

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Guide d'intervention en déficience langagière (DL) 0-6 ans

Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans

Juillet 2022

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse participation de nombreuses personnes impliquées au cours des travaux depuis 2019. Nous avons veillé à maintenir une représentativité de toutes les équipes et disciplines concernées par ce guide à chaque étape de la rédaction. À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

Comité stratégique

Cynthia Lambert, coordonnatrice Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans, Territoires CISSS Montérégie-Ouest et Montérégie-Centre, DPD

Élodie Bergeron, coordonnatrice Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans, Territoires CISSS Montérégie-Ouest et Montérégie-Centre, DPD

Jennifer Mascitto, chef de service, Développement et évolution des pratiques, volet Qualité et évolution de la pratique, DSMREU

Marie-Eve Garon, coordonnatrice Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans, Territoires CISSS Montérégie-Est et Estrie, DPD

Marie-Josée Roy, directrice adjointe Programmes DI-TSA et DP, DPD

Ysabelle Marleau, directrice adjointe Programmes DI-TSA et DP, DPD

Comité tactique

Alexandra Cadieux, chef de programme – Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans – Territoire CISSS Montérégie-Centre (Saint-Jean et Chambly), DPD

Annie Cloutier, chef de programme – Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans – Territoire CISSS Montérégie-Ouest (Châteauguay, Kateri), DPD

Caroline Mercier, chef de programme – Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans – Territoire CISSS Montérégie-Est (Boucherville et Sorel), DPD

Diane Racine, chef de programme en intérim – Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans – Territoire CIUSSS Estrie, DPD

Dominique Deslandes, chef de programme – Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans – Territoire CISSS Montérégie-Est (Longueuil), DPD

Dominique Moquin, chef de programme – Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans – Territoire CISSS Montérégie-Est (Saint-Hyacinthe et Beloeil), DPD

Julie Cournoyer, chef de programme – Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans – Territoire CISSS Montérégie-Centre (Brossard et St-Hubert), DPD

Julie Lavigne, chef de programme – Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans – Territoire CISSS Montérégie-Ouest (Vaudreuil, Valleyfield et Ormstown), DPD

Sophie Beaudry, chef de programme – Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans – Territoire CIUSSS Estrie, DPD

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES	4
LEXIQUE.....	5
AVANT-PROPOS.....	6
INTRODUCTION	7
1. CHAMPS D'APPLICATION.....	9
1.1. Cadre de référence	9
1.2. Clientèles cibles	9
1.3. Description de la problématique	10
1.3.1. Impacts fonctionnels	10
1.3.2. Impact familial	13
1.3.3. Pronostic de participation sociale (PPS)	14
1.4. Les meilleures pratiques d'intervention.....	15
1.4.1. Modalités permettant de limiter les impacts fonctionnels d'une DL et des difficultés concomitantes.....	15
1.4.2. Actualisation des services spécialisés en DL, intégrés dans un continuum de services	21
2. OBJECTIFS	22
3. MODALITES	22
4. INTERVENANTS CONCERNES	28
5. ROLES ET RESPONSABILITES	28
6. COMPETENCES	30
CONCLUSION.....	32
LISTE DES ANNEXES	33
RÉFÉRENCES	34
ANNEXE A TABLEAU RESUME DU PROGRAMME SPECIALISE DI-TSA-DM-DL 0-6 ANS.....	39
ANNEXE B RESUME DES RECOMMANDATIONS DE L'INESSS POUR LE TDL (2017)	40
ANNEXE C PROFIL TROUBLE DE LA FLUIDITE (BEGALEMENT)	42
ANNEXE D RESUME DU GUIDE D'INTERVENTION EN DL 0-6 ANS	52
ANNEXE E HABITUDES DE VIE POUVANT ETRE AFFECTEES PAR UNE DL ET/OU DES DIFFICULTES CONCOMITANTES	53
ANNEXE F DIFFICULTES ASSOCIEES ET STRATEGIES D'INTERVENTION	55
ANNEXE G STRATEGIES D'INTERVENTION GENERALES AVEC UN ENFANT PRESENTANT UNE DL	57
ANNEXE H INTERVENTIONS PERTINENTES LORS DE PRONOSTICS MOINS FAVORABLES ...	59
ANNEXE I STRUCTURE 1^{ER} SERVICE EN DL 0-6 ANS : PROFILS TDL-TDSP	60
ANNEXE J CHAMPS D'EXERCICES DES INTERVENANTS IMPLIQUES AUX SERVICES SPECIALISES EN DL 0-6 ANS.....	61

Liste des abréviations et des acronymes

AMB	Analyse multidimensionnelle des besoins
AQOA	Association québécoise des orthophonistes et audiologistes
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
CC	Coordonnateur clinique
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMR	Centre montréalais de réadaptation
CPO	Coaching en Performance Occupationnelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
DL	Déficience langage
DPD	Direction des programmes Déficiences
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
DV	Dyspraxie verbale
DVD	Disque numérique polyvalent (digital versatile disc)
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
MDH-PPH	Modèle de développement humain – Processus de production du handicap
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OAC	Orthophonie et Audiologie Canada
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OOAQ	Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
PI	Plan d'intervention
PID	Plan d'intervention disciplinaire
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
PPS	Pronostic de participation sociale
PRSC	Personne responsable de soutien clinique
PSI	Plan de services individualisés
SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
TDAH	Trouble de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité
TDC	Trouble développemental de la coordination
TDL	Trouble développemental du langage
TDSP	Trouble du développement des sons de la parole
TES	Technicien en éducation spécialisé
TS	Travailleur social
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Lexique

Difficultés praxiques	Difficultés à planifier, exécuter ou automatiser des mouvements, effectués dans un but précis.
Épisode de services	« Période de temps nécessaire pour le déploiement des interventions spécialisées d'un programme afin de réduire ou de compenser la situation de handicap de l'utilisateur. L'épisode de service est délimité dans le temps selon les critères d'accès et de fin des services spécialisés » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2017).
Morphologie	Composante d'une langue qui régit les règles de structures de mots (inflexions, dérivations). La plus petite unité de sens est appelée morphème.
Morphosyntaxe	Interaction des éléments de la phrase par rapport à la grammaire (combinaison de la morphologie et de la syntaxe).
Parents	Regroupe les personnes significatives pour l'utilisateur, tuteurs légaux ou autres figures parentales. Il peut s'agir de membres de la famille ou d'amis. <u>Dans le document, les appellations suivantes sont utilisées : parents, proches, famille.</u>
Phonème	Unité sonore d'une langue (son)
Phonologie	Composante d'une langue qui détermine l'inventaire des phonèmes d'une langue, les règles régissant leur distribution ainsi que les rapports qu'ils entretiennent entre eux.
Pragmatique	Concerne l'utilisation et la compréhension du langage, dans un contexte social.
Professionnel	Intervenant membre d'un ordre
Sémantique	Concerne la signification, le sens des mots.
Services généraux	S'adressent à toute la population. Il s'agit de services offerts aux usagers et leur famille, à la porte d'entrée du système de santé et des services sociaux. Ils répondent à un besoin de maintien ou d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent aussi être de nature aiguë, mais réversible.
Services spécifiques	<i>« S'adressent à des clientèles vulnérables et particulières. Ils visent à soutenir les personnes qui vivent dans leur communauté et qui, pour la plupart, doivent recevoir à moyen ou à long terme, de façon continue, des services qui leur sont propres. Ces derniers se doivent d'être consolidés et diversifiés pour répondre aux besoins et à la réalité des personnes ayant une déficience et correspondre à leur projet de vie. » (MSSS, 2017, p. 8)</i> Ils sont offerts par une équipe interdisciplinaire composée d'intervenants issus de divers domaines. (Ces intervenants possèdent « des connaissances cliniques générales de la déficience » (MSSS, 2017, p. 8-9)
Services spécialisés	<i>« Visent à répondre à des besoins résultant de problématiques complexes, mais répandues, exigeant une expertise spécialisée » (MSSS, 2017, p. 9)</i> Ils sont généralement offerts en interdisciplinarité par des intervenants variés. « Ils s'inscrivent en réponse à un besoin d'adaptation ou de réadaptation pour lequel des progrès significatifs sont attendus. » (MSSS, 2017, p. 9)
Syntaxe	La syntaxe traite de toutes les règles reliées à la construction d'une phrase et ses constituants.

Avant-propos

Le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie près de 8 850 personnes et 560¹ médecins à travers plus de 120 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

1. Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

Le *Guide d'intervention en DL 0-6 ans* s'adresse à l'ensemble des intervenants et gestionnaires qui travaillent auprès des usagers desservis au *Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans* ayant une déficience langagière (DL). **Il a été élaboré en continuité avec le *Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans*** (voir l'[annexe A](#)). Il est recommandé de lire le programme avant le guide d'intervention.

Le guide vise à :

- Définir les différentes modalités d'intervention à mettre en place auprès des usagers desservis au *Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans* qui présentent une **déficience langagière**;
- Harmoniser la dispensation des services spécialisés, tout en considérant les réalités territoriales parfois différentes.

Une déficience langagière peut affecter l'autonomie de l'enfant dans sa communication, dans ses activités courantes et ses rôles sociaux. Dans une perspective de services spécialisés en langage, les enfants admis présentent des difficultés complexes et persistantes sur le plan de la communication, de la parole et/ou du langage. Ces enfants ont souvent d'autres difficultés, au niveau des fonctions exécutives, des comportements, des activités motrices, des sens et de la perception.

L'intervention précoce de tous les acteurs impliqués dans un continuum de services en langage est reconnue comme étant « *un des leviers les plus importants pour que des changements durables s'opèrent chez les enfants qui présentent des difficultés de communication* » (OOAQ, 2016; OAC, 2013; Dockrell et al., 2012; Bercow, 2008, cités dans INESSS, 2017, p. 27). Dans le but d'améliorer la détection et la prise en charge précoce des retards de développement chez l'enfant, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a créé le programme *Agir tôt* qui est en déploiement depuis 2019 dans toute la province du Québec.

Malgré la mise en place en 2008 du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* (MSSS, 2008), plusieurs obstacles demeurent sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest (Arsenault, 2018; INESSS, 2017). Les difficultés d'accès aux services retardent le début de l'intervention précoce. Pour tenter de répondre à ce manque d'accessibilité touchant la majorité des CISSS et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec, l'Institut national d'expertise en santé et services sociaux (INESSS) a rédigé un *Avis sur l'organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage (TDL)*² (INESSS, 2017). L'[annexe B](#) présente les 13 recommandations de l'INESSS. En septembre 2019³, le MSSS, en collaboration avec l'INESSS, a priorisé certaines de ces recommandations. Même si les recommandations de l'avis concernent particulièrement le TDL, qui représente la plus grande proportion des usagers aux services spécialisés 0-6 ans, la proposition d'organisation des services reste pertinente pour les autres profils de déficience langagière admis au *Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans*.

Ce guide présente les trois profils langagiers admis aux services spécialisés en DL 0-6 ans :

1. Hypothèse ou trouble développemental du langage (TDL);
2. Hypothèse ou trouble du développement des sons de la parole (TDSP) de type dyspraxie verbale;
3. Trouble de la fluidité (bégaiement). Les services pour cette clientèle sont décrits à l'[annexe C](#).

