'ont pas été abordées dans cette synthèse. L'objectif n'est pas de mesurer ou de comparer l'efficacité des services d'orthophonie entre les établissements, mais d'identifier des pistes de solution afin que les enfants soient pris en charge le plus tôt possible et avant leur entrée scolaire.

Méthode

Recrutement des CSSS

Vingt-trois CSSS dans 14 régions administratives du Québec ont été contactés. Suite à l'explication des objectifs du projet, deux questions leur ont été posées : *Est-ce que des chan-*

gements ont été apportés à votre offre de services en orthophonie pour les enfants de 0 à 5 ans? Si oui, est-ce qu'une réduction de la liste d'attente a été observée suite à ces changements? Pour les CSSS qui ont répondu par l'affirmative à ces deux questions, une entrevue téléphonique avec un gestionnaire et un orthophoniste a été proposée.

Collecte de données

Un questionnaire d'entrevue a été développé et validé auprès des CSSS de la Vieille-Capitale (demandeur), Alphonse-Desjardins et Québec-Nord³. Le questionnaire a été envoyé aux répondants quelques jours avant l'entrevue. Les entretiens, d'une durée d'environ 60 minutes, ont été enregistrés et les comptes rendus intégraux ont été transcrits. Les informations ont été colligées dans une grille structurée, schématisées puis validées auprès des personnes interviewées.

Résultats

Sélection des CSSS

Des quatorze CSSS qui ont été rejoints, quatre ont apporté des modifications à leurs services de première ligne en orthophonie et ont réussi à réduire la liste d'attente pour les enfants de 0 à 5 ans. Un cinquième CSSS où la mise en place de services d'orthophonie est relativement récente a été retenu en raison de l'absence de liste d'attente. Les données extraites des entrevues, incluant les entrevues de validation du questionnaire, sont résumées sous forme de tableaux et les trajectoires sont présentées sous forme de schémas à l'Annexe 4. Les données sont regroupées en trois catégories : la gestion des demandes et des rendez-vous, la trajectoire dans les services d'orthophonie de première ligne et les données

organisationnelles. Les modifications apportées sont mises en évidence dans des colonnes avant/après dans les tableaux et sont brièvement présentées dans les paragraphes suivants. L'impact des modifications sur les listes d'attente est illustré au **Tableau 1**.

Modifications à la trajectoire des services en orthophonie pour les enfants 0-5 ans

CSSS de l'Énergie, Shawinigan

Un guichet unique de réception des demandes en lien avec un trouble du développement a été mis en place en janvier 2011. Auparavant, les demandes de services en orthophonie étaient transférées à une agente administrative qui les inscrivait sur une liste d'attente jusqu'à ce qu'un orthophoniste puisse recevoir l'enfant en évaluation individuelle. Les enfants n'avaient alors reçu aucune forme d'évaluation. L'orthophoniste faisait donc le premier accueil ce qui impliquait beaucoup de discussion et de dépistage, souvent des références vers d'autres services, ce qui diminuait considérablement le temps d'orthophonie clinique. La liste d'attente atteignait alors de 17 à 30 mois.

Depuis janvier 2011, toutes les demandes de services, qu'elles concernent l'orthophonie, l'ergothérapie ou autre sont reçues par une agente de liaison. Les parents remplissent d'abord un questionnaire puis sont vus par un éducateur spécialisé qui procède à une évaluation générale en développement (GED). Les parents des enfants présentant des problèmes de langage, moteur ou autre sont conviés à deux rencontres d'information. Par la suite, parents et enfants participent à une série de rencontres de stimulation au terme desquelles un orthophoniste pratique une évaluation sommaire de l'enfant dans un but de priorisation. Les enfants sont alors placés sur une liste d'attente pour une évaluation individuelle approfondie. Au moment de l'évaluation ces enfants ont déjà passés plusieurs étapes et sont

³ Disponible sur demande

mieux orientés. En un an, la liste d'attente pour évaluation et intervention en orthophonie est passée de trente à six mois.

CSSS de Jeanne-Mance

Des services en orthophonie de première ligne ont été mis place en septembre 2008. Le modèle utilisé est inspiré de celui instauré au CSSS de Québec-Nord. Cependant, les enfants de trois ans et plus sont vus en groupes de deux à trois enfants et reçoivent un maximum de cinq rencontres d'intervention. Les enfants de moins de trois ans ont un suivi indirect individuel. Jusqu'à maintenant, l'attente ne dépasse pas deux mois.

CSSS de Memphrémagog

Le principal changement a été d'aménager des périodes consacrées exclusivement à l'évaluation des enfants. Ainsi, trois fois par année, les orthophonistes procèdent à des évaluations sur une période intensive d'un mois. L'intensité des interventions a également été diminuée, passant de douze à huit rencontres par bloc d'intervention chez les enfants de quatre ans et plus. Lorsque cette approche a été mise en place en 2009, il a été possible d'épuiser la liste d'attente avant la période d'évaluation suivante, réduisant ainsi la liste d'attente de plus de douze mois à quatre mois. Cependant, une augmentation importante du nombre de demandes en 2010 a ramené ces listes à presque dix mois.

CSSS du Sud-de-Lanaudière

Le CSSS du Sud-de-Lanaudière est issu de la fusion de deux MRC (municipalités régionales de comté) qui a permis de regrouper deux CLSC, le Centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur et la création de la clinique régionale d'évaluation du développement de l'enfant dans Lanaudière (CREDEL). Cette fusion a conduit au regroupement des orthophonistes, doublant presque le nombre de ressources en orthopho-

nie de première ligne mais aussi le nombre de demandes de services. Auparavant, les enfants étaient d'abord vus en CLSC pour une évaluation sommaire et remis sur une liste d'attente pour un suivi individuel en centre hospitalier, ce qui occasionnait des délais qui pouvaient atteindre près de trois ans. Le regroupement des services au même endroit offre une meilleure continuité dans la prestation des soins d'orthophonie. Un changement majeur dans la prestation des services a été la mise en place de séances de « *modeling* » parents-enfants permettant d'outiller et d'entraîner les parents au niveau de la stimulation du langage. Les enfants de quatre ans et plus qui nécessitent des interventions sont vus en thérapie jumelée, impliquant de deux à trois dyades parent-enfant. Ces changements ont permis, lorsque tous les postes d'orthophonie étaient comblés, de réduire la liste d'attente de deux ans à moins de six mois, en seulement un an.

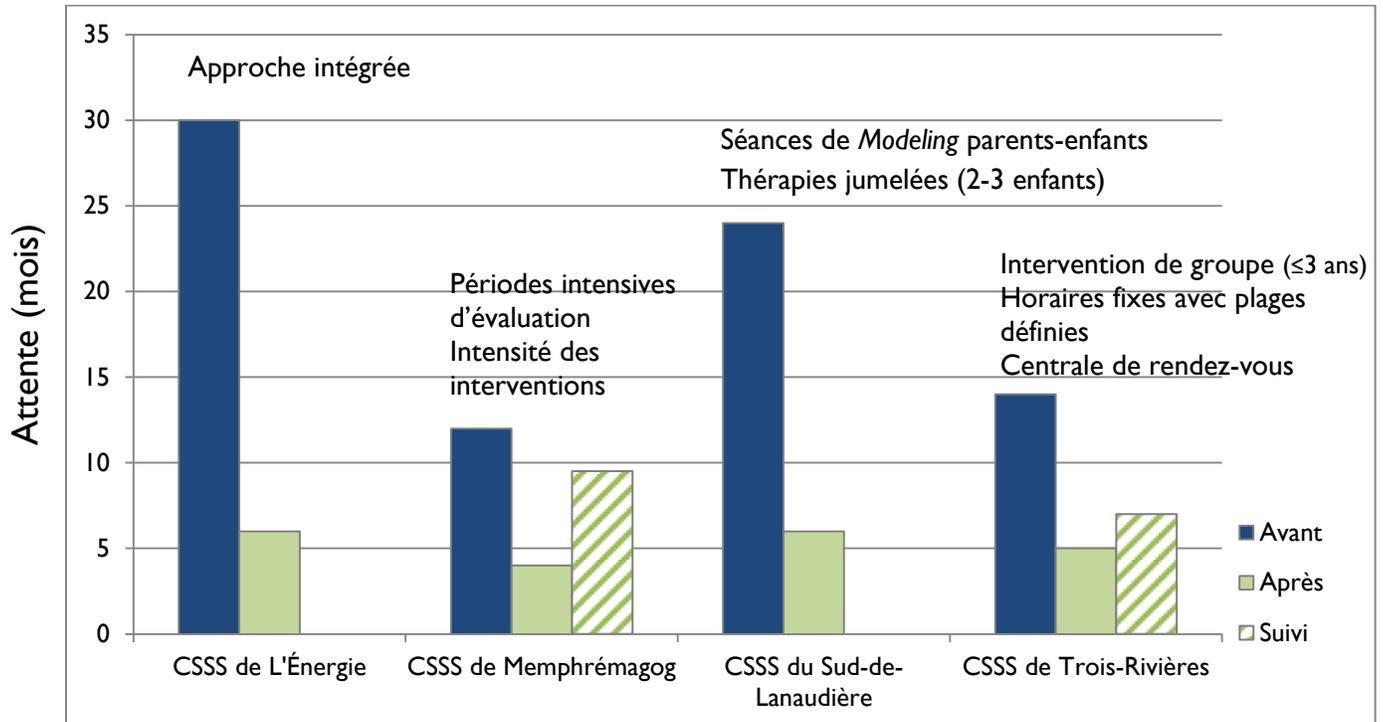
CSSS de Trois-Rivières

Un projet Lean a été réalisé en 2010 afin d'améliorer l'organisation des soins d'orthophonie pour augmenter l'accès aux services et diminuer la liste d'attente. Plusieurs changements ont été apportés suite à cet exercice. La modification ayant eu le plus d'impact a été la création de groupes d'intervention pour les enfants de trois ans et moins. À l'intérieur de groupes constitués de huit enfants et de deux orthophonistes, des exercices sont démontrés puis exécutés par le parent avec son enfant, sous la supervision de l'orthophoniste. En plus de son impact sur la liste d'attente, cette approche a permis de former et de mobiliser les parents entre eux. Aussi, l'établissement d'horaires fixes avec des plages bien définies pour les évaluations et les interventions a permis d'améliorer l'efficacité et la qualité de vie des orthophonistes. De plus, la prise de rendez-vous a été transférée à un centre de rendez-vous, libérant

ainsi du temps d'orthophonie. À la suite de toutes ces modifications en 2011, la liste d'attente est passée de quatorze à mois, le nombre de nouvelles références par années est passé de 250 à 395 et le coût par usager a diminué d'environ 1 100 \$ à 671 \$. Cependant,

en raison d'une augmentation récente et importante du nombre de demandes, la liste d'attente est maintenant de sept mois, ce qui est tout de même en deçà des quatorze mois d'attente avant l'introduction des modifications.

Tableau I. Impact des modifications apportées à l'offre de services en orthophonie sur les listes d'attentes



Suite aux entrevues réalisées auprès des CSSS, les modalités qui ont permis de réduire la liste d'attente en orthophonie pour les enfants 0-5 ans sont les suivantes :

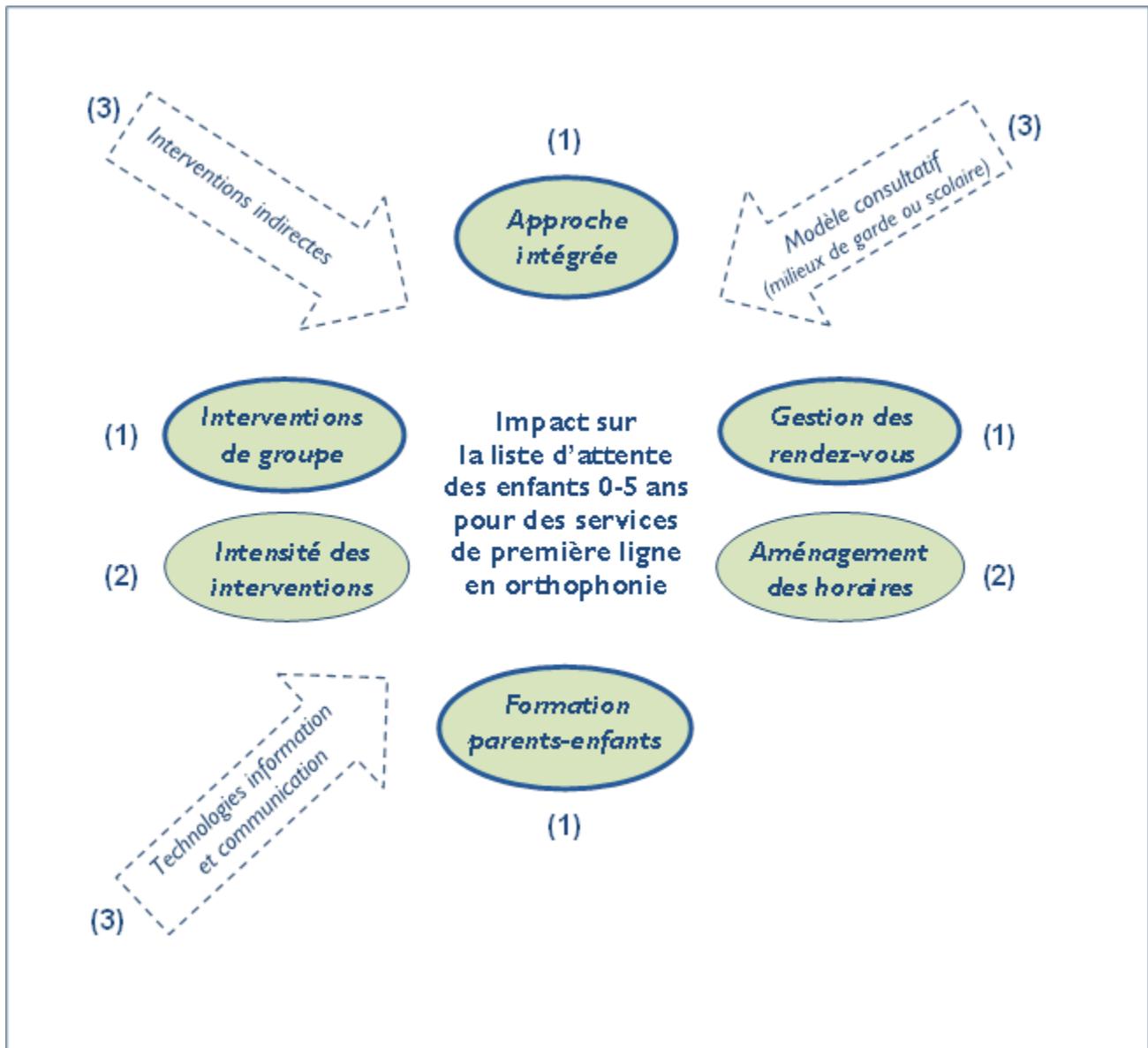
- La mise en place d'une approche intégrée combinant un guichet unique pour la réception de toutes les demandes en liens avec le trouble du développement, accueil par une agente de liaison, évaluation générale par un éducateur spécialisé, rencontres de stimulation avec évaluation sommaire par un orthophoniste avant de placer l'enfant sur une liste d'attente pour les services d'orthophonie (évaluation, interventions, contrôles);
- Des périodes intensives d'évaluation;
- Une diminution de l'intensité des interventions;
- La formation de dyades parent-enfant (*modeling*);
- La réalisation d'interventions de groupe;
- La mise en place d'horaires fixes avec plages réservées (formation, évaluation, intervention);
- Augmentation du temps d'orthophonie clinique en utilisant un service de prises de rendez-vous ou en mettant en place un guichet unique.

Analyse des résultats

Les résultats issus de la revue de la littérature et des entrevues ont été combinés et classés en catégories selon un modèle inspiré des travaux de Ratelle (2011). En recoupant les données pour chaque modalité, il est possible d'identifier **(1)** les pratiques qui se sont montrées efficaces pour diminuer la liste d'attente et qui sont

appuyées par les données probantes issues de la littérature, **(2)** les pratiques qui ont permis de réduire la liste d'attente, mais pour lesquelles il n'y a pas de données probantes issues de la revue de la littérature, ainsi que **(3)** les modalités qui pourraient s'avérer efficaces selon les données rapportées dans littérature et dont le potentiel pour réduire les listes d'attentes pourrait être évalué (**Figure 1**).

Figure 1. Modalités influençant l'accès aux services d'orthophonie.



(1) Stratégies efficaces appuyées par les données probantes

Quatre modalités de prestation des soins d'orthophonie appuyées sur des données probantes dans la littérature se sont avérées efficaces sur le terrain pour réduire les listes d'attente des enfants 0-5 ans. Il s'agit de l'approche intégrée, de la gestion des rendez-

vous, de séances de formation auprès de dyades parent-enfant et d'interventions de groupe.

L'**approche intégrée** origine de l'idée de combiner plusieurs modalités de prestation de services qui, en raison de leurs avantages et de leurs limites, ne suffisent pas à améliorer de façon durable l'accessibilité aux soins lorsqu'elles sont utilisées seules (Pertile & Page,

2003). Cette approche permet la création d'un système unique et flexible de prestation de services centrés sur les besoins des enfants. Par exemple, dans l'approche *Maroondah* (*Maroondah Approach to Clinical Services*), une base de données permet la gestion centralisée des dossiers, tous les orthophonistes ont des plages désignées d'évaluation, d'intervention et de formation, des cycles continus d'interventions individuelles ou de groupes sont offerts et les parents sont impliqués comme partenaires tout au long du processus (Chandler & Pickering, 2004). La mise en place de ce type d'approche a permis au CSSS de l'Énergie de réduire à six mois une liste d'attente qui pouvait atteindre jusqu'à trente mois. Leur modèle implique un guichet unique, une étape de sélection avec un agent de liaison psychoéducateur et des groupes de stimulation par un éducateur spécialisé. Cette approche permet de mieux diriger et de mieux préparer les enfants à l'évaluation. Les parents sont déjà impliqués quand ils rencontrent l'orthophoniste.

L'implication des parents dans des séances de formation ou de *modeling* où des groupes constitués de dyades parent-enfant sont entraînés et suivis afin de réaliser correctement les exercices prescrits par l'orthophoniste fait partie des modifications mises en place au CSSS du Sud-de-Lanaudière. Il a été mentionné en entrevue que cette approche favorise la mobilisation des parents et prépare les enfants à l'intervention. Des études ont en effet rapporté des changements dans le comportement des parents ayant participé à ce type d'activité, entraînant une amélioration importante du langage des enfants (Ciccione et coll., 2012; Maillart et coll., 2010). L'implication des parents se distingue de l'intervention indirecte réalisée par les parents (Girolametto, 2010). Lorsque les parents sont formés par l'orthophoniste dans le but de réaliser des interventions auprès de leurs enfants sans que l'orthophoniste soit présent, ils

deviennent des intervenants indirects. Lorsque les parents sont impliqués dans l'intervention, ils agissent principalement en soutien à la thérapie en assistant à l'intervention administrée par l'orthophoniste et en exécutant des exercices pratiques à la maison suite aux suggestions de l'orthophoniste ou à la participation à des groupes de formation.

La réalisation d'**interventions de groupe** compte parmi les modifications apportées aux modèles de prestation de services des CSSS du Sud-de-Lanaudière et de Trois-Rivières. Dans les deux cas, les enfants de présentant un retard de langage sont vus en petits groupes de deux ou trois enfants en présence des parents. Tel qu'il a été mentionné par les répondants des deux établissements, bien que cette approche permette de voir les enfants plus rapidement, le but premier de l'intervention de groupe n'est pas de réduire les listes d'attente en remplaçant l'intervention individuelle. Les enfants sont regroupés selon leur plan d'intervention personnalisé. Le regroupement d'enfants présentant des difficultés similaires en présence de leurs parents stimule la discussion entre parents et favorise leur mobilisation. Il a été démontré dans la littérature que les interventions de groupe ne sont pas moins efficaces que les interventions individuelles lorsqu'elles sont ajustées aux besoins des enfants (Law et coll., 2003; Schooling et coll., 2010). Par contre, il a été mentionné en entrevue que la charge de travail pour la formation des groupes et la rédaction de dossiers peuvent alourdir la tâche de l'orthophoniste.