Les travaux pour l'implantation du programme *Agir tôt* du MSSS, les interventions précoces de première ligne en cours de développement, le projet de démonstration pour la mise en place d'un continuum intégré et fluide de services en langage et la mise à jour des critères d'admissibilité pour la clientèle en DL ; tous ces éléments auront une influence sur l'organisation des services actuels en langage à plusieurs niveaux et vont entraîner certains ajustements. Le présent guide est donc évolutif et appelé à se développer avec les travaux en cours tant au niveau provincial que régional avec les différents partenaires impliqués.

2. Anciennement appelé trouble primaire du langage.

3. Activité de transfert de connaissances, visio-conférence INESSS, 12 sept. 2019.

Différents moyens ont été retenus afin de déterminer les impacts fonctionnels significatifs d'une DL et les difficultés ou conditions associées; et de favoriser une intervention précoce et spécialisée, dans le respect des délais d'accès prescrits. L'actualisation du processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences (DPD) (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a) dans le Guide d'intervention en DL 0-6 ans permet de clarifier certaines étapes, et d'aider à l'harmonisation des pratiques dans les divers points de services.

➡ L'[annexe D](#) présente un résumé du contenu du Guide DL 0-6 ans.

1. Champs d'application

1.1. Cadre de référence

Le présent guide d'intervention est élaboré en conformité avec les documents suivants :

- *Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme* (MSSS, 2017) ;
- *Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme* (MSSS, 2021) ;
- *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences* du CISSS de la Montérégie-Ouest (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a) ;
- *Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021b).

1.2. Clientèles cibles

En cohérence avec le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) et le modèle écosystémique retenus dans le guide *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes déficiences* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a), l'intervention auprès d'un enfant présentant une DL comporte trois pôles : **l'enfant, ses parents et les partenaires** des différents milieux de vie que fréquente l'enfant.

Les profils langagiers retenus dans le présent guide représentent la plus grande proportion d'enfants nécessitant des services spécialisés en DL 0-6 ans.

Les enfants admis sont âgés de plus de 30 mois et présentent une hypothèse ou un trouble tel que :

Trouble développemental du langage (TDL)

Anciennes terminologies :
dysphasie, trouble primaire du langage.

Le TDL est défini par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ, 2018) comme la manifestation de « *difficultés importantes de langage [expressif et/ou réceptif] et de communication qui peuvent être présentes dans les sphères suivantes :*

- *La phonologie / la production des sons;*
- *La morphosyntaxe;*
- *La sémantique;*
- *Le vocabulaire;*
- *La pragmatique / cognition sociale;*
- *Le discours. ».*

Les « *difficultés langagières définissant le TDL :*

- *Peuvent affecter tant la compréhension que l'expression du langage;*
- *Persistent dans le temps et ne se résorberont pas d'elles-mêmes;*
- *Sont suffisamment importantes pour occasionner des impacts fonctionnels significatifs sur les relations sociales, les apprentissages, la réussite éducative et professionnelle;*
- *Se manifestent sous une diversité de profils langagiers, ce qui représente une grande hétérogénéité entre les individus. »* (OOAQ, 2018).

On estime qu'environ 7 % des enfants présentent un TDL (OOAQ, 2018).

Trouble du développement des sons de la parole (TDSP) de type dyspraxie verbale (DV)

Les enfants ayant un TDSP présentent une intelligibilité réduite pour l'âge, c'est-à-dire qu'ils se font difficilement comprendre en raison d'erreurs de production de sons pouvant toucher les voyelles, les consonnes, la structure des syllabes (AQOA, s. d.; CHU Sainte-Justine, 2020; MacLeod, 2015). Les TDSP regroupent les troubles d'articulation, les troubles phonologiques, la dyspraxie verbale et la dysarthrie développementale (Shriberg et al., 1997 et 2010 cités dans MacLeod et al., 2015). Seul le TDSP de type dyspraxie verbale est admis au programme spécialisé en DL pour la clientèle 0-6 ans.

La dyspraxie verbale correspond à « *une production fréquente de substitution et d'omissions qui sont souvent variables* », « *une augmentation des erreurs avec la complexité du mot* », « *une difficulté à amorcer un énoncé* » (AQOA, s. d.).

Il est courant que, pendant l'apprentissage de la parole, les enfants transforment les sons, c'est donc la fréquence et la nature des erreurs de production des sons qui permettent de déterminer la présence ou non d'un TDSP (CHU Sainte-Justine, 2020).

On estime qu'environ 6 % des enfants de moins de 5 ans présentent un TDSP (tous types confondus) (Broomfield et Dodd, 2004 cité dans MacLeod et al., 2015).

Causes et facteurs de risque des troubles langagiers

Il existe peu de données probantes concernant l'étiologie des troubles langagiers. Le facteur génétique (hérédité) est identifié dans plusieurs études comme pouvant être une partie de la cause des troubles (APA, 2015; Charron et MacLeod, 2010, Morgan et Vogel, 2009, Teverovsky et al., 2009, cités dans CMR, 2014).

Les troubles langagiers résulteraient d'un cumul de facteurs de risque personnels et environnementaux (American Speech-Language-Hearing Association, 2019a, 2019c; Chaimay et al., 2006, cité dans INESSS, 2017; Rudolph, 2017) comme :

- La présence d'antécédents familiaux de trouble du langage;
- La prématurité (Isotani et al., 2009, Sansavini et al., 2011, cités dans CMR, 2014), petit poids et indice APGAR faible à la naissance (Chaimay et al., 2006, cité dans INESSS, 2017);
- Le niveau socioéconomique faible, instabilité familiale.

1.3. Description de la problématique

1.3.1. Impacts fonctionnels

Une DL peut entraîner « [...] des **incapacités significatives et persistantes** au niveau de la **communication**, de l'**apprentissage scolaire** et de l'**intégration** professionnelle et **sociale** » (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, 2015, cité dans INESSS, 2017, p. ix). Malgré certaines activités de stimulation de la communication réalisées en amont dans le milieu communautaire, le milieu privé, les services spécifiques et par les parents ; des impacts fonctionnels demeurent observables dans plusieurs **habitudes de vie** telles que la nutrition, le bien-être psychologique, les soins personnels, la communication, les relations interpersonnelles, les loisirs et l'éducation, etc.

L'[annexe E](#) décrit différentes habitudes de vie pouvant être perturbées par une DL ou des difficultés associées.

a) Communication limitée

En fonction du profil langagier de l'enfant, plusieurs éléments de la communication, de la parole ou du langage sont affectés. Le **Tableau I** présente des exemples de difficultés possibles, en fonction des profils langagiers admissibles.

Tableau I
Exemples de difficultés qui peuvent être présentes en fonction des profils langagiers admissibles

	Difficultés sur le plan réceptif	Difficultés sur le plan expressif
TDL (CMR, 2014)	• Les éléments morphologiques de la phrase : – Le genre des déterminants, des adjectifs, des pronoms personnels, le temps des verbes; • Le sens apporté par la syntaxe de la phrase; • Les phrases longues ou complexes; • Le vocabulaire et les concepts : – Les notions spatiales, – Les notions de temps, – Les verbes, – Les noms par catégorie, – Les concepts de grandeur, de quantité, de grosseur, de couleur; • Les consignes; • Les questions; • Les inférences, soit la capacité à comprendre un message même lorsque toute l'information n'est pas fournie, de pouvoir « lire entre les lignes »; • Les habiletés d'abstraction et de généralisation.	• La composante morphologique de la phrase; • La composante syntaxique de la phrase; • La production des sons; • L'utilisation d'un vocabulaire varié, l'accès aux mots, l'emmagasiner (Bragard, 2012 et Reed, 2005 cités dans CMR, 2014); • Le respect des conventions sociales et des attitudes propices à l'échange : – L'établissement d'un contact visuel; – Le tour de parole; – La politesse; – Le partage; – Le respect du tour de rôle dans le jeu; • Le respect des règles de l'échange conversationnel : – Mettre leur propos en contexte; – Amorcer et maintenir la conversation; – Respecter le tour de parole; – Réparer les bris de communication; • L'actualisation des fonctions de communication variées : – Demander, questionner, répondre, raconter, argumenter, etc.; • La production de différents types de discours : – L'organisation des idées; – La quantité et la qualité du discours.
TDSP	N/A	• La production d'une parole intelligible; • Le respect des règles de la phonologie; • La production de structures syllabiques variées; • La production précise des sons (articulation); • La coarticulation.

b) Difficultés ou conditions associées

D'autres aptitudes peuvent être affectées chez un enfant qui a une DL, ce qui peut générer de nouvelles difficultés ou exacerber celles qui sont issues de la DL. Les difficultés associées peuvent être à la source de plusieurs **situations de handicap** vécues par l'enfant, qui nécessitent l'expertise d'un orthophoniste au sein d'une équipe interdisciplinaire composée de plusieurs intervenants tels que l'ergothérapeute, l'éducateur spécialisé, etc. selon les besoins de l'enfant.

Une liste non exhaustive des difficultés ou conditions associées possibles est présentée dans le **Tableau II**.

Tableau II
Aptitudes pouvant être affectées par des difficultés associées

Aptitudes	Difficultés associées fréquentes
Reliées aux activités motrices Motricité globale, fine, orale-motrice et visuelle	– Environ 36 % des enfants de 5 ans et moins ayant une DL auraient des difficultés de motricité globale (Shevell et al., 2005, cité dans CMR, 2014). L'apprentissage des loisirs et sports peut être difficile chez ces enfants (tricycle, vélo, se balancer, etc.). – Environ 40 % des jeunes de 6 à 7 ans ayant obtenu un diagnostic de déficience du langage avant l'âge de 5 ans ont des difficultés au niveau de la motricité fine (Shevell et al., 2005, cité dans CMR, 2014). – Entre 32,3 et 70 % des enfants avec des difficultés de langage auraient un trouble développemental de la coordination (TDC) (Blank et al., 2019). – Certains enfants présentent aussi des difficultés d'intégration visuomotrice, ce qui peut, entre autres, avoir un impact sur la calligraphie, préalable crucial pour l'écriture et la participation aux activités scolaires.
Reliées aux sens et à la perception Traitement de l'information sensorielle	L'expérience clinique révèle que la présence de particularités sensorielles peut faire partie du profil des enfants ayant une DL. Ces particularités peuvent être décrites sommairement par une réactivité atypique (hyper ou hyporéactivité) des enfants à certains stimuli ou à traiter les informations sensorielles. Cette différence dans le traitement de l'information sensorielle peut notamment affecter la disponibilité des enfants.
Reliées aux activités intellectuelles⁴ Attention, mémoire Fonctions exécutives	Des difficultés sont possibles au niveau des fonctions exécutives : – Entre 18 à 50 % de la clientèle ayant un trouble de langage aurait un trouble de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) (Baker et Cantwell, 1987 ; Beitchman et al., 1996b ; Tomblin et al., 2000, cités dans CMR, 2014).
Reliées aux comportements⁵ Volonté, Affectivité, Conduites	Les enfants avec une DL auraient davantage de problèmes comportementaux que leurs pairs (Tomblin et Samulson, 2005, cité dans CMR, 2014) et seraient plus à risque de présenter des réactions d'opposition, des difficultés d'ajustement et des troubles de conduite, de l'anxiété (ex. : séparation en bas âge, anxiété généralisée, phobie sociale) et de l'insécurité (Beitchman et al., 1996b, cité dans CMR, 2014).

➔ L'[annexe F](#) présente plus en détail des difficultés associées possibles et quelques stratégies d'intervention pertinentes.

c) **Haut risque de trouble d'apprentissage**

Dans un mémoire rédigé par l'OOAQ (2017) sur la réussite éducative, il est indiqué que 80 % des enfants qui présentent un trouble d'apprentissage ont également un trouble du langage (Détrempes-Marquez et Lafleur, 1999 cité dans OOAQ, 2017) et que ces enfants ont huit fois plus de risques d'avoir des troubles d'apprentissage à 19 ans (Beitchman et Brownlie, 2010 cité dans OOAQ, 2017).

4. Attention et mémoire (ex. : vigilance, capacités d'attention, mémoire de travail), Fonctions exécutives (ex. : planification, maintien du but, stratégies, organisation, séquence, sensibilité à l'inférence).

5. Volonté (ex. : motivation, initiative, persévérance, intérêt, souplesse), Affectivité (ex. : émotion, estime de soi, empathie, indépendance), Conduites (ex. : sécurité personnelle, sociabilité, affirmation de soi, respect des règles, coopération, contrôle des pulsions, relaxation).

Aussi, les personnes ayant un TDL accéderaient moins à un diplôme d'études secondaires et aux études de niveau supérieur que leurs pairs (Clegg et al., 2005 ; Johnson et al., 2010 ; Durkin et al., 2009 ; Arkkila et al., 2008, cités dans CMR, 2014).

Dans un article de MacLeod et al. (2014) sur les TDSP, il est indiqué que même si les symptômes peuvent diminuer avec l'âge, les risques de présenter un trouble d'apprentissages sont importants. Comparativement à leurs pairs, les enfants ayant eu un diagnostic de TDSP ont :

- Deux à six fois plus de risque de présenter un TDL (Beitchman, et al., 1996, Peterson et al., 2009, Shriberg et al., 1999, cités dans MacLeod et al., 2014);
- Deux fois plus de risque de présenter un trouble de lecture à 9 ans (Pennington et Bishop, 2009 cités dans MacLeod et al., 2014);
- Quatre à cinq fois plus à risque de développer un trouble de lecture, s'ils ont aussi un TDL, que leurs pairs (Peterson et al., 2009, cité dans MacLeod et al., 2014).

d) Participation sociale limitée

Les enfants ayant une DL sont aussi à risque de présenter des problématiques sur les plans émotionnel, comportemental ou social. Voici quelques exemples :

- Les jeunes ayant un TDL seraient plus à risque d'avoir des problèmes de santé mentale (OOAQ, 2018);
- Près de 50 % des jeunes présentant un TDL manifesteraient du retrait social ou de la timidité (Brinton et Fujikiv, 1999 ; Pinborough-Zimmerman et al., 2007, cités dans CMR, 2014);
- L'autonomie de l'enfant peut être limitée, dans différentes habitudes de vie, en raison de la DL ou des difficultés concomitantes;
- Ces difficultés peuvent générer chez l'enfant des émotions négatives qui peuvent éventuellement affecter son estime, sa confiance en soi et entraîner des difficultés au niveau des comportements.

À l'âge adulte, les personnes ayant des difficultés de langage ou de parole présenteraient :

- Des difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne;
- Une instabilité liée à l'emploi;
- Un statut économique plus faible (Clegg et al., 2012 cité dans OOAQ, 2016a).

1.3.2. Impact familial

L'ensemble des difficultés que peut présenter un enfant qui a une DL avec des impacts fonctionnels significatifs et persistants, engendre souvent une pression importante sur les parents, les proches et peut générer différents impacts sur le couple, la famille, la fratrie, etc.

Par exemple, certains parents (CMR, 2014) :

- Auront souvent à adapter leurs interventions pour tenir compte des difficultés du jeune et l'aider à construire son identité (ex. : discipline, autonomie, estime de soi, confiance);

- Sont susceptibles de se questionner, voire se sentir démunis, quant à la façon d'aider leur enfant pour qu'il progresse et compose de façon plus harmonieuse avec ses différences, le jugement des autres, les railleries et l'isolement social;
- Peuvent modifier leur style parental, certain se montrant plus permissif ou, au contraire, surprotecteur avec leur enfant et pourraient avoir tendance à parler à sa place en contexte de communication;
- Doivent souvent intervenir auprès de l'environnement du jeune afin de sensibiliser l'entourage et maximiser les conditions de communication facilitantes pour leur enfant. Ils se sentent parfois en déficit de moyens pour le faire;
- Peuvent acquérir difficilement la confiance en leurs moyens par rapport à la condition de leur enfant (ex. : prise de décision, stimulation, information à donner).

Ces parents sont à risque de vivre de l'essoufflement. Par ailleurs, dans un sondage réalisé par Mongrain en 2015 (cité dans INESSS, 2017) auprès de 377 parents d'enfants ayant un TDL, 81 % d'entre eux disaient vivre un haut taux d'inquiétude face au trouble de leur enfant et 57 % affirmaient que cela bouleverse leur vie.

1.3.3. Pronostic de participation sociale (PPS)

Malgré l'aspect persistant d'une déficience du langage, le pronostic demeure évolutif et dépend de l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux de l'enfant, ce qui explique l'évolution variable d'un enfant à l'autre.

a) **Facteurs personnels qui influencent le PPS**

Profil TDL : Les difficultés langagières vont persister dans le temps et ne se résorberont pas d'elles-mêmes (OOAQ, 2018). Ainsi, 60 % des enfants ayant un trouble langagier avant l'entrée à l'école continuent à présenter ce trouble en 4^e année (Sun et Wallach, 2014, cité dans OOAQ, 2016b). Le profil des atteintes peut toutefois se modifier dans le temps. Les enfants d'âge préscolaire qui présentent un TDL ont en général un fonctionnement intellectuel non verbal dans la moyenne et qui se maintient tout au long de leur parcours scolaire (Conti-Ramsden et al., 2012, cité dans CMR, 2014).

Profil TDSP de type dyspraxie verbale (DV) : Bien que la parole de l'enfant puisse s'améliorer, les caractéristiques de la DV tendent à persister au-delà de l'enfance (Lewis et al., 2004 cité dans American Speech-Language-Hearing Association, 2019b). Avec les interventions adéquates, les progrès d'un enfant avec une DV peuvent être constants, bien que le processus d'intervention puisse être long (Charron & MacLeod, 2010).

À mesure que l'enfant grandira, les transitions de vie et aptitudes à développer en fonction des étapes développementales pourront faire apparaître des difficultés jusque-là peu apparentes ou peu préoccupantes.

b) **Facteurs environnementaux qui influencent le PPS**

En petite enfance, il est primordial de tenir compte de la dynamique familiale étant donné que les parents forment, en grande partie, le noyau central des interventions (CMR, 2014). Le travail de collaboration entre les parents et les intervenants (INESSS, 2017), ainsi que l'implication active des parents dans l'intervention sont cruciaux pour favoriser un PPS positif pour l'enfant dans l'épisode de services spécialisés et par la suite pour le maintien des acquis dans le temps.

L'environnement familial (CMR, 2014) :

- Le soutien que l'enfant reçoit;
- La compréhension des parents et de l'entourage concernant la DL et ses conséquences;
- La capacité des parents et de l'entourage à appliquer les connaissances acquises;
- Le soutien des parents par un réseau social et les activités de la famille;
- Le bien-être physique et psychologique des parents;
- La bonne entente entre les parents et le soutien conjugal :
 - Le stress et les difficultés familiales pourraient exacerber certaines difficultés de communication, langage ou parole chez l'enfant;
- Les conditions de travail facilitantes pour les parents, les rendant disponibles à la réadaptation;
- Le nombre d'enfants, le rang dans la famille et les relations positives avec la fratrie;
- L'environnement physique adéquat.

Sur le plan des services :

- Le temps d'attente avant l'intervention précoce;
- La fréquentation d'un milieu de garde et la qualité des interactions;
- Les interventions reçues au préalable.

1.4. Les meilleures pratiques d'intervention

La recherche documentaire scientifique et contextuelle est principalement issue de la revue de littérature menée par l'INESSS en 2017 (INESSS, 2017) et de méta-analyses ou revues systématiques. Les informations expérientielles sont issues de l'expérience clinique de différents collaborateurs à la rédaction du présent guide et de l'expérientiel des parents obtenue grâce à divers sondages. Les approches d'interventions décrites dans cette section concernent les interventions à portée interdisciplinaire. Considérant le champ d'exercices des orthophonistes, ces professionnels sont en mesure de déterminer et de mettre en place les approches et techniques plus précises qui sont recommandées auprès des différents profils de troubles langagiers en services spécialisés.

1.4.1. Modalités permettant de limiter les impacts fonctionnels d'une DL et des difficultés concomitantes

a) Les approches

L'intervention précoce :

- Devrait débuter le plus tôt possible après l'identification des difficultés, en fonction des besoins de l'enfant et sa famille, et tout au long des divers services présents dans le continuum de langage (INESSS, 2017). Ainsi, lorsque des interventions sont effectuées aux niveaux I (universel) et II (ciblé) ([voir annexe B](#)) et que des impacts significatifs et persistants sont démontrés, les services spécialisés (niveau III) devraient s'inscrire rapidement en continuité, en complémentarité ou en collaboration avec les services déjà offerts ;
- Est « un des leviers les plus importants pour que des changements durables s'opèrent chez les enfants qui présentent des difficultés de communication » (OOAQ, 2016 ; OAC, 2013 ; Dockrell et al., 2012 ; Bercow, 2008, cités dans INESSS, 2017, p. 27);

- Est recommandée pour les enfants de moins de 5 ans qui présentent des difficultés motrices significatives (Blank et al., 2019);
- Permet de développer, restaurer ou maintenir les capacités de l'enfant afin de favoriser son autonomie et la participation à ses différentes habitudes de vie, et ainsi, permettre de prévenir ou atténuer d'autres difficultés développementales.

En considérant les approches **systémiques et développementales**, le développement langagier résulterait de l'interaction entre trois composantes (Guralnik, 2011, cité dans Sylvestre & Desmarais, 2015) :

- Le stade de développement de l'enfant;
- Les interactions familiales soutenant les compétences langagières émergentes de l'enfant;
- Les ressources dont disposent les parents pour faire face à leurs rôles parentaux.

La **collaboration interprofessionnelle** vise à ce que « différentes disciplines développent des modalités de pratique qui permettent de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté » (Careau et al., 2014, cité dans INESSS, 2017, p. 32). La collaboration interprofessionnelle est présente en services spécialisés (niveau III) et s'ajuste en fonction de la complexité des besoins de l'enfant et de sa famille ainsi qu'en fonction des interventions déjà offertes en niveau I (universel) et niveau II (ciblé) ([voir annexe B](#)). Idéalement, l'enfant et sa famille ont déjà un PI selon les besoins et les objectifs préétablis, permettant ainsi à l'équipe interdisciplinaire des services spécialisés de poursuivre et d'ajuster les modalités d'intervention.

Ces approches font écho au modèle MDH-PPH, à l'approche Usager partenaire et à l'interdisciplinarité décrits dans le guide *Processus clinique des services spécialisés de la DPD* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a).