Suite à un processus Lean, la **gestion des rendez-vous** d'orthophonie au CSSS de Trois-Rivières a été transférée à un centre de rendez-vous, ce qui a permis aux orthophonistes de récupérer du temps clinique. Il a été rapporté dans la littérature que des modifications logistiques comme l'utilisation de services adminis-

tratifs pour contacter les parents et planifier les rendez-vous ont permis de réduire considérablement les taux d'absentéisme, évitant ainsi une perte de temps pour les orthophonistes (David & Hackshall, 2006; Morris & Stein, 2005).

(2) Stratégies efficaces non appuyées par les données probantes

Un réaménagement des horaires des orthophonistes a eu un impact important sur les listes d'attentes. Suite au processus Lean, des **horaires fixes** avec des plages dédiées à l'évaluation, à l'intervention et à la mise à jour des dossiers ont été mis en place au CSSS de Trois-Rivières. Cette modification a non seulement contribué à réduire la liste d'attente, mais a eu un impact positif sur la qualité de vie des orthophonistes et sur l'esprit d'équipe. Au CSSS de Memphrémagog, l'aménagement de **périodes intensives consacrées à l'évaluation** a permis, lors de sa mise en place, de mettre à jour la liste d'attente jusqu'à la période d'évaluation suivante.

Les données probantes concernant **l'intensité des interventions** ne permettent pas de se prononcer sur la fréquence idéale d'intervention (Law et coll., 2003; Schooling et coll., 2010; Zeng, 2012). Bien que l'on puisse s'attendre à ce qu'une diminution du nombre de rencontres contribue à réduire les listes d'attentes, il a été mentionné en entrevue que le fait d'être passé de douze à huit rencontres par bloc d'intervention au CSSS de Memphrémagog ne semblait pas avoir un impact important sur la liste d'attente. Les blocs d'interventions favorisent l'accès aux services dans la mesure où les interventions offertes sont en quantité suffisante, qu'il y ait une révision après une pause et qu'elles laissent suffisamment de souplesse aux orthophonistes pour qu'ils puissent cesser les

services au moment qui leur semble adéquat (Ratelle, 2011).

(3) Modalités qui pourraient s'avérer efficaces selon les données de la littérature

L'**intervention indirecte** implique que l'orthophoniste intervient auprès de l'enfant par l'intermédiaire d'une tierce personne qu'il forme pour administrer la thérapie. Cet intervenant peut être un autre professionnel, le parent ou une autre personne significative pour l'enfant (Girolametto, 2010; Lawler, 2013). Plusieurs études ont démontré l'efficacité des interventions indirectes (Gallagher & Chiat, 2009; Gibbard et coll., 2004; Lancaster et coll., 2010), notamment suite à la réalisation de programmes structurés de formation de parent comme le programme Hanen (Baxendale & Hesketh, 2003) et le programme Heidelberg (*Heidelberg Parent-based Language Intervention*) (Buschmann et coll., 2009). Un avantage de cette approche comparativement aux interventions directes qui se déroulent généralement en clinique et qui sont balisées dans le temps, est que l'enfant est stimulé de façon continue dans des contextes quotidiens et dans des milieux familiaux. Il faut cependant tenir compte de la disponibilité des parents et de leur capacité à investir des efforts supplémentaires pour ce type d'intervention. À titre d'exemple, le programme Hanen qui était en place au CSSS de Memphrémagog pour les enfants de moins de quatre ans a été abandonné en raison de problème de recrutement.

Dans un **modèle consultatif** les interventions sont réalisées en milieu de garde et en milieu préscolaire ou scolaire à la fois par l'orthophoniste et par les éducateurs ou professeurs (Gallagher & Chiat, 2009). Ce modèle s'est montré plus efficace que l'approche traditionnelle individuelle avec l'orthophoniste dans les cas d'un retard ou d'un trouble du langage expressif (Gallagher & Chiat, 2009; McGinty &

Justice, 2006). Il présente l'avantage de voir l'enfant dans son milieu sans interférer avec sa routine (Hayes et coll., 2012).

Selon l'*American Speech-Language-Hearing Association*, la « virtualisation » des services fait partie des défis à relever au cours de la décennie. Plusieurs services pourraient être offerts en ligne et les orthophonistes auront à maîtriser les habiletés nécessaires au développement de programmes utilisant les **nouvelles technologies de l'information et de la communication** (Johnson & Pietranton, 2006). Des résultats suggèrent que la prestation de certains services d'orthophonie par télésanté donne des résultats équivalents à une rencontre face-à-face (Waite, 2006; Reynolds, 2009; Packman, 2012).

Discussion

Plusieurs pays font face à la même problématique des listes d'attentes pour les services d'orthophonie chez les enfants d'âge préscolaire. Pourtant, il existe très peu d'études sur le sujet. Plusieurs alternatives aux interventions traditionnelles se sont montrées efficaces pour améliorer le langage, mais leur impact sur l'accessibilité des soins est peu documenté.

Bien que, sur le terrain, au Québec, certains CSSS aient réussi à réduire leur liste d'attente suite à certaines modifications de leur trajectoire de services en orthophonie pour les enfants, la situation demeure souvent précaire. Par exemple, suite à une augmentation inattendue du nombre de demandes sur le territoire du CSSS de Memphrémagog, la liste d'attente qui avait pratiquement été éliminée par l'intro-

duction de périodes d'évaluation intensives est remontée à près de dix mois. Par ailleurs, dès qu'un poste est laissé vacant par un départ (maternité, maladie, congé sans solde), le délai d'attente augmente. C'est notamment ce qui s'est produit sur le territoire du CSSS Sud-de-Lanaudière.

Certaines stratégies ont un impact significatif sur les listes d'attente pour les enfants d'âge préscolaire. Il demeure toutefois impératif de continuer à innover pour améliorer l'accessibilité à des services d'orthophonie en première ligne au plus grand nombre possible d'enfants afin de favoriser leur réussite et leur intégration scolaires.

Forces et limites

En raison de la contrainte reliée au type de produit demandé, la revue systématique de la littérature s'est limitée au matériel publié depuis 2000. Cependant, les résultats présentés dans les revues de littérature répertoriées qui sont incluses permettent de palier partiellement à cette limite.

La qualité des études, qui sont souvent réalisées avec un petit nombre de participants ou sans groupe contrôle appelle à la prudence dans l'interprétation des résultats. Toutefois, les informations recueillies lors des entrevues et validées auprès des gestionnaires et des orthophonistes et leur recoupement avec les données probantes de la littérature permettent d'énoncer des recommandations adaptées au contexte québécois.

Références

Études primaires et revues retenues

- Allen MM. (2013). Intervention efficacy and intensity for children with speech sound disorder. *J Speech Lang Hearing Res* 56, 865-877. Doi: 10.1044/1092-4388(2012/11-0076)
- Baxendale J. & Hesketh A. (2003). Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. *Int J Lang Commun Disord*, 38(4), 397-415. DOI: 10.1080/1368282031000121651.
- Bellon-Harn ML. (2012). Dose frequency: comparison of language outcomes in preschool children with language impairment. *Child Lang Teaching Therapy*, 28(2), 225-240. DOI: 10.1177/0265659012445936
- Benedyk K. (2011). Model of early years integrated service delivery. *Re designing Ealing Early Years Service: Challenges and Rewards*. Paper presented at the Communication across the boundaries – Evidencing collaborative practice in schools: Together towards improvement, Belfast. Retrieved from www.rcslt.org 19/03/2013
- Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Feldhusen F, Pietz J. & Philippi H. (2009). Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child* 94, 110-116. DOI: 10.1136/adc.2008.141572
- Chandler R. & Pickering C. (2004). Making the most of what you have. *RCSLT Bulletin*(622), 10-11.
- Cicccone N, Hennessey N. & Stokes SF. (2012). Community-based early intervention for language delay: a preliminary investigation. *Int J Lang Commun Disord*, 47(4), 467-470. DOI: 10.1111/j.1460-6984.2012.00149.x.
- David S. & Hackshall M. (2006). The call for home delivery. *Speech Lang Therapy Practice* (Spring 2006), 14-16.
- Enderby P, Pickstone C, John A, Fryer K, Cantrell A. & Papaioannou D. (2009). Resource Manual for Commissioning and Planning Services for SLCN. Royal College of Speech and Language Therapists. (49 p.) Retrieved from: http://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/commissioning/resource_maunual_intro
- Gallagher AL. & Chiat S. (2009). Evaluation of speech and language therapy interventions for pre-school children with specific language impairment: a comparison of outcomes following specialist intensive, nursery-based and no intervention. *Int J Lang Commun Disord*, 44(5), 616-638. DOI: 10.1080/13682820802276658
- Gibbard D, Coglán L. & MacDonald J. (2004). Cost-effectiveness analysis of current practice and parent intervention for children under 3 years presenting with expressive language delay. *Int J Lang Commun Disord*, 39(2), 229-244. DOI: 10.1080/13682820310001618839
- Günther T. & Hautvast S. (2010). Addition of contingency management to increase home practice in young children with a speech sound disorder. *Int J Lang Commun Disord* 45(3), 345-353. DOI: 10.3109/13682820903026762
- Hayes N, Keegan S. & Goulding E. (2012). Evaluation of the speech and language therapy service of Tallaght West Childhood Development Initiative. Dublin: *Childhood Development Initiative (CDI)*.
- Lancaster G, Keusch S, Levin A, Pring T. & Martin S. (2010). Treating children with phonological problems: does an eclectic approach to therapy work? *Int J Lang Comm Dis*, 45(2), 174-181. DOI: 10.3109/13682820902818888
- Law J. & Garrett Z. (2004). The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis. *J Speech Langage and Hearing Res*, 47, 924-943.

- Law J, Garrett Z. & Nye C. (2003). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3 Art. No.: CD004110. DOI: 10.1002/14651858.CD004110.
- Law J, Garrett Z. & Nye C. (2005). Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Campbell Systematic Reviews*, 2005(5). DOI:10.4073/csr.2005.5
- Lawler K, Taylor NF. & Shields N. (2013). Outcomes After Caregiver-Provided Speech and Language or Other Allied Health Therapy: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehab* 94, 1139-1160. DOI : 10.106/j.apmr.2012.11.022
- Maillart C, Leroy S, Quintin E, Ranc L, Derouaux F, D'Harcour E, Mounajjed MA, Caet S, Leroy M. & Morgenstern A. (2010). *Effets à court et moyen terme (6 mois) d'une guidance parentale orthophonique proposée à des parents d'enfants présentant un retard de développement du langage*. Paper presented at the Journées scientifiques de l'Université de Nantes -Le développement de l'enfant. Nantes, France.
http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/61703/1/nantes_guidance_juin_2010.pdf
- McGinty AS, & Justice L. (2006). A scholarly forum for guiding evidence-based practices in speech-language pathology. *EBP Briefs*, 1(1), 1-30.
http://www.researchgate.net/publication/237311671_EBP_briefs_A_scholarly_forum_for_guiding_evidence-based_practices_in_speech-language_pathology
- McKean K, Phillips B & Thompson A. (2012). A family-centred model of care in paediatric speech-language pathology. *Int J Speech Lang Pathol*, 14(3), 235-246. DOI: 10.3109/17549507.2011.604792
- Morris T. & Stein L. (2005). Stepping stones. *Speech Lang Therap Pract*, (Autumn 2005), 4-6. Retrieved from <http://fr.scribd.com/doc/150537228/Stepping-stones>
- Schooling T, Venediktov R & Leech H. (2010). Evidence-based systematic review: effects of service delivery on the speech and language skill of children from birth to 5 years of age. *ASHA's National Center for Evidence-Based Practice in Communication Disorders* (230 p.).
<http://lshss.asha.org/cgi/reprint/41/3/233>
- van Balkom H, Verhoeven L. & van Weerdenburg M. (2010). Conversational behaviour of children with Developmental Language Delay and their caretakers. *Int J Lang Commun Disord*, 45(3), 295-319. DOI: 10.3109/13682820902994226
- Waite MC, Cahill LM, Theodoros DG, Busuttin S. & Russellw TG. (2006). A pilot study of online assessment of childhood speech disorders. *J Telemed Telecare* 12(S3), 92-94.

Études primaires et revues exclues

- Adams C. (2001). Clinical diagnostic and intervention studies of children with semantic-pragmatic language disorder. *Int J Lang Commun Disord*, 36(3), 289-305. DOI: 10.1080/13682820110055161
- Adams C, Lloyd J, Aldred C. & Baxendale J. (2006). Exploring the effects of communication intervention for developmental pragmatic language impairments: A signal-generation study. *Int J Lang Commun Disord*, 41(1), 41-65. DOI:10.1080/13693780500179793
- 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*. Paris. 80 p <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Orthophonie.pdf>
- Alberta Health and Wellness. (2004). Review of speech-language services for children and youth in Alberta: A literature review. Government of Alberta, Canada
- ASHA's National Outcome Measurement System (NOMS). (2013). Does treatment time affect SLP outcomes in preschoolers? *Pre-Kindergarten NOMS Fact Sheet*. <http://www.speechbuddy.com/assets/files/PreKinderNOMStreatmentFactSheet.pdf>
- Ashurst JV. & Wasson MN. (2011). Developmental and persistent developmental stuttering: an overview for primary care physicians. *J Am Osteopath Assoc*, 111(10), 576-580.
- Bairati I, Meyer F, Gueye CBD, Desmarais C, Rouleau N. & Sylvestre A. (2011). Factors influencing parent satisfaction with preventive health services for the early detection of speech and language delay in preschool children. *Open J Prevent Dis*, 1(3), 135-142. DOI:10.4236/ojpm.2011.13018
- Baker E. (2012). Optimal intervention intensity. *Int J Speech Lang Pathol*, 14(5), 401-409.
- Baker E. & McLeod S. (2011a). Evidence-based practice for children with speech sound disorders: part 1 narrative review. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 42(2), 102-139. DOI: 10.1044/0161-1461(2010/09-0075)
- Baker E, & McLeod S. (2011b). Evidence-based practice for children with speech sound disorders: part 2 application to clinical practice. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 42(2), 140-151. DOI: 10.1044/0161-1461(2010/10-0023)
- Beale NA. (2009). *Effects of utilizing educational TV shows and conversational recasting on language skills of preschoolers with specific language impairments*. PhD Thesis, Walden University, Minneapolis, MN
- Bercow J. (2008). A review of services for children and young people (0–19) with speech, language and communication needs (140 p.). UK Government, Department for Children Schools and Families. Nottingham, UK. <http://dera.ioe.ac.uk/8405/1/7771-dcsf-bercow.pdf>
- Bharti B. & Bharti S. (2010). Parent-based language intervention for 2-year old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial with erroneous confidence (intervals). *Arch Dis Child* 95, 953. DOI: 10.1136/adc.2009.167346
- Carr Swift M, O'Brian S, Hewat S, Onslow M, Packman A. & Menzies R. (2011). Investigating parent delivery of the Lidcombe Program. *Int J Speech Lang Pathol*, 13(4), 308-316. DOI: 10.3109/17549507.2011.550692
- Case-Smith J. & Holland T. (2009). Making decisions about service delivery in early childhood programs. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 40(4), 416-423. DOI: 10.1044/0161-1461(2009/08-0023)
- Ceron MI, Keske-Soares M, Freitas GP., & Gubiani MB. (2010). Phonological changes obtained in the treatment of subjects comparing different therapy models. *Pro Fono*, 22(4), 549-554.
- Ciccia AH, Whitford B, Krumm M., & McNeal K. (2011). Improving the access of young urban children to speech, language and hearing screening via telehealth. *J Telemed Telecare*, 17(5), 240-244. DOI: 10.1258/jtt.2011.100810.

- Cincinnati Children's Hospital Medical Center. (2011). Partnering with parents for greater treatment outcomes in speech-language pathology. *Best evidence statement (BEST)* 115 Agency for healthcare research and quality. Cincinnati (OH). Retrieved from: www.cincinnatichildrens.org
- Commissioning Support Programme. (2011). Speech, language and communication needs. Workforce planning (23 p.). UK. [http://www.thecomunicationtrust.org.uk/media/12895/slc_n_tools-workforce-planning_1 .pdf](http://www.thecomunicationtrust.org.uk/media/12895/slc_n_tools-workforce-planning_1.pdf)
- Coulter L & Gallagher C. (2001). Evaluation of the Hanen Early Childhood Educators Programme. *Int J Lang Commun Disord*, 36 Suppl, 264-269.
- Danciu LE. (2009). Methodological alternatives in the complex therapy of children's communication and speech disorders. *Procedia Soc Behav Sci*. 1: 1673-1676).DOI: 10.1016/j.sbspro.2009.01.296
- de Jager M. & Houston AM. (2006). Mainstreaming Sure Start speech and language therapy services. *Community Pract*, 79(3), 80-83.
- Denne M, Langdown N, Pring T. & Roy P. (2005). Treating children with expressive phonological disorders: does phonological awareness therapy work in the clinic? *Int J Lang Commun Disord*, 40(4), 493-504. DOI: 10.1080/13682820500142582.
- Desmarais C. & Grégoire L. (2012). *Intervention orthophonique en CSSS auprès des 0-3 ans, des 4-5 ans et des enfants vivant en contexte de vulnérabilité socioéconomique*. Université Laval, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec.
- DiLollo A. & Favreau C. (2010). Person-centered care and speech and language therapy. *Semin Speech Lang*, 31(2), 90-97. DOI: 10.1055/s-0030-1252110
- Dockrell JE, Lindsay G, Letchford B, & Mackie C. (2006). Educational provision for children with specific speech and language difficulties: perspectives of speech and language therapy service managers. *Int J Lang Commun Disord*, 41(4), 423-440. DOI: 10.1080/13682820500442073
- Dupont R. (2011). *Analyse de besoins face à la prestation d'un premier service chez les enfants qui présentent un trouble primaire du langage (ou une hypothèse)* Essai synthèse, programme de 2e cycle en pratiques de la réadaptation Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc.
- Équipe des orthophonistes de la Direction des services et programmes spécifiques aux enfants, aux jeunes et à leur famille. (2010). Démarche de révision de l'offre de service de réadaptation courante pour les 0-4 ans. Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (39 p) http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Publications/Demarche_revision_offre_service_readaptation_courante_04ans.pdf
- Feldman HM. (2005). Evaluation and management of language and speech disorders in preschool children. *Pediat Rev*, 26(4), 131 -142.
- Femrell L, Avall M. & Lindstrom E. (2012). Two-Year Follow-Up of the Lidcombe Program in Ten Swedish-Speaking Children. *Folia Phoniatr Logop*, 64(5), 248-253. DOI: 10.1159/000342149
- Fibiger S, Peters HF, Euler HA. & Neumann K. (2008). Health and human services for persons who stutter and education of logopedists in East-European countries. *J Fluency Disord*, 33(1), 66-71. DOI: 10.1016/j.jfludis.2007.12.001
- Fricke S, Bowyer-Crane C, Haley AJ, Hulme C. & Snowling MJ. (2013). Efficacy of language intervention in the early years. *J C Psychol Psychiatry*, 54 (3), 280–290. DOI: 10.1111/jcpp.12010
- Gascoigne M. (2008). Change for children with language and communication needs: creating sustainable integrated services. *Child Lang Teach Therapy* 24(2), 133–154. DOI: 10.1177/0265659008090291
- Gascoigne MT (ed). (2012). *Better communication – shaping speech, language and communication services for children and young people* . Royal College of Speech and Language Therapists. London: RCLST
http://www.rcslt.org/speech_and_language_therapy/commissioning/better_communication