L'approche **comportementale** quant à elle vient soutenir les apprentissages par des techniques telles que :

- L'incitation;
- L'utilisation d'indices;
- L'estompage;
- L'expansion;
- Le modèle verbal;
- L'analyse du comportement.

En ergothérapie, la complémentarité entre les approches **Top-down et Bottom-up** constitue la meilleure façon d'intervenir (Case-Smith et al., 2013; Kennedy et al., 2013; Kingsey et Mailloux, 2013) afin d'optimiser l'autonomie fonctionnelle. L'approche *Bottom-up* vise principalement l'acquisition d'habiletés favorisant la performance occupationnelle alors que l'approche *Top-down* focalise davantage sur l'engagement dans les occupations et sur l'interaction entre la personne, l'activité et l'environnement (Leclerc & Gosselin, s. d.).

b) L'évaluation dynamique des besoins et des capacités d'apprentissage

En complément à l'évaluation disciplinaire initiale, l'évaluation dynamique permet de faire un suivi des progrès de l'enfant au fur et à mesure et ainsi ajuster les interventions, en fonction de la réactivité des enfants aux interventions (INESSS, 2017). En services spécialisés, cette évaluation dynamique réalisée en interdisciplinarité, est au cœur des interventions. Elle permet l'ajustement des interventions de réadaptation mais aussi l'intégration de modalités adaptatives afin d'éviter à l'enfant et à sa famille de stagner en regard d'un objectif visé.

Dans le cadre du développement du langage, le rôle de l'orthophoniste est essentiel dans l'évaluation dynamique afin de « *déterminer les priorités d'intervention à un moment précis en tenant compte des éléments facilitateurs présents, des situations de handicap et de la réponse à l'intervention, afin d'ajuster les interventions aux besoins réels* » (Office des professions du Québec, 2013, cité dans INESSS, 2017, p. 29). L'évaluation des troubles du langage dans le but de déterminer ou de réviser le plan d'intervention, tout comme le plan de traitement orthophonique, est réservée aux orthophonistes (Gouvernement du Québec, 2002 cité dans INESSS, 2017, p. 29).

Un éducateur et/ou un ergothérapeute peuvent participer à déterminer les besoins et les capacités d'apprentissage de l'enfant. D'autres professionnels, comme les neuropsychologues, peuvent s'ajouter selon les besoins de l'enfant.

c) L'utilisation d'une variété de modalités d'intervention

L'utilisation d'une variété de modalités d'intervention (ex. : individuelle, groupe, téléadaptation, indirect, enseignement, etc.) doit être privilégiée, dans la mesure où les modalités retenues sont alignées sur les objectifs poursuivis et la capacité de l'enfant d'en bénéficier et non sur des impératifs administratifs (INESSS, 2017).

- Bien que certaines modalités présentées ici aient été nommées par l'INESSS (2017) comme relevant des services spécifiques, l'institut précise aussi qu'« aucune modalité de services n'est exclusivement associée à un seul niveau ».
- Bien que les niveaux de preuve de certaines études utilisées pour évaluer l'efficacité des modalités d'intervention en groupe, d'intervention par un non professionnel et d'intervention par un parent soient nommés comme faibles ou modérés; l'INESSS et le MSSS recommandent la mise en place des modalités citées dans l'avis de l'INESSS.
- Les trois recommandations prioritaires⁶ de l'INESSS et du MSSS sont nommées et décrites plus bas (intervention réalisée par un parent, intervention en petit groupe de quatre enfants, intervention accomplie par un intervenant non professionnel);
- Les modalités recommandées par l'INESSS concernent majoritairement le TDL; les nuances nécessaires pour le TDSP et le bégaiement ont été indiquées.

L'intervention individuelle

La majorité des études répertoriées par l'INESSS en lien avec le **TDL** indique que l'intervention orthophonique visant le développement des capacités langagières est jugée efficace.

6. Lors d'une activité de transfert de connaissances animée par l'INESSS, 12 septembre 2019.

L'intervention individuelle est aussi la modalité recommandée pour la **DV**, car la répétition d'exercices et l'attention individuelle nécessaires pour l'intervention sont difficiles à réaliser en groupe (NIDCD, 2019).

L'intervention individuelle permet d'ajuster les objectifs, la dose (intensité), la fréquence et le type d'intervention, en fonction des habitudes de vie perturbées, de l'évolution de l'enfant et de la réalité familiale. Ceci est pertinent pour l'ensemble des disciplines dont la planification et l'effet des interventions influenceront le travail interdisciplinaire.

Les interventions réalisées par un parent (1^{re} modalité priorisée par l'INESSS et le MSSS)

L'intervention doit viser l'amélioration de l'expression et de la compréhension du langage de l'enfant, mais aussi l'enseignement des stratégies de communication aux parents et le soutien dans l'exécution d'exercices à domicile (INESSS, 2017). Le sentiment d'efficacité est augmenté chez les parents qui appliquent les interventions, ce qui influence positivement l'interaction avec leur enfant et le développement de celui-ci (Trivette et al, 2010). Aussi, les études citées par l'INESSS (2017) ont démontré qu'en situation d'implication active des parents « [...] une intervention axée sur le développement des capacités langagières offerte par le parent est aussi efficace que celle offerte par un orthophoniste » (p.42). Malgré la pertinence de cette modalité, un travail reste à faire pour en faire la promotion.

« Actuellement, au Québec, on met surtout l'accent sur les effets positifs d'une intervention offerte directement par un intervenant. Il est donc essentiel d'influencer l'opinion générale en promouvant l'utilisation, par les parents, de stratégies ou techniques de stimulation et en tablant sur l'apport indéniable de ces activités dans l'atteinte des objectifs de l'enfant. » (INESSS, 2017, p. 44)

Selon l'INESSS (2017), pour que cette modalité soit efficace et adaptée :

- Les parents doivent être accompagnés et soutenus régulièrement par un orthophoniste;
- L'enseignement des stratégies de stimulation langagière doit être ajusté selon la disponibilité et les capacités des parents en fonction de leur réalité (ex : facteurs socioéconomiques, culturels, affectifs, éducatifs, etc.);
- Les stratégies doivent s'insérer dans la vie quotidienne de la famille;
- Les rôles et responsabilités des parents et des divers intervenants impliqués doivent être bien circonscrits afin d'éviter d'imposer un rôle de thérapeute aux parents.

L'intervention en petit groupe de quatre enfants (2^e modalité priorisée par l'INESSS et le MSSS)

Cette modalité peut être incluse dans un épisode de services pour les enfants présentant un TDL. Elle doit permettre de mieux répondre ou de répondre de façon équivalente aux besoins individuels des enfants et être en lien avec les objectifs ciblés au PI. Les études recensées « *indiquent qu'une intervention de groupe axée sur les capacités langagières expressives est aussi efficace qu'une intervention individuelle. Toutefois, le niveau de preuve de cet énoncé est faible.* » (INESSS, 2017, p. 44). Chez les enfants avec un léger trouble développemental de la coordination (TDC) et chez les enfants présentant des comorbidités comportementales, le groupe peut avoir un effet positif sur leur estime de soi (European Academy for Childhood Disability, 2011, cité dans CMR, 2014). De plus, l'intervention de groupe peut favoriser la motivation, l'entraide et une saine compétition entre les participants⁷; et peut permettre aux parents d'échanger avec d'autres parents vivants des situations similaires.

La modalité de groupe fait partie des interventions offertes en services spécialisés mais elle ne constitue pas le premier service offert. La modalité de groupe peut s'avérer judicieuse et complémentaire aux interventions individuelles lorsqu'elle répond aux objectifs ciblés au plan d'intervention de l'enfant.

Les interventions accomplies par un intervenant non professionnel⁸ exerçant un rôle d'assistant, sous la supervision d'un professionnel dûment autorisé, selon le champ d'exercices (3^e modalité priorisée par l'INESSS et le MSSS)

Sous le terme non professionnel, l'INESSS regroupe les assistants et les éducateurs spécialisés ou éducateurs en services de garde. Les études⁹ répertoriées par l'INESSS indiquent « *qu'une intervention axée sur les capacités langagières offerte par un assistant supervisé par un orthophoniste est aussi efficace que celle offerte par un orthophoniste* » (INESSS, 2017, p. 46). Ainsi, l'éducateur peut être appelé à intervenir auprès de l'enfant pour procéder à la reprise de l'intégration de certains objectifs langagiers préalablement évalués et stimulés lors de rencontres avec l'orthophoniste.

Cette modalité est pertinente pour favoriser le travail interdisciplinaire. Toutefois, plusieurs éléments sont à considérer pour assurer la pertinence, la qualité et la légitimité des interventions offertes :

- Le respect des activités réservées au Code des professions;
- Le respect des balises émises par les Ordres professionnels;
- Les intervenants non professionnels doivent posséder les connaissances adéquates et avoir reçu un encadrement par le professionnel concerné.

7. Dans un avis sur les interventions thérapeutiques de groupe visant le développement des compétences sociales et des capacités motrices des enfants et adolescents ayant une déficience physique, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) de l'Institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRDPQ), 2012, cité dans INESSS, 2017.

8. Dans le contexte du programme spécialisé, on réfère ici à un éducateur.

9. Dans les études citées par l'INESSS, les enfants participants aux études avaient entre 6 et 11 ans (Boyle et al., 2009; 2007 cités dans INESSS, 2017).

Inclure des modalités de télépratique, lorsque cela est pertinent pour l'enfant et sa famille

Plusieurs études démontrent que la télépratique a une efficacité similaire à l'intervention directe en présentiel auprès des enfants ayant un TDL¹⁰ (Sutherland et al., 2017 ; Grogan-Johnson et al., 2010 ; Waite et al., 2010, cités dans INESSS, 2017). Ce type d'intervention peut être pertinent selon les besoins de l'enfant et de sa famille et peut permettre d'intervenir en milieu naturel de l'enfant et favoriser la participation des parents (INESSS, 2017). La télépratique peut aussi faciliter l'accès aux services dans un contexte où les délais d'accès aux services sont importants et lorsque la distance à parcourir pour que l'enfant et ses parents reçoivent des services représente un obstacle (INESSS, 2017; Ratelle, 2011). Toutefois, en petite enfance, il peut être ardu d'intervenir via une plateforme qui exige que l'enfant demeure au même endroit pendant plusieurs minutes. Cependant, les modalités de formation en ligne ou de téléadaptation avec les parents peuvent s'avérer intéressantes.

La télépratique doit être réalisée en conformité avec les lois, règlements, normes et standards régissant la pratique professionnelle (INESSS, 2017).

d) L'intervention intensive

En services spécialisés, pour un TDL ou un TDSP, une intervention intensive est requise. L'intensité se mesure en considérant la **dose** (intensité) d'une intervention, sa **fréquence** et sa **durée**.

« La dose correspond à "ingrédient actif" de l'intervention, c'est-à-dire le nombre de minutes consacrées expressément à une activité visant le développement d'une capacité langagière spécifique durant une séance d'intervention. La fréquence, quant à elle, se définit comme le nombre de séances d'intervention par intervalle de temps défini. » (INESSS, 2017, p. 50)

L'INESSS recommande qu'en services spécialisés « une intervention axée sur le développement des capacités langagières doit être offerte à forte dose (nombre de minutes consacrées expressément au développement d'une capacité langagière spécifique durant une séance d'intervention) et à une fréquence d'une fois par semaine ou aux deux semaines » (INESSS, 2017, p. 52).

La fréquence et la dose (intensité) doivent être adaptées aux besoins et aux capacités de l'enfant et sa famille; et déterminées selon l'évaluation et le jugement clinique des professionnels. Par ailleurs, la complémentarité des interventions effectuées par l'équipe des services spécialisés, les parents et proches ainsi que toute personne significative à l'enfant (ex. milieu de garde) est importante pour l'atteinte des objectifs tout au long de l'épisode de services.

L'utilisation d'interventions en « blocs », suivis d'une période de pause pour la consolidation des acquis est une pratique présente dans certains établissements de réadaptation au Québec. L'utilisation de pauses dans un processus d'intervention fait référence à la théorie de l'apprentissage espacé ou distribué, en opposition à l'apprentissage massé. Bien que les études sur le sujet soient issues du milieu scolaire, les résultats de la méta-analyse de Cepeda et al. (2006 cité dans Weinstein et al., 2018) peuvent être intéressants à considérer en attendant l'avancée des recherches en la matière.

10. Dans les études citées par l'INESSS, les tranches d'âges des enfants participants aux études se situaient entre 5 et 12 ans (Sutherland et al., 2017 ; Grogan-Johnson et al., 2010 ; Waite et al., 2010, cités dans INESSS, 2017).

e) Stratégies d'intervention pertinentes

Les jeunes qui ont un **TDL** apprennent souvent mieux en observant, en touchant et en expérimentant. Les apprentissages devront être réalisés dans divers contextes (OOAQ, 2018).

- L'[annexe G](#) présente des exemples de stratégies d'intervention pertinentes pour un enfant qui présente une DL.

Pour soutenir la **réussite éducative**, le développement des habiletés langagières et d'éveil à l'écrit ou prélecture favoriserait le succès de l'apprentissage ultérieur de la lecture et de l'écriture (Lefebvre, 2007 cité dans OOAQ, 2016b).

- L'[annexe F](#) présente plus en détail les difficultés concomitantes possibles et quelques stratégies d'intervention pertinentes.
- L'[annexe H](#) présente des interventions pertinentes lors de pronostics moins favorables.

1.4.2. Actualisation des services spécialisés en DL, intégrés dans un continuum de services

Selon l'INESSS (2017, p.26), les services spécialisés en DL :

- Devraient être offerts quand les services offerts par les milieux communautaires ou par les services généraux ou spécifiques n'ont pas permis à l'enfant de progresser suffisamment;
- Sont alignés sur les besoins de l'enfant;
- Sont intensifs, soutenus dans le temps;
- Sont dispensés par une équipe d'intervenants de différentes disciplines;
- Sont dispensés idéalement dans les différents milieux de vie de l'enfant.

Les interventions en orthophonie demeurent un élément central d'une offre de services spécialisés en DL. Divers moyens de réorganisation du travail sont possibles afin d'augmenter le temps clinique pour les orthophonistes, par exemple : une gestion centralisée des dossiers, la participation de plusieurs professionnels aux interventions, des cycles continus d'interventions et une gestion des rendez-vous par une autre personne que l'orthophoniste (CSSS de la Vieille-Capitale, 2013).

La mise en place d'un continuum de services intégrés est un autre élément important permettant d'actualiser l'offre de services spécialisés et constitue la recommandation prioritaire selon l'INESSS et le MSSS¹¹.

Le programme *Agir tôt*¹² du MSSS est actuellement en implantation et vise à soutenir le développement du plein potentiel des enfants et à faciliter leur entrée à la maternelle. Il poursuit les objectifs suivants :

- Rehausser la surveillance du développement des enfants dans la population ;
- Permettre le dépistage rapide des indices de vulnérabilités parmi les enfants pour qui on se préoccupe du développement ;

11. Lors d'une activité de transfert de connaissances animée par l'INESSS, 12 septembre 2019.

12. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/jeunesse/programme-agir-tot/>

- Intervenir précocement auprès des enfants ayant des besoins de services. En langage, ces services doivent respecter les recommandations émises par l'INESSS ([voir annexe B](#)) et favoriser l'accès, la complémentarité et la continuité des services dans un continuum complet.

Favoriser une collaboration étroite et continue avec les partenaires impliqués

Cette collaboration vise à ce que les partenaires « *actualisent et pérennisent des activités, des stratégies ou techniques favorisant le développement des capacités de communication des enfants et qu'ils puissent identifier les enfants qui nécessiteront des services de soutien additionnels* » (INESSS, 2017, p. 50). Cette collaboration peut s'établir via un **modèle consultatif**, qui combine des interventions directes en orthophonie, dans le milieu de garde ou milieu scolaire, à des interventions indirectes (soutien donné à l'éducateur de l'enfant) (Gallagher et Chiat, 2009, Hayes et al., 2012, McKean et al., 2012, cités dans CSSS de la Vieille-Capitale, 2013). Cette modalité serait plus efficace que l'approche traditionnelle individuelle, pour les enfants présentant un *retard ou trouble du langage expressif* (Gallagher et Chiat, 2009, McGinty et Justice, 2006, cités dans CSSS de la Vieille-Capitale, 2013).

2. Objectifs

Objectif général du Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans

En réponse aux **impacts significatifs et persistants sur les habitudes de vie** des situations de handicap vécues par l'enfant, les **interventions spécialisées** au cours de l'épisode de services visent à :

Réduire la situation de handicap de l'enfant en contribuant à son développement optimal et à l'augmentation de sa participation sociale dans ses différents milieux de vie.

Objectifs

Le Guide d'intervention en DL 0-6 ans vise à :

- 1) Développer les aptitudes langagières et de communication de l'enfant présentant une DL ainsi que les autres sphères de son développement en fonction de ses besoins.
- 2) Optimiser l'autonomie fonctionnelle de l'enfant présentant une DL dans ses habitudes de vie.
- 3) Favoriser l'intégration de l'enfant présentant une DL dans ses milieux de vie.
- 4) Appuyer les compétences des parents et des partenaires afin qu'ils soient en mesure d'accompagner l'enfant présentant une DL dans ses apprentissages et dans ses activités de la vie quotidienne.

3. Modalités

Les modalités d'intervention offertes aux services spécialisés en DL 0-6 ans s'appliquent selon les étapes du processus clinique des services spécialisés de la DPD. Le schéma I présente un résumé des étapes d'un épisode de services spécialisés en DL 0-6 ans. Les modalités sont décrites plus en détail dans les pages suivantes.

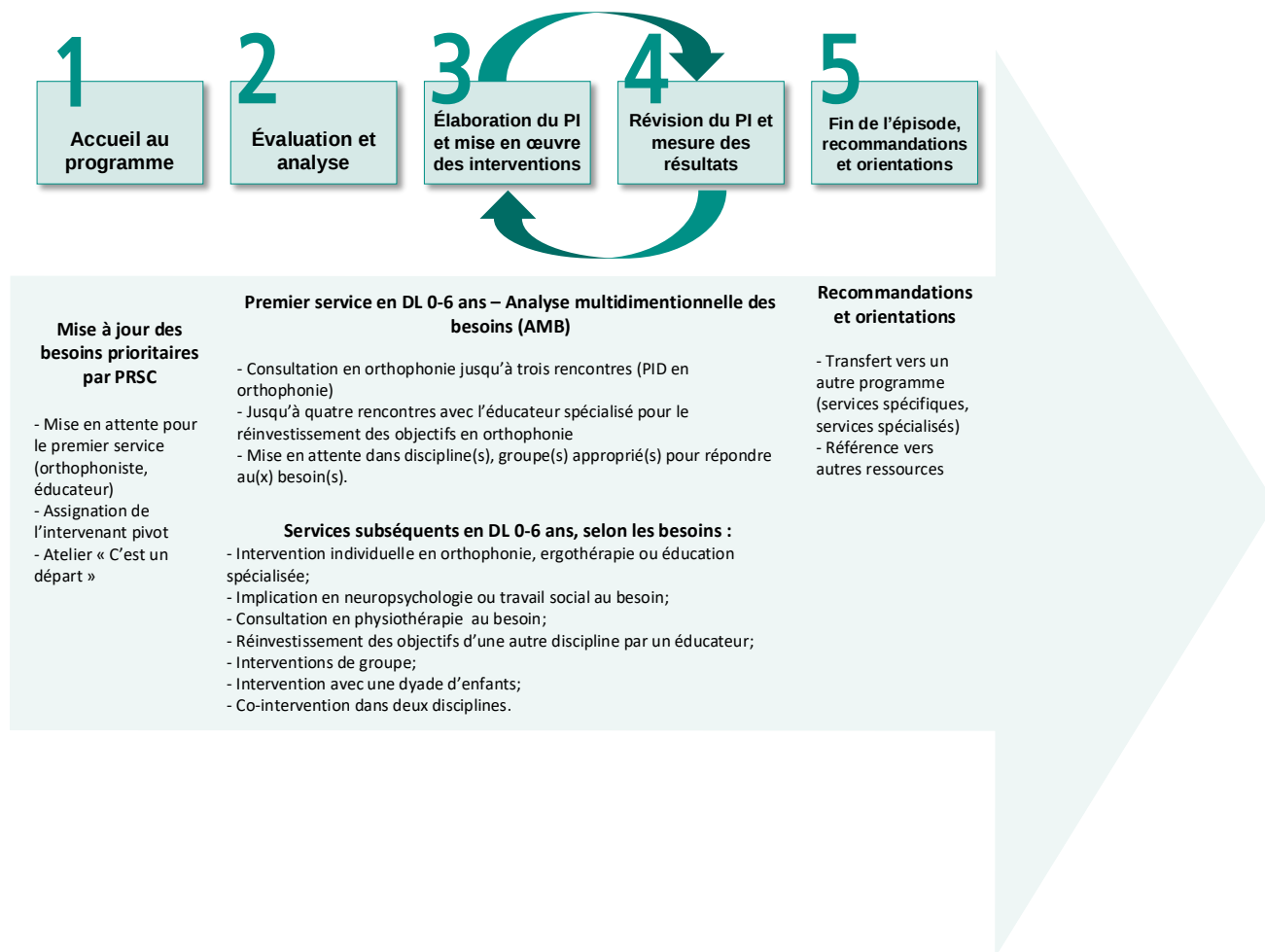


Fig. 1 – Épisode de services spécialisés DL 0-6 ans

Démarche de mise à jour des besoins prioritaires

Veuillez prendre note : l'*Évaluation globale des besoins* (EGB) n'est plus le terme approprié pour cette démarche, bien qu'encore utilisé par les équipes. Se référer au guide *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a) pour plus d'informations.

Cette démarche constitue le premier contact direct entre la famille et un intervenant du *Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6*. Elle permet d'identifier les besoins prioritaires et vise à ce que l'intervention proposée soit axée sur les besoins réels de l'enfant et de sa famille, en respect du mandat des services spécialisés. Cette démarche peut être en collaboration et complémentarité avec les partenaires au dossier de l'utilisateur (services spécifiques, communautaires, etc.). À cet effet, l'implantation des services dans le cadre du programme Agir tôt devrait permettre la mise en place d'un réel continuum de services en langage (niveau universel, ciblé et spécialisé) ([voir Annexe B](#)) où les services spécialisés auront à assurer une continuité de services pour les enfants en situation de handicap persistante, complexe et significative.