- Geller E. (2011). Expanding our ports of entry: A view from speech-language pathology: Using relational and reflective principles to work with families and young children with developmental challenges of relating and communicating. *British J Develop Disab*, 57(112, Pt1), 3-19. DOI: 10.1179/096979511798967160
- Geller E, & Foley GM. (2009). Expanding the "ports of entry" for speech-language pathologists: a relational and reflective model for clinical practice. *Am J Speech Lang Pathol*, 18(1), 4-21. DOI: 10.1044/1058-0360(2008/07-0054)
- Glogowska M, Campbell R, Peters TJ, Roulstone S. & Enderby P. (2001). Developing a scale to measure parental attitudes towards preschool speech and language therapy services. *Int J Lang Commun Disord*, 36(4), 503-513. DOI: 10.1080/13682820110075006
- Glogowska M, Campbell R, Peters TJ, Roulstone S. & Enderby P. (2002). A multimethod approach to the evaluation of community preschool speech and language therapy provision. *Child Care Health Dev*, 28(6), 513-521.
- Glogowska M, Roulstone S, Enderby P. & Peters TJ. (2000). Randomised controlled trial of community based speech and language therapy in preschool children. *BMJ*, 321(7266), 923-926.
- Glykas M. & Chytas P. (2004). Technology assisted speech and language therapy. *Int J Medic Informatics* 73, 529—541. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2004.03.005
- Goldberg LR, Williams PS. & Paul-Brown D. (2002). Leading the Change Effort: II. Developing a Systematic Framework for the Inclusion of Speech-Language Pathology Assistants in Service Delivery. *Communic Disord Quart*, 24(1), 5-9. DOI: 10.1177/152574010202400102
- Goorhuis-Brouwer SM. & Knijff WA. (2003). Language disorders in young children: when is speech therapy recommended? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 67(5), 525-529. DOI: 10.1016/S0165-5876(03)00014-4
- Graham MS. & Avent J.(2004) A Discipline-Wide Approach to Group Treatment. *Top Lang Disorders*, 24(2), 105–117.
- Harding C. & Gourlay S. (2008). New developments in the management of speech and language disorders. *Arch Dis Child*, 93(5), 425-427. DOI: 10.1136/adc.2007.121509
- Hartelius L. (2010). Re Gallagher L & Chiat S: An evaluation of speech and language therapy interventions for pre-school children with specific language impairment: A comparison of outcomes following specialist intensive, nursery-based and no intervention (Int J Lang Commun Disord, 44: 616-638, 2009. *Int J Lang Commun Disord*, 45(3), 394-394. DOI: 10.3109/13682821003798453
- Health Technology Inquiry Service (HTIS). (2010). *Prioritization tools for speech language pathology: clinical effectiveness and guidelines*. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (4 p.) http://www.cadth.ca/media/pdf/k0207_prioritization_speech_language_pathology_htis-1-5.pdf
- Hesketh A, Adams C, Nightingale C. & Hall R. (2000). Phonological awareness therapy and articulatory training approaches for children with phonological disorders: a comparative outcome study. *Int J Lang Commun Disord*, 35(3), 337-354.
- HO C. & Cunningham J.(2009). *Speech and language therapy for children of preschool age: a review of the clinical-effectiveness and quality of life*. Health Technology Inquiry Service (HTIS). Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (4 p.) http://www.cadth.ca/media/pdf/L0109_Speech_and_Language_Therapy_final.pdf
- Hofhuis H, Steultjens M, Sluijs E, Raaijmakers M. & Dekker J. (2000). The number of therapeutic sessions in logopedic care: a description and analysis. *Folia Phoniatr Logop*, 52(5), 239-250.
- Hustad KC, Keppner K, Schanz A. & Berg A. (2008). Augmentative and alternative communication for preschool children: intervention goals and use of technology. *Semin Speech Lang*, 29(2), 83-91. DOI: 10.1055/s-2008-1080754

- Iacono T. & Cameron M. (2009). Australian speech-language pathologists' perceptions and experiences of augmentative and alternative communication in early childhood intervention. *Augment Altern Commun*, 25(4), 236-249. DOI: 10.3109/07434610903322151
- Institute of Education Sciences. *WWC Evidence Review Protocol for Early Childhood Education Interventions for Children with Disabilities, Version 2*. US Department of Education http://ies.ed.gov/ncee/wwc/pdf/reference_resources/eced_protocol_v2.pdf
- IQWiG. (2009). Screening for specific developmental disorders of speech and language in children (17 p). Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Köln, Germany:
- Jackson S, Pretti-Frontczak K, Harjusola-Webb S, Grisham-Brown J. & Romani JM. (2009). Response to intervention: implications for early childhood professionals. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 40(4), 424-434. DOI: 10.1044/0161-1461(2009/08-0027)
- Jacoby GP, Levin L, Lee L, Creaghead NA. & Kummer AW. The number of individual treatment units necessary to facilitate functional communication improvements in the speech and language of young children. *A J Speech Lang Pathol* 11, 370–380.
- James DM. (2011). The applicability of normalisation process theory to speech and language therapy: a review of qualitative research on a speech and language intervention. *Implement Sci* 6(95), 10 p. <http://www.implementationscience.com/content/6/1/95>
- Jessiman SM. (2003). Speech and language services using telehealth technology in remote and underserved areas. *J Speech Lang Pathol Audiol* 27(1), 45-51.
- Joffe V. & Pring T. (2008). Children with phonological problems: a survey of clinical practice. *Int J Lang Commun Disord*, 43(2), 154-164. DOI: 10.1080/13682820701660259
- Johnston JR. (2005). Re: Law, Garrett, and Nye (2004a). "The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/disorder: A meta-analysis." *J Speech Lang Hear Res*, 48(5), 1114-1120. doi: 10.1044/1092-4388(2005/077)
- Jones M, Onslow M, Harrison E. & Packman A. (2000). Treating stuttering in young children: predicting treatment time in the Lidcombe Program. *J Speech Lang Hear Res*, 43(6), 1440-1450.
- Justice LM, Skibbe LE, McGinty AS, Piasta SB. & Petrill S. (2011). Feasibility, efficacy, and social validity of home-based storybook reading intervention for children with language impairment. *J Speech Lang Hear Res*, 54(2), 523-538. DOI: 10.1044/1092-4388(2010/09-0151)
- Kamhi AG. (2006). Treatment decisions for children with speech-sound disorders. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 37(4), 271-279. DOI: 10.1044/0161-1461(2006/031)
- Kamhi AG. & Pollock KE. *Phonological disorders in children: Clinical decision making in assessment and intervention*. (2005). Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing.
- Kasper J, Kreis J, Scheibler F, Moller D, Skipka G, Lange S. & von dem Knesebeck O. (2011). Population-based screening of children for specific speech and language impairment in Germany: a systematic review. *Folia Phoniatr Logop*, 63(5), 247-263. DOI: 10.1159/000321000
- Keegstra AL, Post WJ. & Goorhuis-Brouwer SM. (2009). Effect of different treatments in young children with language problems. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 73(5), 663-666. DOI: 10.1016/j.ijporl.2008.12.028
- Keilmann A, Braun L. & Napiontek U. (2004). Emotional satisfaction of parents and speech-language therapists with outcome of training intervention in children with speech and language disorders. *Folia Phoniatr Logop*, 56(1), 51-61. DOI: 10.1159/000075328
- King AM. (2010). *An intergrated multimodal intervention approach to support speech and language development in children with severe speech impairments*. Ph.D. Dissertation, University of Illinois, Urbana-Champaign Retrieved from <http://hdl.handle.net/2142/16098>
- Kohnert K. (2007). Evidence-based practice and treatment of speech sound disorders in bilingual children. *Perspec Lang Learn Educ*, 14(2), 18-21. DOI:10.1044/cds14.2.11

- Koutsoftas AD, Harmon MT. & Gray S. (2009). The effect of Tier 2 intervention for phonemic awareness in a response-to-intervention model in low-income preschool classrooms. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 40(2), 116-130. doi: 10.1044/0161-1461(2008/07-0101)
- Lattermann C, Euler HA. & Neumann K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *J Fluency Disord* 33, 52–65.
- Law J. (2004). The implications of different approaches to evaluating intervention: evidence from the study of language delay/disorder. *Folia Phoniatr Logop*, 56(4), 199-219. DOI: 10.1159/000078343
- Law J, & Conti-Ramsden G. (2000). Treating children with speech and language impairments - Six hours of therapy is not enough. *BMJ*, 321(7266), 908-909. DOI: 10.1136/bmj.321.7266.908
- Law J, Lindsay G, Peacy N, Gascoigne M, Soloff N, Radford J, Band J. & Fitzgerald L. (2000). *Provision for children with speech and language needs in England and Wales : facilitating communication between education and health services*. DfEE. Research Report No 239.UK. <http://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/4475>
- Law J, Zeng B, Lindsay G, & Beecham J. (2012). Cost-effectiveness of interventions for children with speech, language and communication needs (SLCN): a review using the Drummond and Jefferson (1996) 'Referee's Checklist'. *Int J Lang Commun Disord*, 47(1), 1-10. DOI: 10.1111/j.1460-6984.2011.00084.x
- Law J, Dockrell JE, Castelnovo E, Williams K, Seeff B. & Normand C. (2006). Early years centres for pre-school children with primary language difficulties: what do they cost, and are they cost-effective? *Int J Lang Comm Dis*. 41(1):67-81 DOI: 10.1080/13682820500126643
- Lewis C, Packman A, Onslow M, Simpson JM. & Jones M. (2008). A phase II trial of telehealth delivery of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. *Am J Speech Lang Pathol*, 17(2), 139-149. DOI: 10.1044/1058-0360(2008/014)
- Lindsay G, Desforges M, Dockrell J, Law J, Peacey N, & Beecham J. (2008). *Effective and efficient use of resources in services for children and young people with speech, language and communication needs*. (DCSF-RW053). Government of UK, Department for education. Coventry, UK https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/222313/DCSF-RBW053.pdf
- Lindsay G, Dockrell J, Desforges M, Law J. & Peacey N. (2010). Meeting the needs of children and young people with speech, language and communication difficulties. *Int J Lang Commun Disord*, 45(4), 448-460. DOI: 10.3109/13682820903165693
- Mashima PA. & Doarn CR. (2008). Overview of Telehealth Activities in Speech–Language Pathology. *Telemed e-health*, 14(10), 1101-1117. DOI: 10.1089/tmj.2008.0080
- McAllister L, McCormack J, McLeod S. & Harrison LJ. (2011). Expectations and experiences of accessing and participating in services for childhood speech impairment. *Int J Speech Lang Pathol*, 13(3), 251-267. DOI: 10.3109/17549507.2011.535565
- McCartney E, Boyle J, Bannatyne S, Jessiman E, Campbell C, Kelsey C, Smith J, McArthur J. & O'Hare A. (2005). 'Thinking for two': a case study of speech and language therapists working through assistants. *Int J Lang Commun Disord*, 40(2), 221-235. DOI: 10.1080/13682820400016514
- McCauley RJ. & Fey ME. (2006). *Treatment of language disorders in children*. Paul H Brookes Publishing. Baltimore, MD
- McCullough A. (2001). Viability and effectiveness of teletherapy for pre-school children with special needs *Int J Lang Commun Disord*, 36(s1), 321-326.
- McGinty AS, Breit-Smith A, Fanc X, Justice LM. & Kaderaveke JN. (2011). Does intensity matter? Preschoolers' print knowledge development within a classroom-based intervention. *Early Childhood Res Quart* 26, 255–267. DOI: 10.1016/j.ecresq.2011.02.002

- Mecrow C, Beckwith J. & Klee T. (2010). An exploratory trial of the effectiveness of an enhanced consultative approach to delivering speech and language intervention in schools. *Int J Lang Commun Disord*, 45(3), 354-367. DOI: 10.3109/13682820903040268
- Messer D. (2010). Understanding Developmental Language Disorders in Children: From Theory to Practice. *Int J Lang Commun Disord*, 45(4), 522-522. DOI: 10.3109/13682820903298510
- Munro N, Lee K. & Baker E. (2008). Building vocabulary knowledge and phonological awareness skills in children with specific language impairment through hybrid language intervention: a feasibility study. *Int J Lang Comm Dis* 43(6), 662-682. DOI: 10.1080/13682820701806308
- Murchland S. & Wake-Dyster W. (2006). Resource allocation for community-based therapy. *Disabil Rehabil*, 28(22), 1425-1432. DOI: 10.1080/09638280600638281
- Nelson HD, Nygren P, Walker M, & Panoscha R. (2006a). Screening for speech and language delay in preschool children. *Systematic Evidence Review* No. 41. Oregon Health and Science University Evidence-based Practice Center. Portland, Oregon
<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/speechsyn.pdf>
- Nelson HD, Nygren P, Walker M. & Panoscha R. (2006b). Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, 117(2), e298-319. DOI: 10.1542/peds.2005-1467
- Nordness AS. & Beukelman DR. (2010). Speech practice patterns of children with speech sound disorders: the impact of parental record keeping and computer-led practice. (Report). *J Med Speech Lang Pathol*, 18(4), 104-108.
- Nossent C. (2008). *Revue de la littérature traitant de l'efficacité de la rééducation des troubles du langage oral chez l'enfant*. Formation continue, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Université de Genève, Genève.
www.unige.ch/fapse/logopedie/formationcontinue/formcont/Nossent.pdf
- Pappas NW, McLeod S, McAllister L & McKinnon DH. (2008). Parental involvement in speech intervention: a national survey. *Clin Linguist Phon*, 22(4-5), 335-344. DOI: 10.1080/02699200801919737
- Packman A. & Onslow M. (2012). Investigating optimal intervention intensity with the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Int J Speech Lang Pathol*, 14(5), 467-470. DOI: 10.3109/17549507.2012.689861
- Paradice R, Bailey-Wood N, Davies K. & Solomon M. (2007). Developing successful collaborative working practices for children with speech and language difficulties: a pilot study. *Child Lang Teach Therap*, 23(2), 223-236. DOI: 10.1177/0265659007076295
- Parkinson G. & Humphrey N. (2008). Intervention for Children with Language Impairments: A Model of Evidence-Based Outcome Research. *J Res Special Educ Needs*, 8(1), 2-12. DOI: 10.1111/j.1471-3802.2008.00096.x
- Parmanto B, Saptono A, Murthi R, Safos C. & Lathan CE. (2008). Secure telemonitoring system for delivering telerehabilitation therapy to enhance children's communication function to home. *Telemed J E Health*, 14(9), 905-911. DOI: 10.1089/tmj.2008.0003
- Paul D. & Roth FP. (2011). Guiding principles and clinical applications for speech-language pathology practice in early intervention. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 42(3), 320-330. DOI: 10.1044/0161-1461(2010/09-0079)
- Pennington L. & Thomson K. (2007). It Takes Two to Talk-The Hanen Program and families of children with motor disorders: a UK perspective. *Child Care Health Dev*, 33(6), 691-702. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2007.00800.x
- Pertile J, & Fiona P. (2004). MACS-imizing caseload management. *RCLST Bulletin*, February (622), 8-9.
- Pertile J, & Page F. (2003). The MaroonDAH Approach to Clinical Services (M.A.C.S.)_An integrated service delivery system. *ACQ*, 5(2), 55-58.

- Petit-Carrié S, Verret C, Cossard A. & Maurice-Tison S. (2003). Access to early speech therapy in Gironde: evaluation of a language-screening campaign for 4-year-old children (1999-2001). *Arch Pediatr*, 10(10), 869-875. DOI: 10.1016/j.arcped.2003.08.003
- Pickstone C, Goldbart J, Marshall J, Rees A. & Roulstone S. (2009). A systematic review of environmental interventions to improve child language outcomes for children with or at risk of primary language impairment. *J Res Special Educ Needs*, 9(2), 66-79. DOI: 10.1111/j.1471-3802.2009.01119.x
- Pile EJS, Girolametto L, Johnson CJ, Chen X. & Cleave PL. (2010). Shared book reading intervention for children with language impairment: Using parents-as-aides in language intervention. *Can J Speech Lang Pathol Audiol*, 34(2), 96-109.
- Pring T, Flood E, Dodd B. & Joffe V. (2012). The working practices and clinical experiences of paediatric speech and language therapists: a national UK survey. *Int J Lang Commun Disord*, 47(6), 696-708. DOI: 10.1111/j.1460-6984.2012.00177.x
- Rafferty Y, Piscitelli V & Boettcher C. (2003). The impact of inclusion on language development and social competence among preschoolers with disabilities. *Exceptional children*, 69(4), 467-479.
- Ratelle V. (2011). *Trouble primaire du langage: Quatre modalités qui favorisent l'accès à l'orthophonie en CRDP*. Essai synthèse. Maîtrise en pratiques de la réadaptation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Regroupement des centres de la petite enfance de l'île de Montréal. (2009). Avis du RCPEÎM dans le cadre de la consultation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal sur le Plan d'action montréalais sur l'amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes. Phase 1 : préscolaire. Montréal.
- Reynolds AL, Lindsay G. & Haak NJ. (2009). Telehealth application in speech-language pathology: a modified narrative review. *J Telemed Telecare*, 15, 310-316. doi: 10.1258/jtt.2009.081215
- Ricciardi J. & Charier M-D. (2009). *Plan d'action montréalais. Amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes. Phase 1 : préscolaire. Les services d'orthophonie pour les enfants de 0 à 5 ans*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Richards H. (2004). Welcome on board. *RCSLT Bulletin*, February(622), 12.
- Roberts MY. & Kaiser AP. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *Am J Speech Lang Pathol*, 20(3), 180-199. DOI: 10.1044/1058-0360(2011/10-0055)
- Roth FP, Troia GA, Worthington CK. & Dow KA. (2002). Promoting awareness of sounds in speech: An initial report of an early intervention program for children with speech and language impairments. *Applied Psycholinguistics*, 23(4), 535-565. DOI: 10.1017/s0142716402004034
- Roth FP, Troia GA, Worthington CK. & Handy D. (2006). Promoting awareness of sounds in speech (PASS): The effects of intervention and stimulus characteristics on the blending performance of preschool children with communication impairments. *Learn Disab Quart*, 29(2), 67-88. DOI: 10.2307/30035536
- Roulstone S. & Enderby P. (2010). The end of an affair: Discharging clients from speech-language pathology. *Int J Speech Lang Pathol*, 12(4), 292-295; discussion 329-332. DOI: 10.3109/17549501003770277
- Roulstone S, Glogowska M, Peters T. & Enderby P. (2001). Day in, day out: the everyday therapy of community clinics. *Int J Lang Commun Disord*, 36 Suppl, 435-440.
- Roulstone S, Wren Y, Bakopoulou I, Goodlad S. & Lindsay G. (2012). *Exploring interventions for children and young people with speech, language and communication needs: a study of practice*. (DFE-RR247 - BCRP13). Department for Education. UK Government.