Diverses modalités pour cette mise à jour des besoins sont possibles, en fonction des documents reçus lors de la référence, de la présence de partenaires actifs et du profil de l'enfant et de sa famille. Elle peut se faire sous forme de communication téléphonique, rencontre avec les parents et l'enfant, échanges d'informations via un plan de services individualisés (PSI), pour les cas les plus complexes ou nécessitant un arrimage avec des partenaires externes.

L'identification de l'**intervenant pivot** pour l'enfant et sa famille est faite en fonction des besoins de l'enfant, de ses parents et des disponibilités des intervenants. Cette rencontre peut être animée par tout membre de l'équipe, selon la disponibilité des intervenants. Si la personne responsable du soutien clinique (PRSC) ne fait pas cette rencontre, elle est informée des besoins prioritaires déterminés et des situations particulières, le cas échéant (ex. : nécessité d'une évaluation professionnelle, risque de compromission du développement de l'enfant, etc.).

- ➔ À l'issue de cette première étape, l'enfant est mis en attente pour le premier service (orthophoniste, éducateur). Si un autre besoin est identifié, les informations recueillies serviront à débiter l'identification des besoins au plan d'intervention (PI).
- ➔ Lorsque les parents n'ont pas participé à l'atelier *C'est un départ* (voir section suivante), le contenu de l'atelier leur est présenté lors de cette mise à jour des besoins.
- ➔ Voir l'étape *Accueil au programme* du guide *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a) pour plus de détails sur les actions à entreprendre.

Il est possible que l'enfant et sa famille aient déjà un intervenant pivot du réseau issu des services généraux ou spécifiques d'un autre établissement avant d'être référés vers les services spécialisés. La détermination d'un intervenant pivot au sein de nos services spécialisés demeure de mise mais ce dernier aura à s'arrimer avec l'intervenant pivot du réseau pour faciliter les échanges avec la famille et le suivi en cours. Pour la désignation et la distinction des différents intervenants pivots (réseau vs. établissement), se référer au guide *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes déficiences* à la section 3.1.3. Coordination des services par un intervenant pivot (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a).

Participation des parents à l'atelier « C'est un départ »

- ➔ « *C'est un départ* » est une rencontre d'information pour les parents sur l'offre de services et le cadre d'intervention aux services spécialisés en 0-6 ans. Elle permet de les familiariser avec les approches cliniques préconisées tout au long de leurs services en réadaptation. Cet atelier est animé par les PRSC ou autres professionnels de l'équipe. La mise en place de cet atelier dépendra de la réalité de chacun des territoires (ressources disponibles pour l'animer, nombre de nouveaux usagers, etc.).

Premier service en orthophonie – Profils TDL et TDSP

Accès à priorité élevée, délais d'accès fixé à 97 jours.

Ce service ne constitue pas une évaluation formelle du langage, mais bien une analyse multidimensionnelle des besoins¹³ (AMB) et doit s'appuyer sur un rapport d'évaluation récent en orthophonie¹⁴. Ce service prend la forme d'une consultation sur une à trois rencontres, où l'orthophoniste réalise des observations, quelques interventions et discute du profil de l'enfant avec les parents. Il peut également comprendre une à quatre rencontre(s) avec l'éducateur spécialisé pour un réinvestissement des objectifs en orthophonie.

13. Tel que défini dans le guide *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a).

14. En cohérence avec le Règlement sur les dossiers et la tenue des bureaux des membres de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, C-26, r. 187, Section I, article 3, Code des professions du Québec.

Cette consultation permet d'observer le profil langagier actuel de l'enfant et d'élaborer les objectifs et les modalités d'intervention pertinents pour un premier plan d'intervention (PI), en fonction du rapport orthophonique au dossier, des caractéristiques personnelles de l'enfant, des facteurs environnementaux, des priorités nommées par les parents et du jugement des cliniciens.

La participation de l'éducateur spécialisé à l'une des rencontres avec l'orthophoniste est recommandée afin d'établir un premier contact avec la famille, de déterminer les stratégies éducatives qui permettront de maximiser la collaboration de l'enfant aux interventions et de préparer la période de réinvestissement des objectifs.

Un ergothérapeute peut, à l'occasion, être impliqué dans ce premier service si des besoins sont présents.

L'organisation des rencontres en orthophonie et en éducation spécialisée peut être flexible et adaptée selon les besoins de l'enfant et de sa famille et selon le jugement clinique des intervenants.

En effet, plusieurs modèles d'organisation d'alternance des rencontres sont possibles, en voici quelques exemples :

- 2 rencontres en orthophonie + 1 à 4 rencontre(s) en éducation spécialisée + 1 rencontre en orthophonie;
- 1 à 3 rencontre(s) en orthophonie + 1 à 4 rencontre(s) en éducation spécialisée, etc.

Il est également possible d'envisager l'ajout d'une quatrième rencontre avec l'orthophoniste lorsque requis, selon le jugement clinique de l'intervenant. Une discussion avec la PRSC doit avoir lieu pour convenir de la nécessité de cette rencontre supplémentaire.

Réinvestissement des objectifs en orthophonie par un éducateur

Pendant le premier service, les objectifs établis par l'orthophoniste peuvent être réinvestis avec le support d'un éducateur auprès des parents ou des partenaires, dans les différents milieux de vie. Le support offert par l'éducateur est encadré et supervisé par l'orthophoniste.

Cette période de réinvestissement permet de développer l'autodétermination et l'*empowerment* des parents en vue de la suite de la réadaptation. Suite aux interventions de l'éducateur, les parents comprennent bien les objectifs et sont en mesure de les appliquer au quotidien. L'éducateur s'adapte aux forces et aux défis des parents ainsi qu'à leur situation familiale afin de faciliter la réalisation et la mise en œuvre des objectifs.

Cette modalité doit être balisée (voir la section 6. [Ressources nécessaires](#)).

- ➞ Pour l'organisation du premier service, se référer à l'aide-mémoire *Structure 1^{er} service en déficience langagière* à l'[annexe I](#).

Observation et entraînement aux habiletés parentales lors des interventions individuelles en orthophonie

Le modelage (« *modeling* ») ou apprentissage par observation consiste en :

- L'exécution de certaines interventions devant ou par le parent et/ou ses proches;
- La description des actions faites afin que celles-ci soient par la suite reprises.

Le but du modelage par le parent est :

- Qu'il développe des habiletés communicatives qui favorisent le langage;
- Qu'il puisse reprendre les exercices et recommandations dans sa vie quotidienne;

- De soutenir la compréhension du parent face aux caractéristiques de son enfant et l'encourage à s'approprier les stratégies gagnantes pour soutenir le développement de la communication de son enfant.

L'intervention individuelle permet une approche personnalisée en fonction de la personnalité du parent et de ses besoins. Dans un contexte où des habitudes de vie sont entravées de façon significative, que des situations problématiques de communication sont présentes et persistantes malgré certaines interventions tentées auparavant par la famille, les interventions individuelles réalisées par l'orthophoniste permettent d'aller plus loin et d'accentuer la personnalisation des stratégies pour atteindre les objectifs au plan d'intervention.

Services subséquents : une offre de services diversifiée

Lors du service subséquent, le PI doit être révisé aux 90 jours (se référer au guide *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences*).

L'orthophoniste juge si une évaluation formelle du langage est nécessaire en fonction de plusieurs facteurs (progrès réalisés, date du dernier rapport, conclusion orthophonique à préciser, référence en classe adaptée, etc.). Par la suite, selon les besoins, le PID ou PII est révisé et mis en œuvre.

Les modalités suivantes peuvent être offertes :

- Intervention individuelle en orthophonie, ergothérapie, éducation spécialisée;
- Réinvestissement des objectifs en orthophonie ou en ergothérapie, par un éducateur;
- Consultation en physiothérapie;
- Consultation en neuropsychologie;
- Consultation et intervention en travail social¹⁵;
- Intervention de groupe (si pertinent selon le profil et les besoins de l'enfant et ses parents);
- Intervention avec une dyade d'enfants;
- Co-intervention dans deux disciplines.

Les services subséquents devraient être déterminés en interdisciplinarité, avec le soutien de la PRSC et dans l'optique d'identifier les modalités les plus efficaces pour répondre aux besoins de l'enfant et de ses parents. Le **tableau III** présente une description des modalités d'intervention possibles.

Tableau III
Description des modalités d'intervention

Description des modalités d'intervention	
Intervention individuelle en orthophonie et ergothérapie	Ce type d'intervention permet : • En l'absence d'un rapport disciplinaire récent, d'effectuer une évaluation disciplinaire et déterminer les objectifs et les modalités d'intervention adaptées au développement langagier, moteur ou comportemental de l'enfant; • En présence d'un rapport disciplinaire récent, d'effectuer des interventions spécialisées, adaptées au profil de l'enfant et de sa famille; • D'ajuster les objectifs, la dose (intensité), la fréquence et les approches d'interventions, en fonction de l'évolution de l'enfant et la réalité familiale et ainsi favoriser l'efficacité des interventions dans tous ses milieux de vie; • De réaliser de l'entraînement parental individualisé, afin de soutenir les parents à intégrer et s'approprier les stratégies d'intervention; • D'intervenir dans les différents milieux de vie pour favoriser l'acquisition de compétences langagières de l'enfant.

15. Exemples d'interventions directes auprès des parents (avec leur consentement) : cheminement du deuil, support en lien avec l'épuisement, sensibilisation couple/fratrie/famille, rôles familiaux, réassurance en lien avec les inquiétudes des parents concernant la transition/intégration scolaire de l'enfant, soutien pour les demandes de ressources, références vers les organismes communautaires, etc.

Description des modalités d'intervention		
Intervention individuelle par un éducateur	PID en éducation	L'éducateur peut offrir un soutien direct en thérapie afin de permettre un ajustement des interventions dans les autres disciplines, par exemple en gestion de l'attention ou du comportement. L'éducateur peut également intervenir dans les différents milieux de vie pour favoriser l'acquisition de compétences nécessaires au développement optimal de l'enfant, ou encore préalables à l'intervention dans les autres disciplines. Il peut réaliser des interventions directes auprès de l'enfant et faire du coaching ou modelage («modeling») auprès des parents et des partenaires sur des stratégies visant les habiletés sociales, la gestion de l'attention, du comportement et l'estime de soi (persévérance face aux défis).
	Réinvestissement des objectifs du PID d'une autre discipline	Cette modalité vise à soutenir la généralisation des apprentissages dans les divers milieux de vie et concerne le développement d'habiletés précises, sous la supervision du professionnel concerné par l'habileté à développer et en ayant reçu la formation requise.
Interventions de groupe	Cette modalité est à retenir pour : • Permettre à l'enfant de développer et d'exercer ses habiletés nouvellement acquises en intervention individuelle, dans un nouveau contexte de communication sociale, soit l'échange en groupe; • Généraliser une habileté spécifique (ex. : le récit, l'accès lexical, le vocabulaire, produire un court récit, s'exprimer à l'aide de mots de vocabulaire précis, respecter les règles de régie de l'échange prendre et utiliser des objets (crayons, ciseaux, colle, etc.), s'organiser au cours de la réalisation d'une tâche, être disponible à l'exécution de la tâche, etc.); • Soutenir la compréhension du parent face aux caractéristiques de son enfant et encourager l'appropriation de stratégies d'intervention gagnantes pour soutenir le développement de la communication de son enfant; • Favoriser la motivation, l'entraide et une saine compétition entre les participants, si leurs objectifs et leurs facteurs personnels permettent d'intervenir en contexte de groupe. • Recréer des situations normales du quotidien de l'enfant qui vit souvent en contexte de groupe à la garderie ou école.	
Consultations ponctuelles	Des évaluations ou des interventions en neuropsychologie, en physiothérapie ou en travail social peuvent aussi être réalisées selon les besoins.	
Co-intervention	La co-intervention ou l'intervention conjointe de deux intervenants est pertinente lorsque des objectifs différents peuvent être poursuivis en même temps. Elle peut permettre d'optimiser le temps où l'enfant est disponible à l'intervention et maximiser les déplacements des parents.	
Intervention avec une dyade d'enfants	Cette modalité est intéressante quand deux enfants ont des objectifs identiques, notamment sur le plan de la généralisation des objectifs entamés en individuel, des habiletés sociales et lorsque la dose (intensité) doit être plus élevée pour ces enfants que ce qui est possible dans un groupe. Lorsque le plan de traitement est très similaire, le temps de préparation est maximisé. Il peut aussi être motivant pour l'enfant de partager des efforts pour des objectifs semblables avec un autre enfant. Interventions adaptées aux besoins de l'enfant.	

Évaluation dynamique des besoins et des progrès

Constituant une AMB, cette évaluation dynamique se fait de façon continue tout au long de l'épisode de services, via :

- Les interventions directes avec l'enfant;
- Les discussions cliniques entre les intervenants impliqués et les parents;
- Lors d'observations;
- Lors des révisions de PID ou PII.

L'évaluation dynamique permet d'ajuster régulièrement les objectifs et les modalités en fonction de la réponse de l'enfant aux interventions proposées ou de l'identification de nouveaux besoins devenus prioritaires.

Modalités de concertation entre intervenants du *Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans*

La concertation entre intervenants peut se faire de différentes façons comme des discussions de cas, des observations de thérapies et via la réalisation d'un PII.

- ➔ Voir les conditions gagnantes à l'interdisciplinarité à la page 17 du guide *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a).
- ➔ Pour connaître les principes et modalités de collaboration interprogrammes à la DPD, consulter les documents suivants disponibles dans l'Intranet du CISSS de la Montérégie-Ouest¹⁶ :
 - *Principes de la collaboration interprogrammes*
 - *Guide interprogrammes – Démarches pour une demande de collaboration interprogrammes*
 - Modalités de collaboration interprogrammes à la DPD.

Collaboration avec les partenaires

Diverses interventions sont possibles pour collaborer avec les partenaires : discussions cliniques, rencontres de PSI, observations, accompagnement, références, etc.

4. Intervenants concernés

L'équipe en intervention pour les enfants présentant une DL en 0-6 ans comprend :

- Orthophoniste;
- Éducateur, éducateur spécialisé, technicien en éducation spécialisée (TES);
- Ergothérapeute;
- Personne responsable du soutien clinique (PRSC), connue aussi sous l'appellation de coordonnateur clinique (CC);
- Travailleur social (TS);
- Neuropsychologue;
- Physiothérapeute

5. Rôles et responsabilités

Une description générale des rôles, responsabilités et champs d'exercices des intervenants se trouve dans le *Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans* ainsi qu'à l'[annexe J](#).

Certaines précisions concernant les rôles et responsabilités des intervenants dans le cadre du guide d'intervention en DL sont nécessaires, notamment concernant la collaboration entre les orthophonistes ou ergothérapeutes et les éducateurs.

« *La relation de travail entre l'orthophoniste et l'éducateur est basée sur les principes de collaboration et d'encadrement. Agissant comme personne-ressource, l'orthophoniste doit, entre autre :*

- *Déterminer les objectifs d'intervention qu'il confie à l'éducateur;*
- *Informar l'éducateur de tout changement dans le plan d'intervention de chaque enfant;*

¹⁶ Disponibles sur la page Intranet de la DPD, onglet *Modalités interprogrammes* : <https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/page/nos-directions/direction-des-programmes-deficiences>

- *Offrir l'encadrement requis à l'éducateur afin de s'assurer de la bonne mise en œuvre des activités;*
- *Contribuer et proposer des activités de stimulation ou d'intervention;*
- *Offrir du soutien et de la formation à l'éducateur;*
- *Répondre aux questions des éducateurs et des parents concernant l'évaluation, le pronostic, le choix, le déroulement, l'atteinte ou la modification des objectifs d'intervention. » (OOAQ, 2020b, p. 8).*

Considérant la concomitance de difficultés d'ordre moteur et praxique accompagnant une DL, les enfants suivis en services spécialisés de DL peuvent également vivre des situations de handicap dans la réalisation de leurs occupations. L'ergothérapeute est ainsi régulièrement interpellé à intervenir auprès de cette clientèle pour les difficultés en lien avec la DL.

Tout comme l'orthophoniste, l'ergothérapeute peut avoir un rôle d'encadrement envers l'éducateur lorsque des objectifs en ergothérapie sont réinvestis (OEQ, 2005).

Pour plus de détails, consulter :

- ➡ *Lignes directrices sur l'encadrement des éducateurs et autres intervenants en langage auprès des enfants* (OOAQ, 2020a) : <https://www.ooaq.qc.ca/media/ibfkdd43/lignes-directrices-educateurs.pdf>
- ➡ *L'implication des éducateurs et autres intervenants en langage dans les activités d'intervention langagière chez les enfants* (OOAQ, 2020b) : https://www.ooaq.qc.ca/media/syehlxol/brochure-educateurs_vw.pdf
- ➡ *Lignes directrices – Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie* (OEQ, 2005) : <https://www.oeq.org/DATA/CMSDOCUMENT/288.pdf>

Soutien clinique

Permettre aux PRSC d'échanger et de partager les différents modèles d'organisation des épisodes de services pour identifier les modalités gagnantes d'un point de service à un autre et s'en inspirer (ex : organisation pour rédiger le PI, organisation de l'alternance des rencontres, implication de l'agent administratif, etc.).

Impliquer **l'agente administrative** dans l'organisation clinico-administrative du premier service.

Exemples :

- Confirmer les rencontres en fonction des disponibilités obtenues des parents et des plages horaires réservées des intervenants;
- Envoyer les courriels de confirmation du premier service spécialisé aux parents (rencontres avec orthophonistes et éducateurs);
- Ajuster les agendas Outlook des intervenants en fonction des rendez-vous confirmés;
- Assigner les intervenants aux dossiers des usagers dans le Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD);
- Préparer les dossiers de travail pour les intervenants en fonction des usagers dont la présence est confirmée.

6. Compétences

Les **profils de compétences**¹⁷ précisent les connaissances et les compétences requises pour l'ensemble des intervenants dans l'exercice de leurs fonctions.

Se référer au guide *Processus clinique de services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a) pour les **compétences générales** attendues pour l'ensemble des intervenants œuvrant au sein de la DPD.

Pour ce qui est des **compétences attendues liées au programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans**, se référer au *Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans*.

Pour ce qui est des **compétences attendues liées à la clientèle DL 0-6 ans**, celles-ci s'adressent à tous les intervenants œuvrant avec la clientèle DL 0-6 ans afin de favoriser l'application du guide d'intervention.

Compétences requises
1. Compétences générales
• Appliquer des stratégies de partage des connaissances et de modelage avec les proches, selon les meilleures pratiques, en fonction de leurs besoins et de leurs priorités. • Respecter les rôles et responsabilités de chacun ainsi que les zones de collaboration dans le respect des lignes directrices sur l'encadrement des éducateurs et autres intervenants non professionnels (OEQ, 2005 ; OOAQ, 2020a). • Effectuer une analyse multidimensionnelle des besoins de l'utilisateur en mettant en lumière les situations de handicap et en s'arrimant avec les meilleures pratiques. • Établir une relation basée sur les principes de collaboration et d'encadrement avec ses collègues, dans un contexte de travail en interdisciplinarité. • Établir une relation de partenariat avec l'utilisateur et ses proches.
2. Compétences requises liées au Guide d'intervention en DL 0-6 ans
• Adapter ses interventions en fonction des caractéristiques et besoins de la clientèle DL 0-6 ans, plus spécifiquement dans ces trois profils langagiers : ○ Hypothèse ou trouble développemental du langage (TDL) ○ Hypothèse ou trouble du développement des sons de la parole (TDSP) de type dyspraxie verbale ○ Trouble de la fluidité (bégaiement) • En contexte de collaboration interprofessionnelle, appliquer les recommandations des différents acteurs en fonction des besoins de la personne et des meilleures pratiques. • Assurer un encadrement adéquat aux intervenants qui reprennent l'intégration de certains objectifs langagiers préalablement évalués et stimulés avec l'orthophoniste. • Expliquer le continuum de services en DL en vigueur sur son territoire, dont les différentes étapes, les modalités de services disponibles, les différents partenaires impliqués selon les niveaux de services ainsi que la mission de chacun dans le continuum. • Intégrer à sa pratique les modalités nécessaires permettant de limiter les impacts fonctionnels d'une DL et des difficultés associées, selon les meilleures pratiques d'intervention pour chacun des profils langagiers.

¹⁷. Des profils de compétence ont été élaborés pour chacun des titres d'emploi de la catégorie 4 du CISSS de la Montérégie-Ouest, ils se trouvent sur l'intranet de l'organisation.

Compétences requises

- Effectuer une mise à jour des besoins et une évaluation dynamique de l'usager en s'arrimant avec le Guide d'intervention DL 0-6 ans qui découle des meilleures pratiques.
- Appliquer adéquatement, lorsque requis et dans le respect des champs d'exercices, les stratégies d'intervention reconnues dans les meilleures pratiques en DL 0-6 ans.
- Utiliser les outils pertinents à l'évaluation des besoins spécifiques de la clientèle, selon les meilleures pratiques et le respect des champs d'exercices.

Des activités de développement des compétences pourront être déployées en lien avec les compétences requises liées au **Guide d'intervention en DL 0-6 ans**. Ces activités seront échelonnées dans le temps et selon les priorités et les besoins identifiés dans le plan de développement de compétence. Les contenus de ces activités seront également adaptés aux intervenants selon leurs rôles, leurs besoins et la disponibilité des ressources humaines et financières de l'établissement. Se référer à son gestionnaire pour avoir plus d'informations sur les activités de développement des compétences.

Selon les besoins, les activités de développement des compétences pourront être présentées en utilisant différentes modalités (capsule clinique, activité d'appropriation, formation, groupe de codéveloppement, communauté de pratique, etc.).

Conclusion

Considérant les nombreux travaux en cours depuis quelques années en lien avec la clientèle présentant une DL, ce document se veut évolutif et nécessitera une révision au cours des prochaines années :

- Les travaux dans le cadre du déploiement du programme Agir tôt viendront redéfinir un continuum de services en langage avec une trajectoire permettant un amalgame de services, dont font partis les services spécialisés, entre les différents partenaires impliqués auprès des enfants et leurs parents.
- Les travaux de mise à jour des critères d'admissibilité pour la clientèle en DL, actuellement en cours, pourraient entraîner certains ajustements.
- Enfin, un travail de réflexion doit s'amorcer pour baliser les rôles et responsabilités des différents intervenants impliqués auprès de la clientèle en DL au sein de l'équipe 0-6 ans dans le but de faciliter l'interdisciplinarité.