- Ruggero JJ. & Munro N. (2012). Paediatric speech-language pathology service delivery: An exploratory survey of Australian parents. *Int J Speech Lang Pathol*, 14(4), 338-350. DOI: 10.3109/17549507.2011.650213
- Ruscello D, Galgano J. & Orloff D. The Science Behind Speech Buddies. Retrieved 13 jan 2013, from Articulate Technologies Inc <https://www.speechbuddy.com/slps/science>
- Rvachew S. (2008). Interventions efficaces pour le traitement des troubles de production des phonèmes. *Encyclopédie sur le développement des jeunes*.
<http://www.literacyencyclopedia.ca/pdfs/topic.php?topId=17&fr=true> Retrieved from <http://www.literacyencyclopedia.ca>
- Scherer NJ, D'Antonio LL, & McGahey H. (2008). Early intervention for speech impairment in children with cleft palate. *Cleft Palate Craniofac J*, 45(1), 18-31. DOI: 10.1597/06-085.1
- Segers E. & Verhoeven L. (2004). Computer-supported phonological awareness intervention for kindergarten children with specific language impairment. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 35(3), 229-239. DOI: 10.1044/0161-1461(2004/022)
- Skeat J, Wake M, Ukoumunne OC, Eadie P, Bretherton L. & Reilly S (2013). Who gets help for pre-school communication problems? Data from a prospective community study. *Child Care Health Dev*. DOI: 10.1111/cch.12032
- Smith-Lock K, Leitao S, Lambert L, Prior P, Dunn A, Cronje J, Newhouse S. & Nickels L (2013). Daily or weekly? The role of treatment frequency in the effectiveness of grammar treatment for children with specific language impairment. *Int J Speech Lang Pathol*, 15(3), 255-267. DOI: 10.3109/17549507.2013.777851
- Stevens L, Watson K. & Dodd K. (2001). Supporting parents of children with communication difficulties: a model. *Int J Lang Commun Disord*, 36 Suppl, 70-74.
- Stoel-Gammon C, Stone-Goldman J. & Glaspey A. (2002). Pattern-based approaches to phonological therapy. *Semin Speech Lang*, 23(1), 3-14. DOI: 10.1055/s-2002-23507
- The Hanen Centre (2001). It takes two to talk®. The Hanen program® for parents. *Research Summary* <http://www.hanen.org/Helpful-Info/Research-Summaries/It-Takes-Two-To-Talk-Research-Summary.aspx>
- Theodoros D. (2012). A new era in speech-language pathology practice: innovation and diversification. *Int J Speech Lang Pathol*, 14(3), 189-199. DOI: 10.3109/17549507.2011.639390
- Theodoros DG. (2008). Telerehabilitation for service delivery in speech-language pathology. *J Telemed Telecare*, 14(5), 221-224. DOI: 10.1258/jtt.2007.007044
- Tigges-Zuzok C, Michaelis R, & Szagun G. (2007). Developmental language disorders. Differential diagnosis and appropriately timed onset of therapy in children. *Padiatrische Praxis*, 69(4), 595-606.
- Timeside & Glossup Primary Care Trust. (2003). Guidelines for Caseload Management Criteria/Therapy Options *Community Clinic Service*. Lancs, UK: NHS.
- Tyler AA. (2006). Commentary on "Treatment decisions for children with speech-sound disorders": Revisiting the past in EBP. *Lang Speech Hear Serv Schools*, 37(4), 280-283. DOI: 10.1044/0161-1461(2006/032)
- Tyler AA, Lewis KE, Haskill A. & Tolbert LC. (2002). Efficacy and cross-domain effects of a morphosyntax and a phonology intervention. *Lang Speech Hear Serv Schools* 33, 52-66.
- Tyler AA, Lewis KE, Haskill A. & Tolbert LC. (2003). Outcomes of different speech and language goal attack strategies. *J Speech Lang Hear Res* 46, 1077-1094.
- Van der Horst L. (2010). Early language assessment and therapy. *Arch Pediatr*, 17(3), 319-324. DOI: 10.1016/j.arcped.2009.09.019

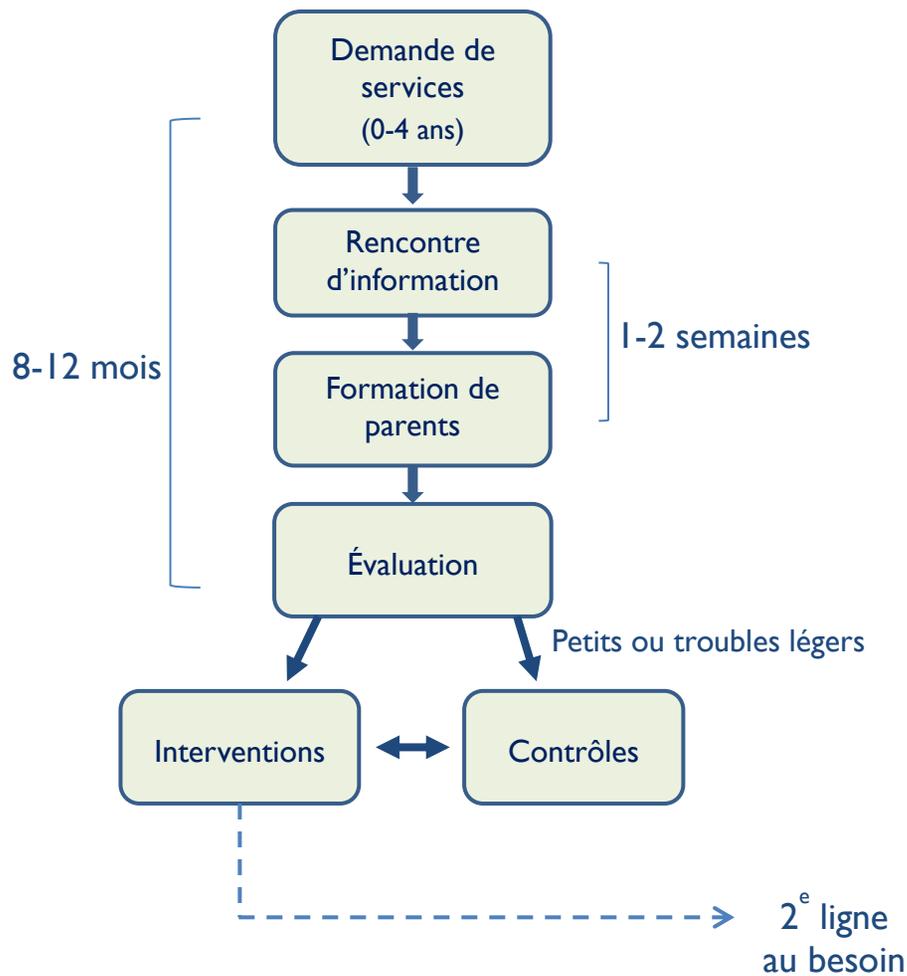
- Waite MC, Theodoros DG, Russell TG. & Cahill LM. (2010). Internet-based telehealth assessment of language using the CELF-4. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 41(4), 445-458. DOI: 10.1044/0161-1461(2009/08-0131)
- Washington KN. (2007). *Exploring the impact of two direct treatment programs for the remediation of expressive grammar deficits in preschool and kindergarten children with specific language impairment*. Ph.D. thesis, University of Western Ontario, Canada, 200 p.
- Watts Pappas N, McLeod S, McAllister L. & McKinnon DH. (2008). Parental involvement in speech intervention: A national survey. *Clin Ling Phonetics*. 22(4-5): 335-344. DOI: 10.1080/02699200801919737
- Wilcox MJ, Gray SI, Guimond AB. & Lafferty AE. (2011). Efficacy of the TELL language and literacy curriculum for preschoolers with developmental speech and/or language impairment. *Early Child Res Quart*, 26(3), 278-294. DOI: 10.1016/j.ecresq.2010.12.003
- Woods JJ, Wilcox MJ, Friedman M. & Murch T. (2011). Collaborative consultation in natural environments: strategies to enhance family-centered supports and services. *Lang Speech Hear Serv Sch*, 42(3), 379-392. DOI: 10.1044/0161-1461(2011/10-0016)
- Yoder P, Fey ME. & Warren SF. (2012). Studying the impact of intensity is important but complicated. *Int J Speech Lang Pathol* 14(5), 410-413.
- Zeng B, Law J, & Lindsay G. (2012). Characterizing optimal intervention intensity: The relationship between dosage and effect size in interventions for children with developmental speech and language difficulties. *Int J Speech Lang Pathol* 14(5), 471-477.
- Zorman M, Duyme M, Kern S, Le Normand M-T, Lequette C. & Pouget G. (2011). « Parler bébé » un programme de prévention du développement précoce du langage. *ANAE* 112-113, 1-8.

Références additionnelles

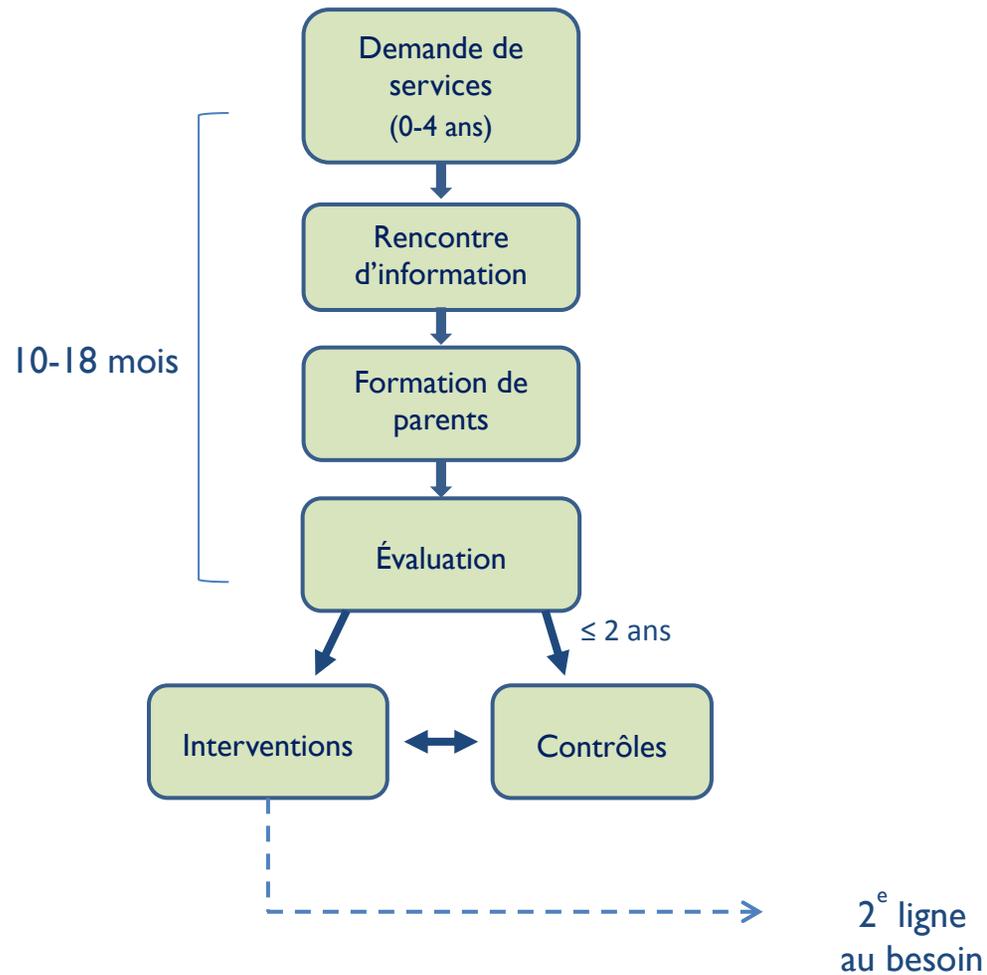
- Allard F, Grégoire L. & Leclerc M-C. (1998). *Organisation des services de première ligne en déficience du langage et de la parole destinés aux enfants dans la région de Québec*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, Québec
- Girolametto L. (2010). Services et programmes soutenant le développement du langage chez les jeunes enfants. *Encyclopédie du langage et de l'alphabétisation*. <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GirolamettoFRxp.pdf> Retrieved from <http://www.literacyencyclopedia.ca>
- Hôpital de Montréal pour enfants. Retard et troubles du langage et de la parole. Retrieved from <http://www.hopitalpourenfants.com/infos-sante/pathologies-et-maladies/-retards-et-troubles-de-la-parole-et-du-langage>
- Johnson A. & Pietrantoni AA. (2006). Challenges for professional practice in the next decade. *Sem Speech Lang*, 27(2), 129-140. DOI: 10.1055/s-2006-939944
- Kmet L, Lee RC. & Cook LS. (2004). Standard quality assessment criteria for evaluation primary research papers from a variety of fields. *HTA Initiative* #13. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Edmonton, Canada <http://www.ihe.ca/documents/HTA-FR13.pdf>
- Petrie GJ, Barnwell E. & Grimshaw J. on behalf of the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1995). Clinical guidelines: criteria for appraisal for national use. SIGN
- Service Canada. (2012). Emploi et avenir Québec. Audiologistes et orthophonistes. Retrieved from http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3141.shtml

Annexe I

CSSS de la Vieille-Capitale	
Liste d'attente	8-12 mois
Gestion des demandes et des rendez-vous	
• Réception des demandes	
• Prise de rendez-vous	Par ressources administratives à certains points de service
• Politique d'assiduité	
Trajectoire	
• Rencontre d'information	3-4x/ année, 2h30
• Formation des parents	<u>2 groupes</u> -Début de communication (petits) -Enfants qui parlent Parents de 7-15 enfants 3x, 1h30/sem
• Stimulation	
• Évaluation	En individuel avec parents 1h30 – 2h
• Interventions	En individuel avec parents 1h – 1h30 Fréquence selon l'enfant Maximum de 10 rencontres (intervention et contrôle)
• Contrôles	En individuel avec parents 1 h /2 à 6 mois
Données organisationnelles	
Enfants 0-5 ans	14 840 (2011)
Demandes/année	368 (2012-2013)
Orthophonistes ÉTC	3,8
Soutien administratif	variable

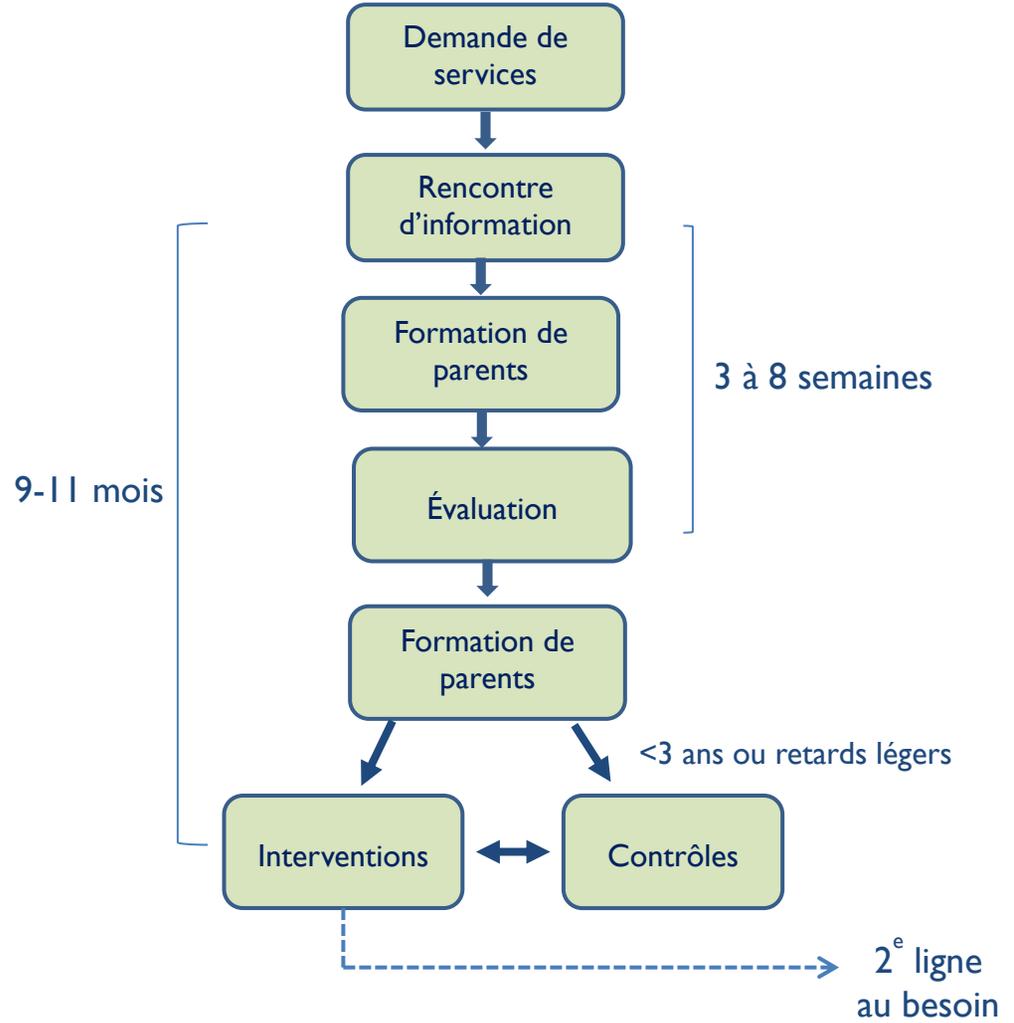


CSSS de Québec-Nord	
Liste d'attente	10-18 mois*
Gestion des demandes et des rendez-vous	
• Réception des demandes	Accueil sociale ou accueil santé
• Prise de rendez-vous	
• Politique d'assiduité	Politique d'assiduité en cas d'absence non justifiée au rendez-vous
Trajectoire	
• Rencontre d'information	3/année x 3 territoires 2h00
• Formation des parents	3x, 1h15 à 1h30 (aux 2 semaines)
• Stimulation	
• Évaluation	En individuel en présence des parents; 1h 30, vidéo
• Interventions	En individuel (parfois 2 enfants); en présence des parents 1h/sem, blocs de 5 rencontres maximum 10 rencontres (interventions et contrôles)
• Contrôles	En individuel avec parents 1 h /2 à 6 mois
Données organisationnelles	
Enfants 0-5 ans	22 383
Demandes/année	839 (2012-2013)
Orthophonistes ÉTC	3,8

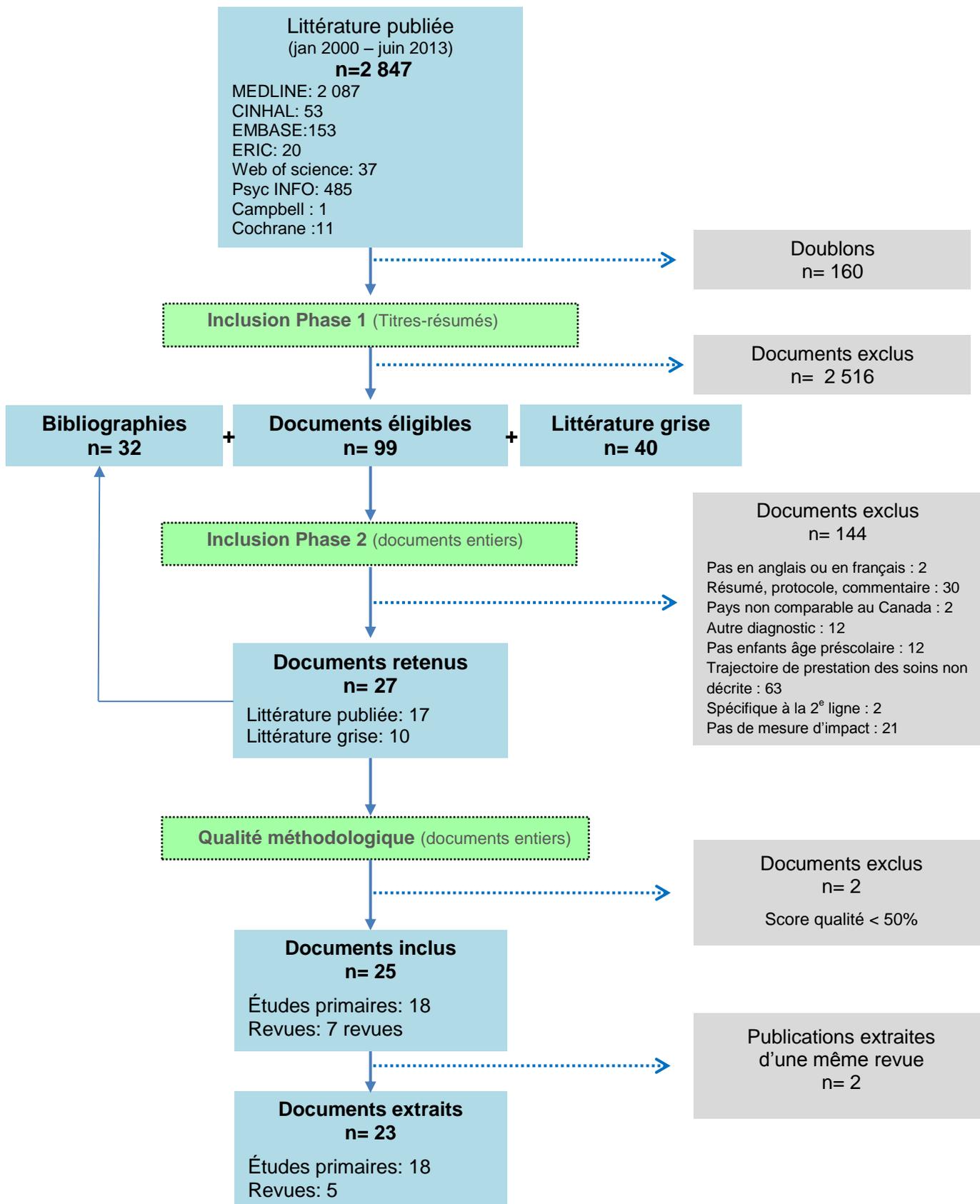


* Coupure d'un ÉTC depuis 2011; aucun remplacement.

CSSS Alphonse-Desjardins	
Liste d'attente	9 – 11 mois
Gestion des demandes et des rendez-vous	
• Réception des demandes	Infirmière de l'accueil
• Prise de rendez-vous	Orthophonistes
• Politique d'assiduité	Retour sur la liste d'attente après 3 rendez-vous manqués
Trajectoire	
• Rencontre d'information	3-4x/année
• Formation des parents	<u>2 groupes : 0-<3 ans, 3-5 ans</u> 3 -4x/année, 2h 6-12 parents Avant et après évaluation
• Stimulation	
• Évaluation	En individuel avec parents, 1h30 (Plan d'intervention)
• Interventions	En individuel avec parents 1h/ 2 semaines Maximum 12 rencontres (interventions et contrôles) Référence à la 2 ^e ligne après 8 rencontres
• Contrôles	En individuel avec parents 1h aux 4 mois (enfants < 3 ans)
Données organisationnelles	
Enfants 0-5 ans	14 730
Demandes/année	
Orthophonistes ÉTC	4,2



Annexe 2



Annexe 3

Tableau I. Caractéristiques et résultats des 18 études primaires retenues

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																														
Études primaires issues de la littérature publiée dans des revues avec comité de pairs																																				
Allen 2013 États-Unis	Examiner l'effet de la fréquence des interventions sur la performance phonologique et l'efficacité de l'approche à oppositions multiples 54 enfants avec trouble phonologique âge moyen 4,4 ans	Essai contrôlé randomisé Ib; 92 % % consonnes correctes (PCC) immédiatement après la thérapie	Oppositions multiples Sessions 30 min en 3 étapes: lecture - jeux - récapitulation Groupe P1 : 1x/sem, 24 sem (n=19) Groupe P3 : 3x/sem, 8 sem (n=19) C: contrôle (n=16) (intervention retardée)	Comparaison des 3 groupes: Fréquence: P1, 8 sem vs P3, 8 sem Durée: P1, 24 sem vs P3, 8 sem Efficacité: P1 vs C P3 vs C	<p style="text-align: center;">% de consonnes correctes</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Groupe</th> <th>Prétest</th> <th>8 sem</th> <th>24 sem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>P1</td> <td>54,8 %</td> <td>60,1 %</td> <td>59,3 %</td> </tr> <tr> <td>P3</td> <td>52,4 %</td> <td>65,0 %</td> <td>63,7 %</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>54,8 %</td> <td>58,6 %</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Fréquence</th> <th><i>p</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1x/sem vs 3x/sem</td> <td>0.037</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Durée</th> <th><i>p</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>24 sem vs 8 sem</td> <td><0.05</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Efficacité</th> <th><i>p</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1x/sem</td> <td>0.53</td> </tr> <tr> <td>3x/sem</td> <td>0.009</td> </tr> </tbody> </table>	Groupe	Prétest	8 sem	24 sem	P1	54,8 %	60,1 %	59,3 %	P3	52,4 %	65,0 %	63,7 %	C	54,8 %	58,6 %		Fréquence	<i>p</i>	1x/sem vs 3x/sem	0.037	Durée	<i>p</i>	24 sem vs 8 sem	<0.05	Efficacité	<i>p</i>	1x/sem	0.53	3x/sem	0.009	Chez les enfants d'âge préscolaire avec un trouble phonologique qui sont traités par l'approche d'oppositions multiples: • gains plus importants quand intervention est plus intense (3x/sem) que lorsque l'intensité de l'intervention est constante (24 sessions sur 8 sem ou sur 24 sem); • Progrès à 1x/sem, 8 semaines similaires aux progrès du groupe contrôle.
Groupe	Prétest	8 sem	24 sem																																	
P1	54,8 %	60,1 %	59,3 %																																	
P3	52,4 %	65,0 %	63,7 %																																	
C	54,8 %	58,6 %																																		
Fréquence	<i>p</i>																																			
1x/sem vs 3x/sem	0.037																																			
Durée	<i>p</i>																																			
24 sem vs 8 sem	<0.05																																			
Efficacité	<i>p</i>																																			
1x/sem	0.53																																			
3x/sem	0.009																																			

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																																											
Baxendale 2003 Royaume-Uni	<p>Comparer l'efficacité et la commodité du programme Hanen pour les parents à l'intervention directe utilisée habituellement.</p> <p>37 enfants 2;6-3;6</p> <p>34 parents</p>	<p>Quasi-expérimental</p> <p>Avant/après</p> <p>IIb, 67 %</p> <p>-Langage réceptif et expressif (<i>Pre-school Language Scale-3</i>)</p> <p>-Interaction parent-enfant (vidéo)</p> <p>-Parole (<i>Mean length of utterance, MLU; Proportional number of utterances of parent & child; Parent language-modeling techniques</i>)</p>	<p>Hanen Parent Programme</p> <p>11 semaines:</p> <p>- 2 h 15min/sem, 8 sessions de groupe pour les parents;</p> <p>- 3 visites à domicile par orthophoniste (19 enfants)</p>	<p>Approche clinique directe</p> <p>- Rencontres individuelles</p> <p>- 45 min/sem, 8 à 12 sessions (18 enfants)</p>	<p>Proportion d'enfants avec amélioration:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesure</th> <th>6 mois</th> <th>12 mois</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Hanen</td> </tr> <tr> <td>Langage</td> <td>42 %</td> <td>79 %</td> </tr> <tr> <td>Expressif</td> <td>20 %</td> <td>60 %</td> </tr> <tr> <td>Expr+ réceptif</td> <td>50 %</td> <td>86 %</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Clinique</td> </tr> <tr> <td>Langage</td> <td>61 %</td> <td>67 %</td> </tr> <tr> <td>Expressif</td> <td>80 %</td> <td>100 %</td> </tr> <tr> <td>Expr+ réceptif</td> <td>54 %</td> <td>54</td> </tr> </tbody> </table> <p>Comparaison Hanen et clinique :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Hanen</th> <th>Clinique</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avant</td> <td>74,0</td> <td>70,7</td> <td>0.376</td> </tr> <tr> <td>6 mois</td> <td>81,3</td> <td>77,3</td> <td>0.161</td> </tr> <tr> <td>12 mois</td> <td>87,0</td> <td>83,5</td> <td>0.248</td> </tr> </tbody> </table>	Mesure	6 mois	12 mois	Hanen			Langage	42 %	79 %	Expressif	20 %	60 %	Expr+ réceptif	50 %	86 %	Clinique			Langage	61 %	67 %	Expressif	80 %	100 %	Expr+ réceptif	54 %	54		Hanen	Clinique	p	Avant	74,0	70,7	0.376	6 mois	81,3	77,3	0.161	12 mois	87,0	83,5	0.248	<ul style="list-style-type: none"> Gain significatif du langage des enfants; Clinique plus efficace pour enfants avec un trouble du langage expressif; Hanen plus efficace pour enfants avec un trouble du langage réceptif. Aucune différence de score statistiquement significative entre les deux types d'intervention. Amélioration de la dynamique des interactions enfant-parent (Hanen et clinique); Programme Hanen plus coûteux (2x temps d'orthophoniste).
Mesure	6 mois	12 mois																																															
Hanen																																																	
Langage	42 %	79 %																																															
Expressif	20 %	60 %																																															
Expr+ réceptif	50 %	86 %																																															
Clinique																																																	
Langage	61 %	67 %																																															
Expressif	80 %	100 %																																															
Expr+ réceptif	54 %	54																																															
	Hanen	Clinique	p																																														
Avant	74,0	70,7	0.376																																														
6 mois	81,3	77,3	0.161																																														
12 mois	87,0	83,5	0.248																																														

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																								
Bellon-Harn 2012 États-Unis	Évaluer l'impact de la fréquence des interventions sur les habiletés sémantique et morphologique d'enfants avec trouble du langage. 12 enfants 4;0 à 5;3 Trouble du langage	Quasi-expérimental Avant/après Ib; 92 % Enregistrement des rencontres, transcription des paroles; échantillons de 5 min couvrant 25 % des sessions de thérapie/enfant -Sémantique (% paroles interprétatives) -Morphologique (MLU)	Thérapie individuelle avec orthophoniste à partir de livres d'histoires Traitement concentré: 4 x 20 min/sem 6 semaines (6 enfants)	Traitement dispersé: 2 x 20 min/sem, 12 semaines (6 enfants)	Efficacité mesurée sur l'ensemble des enfants : <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesure</th> <th>Avant</th> <th>Après</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sémantique</td> <td>18</td> <td>42</td> <td>0.008</td> </tr> <tr> <td>Morphol.</td> <td>4,6</td> <td>5,3</td> <td>0.01</td> </tr> </tbody> </table> Comparaison selon la fréquence: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesure</th> <th>Conc</th> <th>Disp</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sémantique</td> <td>29</td> <td>21</td> <td>0.42</td> </tr> <tr> <td>Morphol.</td> <td>0,9</td> <td>0,4</td> <td>0.15</td> </tr> </tbody> </table>	Mesure	Avant	Après	p	Sémantique	18	42	0.008	Morphol.	4,6	5,3	0.01	Mesure	Conc	Disp	p	Sémantique	29	21	0.42	Morphol.	0,9	0,4	0.15	<ul style="list-style-type: none"> Impact positif de la thérapie sur les problèmes de langage; Aucune différence entre sessions concentrées vs sessions dispersées; Atteinte des objectifs pour les aspects sémantiques et morphologiques du langage peuvent être atteints dans une variété de cadres.
Mesure	Avant	Après	p																											
Sémantique	18	42	0.008																											
Morphol.	4,6	5,3	0.01																											
Mesure	Conc	Disp	p																											
Sémantique	29	21	0.42																											
Morphol.	0,9	0,4	0.15																											
Buschmann 2009 Allemagne	Évaluer l'efficacité d'un programme structuré d'interventions de groupe auprès des parents pour le traitement de retard de langage expressif. 47 enfants 21 à 24 mois avec retard de langage expressif et leurs mères	Essais contrôlés randomisés Ib; 92 % -Vocabulaire (<i>MacArthur Communicative Development Inventories</i>) (ELFRA-2) Tests de langage pour enfants de 2 ans: SETK-2	Heidelberg parent-based Language Intervention (HPLI) Programme interactif de 3 mois - groupes de 5 à 10 parents; - 7 x 2h, sur 3 mois; - 1 x 3h, 6 mois plus tard. Groupes : Intervention immédiate (24 enfants) ou retardée (23 enfants)	36 enfants comparables sans trouble de langage	Production de phrase (scores moyen " <i>sentence production</i> ", SETK-2) <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesure</th> <th>Imméd. 3 mois</th> <th>Retard. 6 mois</th> <th>Contr.</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Avant</td> <td>37,2</td> <td>35,9</td> <td>55,0</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>6 mois</td> <td>41,0</td> <td>35,3</td> <td>56,8</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>12 mois</td> <td>51,6</td> <td>43,9</td> <td>60,2</td> <td><0.001</td> </tr> </tbody> </table> Proportion d'enfants avec langage normal (à 12 mois): intervention immédiate: 75 % intervention retardée:44%	Mesure	Imméd. 3 mois	Retard. 6 mois	Contr.	p	Avant	37,2	35,9	55,0	<0.001	6 mois	41,0	35,3	56,8	<0.001	12 mois	51,6	43,9	60,2	<0.001	<ul style="list-style-type: none"> Intervention précoce par les parents est efficace à court terme; Diminution de la proportion des enfants qui auront besoin de thérapie à 3 ans; Seulement pour retard de langage expressif; Moins long et moins chers que programme Hanen; Succès avec familles de faible statut socio-économique. 				
Mesure	Imméd. 3 mois	Retard. 6 mois	Contr.	p																										
Avant	37,2	35,9	55,0	<0.001																										
6 mois	41,0	35,3	56,8	<0.001																										
12 mois	51,6	43,9	60,2	<0.001																										

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																										
Ciccone 2012 Australie	Évaluer les changements dans le développement du langage de l'enfant et dans l'interaction parent-enfant suite au programme <i>Parent Focus Early Intervention</i> (PFEI) 12 enfants 21-53 mois à risque ou avec trouble de langage qui sont sur liste d'attente pour services gouvernementaux d'orthophonie et leurs parents	Quasi-expérimental Avant/après IIb; 82 % - Vocabulaire (<i>Peabody Picture Vocabulary Test</i> (PPVT), <i>MacArthur Communicative Development Inventory</i> ; <i>Langage Development Survey</i>); - Développement du langage (<i>Communication & Symbolic Behaviour Scale</i>); -Interaction parent-enfant (Observation Vidéo structurée; <i>Observation of Caregiver-Child Interactions</i>); -Questionnaire d'appréciation	<i>Parent Focus Early Intervention</i> (PFEI) Parents et enfants: 75 min/sem, 6 semaines 12 dyades enfant-parent	2 semaines avant intervention	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Mesure</th> <th colspan="2">Moyenne</th> <th rowspan="2">p</th> </tr> <tr> <th>Avant</th> <th>Après</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PPVT</td> <td>76,7</td> <td>83,7</td> <td>0.059</td> </tr> <tr> <td>Vocabulaire</td> <td>22,7</td> <td>45,1</td> <td>0.002</td> </tr> <tr> <td>CBS</td> <td>84,7</td> <td>95,0</td> <td>0.01</td> </tr> <tr> <td>Interaction enfant</td> <td>80,8</td> <td>167,1</td> <td>0.001</td> </tr> <tr> <td>Interaction parent</td> <td>160,6</td> <td>278,1</td> <td><0.001</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Commentaires des parents</u> -Parlent plus souvent à leur enfant -Enfants plus confiants et augmentation de la socialisation -Augmentation du vocabulaire de l'enfant -Énonciation de plusieurs mots chez les plus jeunes -Satisfaits du modèle</p>	Mesure	Moyenne		p	Avant	Après	PPVT	76,7	83,7	0.059	Vocabulaire	22,7	45,1	0.002	CBS	84,7	95,0	0.01	Interaction enfant	80,8	167,1	0.001	Interaction parent	160,6	278,1	<0.001	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentations significatives des scores de langage et de vocabulaire d'expression; • Augmentation importante et significative d'une interaction positive entre l'enfant et son parent; • Partenariat éducation (milieu scolaire), université (finissants en orthophonie) et santé (orthophonistes) représente un modèle efficace et économiquement viable.
Mesure	Moyenne		p																													
	Avant	Après																														
PPVT	76,7	83,7	0.059																													
Vocabulaire	22,7	45,1	0.002																													
CBS	84,7	95,0	0.01																													
Interaction enfant	80,8	167,1	0.001																													
Interaction parent	160,6	278,1	<0.001																													

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																																																																																					
Gallagher 2009 Royaume-Uni	Investiguer l'efficacité de différents modèles de prestation de thérapie chez des enfants avec un trouble de langage spécifique. 24 enfants 3;7 à 4;6 Classe maternelle Retard de langage expressif et compréhensif sévère Sans autres diagnostics.	Quasi-expérimental Avant/après IIb; 88 % Mesures dans les 2 semaines avant et à la fin de la période d'intervention : -Grammaire, compréhension (<i>The Reynell Developmental Scales III</i>); -Vocabulaire, compréhension (<i>The British Picture Vocabulary Scales</i>); -Vocabulaire, expression (<i>The Renfrew Word Finding Test</i>) -Langage expressif (<i>The Renfrew Action Picture Test</i>)	1) Intervention de groupe directe intensive : 1x 4h/sem, 24 semaines (8 enfants) 2) Interventions consultatives combinant interventions de groupe directes et indirectes : - 2 blocs de 6 semaines à 1x 1h/sem avec orthophoniste - Intervention indirecte par éducatrices (formation 12h) entre les blocs de thérapie directe (8 enfants)	Groupe contrôle : Aucune intervention (liste d'attente) (8 enfants) Comparaison entre groupes 1 et	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesures</th> <th>(1)</th> <th>(2)</th> <th>Cont</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">Compréhension</td> </tr> <tr> <td>-grammaire</td> <td>36,8</td> <td>26,6</td> <td>23,4</td> <td><0.01</td> </tr> <tr> <td>-vocabulaire</td> <td>21,0</td> <td>13,5</td> <td>17,3</td> <td><0.01</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Expression</td> </tr> <tr> <td>-langage</td> <td>11,4</td> <td>9,1</td> <td>13,8</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>-grammaire</td> <td>13,8</td> <td>9,6</td> <td>7,6</td> <td><0.01</td> </tr> <tr> <td>-vocabulaire</td> <td>31,82</td> <td>4,1</td> <td>8,9</td> <td><0.01</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Comparaisons</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(1 vs 2)</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(1 vs cont) (2 vs cont)</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Compréhension</td> </tr> <tr> <td>-grammaire</td> <td><0.01</td> <td><0.01</td> <td colspan="2"><0.05</td> </tr> <tr> <td>-vocabulaire</td> <td><0.01</td> <td><0.01</td> <td colspan="2">NS</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Expression</td> </tr> <tr> <td>-langage</td> <td><0.01</td> <td><0.01</td> <td colspan="2">NS</td> </tr> <tr> <td>-grammaire</td> <td>NS</td> <td><0.01</td> <td colspan="2">NS</td> </tr> <tr> <td>-vocabulaire</td> <td><0.01</td> <td><0.01</td> <td colspan="2">NS</td> </tr> </tbody> </table>	Mesures	(1)	(2)	Cont	p	Compréhension					-grammaire	36,8	26,6	23,4	<0.01	-vocabulaire	21,0	13,5	17,3	<0.01	Expression					-langage	11,4	9,1	13,8	NS	-grammaire	13,8	9,6	7,6	<0.01	-vocabulaire	31,82	4,1	8,9	<0.01	Comparaisons						(1 vs 2)		(1 vs cont) (2 vs cont)		Compréhension					-grammaire	<0.01	<0.01	<0.05		-vocabulaire	<0.01	<0.01	NS		Expression					-langage	<0.01	<0.01	NS		-grammaire	NS	<0.01	NS		-vocabulaire	<0.01	<0.01	NS		<ul style="list-style-type: none"> • Impact plus important de l'intervention de groupe directe et intensive sur les habiletés de langage réceptif et expressif; • Interventions consultatives combinant des interventions de groupe directes et indirectes donnent des résultats similaires au groupe contrôle sans intervention, sauf pour le langage expressif.
Mesures	(1)	(2)	Cont	p																																																																																							
Compréhension																																																																																											
-grammaire	36,8	26,6	23,4	<0.01																																																																																							
-vocabulaire	21,0	13,5	17,3	<0.01																																																																																							
Expression																																																																																											
-langage	11,4	9,1	13,8	NS																																																																																							
-grammaire	13,8	9,6	7,6	<0.01																																																																																							
-vocabulaire	31,82	4,1	8,9	<0.01																																																																																							
Comparaisons																																																																																											
	(1 vs 2)		(1 vs cont) (2 vs cont)																																																																																								
Compréhension																																																																																											
-grammaire	<0.01	<0.01	<0.05																																																																																								
-vocabulaire	<0.01	<0.01	NS																																																																																								
Expression																																																																																											
-langage	<0.01	<0.01	NS																																																																																								
-grammaire	NS	<0.01	NS																																																																																								
-vocabulaire	<0.01	<0.01	NS																																																																																								

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																																										
Gibbard 2004 Royaume-Uni	Comparer les coûts et l'efficacité d'une intervention donnée par les parents par rapport à la pratique courante pour le traitement d'enfants avec retard de langage expressif. 22 enfants 1;1 à 3;0 Retard de langage primaire sans cause connue;	Quasi-expérimental Avant/après Iib; 80 % Mesures avant et 2 mois après intervention : -Compréhension (<i>Reynell Developmental Langage Scale</i> , RDLS) -Expression et compréhension (<i>Pre-school Langage Scale_3 UK</i> , PLS) -Expression (<i>Mean length of utterance</i> , MLU) -Évaluation des coûts (ressources + temps et déplacements des parents)	Parent-based intervention (PBI) : - Formation de groupe aux parents: 90 min/2 semaines, 11 sessions - Interventions à la maison par les parents (11 enfants) Durée de 6 mois	Pratique courante: - Rencontres individuelles parent-enfant (contrôles): 60 min/ trimestre - Envoie aux parents d'un résumé écrit des techniques et suggestions données 2 semaines avant les rencontres. (10 enfants)	<p style="text-align: center;">score après - score avant</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesure</th> <th>PBI</th> <th>Courante</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">Compréhension</td> </tr> <tr> <td>RDLS</td> <td>14,68</td> <td>6,95</td> <td>0.000</td> </tr> <tr> <td>PLS</td> <td>13,95</td> <td>7,75</td> <td>0.014</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Expression</td> </tr> <tr> <td>PLS</td> <td>14,73</td> <td>6,90</td> <td>0.008</td> </tr> <tr> <td>MLU</td> <td>15,64</td> <td>5,90</td> <td>0.000</td> </tr> </tbody> </table> <p>Coût moyen/enfant: £ 96,00 £ 80,83</p> <p><u>Coût/bénéfice</u> (PBI vs pratique courante)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Compréhension</td> </tr> <tr> <td>RDLS</td> <td>£ 1,60</td> </tr> <tr> <td>PLS</td> <td>£ 3,47</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Expression</td> </tr> <tr> <td>PLS</td> <td>£ 3,82</td> </tr> <tr> <td>MLU</td> <td>£ 10,97</td> </tr> </tbody> </table>	Mesure	PBI	Courante	p	Compréhension				RDLS	14,68	6,95	0.000	PLS	13,95	7,75	0.014	Expression				PLS	14,73	6,90	0.008	MLU	15,64	5,90	0.000			Compréhension		RDLS	£ 1,60	PLS	£ 3,47	Expression		PLS	£ 3,82	MLU	£ 10,97	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des scores de compréhension et d'expression pour toutes les mesures dans les 2 groupes; • Gains significativement plus élevés pour les enfants qui reçoivent intervention des parents vs pratique courante; • Coût/gain/enfant suggère que intervention par les parents est plus coûteuse que la pratique courante.
Mesure	PBI	Courante	p																																													
Compréhension																																																
RDLS	14,68	6,95	0.000																																													
PLS	13,95	7,75	0.014																																													
Expression																																																
PLS	14,73	6,90	0.008																																													
MLU	15,64	5,90	0.000																																													
Compréhension																																																
RDLS	£ 1,60																																															
PLS	£ 3,47																																															
Expression																																																
PLS	£ 3,82																																															
MLU	£ 10,97																																															

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur
Günther 2010 Pays-Bas	Déterminer l'impact de l'ajout d'une approche comportementale sur l'efficacité d'une thérapie traditionnelle pour un trouble d'articulation. 91 enfants 4;0 à 6;0 Trouble d'articulation	Quasi-expérimental Avant/après IIb; 75 % -Nombre d'erreurs d'articulation sur 33 mots (<i>Picture labeling test</i>) -Journal de bord des parents pour travail à la maison (fréquence et durée des travaux pratiques)	Thérapie traditionnelle: 2 x 45 min/ sem, 4 semaines intervention directe avec orthophoniste Approche behaviorale (Contingency Management) : - Renforcement positif à la maison à l'aide de récompenses - Récompenses identifiées par l'enfant et le parent -Fréquence de la récompense établie avec le thérapeute (33 enfants)	Thérapie traditionnelle (32 enfants) Contrôle sans traitement (26 enfants)	<u>Mesure (moy)</u> Cont. Trad. CM p nb erreurs -Initiale 32,3 32,3 32,2 0.924 -Finale 31,4 7,8 3,0 <0.001 Sessions maison fréqence/sem - 5,9 7,9 <0.001 minutes/sem - 47,5 62,2 <0.001 < 3 erreurs 0 13 26 <0.001	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement traditionnel d'un trouble d'articulation est efficace ; • Ajout d'une approche thérapeutique comportementale structurée augmente significativement l'efficacité du traitement; • Approche comportementale augmente la fréquence et la durée des sessions à la maison.
Lancaster 2010 Royaume-Uni	1. Déterminer l'efficacité d'une approche éclectique de traitement cohérente avec la pratique clinique 12 enfants 3;4 à 5;10	Essais contrôlé non randomisé IIa; 69 % -Articulation (<i>The Edinburgh Articulation Test</i>)	Expérience 1 Approche éclectique combinant plusieurs méthodes. <u>0 à 3 mois:</u> - 8 sessions individuelles de 30 min /semaine - En présence des parents - Activités à la maison <u>3 à 6 mois:</u> aucune intervention (6 enfants)	Expérience 1 Traitement retardé <u>0 à 3 mois:</u> aucune intervention; <u>3 à 6 mois:</u> intervention (6 enfants)	Expérience 1 <u>Groupe</u> Avant 3 mois 6 mois Intervention 47.45 35.80** 31.62 Retardé 43.08 39.75 33.21* **p<0.001 *p<0.05	Expérience 1 • Amélioration significative du trouble d'articulation suite à une approche éclectique de 3 mois.

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																
	<p>2. Comparer l'efficacité de l'intervention directe par un orthophoniste à celle prodiguée par les parents.</p> <p>15 enfants 3;4 à 4;5</p>		<p>Expérience 2</p> <p>Approche éclectique</p> <p>Sur 6 mois:</p> <p>15 sessions, 30 min/sem (5 enfants)</p> <p>Intervention à domicile par les parents</p> <p>2 h de formation des parents en groupe + matériel</p> <p>- Interventions par parents 1x/sem, 6 semaines</p> <p>- Rencontre de discussion avec orthophoniste après chaque bloc de 6 semaines (5 enfants)</p>	<p>Expérience 2</p> <p>Aucune intervention (5 enfants)</p>	<p>Expérience 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Intervention</th> <th>Avant</th> <th>6 mois</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Éclectique</td> <td>49,36</td> <td>27,70</td> <td><0.001</td> </tr> <tr> <td>Parents</td> <td>57,00</td> <td>45,58</td> <td><0.05</td> </tr> <tr> <td>Aucune</td> <td>49,72</td> <td>45,62</td> <td>NS</td> </tr> </tbody> </table>	Intervention	Avant	6 mois	p	Éclectique	49,36	27,70	<0.001	Parents	57,00	45,58	<0.05	Aucune	49,72	45,62	NS	<p>Expérience 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration significative avec approche éclectique et intervention par parents; • Interventions par les parents procurent des gains plus modestes; • Approche éclectique pendant 6 mois plus efficace que 3 mois (cf expérience 1).
Intervention	Avant	6 mois	p																			
Éclectique	49,36	27,70	<0.001																			
Parents	57,00	45,58	<0.05																			
Aucune	49,72	45,62	NS																			

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur
McKean 2012 Australie	Créer des connaissances sur l'efficacité d'une approche centrée sur la famille pour le traitement d'enfants avec un trouble du langage. 20 enfants 3;0 à 6;0 Trouble de langage léger à modéré; Sans autre diagnostic	Essais contrôlé randomisé Ib; 80 % -Atteinte des objectifs (<i>Goal Attainment Scale</i> ; GAS); -Expérience de l'enfant et du parent (<i>Measures of Processus of Care</i> ; MPOC); -Sondage de satisfaction; -Mesures de la parole et du langage (<i>Diagnostic Evaluation Articulation and Phonologie</i> , DEAP; <i>Renfrew Action Picture test</i> , RAPT).	Pratique centrée sur la famille (PCF): Pratique habituelle + - Questionnaire " <i>Getting to know your child</i> "; - Au cours des sessions d'interventions directes individuelles: 1) Discussion des progrès de l'enfant; 2) Implication accrue du parent qui agit comme facilitateur; 3) Discussion d'activités familiales pertinentes pour compléter la thérapie; - Le parent prend les décisions concernant les activités à la maison; - 2 visites à domicile, aux semaines 4 et 11. (10 enfants)	Pratique habituelle: - 1x 45 min groupe d'éducation pour les parents; - 45 min/sem, 5 semaines, interventions directes individuelles; - 3 semaines d'arrêt (exercices à la maison); - 45 min révision en rencontre individuelle; - 45 min/sem, 4 semaines, interventions directes individuelles; (10 enfants)	Différence des moyennes <u>Mesure (PCF vs habituelle)</u> p GASP 0,27 0.511 MPOC - partenariat 0,13 0.636 - information gén 1,05 0.152 - information spéc 0,59 0.057 - prise en charge 0,06 0.815 - support 0,24 0.304 DEAP - articulation 0,003 0.956 - phonologie 0,224 0.643 RAPT information 0,341 0.567 - grammaire <0.001 0.984 Satisfaction: Tous les parents sont satisfaits ou très satisfaits de la thérapie reçue par leur enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun bénéfice à utiliser une pratique centrée sur la famille pour le traitement des enfants avec un trouble léger à modéré; • Pas de différence de satisfaction entre l'approche centrée sur la famille et l'approche habituelle.

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																																																																														
Van Balkom 2010 Pays-Bas	Évaluer l'efficacité d'un programme d'intervention indirecte par les parents suite à une formation vidéo à domicile pour le traitement d'un retard de langage de leurs enfants. 22 enfants 2;2 à 3;1 Retard de développement langagier sans autre trouble ou diagnostics et leurs mères	Quasi-expérimental Avant/après IIb; 73 % Mesures avant, après et de suivi (3 mois) : -Expression(<i>Mean length of utterance</i> , MLU) -Production de langage (<i>Language Assessment, Remediation, and Screening Procedure</i> , LARSP) -Compréhension (<i>Reynell Language Development Scales</i>) -Cohérence (<i>Appropriate Conversational Coherence</i> via vidéo)	Parent Video Home Training (PVHT) : - Programme de formation vidéo de 13 semaines - 6 visites à domicile bi-hebdomadaires de 90 min chacune (total 9h)	Intervention directe: - 1x 45 min/ sem, 12 semaines (total 9h) - Aucune implication des parents	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesure</th> <th>Av</th> <th>Ap</th> <th>p</th> <th>Suivi</th> <th>p</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Expression</td> </tr> <tr> <td>- PVHT</td> <td>2,1</td> <td>2,4</td> <td>0.027</td> <td>2,9</td> <td>0.041</td> </tr> <tr> <td>- Directe</td> <td>2,3</td> <td>2,5</td> <td>0.075</td> <td>2,9</td> <td>0.075</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Compréhension</td> </tr> <tr> <td>- PVHT</td> <td>7,8</td> <td>7,7</td> <td>0.92</td> <td>9,2</td> <td>0.09</td> </tr> <tr> <td>- Directe</td> <td>8,6</td> <td>7,8</td> <td>0.08</td> <td>8,0</td> <td>0.74</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Grammaire</td> </tr> <tr> <td>- PVHT</td> <td>0,48</td> <td>0,52</td> <td>0.80</td> <td>0,58</td> <td>0.14</td> </tr> <tr> <td>- Directe</td> <td>0,49</td> <td>0,50</td> <td>0.86</td> <td>0,51</td> <td>0.72</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Cohérence</td> </tr> <tr> <td>- PVHT</td> <td>3,4</td> <td>12,5</td> <td>0.008</td> <td>11,3</td> <td>0.36</td> </tr> <tr> <td>- Directe</td> <td>8,2</td> <td>4,8</td> <td>0.020</td> <td>1,91</td> <td>0.019</td> </tr> </tbody> </table>	Mesure	Av	Ap	p	Suivi	p	Expression						- PVHT	2,1	2,4	0.027	2,9	0.041	- Directe	2,3	2,5	0.075	2,9	0.075	Compréhension						- PVHT	7,8	7,7	0.92	9,2	0.09	- Directe	8,6	7,8	0.08	8,0	0.74	Grammaire						- PVHT	0,48	0,52	0.80	0,58	0.14	- Directe	0,49	0,50	0.86	0,51	0.72	Cohérence						- PVHT	3,4	12,5	0.008	11,3	0.36	- Directe	8,2	4,8	0.020	1,91	0.019	<ul style="list-style-type: none"> Intervention indirecte à domicile par les parents a un impact positif significatif sur l'expression et la cohérence (court et long terme); Intervention directe en clinique a un impact négatif significatif sur la cohérence; PHVT met l'emphase sur des stratégies pour créer des conversations cohérentes, adaptée à l'enfant alors que intervention directe vise production de langage expressif, le vocabulaire et la grammaire; Programme de formation vidéo impliquent un plus grand investissement de temps.
Mesure	Av	Ap	p	Suivi	p																																																																															
Expression																																																																																				
- PVHT	2,1	2,4	0.027	2,9	0.041																																																																															
- Directe	2,3	2,5	0.075	2,9	0.075																																																																															
Compréhension																																																																																				
- PVHT	7,8	7,7	0.92	9,2	0.09																																																																															
- Directe	8,6	7,8	0.08	8,0	0.74																																																																															
Grammaire																																																																																				
- PVHT	0,48	0,52	0.80	0,58	0.14																																																																															
- Directe	0,49	0,50	0.86	0,51	0.72																																																																															
Cohérence																																																																																				
- PVHT	3,4	12,5	0.008	11,3	0.36																																																																															
- Directe	8,2	4,8	0.020	1,91	0.019																																																																															

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur
Waite 2006 Australie	Validation préliminaire d'un système de télésanté sur le web pour l'évaluation de trouble du langage chez les jeunes enfants 6 enfants 4;3 à 6;8 Trouble du langage léger à modéré-sévère 2 orthophonistes	Quasi-expérimental Ilb; 77 % -Articulation (<i>Single word articulation test</i> SWAT); -Parole (échelle likert de 7 points, 1= normal; 7= inintelligible); -Évaluation oro-moteur; -Proportion d'accords entre les évaluations des deux orthophonistes (accord inter-juge; considéré acceptable à 70 % et +) -Ré-évaluation à partir des enregistrements après 4 semaines (accord intra-juge)	Évaluation en ligne Système de visioconférence eREHAB Enfant devant le système afin de permettre enregistrement et évaluation simultanée par l'orthophoniste en ligne. - transmission d'images sur l'écran du participant - enregistrement du participant - L'orthophoniste en ligne, complète son évaluation à partir des enregistrements	Évaluation face à face L'orthophoniste score les performances de l'enfant au cours de l'évaluation	Taux d'accord <u>Test</u> <u>inter-juge</u> <u>intra-juge</u> SWAT* consonnes et positions 87 % 94 % Intelligibilité 83 % 100 % Oro-moteur 76 % 90 % * Accord <70 % pour 12 sons individuels (inter-juge) et pour 3 sons individuels (intra-juge).	• Accord général élevé et accord inter et intra juge adéquats (>70 %) suggère que l'évaluation en ligne est une alternative viable à l'évaluation face-à-face pour les enfants avec un trouble de la parole et du langage.

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																								
Études primaires issues de la littérature grise																														
Benedyk 2011 Royaume-Uni	Évaluer les impacts d'un nouveau modèle de prestation des services d'orthophonie. Tous les enfants ayant un dossier actif en orthophonie	Étude descriptive III; 50 % -Temps d'attente -Questionnaire aux parents -Taux d'absence aux rendez-vous -Accessibilité -Coût -Administration -Efficacité de la thérapie	Nouveau modèle • Division du territoire en quadrants • Prestation des services universels et spécialisés dans chacun des quadrants (évaluation et intervention) • Services offerts localement dans les centres pour enfants	Ancien modèle • Demande dirigée vers un des centres de services sur le territoire • Services offerts par les orthophonistes du centre	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesure</th> <th>ancien</th> <th>nouveau</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Attente</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Ref-éval.</td> <td>± 18 sem</td> <td>4 - 6 sem</td> </tr> <tr> <td>- Éval-Rx</td> <td>± 18 sem</td> <td>8 - 12 sem</td> </tr> <tr> <td>Services</td> <td>selon centre</td> <td>universel</td> </tr> <tr> <td>Orthophonistes</td> <td>isolés</td> <td>collaboration</td> </tr> <tr> <td>Taux d'absence</td> <td>21 %</td> <td>10 %</td> </tr> <tr> <td>Coût/enfant</td> <td>103 £</td> <td>51,5 £</td> </tr> </tbody> </table> <p>Questionnaire aux parents:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 % enfants vus à l'intérieur de 6 sem - 90 % trouve information claire et aidante - 98 % localisation commode - 100 % ont apprécié l'accueil - 100 % ont trouvé les conseils donnés utiles 	Mesure	ancien	nouveau	Attente			- Ref-éval.	± 18 sem	4 - 6 sem	- Éval-Rx	± 18 sem	8 - 12 sem	Services	selon centre	universel	Orthophonistes	isolés	collaboration	Taux d'absence	21 %	10 %	Coût/enfant	103 £	51,5 £	<p>Nouveau modèle plus performant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • augmentation du nombre d'enfants qui peuvent être vus pour évaluation à l'intérieur d'une fenêtre de temps; • diminution des coûts par enfant; • diminution des tâches administratives par les orthophonistes.
Mesure	ancien	nouveau																												
Attente																														
- Ref-éval.	± 18 sem	4 - 6 sem																												
- Éval-Rx	± 18 sem	8 - 12 sem																												
Services	selon centre	universel																												
Orthophonistes	isolés	collaboration																												
Taux d'absence	21 %	10 %																												
Coût/enfant	103 £	51,5 £																												

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																																																						
Chandler 2004 Royaume-Uni	<p>Décrire comment la mise en place du système M.A.C.S. (Maroondah Approach to Clinical Services) et son impact sur la liste d'attente des enfants pour obtenir des services d'orthophonie.</p> <p>Tous les enfants ayant un dossier actif dans l'un des 8 sites de services d'orthophonie du <i>Sutton and Merton Primary Care Trust</i> (environ 900 enfants)</p>	<p>Étude descriptive</p> <p>III; 75 %</p> <p>-Temps d'attente</p> <p>-Nb dossiers actifs</p> <p>-Participation des parents aux sessions d'information</p> <p>-Temps orthophonistes et assistants (Équivalent temps complet, incluant temps d'administration)</p> <p>-Satisfaction des parents</p> <p>-Satisfaction des orthophonistes</p>	<p>Maroondah Approach to Clinical Services (M.A.C.S.)</p> <p>- Gestion centralisée des dossiers (base de données)</p> <p>- Tous les orthophonistes dispensent des thérapies de groupe, ont des rendez-vous désignés pour révisions, évaluations initiales et interventions individuelles</p> <p>- Cycles continus d'interventions basées sur les pratiques courantes (de groupe, à domicile, individuelle)</p> <p>- Implication des parents comme partenaires tout au long du processus</p> <p>- Planification à long terme des services</p> <p>- Sessions d'information parents</p>	Avant la mise en place de M.A.C.S.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesure</th> <th>août 2002</th> <th>avril-juil 2003</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Attente</td> </tr> <tr> <td>- évaluation</td> <td>12 sem</td> <td>8 - 9 sem</td> </tr> <tr> <td>- traitement</td> <td>12-18 ms</td> <td>4 - 6,7 ms</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Information</td> </tr> <tr> <td>-nb de sessions</td> <td>-</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>-nb parents</td> <td>-</td> <td>536</td> </tr> <tr> <td>Dossiers actifs</td> <td>1,200</td> <td>904</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Équiv. temps complet</td> </tr> <tr> <td>- orthophonistes</td> <td>6</td> <td>6,2</td> </tr> <tr> <td>- assistants</td> <td>1</td> <td>1,5</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Satisfaction</td> </tr> <tr> <td>- parents (plaintes)</td> <td>+++</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>- orthophonistes</td> <td>frustrés stressés</td> <td>moins isolés ↑ thérapies</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Autres retombées</td> </tr> <tr> <td colspan="3">base de données procure des informations précises et en continu des dossiers de tous les enfants.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Problèmes rencontrés</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Parents doivent céder eux-mêmes les sessions d'information et rencontre de suivi (contrôle); Procédures administratives plus complexes (plusieurs sites).</td> </tr> </tbody> </table>	Mesure	août 2002	avril-juil 2003	Attente			- évaluation	12 sem	8 - 9 sem	- traitement	12-18 ms	4 - 6,7 ms	Information			-nb de sessions	-	32	-nb parents	-	536	Dossiers actifs	1,200	904	Équiv. temps complet			- orthophonistes	6	6,2	- assistants	1	1,5	Satisfaction			- parents (plaintes)	+++	+	- orthophonistes	frustrés stressés	moins isolés ↑ thérapies	Autres retombées			base de données procure des informations précises et en continu des dossiers de tous les enfants.			Problèmes rencontrés			Parents doivent céder eux-mêmes les sessions d'information et rencontre de suivi (contrôle); Procédures administratives plus complexes (plusieurs sites).			<ul style="list-style-type: none"> Le système M.A.C.S. a permis de résoudre le problème des listes d'attentes; Ajustements à faire au cours des prochains cycles de traitement.
Mesure	août 2002	avril-juil 2003																																																										
Attente																																																												
- évaluation	12 sem	8 - 9 sem																																																										
- traitement	12-18 ms	4 - 6,7 ms																																																										
Information																																																												
-nb de sessions	-	32																																																										
-nb parents	-	536																																																										
Dossiers actifs	1,200	904																																																										
Équiv. temps complet																																																												
- orthophonistes	6	6,2																																																										
- assistants	1	1,5																																																										
Satisfaction																																																												
- parents (plaintes)	+++	+																																																										
- orthophonistes	frustrés stressés	moins isolés ↑ thérapies																																																										
Autres retombées																																																												
base de données procure des informations précises et en continu des dossiers de tous les enfants.																																																												
Problèmes rencontrés																																																												
Parents doivent céder eux-mêmes les sessions d'information et rencontre de suivi (contrôle); Procédures administratives plus complexes (plusieurs sites).																																																												

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur
David 2006 Royaume-Uni	Évaluer le potentiel d'un contact téléphonique et de l'offre de visite à domicile pour réduire l'absence aux rendez-vous initiaux Enfants 0-4 ans de deux cliniques Sure Start: SS1: 47 enfants SS2: 40 enfants	Quasi-expérimental Avant/après Iib; 64 % Mesures avant et 1 an après l'introduction des changements : -Temps entre référence et contact téléphonique; -Absence au rendez-vous fixé; -Choix du lieu de rendez-vous -Questionnaire anonyme aux parents sur leur appréciation du processus	Modifications à la prise de rendez-vous (2003-04) 1) Contacter les familles par téléphone au cours de la semaine suivant la référence de l'enfant; Si pas de réponse après 2 semaines, envoyer une lettre de rendez-vous 2) Les parents contactés par téléphone ont le choix du site de la rencontre (clinique, domicile, milieu préscolaire) 3) Date et moment de la rencontre déterminer lors de l'appel téléphonique puis confirmé par écrit. Tous les rendez-vous à l'intérieur de 4 semaines après référence.	Avant les modifications (2002-03) : 1) Offre d'un premier rendez-vous dans les 3 mois suivant la référence de l'enfant 2) Premier contact avec la famille par une lettre envoyée 2 à 4 semaines avant le premier rendez-vous	Absence au 1er rendez-vous <u>Centre de service</u> 2002-03 2003-04 SS1 53 % 10,6 % SS2 40 % 7,5 % <u>Mesures</u> SS1 SS2 Nb famille 38 35 Temps réf -rendez-vous 26,1 jrs 8 jrs Lieu préféré domicile domicile Réponse au questionnaire: 23,3 % 42,5 % Téléphone utile: 90 % 83,3 % 80 % (SS1) et 100 % (SS2) des absents n'avaient pas été rejoint par téléphone	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des taux de présence au premier rendez-vous peut être attribuée à la combinaison de plusieurs changements; • Absence au premier rendez-vous serait reliée à l'inconfort du moment ou du lieu; • L'implication des parents dans la prise de rendez-vous favorise l'accès aux services et les responsabilisent.

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																																																						
Hayes 2012 Irlande	Évaluer le service de thérapie de la parole et du langage offert par le <i>Childhood Development Initiative</i> (CDI) dans une région défavorisée du comté de Dublin 49 parents d'enfants ayant participé au programme CDI; 6 centres de services de thérapie de la parole et du langage de la même région; 83 enfants 2;6 à 5;8 ayant participé au programme CDI	Quasi-expérimental Avant/après Iib; 92 % <u>Mesures quantitatives</u> - Collecte rétrospective des données disponibles dans les fichiers du CDI - Information collectés auprès des autres agences (A, B, C, H: enfants 1:6 à 5;0) (D, E, F, G, I: enfants de 6;5 à 7;9) <u>Mesures qualitatives:</u> Verbatim des entrevues et des groupes de discussion	Childhood Development Initiative (CDI) speech and language therapy service. Inclu 2 programmes: <i>Early Years</i> : préscolaire <i>Healthy School</i> : primaire - Thérapie directe (individuelle ou de groupe, de façon continue) - Thérapie indirecte (par parents ou professionnels) - Interventions dans milieu préscolaire ou scolaire Pour les enfants d'âge préscolaire: 1) 14,4 % interventions directes 2) 8,1 % interventions indirectes 3) 77,5 % directes et indirectes	Autres centres (Health services executive , HSE) Interventions directes et indirectes au centre de service	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CDI</th> <th>A</th> <th>B</th> <th>C</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Référés:</td> <td>72</td> <td>26</td> <td>35</td> <td>34</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Acceptés:</td> <td>72</td> <td>16</td> <td>21</td> <td>34</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Direct:</td> <td>59</td> <td>50</td> <td>47</td> <td>16</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>Nb ortho:</td> <td>2</td> <td>3,6</td> <td>1,5</td> <td>1,5</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>Moy sessions /enfant</td> <td>4,7</td> <td>7,9</td> <td>7,8</td> <td>7,1</td> <td>6,7</td> </tr> <tr> <td>Âge moyen</td> <td>2;9</td> <td>2;6</td> <td>1;6</td> <td>5;0</td> <td>3;4</td> </tr> <tr> <td>Présence</td> <td>≥75 %</td> <td>≥75 %</td> <td>≥75 %</td> <td>≥75 %</td> <td>≥75 %</td> </tr> <tr> <td>Attente (ms)</td> <td>0,5-6</td> <td>2</td> <td>2-10</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>(réf à éval.)</p> <p><u>Formation pour interventions indirectes:</u> CDI: de 5 à 20 sessions formation/année A: Hanen 1x/an, 10 personnes B: Hanen 1x/18 ms, 6-8 personnes C: individ. (prof.), groupes (parents) H: professionnels, 1x/an et au besoin</p> <p><u>Efficacité CDI</u> (après~6 semaines de thérapie) - 18 % des enfants quittent avec un langage dans les limites normales - 28 % éligibles pour continuer interventions au CDI - 24 % référés à d'autres services</p> <p><u>Verbatim</u> - Milieu plus familial, réduit stress et anxiété des enfants et n'interfère pas avec leur routine ; - Lien étroit entre service CDI, milieu et parents favorise la présence aux interventions; - Support et flexibilité des orthophonistes</p>		CDI	A	B	C	H	Référés:	72	26	35	34	11	Acceptés:	72	16	21	34	11	Direct:	59	50	47	16	17	Nb ortho:	2	3,6	1,5	1,5	0,3	Moy sessions /enfant	4,7	7,9	7,8	7,1	6,7	Âge moyen	2;9	2;6	1;6	5;0	3;4	Présence	≥75 %	≥75 %	≥75 %	≥75 %	≥75 %	Attente (ms)	0,5-6	2	2-10	3	1	Principaux avantages du modèle CDI: <ul style="list-style-type: none"> • Intervention auprès des enfants en bas âge; • Approche intégrée du service; • Services dans environnement préscolaire ou scolaire permet d'intervenir auprès de l'enfant sans modifier sa routine et même si parents ne sont pas toujours disponibles; • Niveau élevé de satisfaction des orthophonistes, des éducateurs et des parents: - réduction de la liste d'attente - thérapie continue plutôt qu'en blocs - engagement des parents et des éducateurs - support sur place par orthophonistes - flexibilité.
	CDI	A	B	C	H																																																							
Référés:	72	26	35	34	11																																																							
Acceptés:	72	16	21	34	11																																																							
Direct:	59	50	47	16	17																																																							
Nb ortho:	2	3,6	1,5	1,5	0,3																																																							
Moy sessions /enfant	4,7	7,9	7,8	7,1	6,7																																																							
Âge moyen	2;9	2;6	1;6	5;0	3;4																																																							
Présence	≥75 %	≥75 %	≥75 %	≥75 %	≥75 %																																																							
Attente (ms)	0,5-6	2	2-10	3	1																																																							

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur																																																							
Maillart 2010 Belgique	Effets à court et moyen terme (6 mois) d'une guidance parentale orthophonique proposée à des parents d'enfants présentant un retard de développement de langage. Enfants avec retard de développement du langage: San: 3;1 Sim: 3;1 Sam: 2;6	Étude descriptive III; 50 % Enregistrement vidéo -Techniques de communication -Vocabulaire -Longueurs moyennes des énoncés -Recouvrement entre énoncés adulte-enfant	Formation des parents 5 séances bimensuelles/ 10 semaines	T1: avant formation T2: immédiatement après formation (3 mois) T3: après 6 mois	<p>Nombre de techniques de communication utilisé par les parents</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>T1</th> <th>T2</th> <th>T3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mère de San</td> <td>32</td> <td>60</td> <td>50</td> </tr> <tr> <td>Mère de Sim</td> <td>27</td> <td>49</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Mère de Sam</td> <td>8</td> <td>42</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table> <p>Progression des enfants</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Enfants</th> <th>Pré</th> <th>Post</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Vocabulaire</td> </tr> <tr> <td>San</td> <td>0,26</td> <td>0,29</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>0,25</td> <td>0,35</td> </tr> <tr> <td>Sam</td> <td>0,16</td> <td>0,21</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Longueur moyenne d'énoncés</td> </tr> <tr> <td>San</td> <td>2,8</td> <td>2,8</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>2,9</td> <td>1,9</td> </tr> <tr> <td>Sam</td> <td>1,0</td> <td>0,9</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Recouvrement entre énoncés</td> </tr> <tr> <td>San</td> <td>0,15</td> <td>0,16</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>0,20</td> <td>0,16</td> </tr> <tr> <td>Sam</td> <td>0,17</td> <td>0,39</td> </tr> </tbody> </table>		T1	T2	T3	Mère de San	32	60	50	Mère de Sim	27	49	30	Mère de Sam	8	42	30	Enfants	Pré	Post	Vocabulaire			San	0,26	0,29	Sim	0,25	0,35	Sam	0,16	0,21	Longueur moyenne d'énoncés			San	2,8	2,8	Sim	2,9	1,9	Sam	1,0	0,9	Recouvrement entre énoncés			San	0,15	0,16	Sim	0,20	0,16	Sam	0,17	0,39	<ul style="list-style-type: none"> La formation des parents (guidance) induit des changements dans leur comportement dont l'effet persiste; Au niveau des enfants, le bénéfice de l'ajustement parental est objectivable sur la forme du langage.
	T1	T2	T3																																																										
Mère de San	32	60	50																																																										
Mère de Sim	27	49	30																																																										
Mère de Sam	8	42	30																																																										
Enfants	Pré	Post																																																											
Vocabulaire																																																													
San	0,26	0,29																																																											
Sim	0,25	0,35																																																											
Sam	0,16	0,21																																																											
Longueur moyenne d'énoncés																																																													
San	2,8	2,8																																																											
Sim	2,9	1,9																																																											
Sam	1,0	0,9																																																											
Recouvrement entre énoncés																																																													
San	0,15	0,16																																																											
Sim	0,20	0,16																																																											
Sam	0,17	0,39																																																											

1 ^{er} auteur Année Pays	Objectifs Participants (Âge: ans;mois)	Design Preuve; Qualité Mesures	Intervention	Comparaison	Résultats	Conclusions de l'auteur															
<p>Morris 2005 <i>Royal College of Speech and Language Therapists</i> Royaume-Uni</p>	<p>Impact de la mise en place d'une série de modifications logistiques sur l'utilisation des services d'orthophonie par les enfants d'âge préscolaire</p> <p>Enfants consultants une clinique d'orthophonie de première ligne</p>	<p>Étude descriptive</p> <p>III; 60 %</p> <p>- Nb enfants sur liste d'attente</p> <p>- % absence au 1er rendez-vous de thérapie</p> <p>- % absence à la thérapie initiale</p>	<p>5 modifications suite aux résultats d'un sondage concernant l'absence aux rendez-vous (mai-oct 2004):</p> <p>1) Conserver actif uniquement les dossiers d'enfants qui ont besoin de thérapie et libérer ceux avec difficultés légères avec avis de contrôle sans avoir à retourner sur la liste d'attente;</p> <p>2) Temps d'administration pour la prises des rendez-vous initiaux et faire des téléphones de rappels;</p> <p>3) Option de proposer une visite à domicile lorsque plus appropriée qu'en clinique;</p> <p>4) Approche globale et de proximité pour les familles de milieux défavorisés;</p> <p>5) Orthophonistes séniors offrent support aux juniors pour que ceux-ci s'occupent des évaluations initiales.</p>	<p>Avant la mise en place des modifications (mai à octobre 2003)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mesure*</th> <th>2003</th> <th>2004</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nb enfants</td> <td>89</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td>Absence</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- rencontre initiale</td> <td>≈34 %</td> <td>≈27 %</td> </tr> <tr> <td>- 1er rendez-vous (intervention)</td> <td>≈32 %</td> <td>≈19 %</td> </tr> </tbody> </table> <p>*une moyenne par mois a été calculée pour alléger le tableau</p> <p>La proportion d'enfants renvoyés pour cause d'absence aux rendez-vous est passée de 60 % à 25 %</p>	Mesure*	2003	2004	Nb enfants	89	54	Absence			- rencontre initiale	≈34 %	≈27 %	- 1er rendez-vous (intervention)	≈32 %	≈19 %	<ul style="list-style-type: none"> • Des changements relativement simples se sont montrés efficaces pour augmenter la présence aux premiers rendez-vous en orthophonie; • Les modifications font partie d'un processus continu en vue d'améliorer la prestation de services.
Mesure*	2003	2004																			
Nb enfants	89	54																			
Absence																					
- rencontre initiale	≈34 %	≈27 %																			
- 1er rendez-vous (intervention)	≈32 %	≈19 %																			

Tableau 2. Caractéristiques et résultats des 5 revues retenues.

(No revue) 1er auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité	Période couverte Critères d'inclusion	Résultats	Conclusion de l'auteur
Revue issues de la littérature publiée				
Law 2003 États-Unis	Analyse des données probantes sur l'efficacité des interventions auprès des enfants avec un retard ou un trouble primaire de production de phonèmes et de langage a) Données probantes identifiant les interventions efficaces lorsque comparé à un groupe contrôle sans b) Efficacité des interventions selon le sous-groupe d'enfants c) Impact de la personne qui administre l'intervention (cliniciens ou parents formés) ou de la durée de l'intervention sur l'efficacité de l'intervention Revue systématique et méta-analyse 82 %	1965-2002 1) Participants randomisés 2) Enfants ou adolescents avec difficultés de parole et de langage 3) Interventions pour améliorer la phonologie, la syntaxe ou le vocabulaire 4) Mesures reliées à la phonologie, à la syntaxe ou au vocabulaire	Chez les enfants de 0-5 ans avec un retard ou un trouble primaire du langage: <ul style="list-style-type: none"> • Pour le trouble du langage expressif, aucune différence d'efficacité statistiquement significative selon que l'intervention soit administrée par un parent formé ou par un clinicien (5 études: Fey 1993, Gibbard 1994, Law 1999, Lancaster 1991, Tufts 1959); • Pas de différence d'efficacité statistiquement significative entre une intervention de groupe et une intervention individuelle (2 études: Sommers 1966; Wilcox 1991); • Indication que les interventions réalisées sur une plus longue période seraient plus efficaces que celles réalisées sur une courte période (1 étude: Barratt 1992). 	* Beaucoup d'hétérogénéité dans les résultats; * Pas d'études d'impact à long terme.

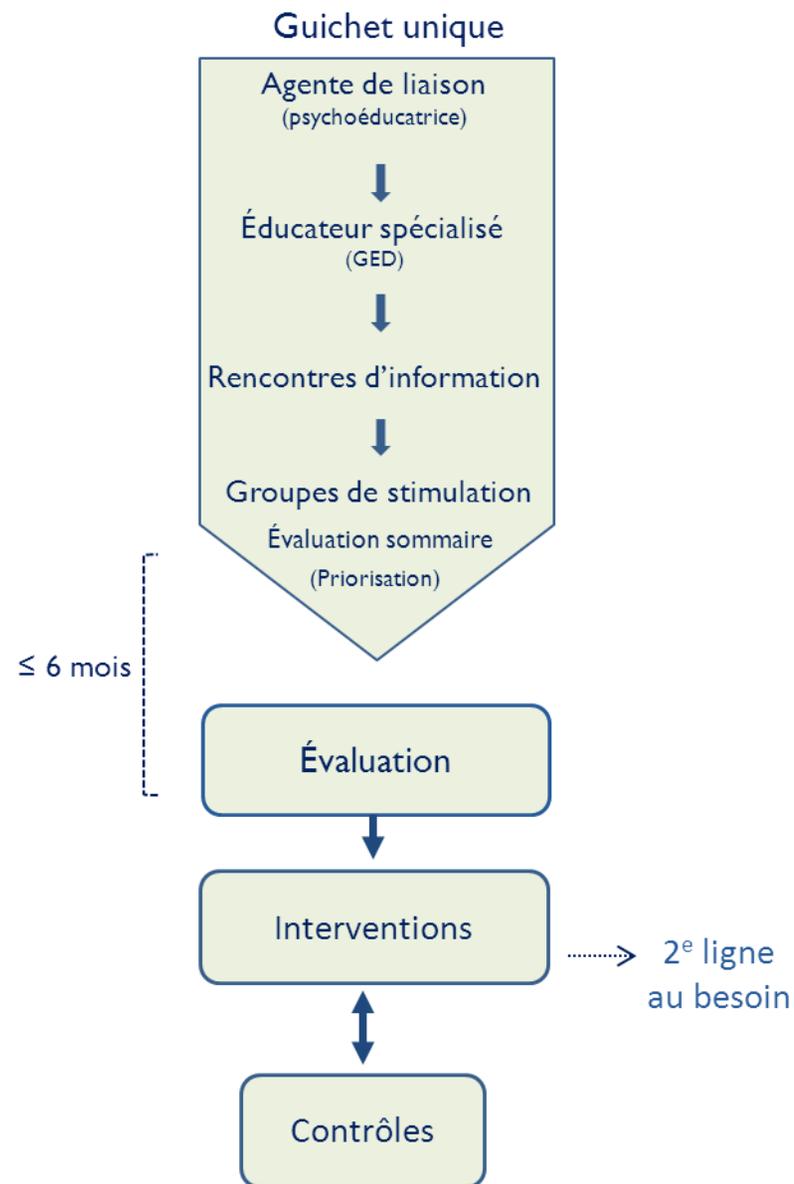
(No revue) 1er auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité	Période couverte Critères d'inclusion	Résultats	Conclusion de l'auteur
Lawler 2013 Australie	Identifier les meilleures données probantes concernant l'efficacité de l'administration de thérapies (problèmes de la parole et du langage, problèmes physiques, psychologiques, sociaux) par les aidants (parents, conjoints, amis). Revue systématique et Méta-analyse 64 %	jusqu'en juillet 2011 1) Professions para-médicales 2) Interventions administrées uniquement par les aidants 3) Mesures quantitatives 4) Études contrôlées randomisées	Chez les enfants de 0-5 ans avec un retard ou un trouble primaire du langage: • Données probantes de qualité modérée démontrent que l'administration d'interventions par des cliniciens n'est pas plus efficace que celles administrées par les parents pour un trouble du langage expressif (4 études: Barnett 1988, Eiserman 1990, Fey 1993, Gibbard 1994) et pour les difficultés d'articulation (4 études: Barnett 1988, Eiserman 1990, Lancaster 2010, Tufts 1959)	* La formation des parents pour l'administration d'interventions pourrait être une stratégie efficace pour augmenter l'apport thérapeutique des cliniciens.
McGinty 2006 États-Unis	Synthèse des données probantes permettant de répondre à la question à savoir si les cliniciens devraient utiliser un modèle d'intervention en milieu scolaire ou un modèle traditionnel avec rencontres individuelles ou en petits groupes. Revue systématique 60 %	1) Études contrôlées randomisées, quasi-expérimentales ou pré-test-post-test 2) Comparaison directe des 2 modèles 3) Intervention visant les problèmes de langage expressif ou réceptif 4) Mesures reliées au langage 5) Enfants âgés de 2 à 8 ans avec un trouble primaire du langage 6) Publiées dans revues avec comité de pairs 7) En anglais	Chez enfants âgés de 20 mois jusqu'en 3e année (Total 236 enfants, 92 (40 %) âgés 0-5 ans) : • Avantage de l'approche en classe avec orthophoniste et éducateur sur approche directe (individuelle ou groupe) pour le vocabulaire (2 études, Throneburg 2000, Wilcox 1991) • Pas de différence entre les 2 approches sur les scores de langage expressif (1 étude, Valdez 1997) • Avantage de l'approche individuelle ou en petit groupe pour un trouble du langage réceptif (1 étude, Valdez 1997)	* Avantage du modèle consultatif en classe, où l'orthophoniste et le professeur ou l'éducateur interviennent ensemble, pour aborder un problème de vocabulaire * Le faible nombre d'études appelle à la prudence dans l'interprétation des résultats

(No revue) 1er auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité	Période couverte Critères d'inclusion	Résultats	Conclusion de l'auteur
Revue issues de la littérature grise				
<p>Enderby 2009 <i>Royal College of Speech and Language Therapists</i> Royaume-Uni</p>	<p>Identifier les thérapies efficaces pour résoudre les problèmes de la parole et du langage</p> <p>Revue utilisant une approche systématique</p> <p>60 %</p>	<p>1986-2008</p> <p>1) En anglais</p> <p>2) Couvrent les interventions et les facteurs associés (type de problème, timing, prestation, acceptabilité, ordinateur)</p>	<p>Chez les enfants de 0-5 ans avec un retard ou un trouble primaire du langage:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'intensité des interventions augmente les gains en langage expressif (1 étude: Barret 1992, 2 RS: Law 2003, Law 2004) • Interventions indirectes par les parents, des assistants ou des éducateurs/professeurs sont aussi efficaces que interventions directes par orthophoniste (3 études: Baxendale 2003, Cole 1986, Gibbard 1994; 2 RS: Law 2003, Law 2004) • Interventions par les parents sont plus coûteuses (1 étude: Gibbard 2004) que interventions directes • Interventions de groupe ne sont pas moins coûteuses que interventions individuelles (2 RS: Law 2003, Law 2004) 	<p>* Résultats rapportés dans les études doivent être interprétés avec prudence en raison d'un manque de randomisation et parfois au faible nombre de participants.</p>

(No revue) 1er auteur Année Pays	Objectifs Design Qualité	Période couverte Critères d'inclusion	Résultats	Conclusion de l'auteur
<p>Schooling 2010 <i>American Speech- Language Hearing Association</i> Etats-Unis</p>	<p>Examiner l'impact de la prestation de services pour les enfants de 0 à 5 ans ayant des problèmes de communication.</p> <p>1. Quels est l'impact de la fréquence, de l'intensité ou de la durée du service?</p> <p>2. Quel est l'impact d'un service direct vs indirect?</p> <p>3. Quel est l'impact d'un traitement individuel vs de groupe?</p> <p>4. Quel est l'impact du lieu de traitement?</p> <p>Revue systématique</p> <p>80 %</p>	<p>1975-2009</p> <p>1) Publié ou sous presse dans journaux avec comité de pairs</p> <p>2) En anglais</p> <p>3) Données originales sur une des questions</p> <p>4) Enfants de la naissance à 5 ans</p> <p>5) Problèmes de langage primaire ou secondaire</p> <p>6) Enfants en pré-maternelle et enfants à risque EXCLUS</p> <p>7) Devis expérimental, quasi-expérimental, ou à cas unique avec niveau de base multiples</p>	<p>Chez les enfants de 0-5 ans avec un retard ou un trouble primaire du langage:</p> <p><u>Question 1:</u> Augmentation de l'intensité des interventions favorise l'amélioration du langage expressif (4 études: Barratt 1992, Eiserman 1990, Lonigan 1998, Whitehurst 1994).</p> <p><u>Question 2:</u> Interventions indirectes par les parents donnent de meilleurs résultats pour le langage expressif (3 études: Barnett 1988, Eiserman 1990, Gibbard 1994).</p> <p><u>Question 3:</u> Traitement individuel donne de meilleurs résultats pour expression ou compréhension (2 études: Eiserman 1990, Lonigan 1998) ; intervention de groupe donne de meilleurs résultats pour langage expressif (1 étude: Wilcox 1991)</p> <p><u>Question 4:</u> Interventions à domicile sont plus efficace qu'en milieu clinique ou scolaire (3 études: Barnett 1988, Eiserman 1990, Lonigan 1998); Aucune différence significative entre les deux groupes (1 étude: Valdez 1996) Intervention en milieu clinique/scolaire donnent de meilleurs résultats (1 étude: Crain-Thoreson 1999)</p>	<p>* Les nombreuses limites des études au plan de la qualité et des méthodologies ne permettent pas de tirer des conclusions claires.</p> <p>* Beaucoup des impacts sont non significatifs</p> <p>* La mesure de plusieurs variables à la fois ne permet pas une interprétation claire des résultats</p> <p>* Il est important de baser le choix du modèle de services à offrir à la fois sur les besoins des enfants, sur les ressources et le temps disponible.</p>

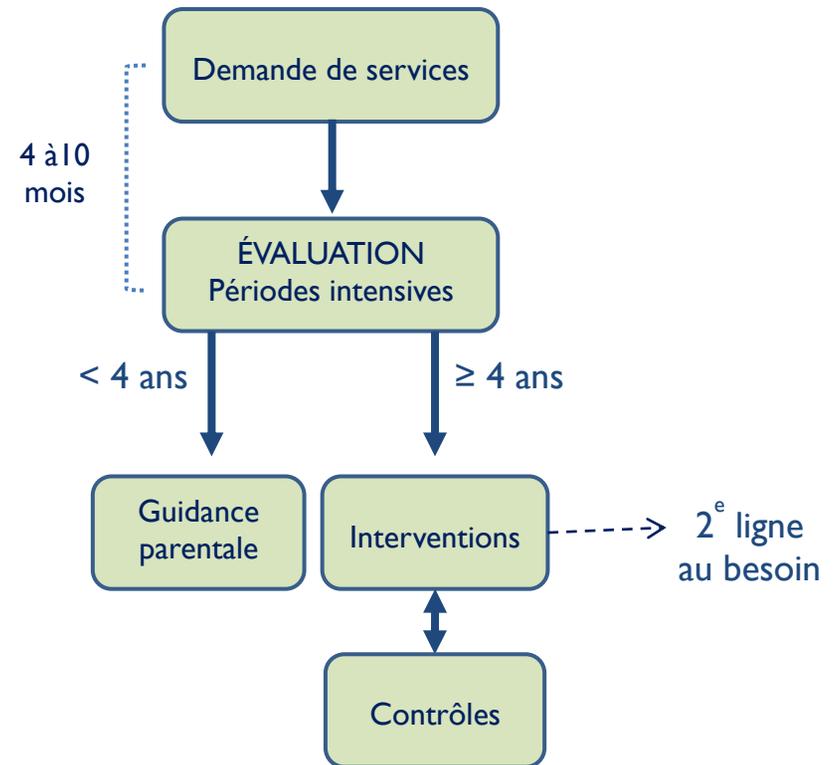
Annexe 4

CSSS de l'Énergie		
Changements introduits en janvier 2011		
	Avant	Après
Liste d'attente	17-30 mois	6 mois
Gestion des demandes et des rendez-vous		
• Réception des demandes	Orthophoniste	Guichet unique - Appel à l'agente de liaison - Envoi d'un questionnaire aux parents - GED éducateur spécialisé
• Prise de rendez-vous	Agente administrative	
• Politique d'assiduité		Fermeture du dossier si >2 absences non-motivées à l'évaluation ou aux interventions
Trajectoire		
• Rencontre • d'information		Parents 2 soirées à 2 sem d'intervalle, 5x/ année
• Formation des parents		
• Stimulation		6 rencontres hebdo. de 2h #1 à 5 : éducatrice spécialisée #6 : évaluation sommaire par orthophoniste → priorisation P1 : risque de trouble du langage P2 : âge de la maternelle P3 : plus jeunes, retard langage
• Évaluation	En individuel, 1h30 En présence des parents	
• Interventions	En individuel, en présence des parents Blocs de 6 rencontres hebdomadaires de 1h	
• Contrôles	Après un bloc d'intervention ou au besoin (retard de langage)	
Données organisationnelles		
Enfants 0-5 ans	2 700	
Demandes/année	62	
Orthophonistes	1,2 ETC	
Soutien administratif	Agente administrative (rendez-vous, ouverture dossier, saisie de données)	

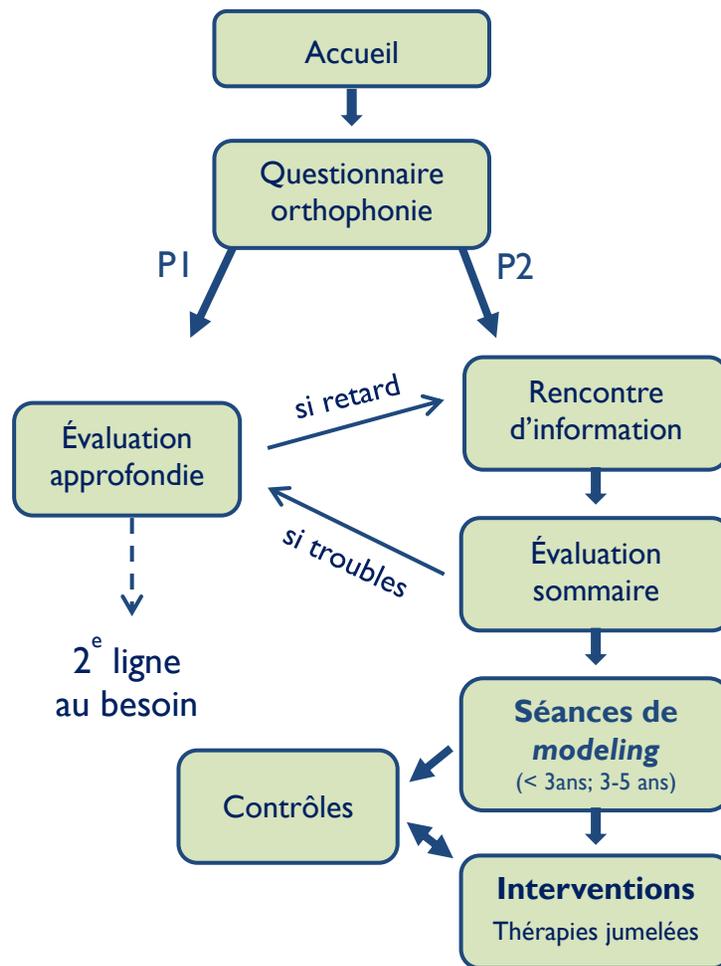


CSSS de Memphrémagog		
Changements introduits en 2009		
	Avant	Après
Liste d'attente	>12 mois	4 mois 10 mois depuis 2010*
Gestion des demandes et des rendez-vous		
• Réception des demandes	Infirmière à l'accueil santé	
• Prise de rendez-vous	Orthophoniste	
• Politique d'assiduité	Fermeture du dossier après 3 absences non justifiées	
Trajectoire		
• Rencontre d'information	oui	non
• Formation des parents	<4 ans : Programme Hanen	<4 ans : Guidance parentale 3-4 rencontres enfant-parent En individuel 1h, 1x/mois
• Stimulation		
• Évaluation	Aucune période réservée	3 périodes de 1 mois /année En individuel avec parents, 1-2 h
• Interventions	≥4 ans : blocs de 12 rencontres	≥4 ans : intervention directe En individuel, en présence du parent Blocs de 8 rencontres hebdo, 1h Possibilité de 3 blocs jusqu'à la maternelle si nécessaire
• Contrôles	3 à 6 mois après un bloc d'intervention	
Données organisationnelles		
Enfants 0-5 ans	2 713 (2011)	
Demandes/année	Environ 60 en 2009	2010 : 100 2011 : 90 2012 : 77
Orthophonistes ETC	1,8	

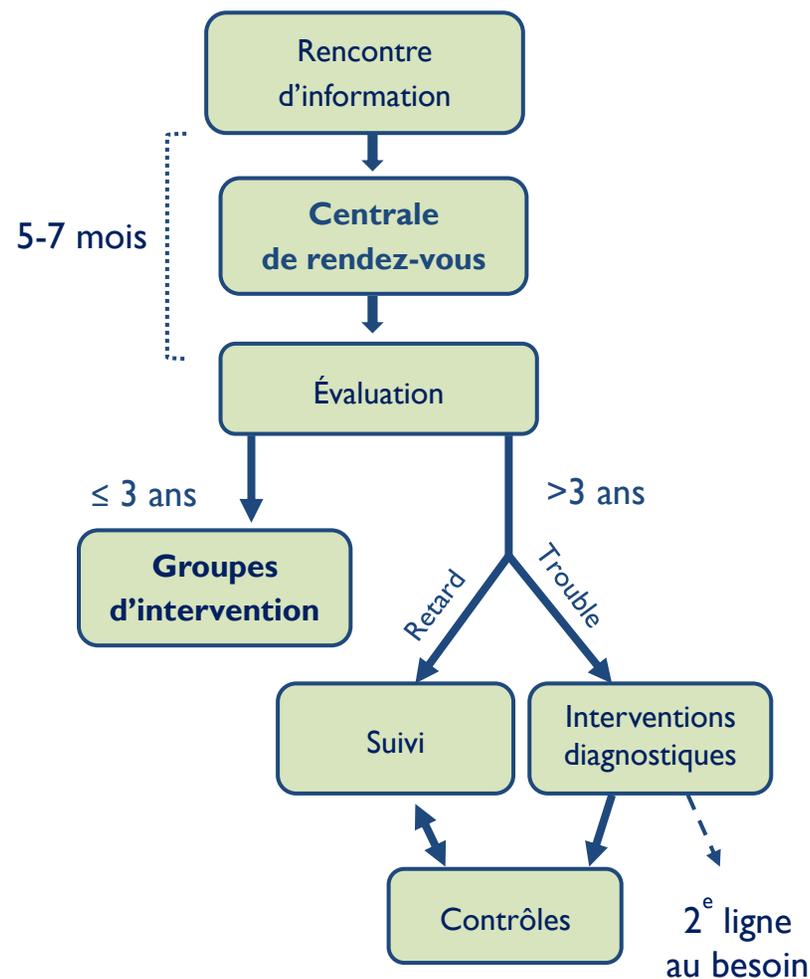
*Nombre de demandes/année est passé de 60 à 100



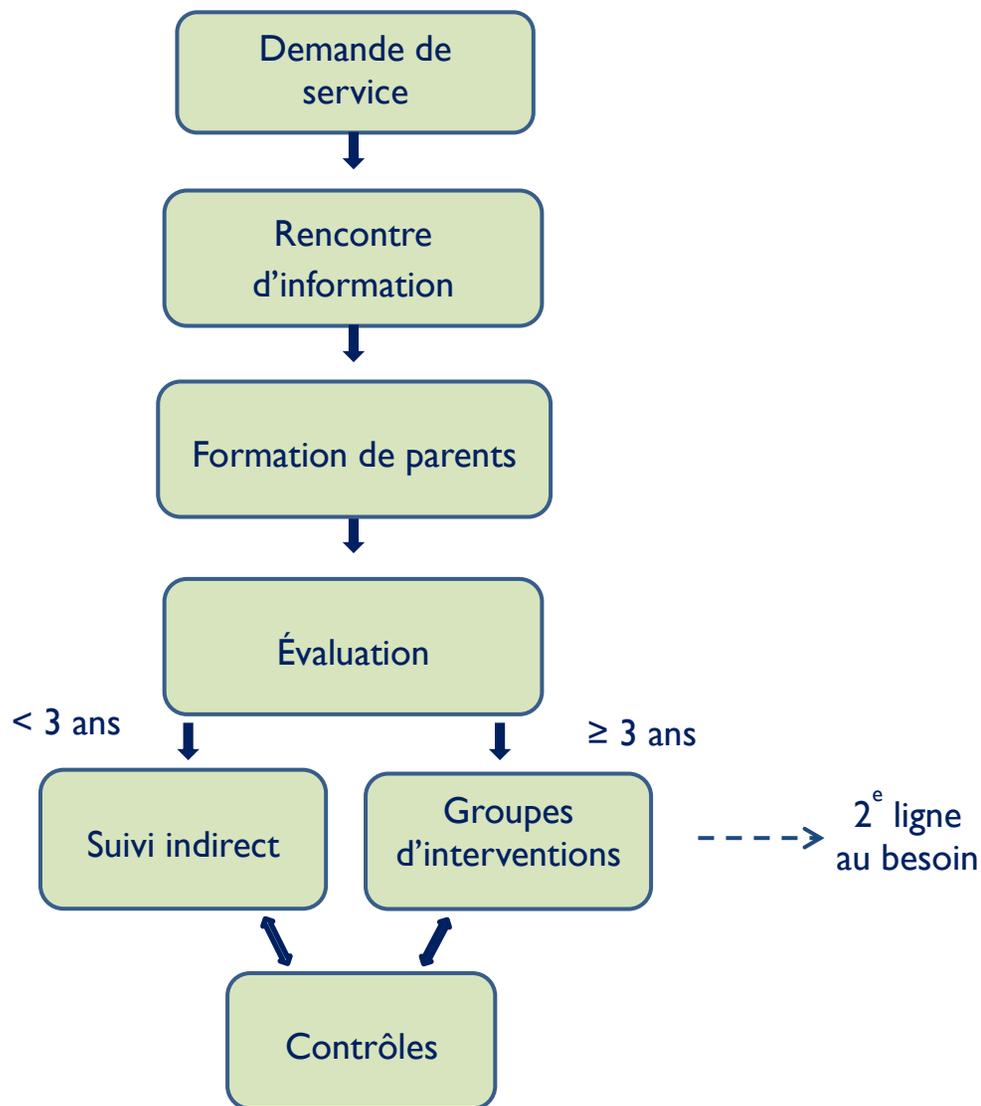
CSSS du Sud-de-Lanauidière		
Fusion des services en 2009 Changements introduits en 2010		
	Avant	Après
Liste d'attente	> 2 ans	< 6 mois
Gestion des demandes et des rendez-vous		
• Réception des demandes		1) Accueil liaison jeunesse 2) Orthophoniste : priorisation P1: bégaiement, soupçon d'un trouble de développement P2: retard de langage
• Prise de rendez-vous	Orthophoniste	
• Politique d'assiduité	Parents avisés que le dossier sera fermé s'ils ne se présentent pas à la rencontre d'information (P2)	
Trajectoire		
• Rencontre d'information		P2 : 3x/année (inscription pour évaluation)
• Formation des parents/stimulation	Rencontres parents seulement	P2 : Séances de « modeling » : Dyades parent-enfant 6 rencontres, aux 2 semaines Orthophonistes avec psychothérapeute si <3 ans.
• Évaluation		P1 : <u>Évaluation approfondie</u> En individuel, 2-3 rencontres P2 : <u>Évaluation sommaire</u> : En individuel, parent-enfant 1h (30 min ortho, 30 min ergo)
• Interventions	En Centre hospitalier En individuel parent-enfant	En CLSC P2 : Thérapie jumelée , blocs de 6 rencontres (2 x) 2-3 dyades parent-enfant
• Contrôles	En individuel, 1h, après un bloc d'intervention ou en suivi	
Données organisationnelles		
Enfants 0-5 ans	20 314 (2011)	
Demandes/année	≈100 (avant fusion)	250 (2012)
Orthophonistes (ÉTC)	3,0	6,4



CSSS de Trois-Rivières		
Changements introduits en 2011		
	Avant	Après
Liste d'attente	14 mois	5 à 7 mois
Gestion des demandes et des rendez-vous		
• Réception des demandes		
• Prise de rendez-vous	Orthophoniste	Centrale de rendez-vous
• Politique d'assiduité		
• Priorisation	oui, selon sévérité	non
Trajectoire		
• Rencontre d'information	2x/mois	1x/mois, 2h
• Formation des parents		
• Évaluation		En individuel, 1h30-2 h En présence des parents 1 évaluation/jour/orthophoniste ≤3 ans : Périodes intensives de 3 sem. >3 ans : 1 semaine, alternance avec semaine intervention
• Stimulation		
• Interventions	En individuel pour tous les enfants	≤3ans : 4 groupes de 8 enfants 8x 1h (aux 2 semaines), 3x/année, 4 groupes/semaine >3 ans : en individuel, 45 min Trouble: 1x /mois, 6 mois Retard : 2x/ mois, 1 mois 4 interventions/jours/orthophoniste
• Contrôles	En individuel, 45 min	
Données organisationnelles		
Enfants 0-5 ans	7 515 (2011)	
Demandes/année	395 (2012-2013)	
Orthophonistes (ÉTC)	3,4	
Autres impacts		
<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la satisfaction des parents (groupes) • Jeunes enfants vus plus tôt et plus rapidement (groupes) • Amélioration de la qualité de vie au travail des orthophonistes (horaires fixes). • Diminution des coûts 		



Nouveau service (septembre 2008)	CSSS Jeanne-Mance
Liste d'attente	≤ 2 mois
Gestion des demandes et des rendez-vous	
• Réception des demandes	
• Prise de rendez-vous	
• Politique d'assiduité	> 3 rencontres consécutives manquées : les parents sont rencontrés et possibilité de fermeture du dossier.
Trajectoire	
• Rencontre d'information	Parents enfants 1-5 ans 2h, 3x/ année
• Formation des parents	Envoi d'un formulaire à remplir par les parents 3x 2h, aux 2 semaines
• Stimulation	
• Évaluation	En individuel, 1h15 En présence des parents
• Interventions	Bloc de 5 rencontres hebdomadaires de 1h <3 ans: Suivi indirect individuel en présence des parents ≥ 3 ans: Groupes d'intervention 2-3 enfants
• Contrôles	6 mois après un bloc d'intervention
Données organisationnelles	
Enfants 0-5 ans	5 500 (0-4 ans, statistique de 2006)
Demandes/année	≈120
Orthophonistes (ÉTC)	1,6
Soutien administratif	Inscription aux soirées d'information



**Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale**

Centre affilié universitaire