Liste des annexes

Annexe A	Tableau résumé du Programme spécialisé DI-TSA-DM-DM 0-6 ans
Annexe B	Résumé des recommandations de l'INESSS pour le TDL (2017)
Annexe C	Profil trouble de la fluidité (bégaiement)
Annexe D	Résumé du Guide d'intervention DL 0-6 ans
Annexe E	Habitudes de vie pouvant être affectées par une DL / difficultés concomitantes
Annexe F	Difficultés concomitantes et stratégies d'intervention
Annexe G	Stratégies d'intervention générales avec un enfant présentant une DL
Annexe H	Interventions possibles lors de pronostics moins favorables
Annexe I	Structure 1 ^{er} service en déficience langagière
Annexe J	Champs d'exercices des intervenants impliqués en services spécialisés DL 0-6 ans

Références

- American Speech-Language-Hearing Association. (2008). Roles and responsibilities of speech-language pathologists in early intervention: Guidelines.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2019a). Articulation and Phonology. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). <https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Articulation-and-Phonology/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2019b). Childhood Apraxia of Speech. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). American Speech-Language-Hearing Association; American Speech-Language-Hearing Association. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/childhood-apraxia-of-speech/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2019c). Childhood Fluency Disorder. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). <https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Childhood-Fluency-Disorders/>
- APA. (2015). DSM-5—Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, Health Sciences Division. American Psychiatric Association (APA), Edited by Claire GUILBERT, Elsevier. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/cisssmo/detail.action?docID=4337396>
- AQOA. (s. d.). Trouble du développement des sons de la parole—Association québécoise des orthophonistes et audiologistes (AQOA). <https://aqoa.qc.ca/trouble-du-developpement-des-sons-de-la-parole/>
- Arsenault, É. (2018). Rapport d'intervention : Accessibilité et continuité au programme spécialisé pour la clientèle 0-6 ans présentant un trouble développemental du langage, Direction des programmes Déficiences, CISSSS Montérégie Ouest.
- ASHA. (s. d.). Fluency Disorders (Practice Portal). American Speech-Language-Hearing Association (ASHA); American Speech-Language-Hearing Association. Consulté 26 juillet 2021, à l'adresse <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/fluency-disorders/>
- Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec. (2018). Référentiel des compétences lié à l'exercice de la profession d'éducatrice spécialisée ou éducateur spécialisé au Québec. Éduconseil Inc.
- Blank, R., Barnett, A., Cairney, J., Green, D., Kirby, A., Polatajko, H., & Vinçon, S. (2019). International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder. 242-285.
- Case-Smith J, et al. (2013). Systematic review of interventions used in occupational therapy to promote motor performance for children ages birth–5 years. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 413-424.
- Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale; 2013, St-Jacques S et Dussault J. Amélioration de l'organisation des services de première ligne en orthophonie auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans présentant un problème langagier : synthèse des données probantes. Québec, Qc : ETMISS-PL. http://www.cisssscapitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/sythese_des_donnees_probantes_orthophonie_finale_23oct2013.pdf
- Charron, L., & MacLeod, A. A. N. (2010). La dyspraxie verbale chez l'enfant : Identification, évaluation et intervention. *Glossa*, 109, 42-54.
- CHU Sainte-Justine. (2020). Qu'est-ce que le trouble de développement des sons de la parole (TDSP) ? <https://www.chusj.org/fr/soins-services/T/Dyspraxie-verbale/Caracteristiques-et-signes>

- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2017). Guide sur l'épisode de service spécialisé et outils d'aide à la décision—Direction des programmes déficiences (DPD).
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021a). Guide Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences (DPD).
- CISSS de la Montérégie-Ouest. (2021b). Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans—PRG-10262.
- CMR. (2010). Programme de déficience du langage, Clientèle présentant un bégaiement. Centre montréalais de réadaptation (CMR).
- CMR. (2014). Programme en déficience du langage, section 2 : Programmation. Centre montréalais de réadaptation.
- Comité patronal de négociation dans le secteur de la santé et des services sociaux. (2019). Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux. <http://n02.pub.msss.rtsq.ca/AfficherDetails.aspx?TitreEmploi=2691>
- Équipe Naître et grandir, & Bergeron-Gaudin, M.-È. (2018). Bégaiement ou hésitation? Naître et grandir. https://naitreetgrandir.com/fr/etape/1_3_ans/langage/fiche.aspx?doc=ik-naître-grandir-parole-begaiement
- Gouvernement du Québec. (2003). Office des professions du Québec. Cahier explicatif—Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf
- Gouvernement du Québec. (2021). Guide explicatif—Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. L'Office des professions du Québec. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/Guides/2019-20_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-01-2021.pdf
- INESSS. (2017). Organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage (trouble primaire du langage)—Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3185271>
- Kennedy J, et al. (2013). Top-down and bottom-up approaches to motor skill assessment of children: Are child-report and parent-report perceptions predictive of children's performance-based assessment results? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20, 45–53.
- Kingsley K, & Mailloux Z. (2013). Evidence for the effectiveness of different service delivery models in early intervention services. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 431–436.
- Leclerc, A.-A., & Gosselin, J. (s. d.). Intervention précoce et ergothérapie. Portail enfance. <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/intervention/intervention-precoce/>
- MacLeod, A. A. N. (2015). Les troubles du développement des sons de la parole. *Rééducation orthophonique*, 263, 3-5.
- MacLeod, A. A. N., Hémond, M., Meziane, S., & Rose, Y. (2015). Le profil phonologique d'enfants ayant un trouble du développement des sons de la parole. *Rééducation Orthophonique*, 263, 87-103.
- MacLeod, A. A. N., Sutton, A., Sylvestre, A., Thordardottir, E., & Trudeau, N. (2014). Outil de dépistage des troubles du développement des sons de la parole : Bases théoriques et données préliminaires. 38(1), 17.
- Mercier, M.-A., & Labonté, J. (2019). Facteurs prédictifs de la persistance du bégaiement.

- MSSS. (2008). Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience : Afin de faire mieux ensemble. Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Direction des communications. Gouvernement du Québec. Santé et services sociaux Québec, Direction des communications. <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/67399>
- MSSS. (2017). Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience, Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W.pdf>
- MSSS. (2021). Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience— Gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-824-02W.pdf>
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD), (2019) U.S. Department of Health and Human Services, consulté le 17 sept.2019 Disponible au lien suivant; <https://www.nidcd.nih.gov/health/stuttering>
- OAOO. (2018). Normes et lignes directrices de pratique sur le bégaiement développemental—Ordre des Audiologistes et des Orthophonistes de l'Ontario.
- OEQ. (2005). Participation du personnel non-ergothérapeute à la prestation des services d'ergothérapie— Lignes directrices. Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). 36.
- Oksenberg, P. (2014). La prise en charge orthophonique du bégaiement chez l'enfant avant 5 ans. *Contraste*, 39(1), 307-326.
- Onslow, M., & Millard, S. (2012). Palin Parent Child Interaction and the Lidcombe Program : Clarifying some issues. *Journal of Fluency Disorders*, 37(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.10.002>
- Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., Sheedy, S., O'Brian, S., MacMillan, V., Lloyd, W., & Hearne, A. (2021). The Lidcombe Program Treatment Guide—(Version 1.3). <https://www.lidcombeprogram.org/helpful-resources/helpful-downloads/>
- OOAQ. (2016a). Mémoire de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec Soumis à la Commission sur l'éducation à la petite enfance. https://www.ooaq.qc.ca/media/f4hlwljn/ooaq-memoirecommissionpetiteenfance_final.pdf
- OOAQ. (2016b). Mémoire soumis dans le cadre des Consultations publiques sur la réussite éducative tenues par le ministère de l'Éducation de l'Enseignement supérieur. <https://www.ooaq.qc.ca/media/4jnjjflh/ooaq-consultationreussiteeducative-final.pdf>
- OOAQ. (2017). Mémoire de l'OOAQ dans le cadre des consultations publiques sur le Projet de loi no 143, Loi visant à améliorer la qualité éducative et à favoriser le développement harmonieux des services de garde éducatifs à l'enfance. https://www.ooaq.qc.ca/media/p1mbym0h/memoire-pl143_ooaq-final_oct2017.pdf
- OOAQ. (2018). Le trouble développemental du langage : Pour les professionnels de la santé et de l'éducation. Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. https://www.ooaq.qc.ca/media/a4qnqckc/ooaq_depliant_tdl_professionnels_pour-web_-oct2018.pdf
- OOAQ. (2020a). Lignes directrices sur l'encadrement des éducateurs et autres intervenants en langage auprès des enfants. 20.
- OOAQ. (2020b). L'implication des éducateurs et autres intervenants en langage dans les activités d'intervention langagière chez les enfants. https://www.ooaq.qc.ca/media/syehlxol/brochure-educateurs_vw.pdf

- OOAQ. (2021). Le bégaiement ou trouble de la fluidité. Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. https://www.ooaq.qc.ca/media/0dvbrpoo/le-begaiement_vw.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2012). L'ergothérapie auprès de l'enfant qui présente un retard de développement. <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/14-lergothérapie-aupres-de-lenfant-qui-presente-un-retard-de-developpement.html>
- Ordre des psychologues du Québec. (s. d.). Dans quels secteurs pratiquent les psychologues? Consulté 18 mai 2021, à l'adresse <https://www.ordrepsy.qc.ca/dans-quels-milieus-pratiquent-le-psychologue->
- Perez, H. R., & Stoeckle, J. H. (2016). Le bégaiement, Mise à jour clinique et de la recherche. Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien. 62, 7.
- Ratelle, V. (2011). Trouble primaire du langage : Quatre modalités qui favorisent l'accès à l'orthophonie en CRDP. Essai synthèse. Sherbrooke, Qc : Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Essai_synthese_REA/ES_Trouble_primaire_du_langage_Quatre_modalites_qui_favorisent_l_acces_a_l_orthophonie_en_CRDP.pdf.
- Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), Fougereyrollas, P., Lepage, C., Noreau, L. (2014a). La mesure des habitudes de vie, MHAVIE-Enfant 0-4, 4.0. Guide d'utilisation version pour la petite enfance de la naissance à 4 ans. https://ripph.qc.ca/wp-content/uploads/2017/10/1_0-4_ans_Guide-dutilisateur_francais.pdf
- Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), Fougereyrollas, P., Lepage, C., Noreau, L. (2014b). La mesure des habitudes de vie, MHAVIE-Enfant 5-13, 4.0. Guide d'utilisation version pour l'enfance de 5 à 13 ans. https://ripph.qc.ca/wp-content/uploads/2017/10/2_5-13_Guide-dutilisateur_francais.pdf
- Rudolph, J. M. (2017). Case history risk factors for specific language impairment : A systematic review and meta-analysis. American journal of speech-language pathology, 26(3), 991-1010.
- Smith, A. (2015). What factors contribute to the emergence of stuttering ? Purdue Stuttering Project. Communication présentée au congrès American Speech-Language-Hearing Association (ASHA).
- Sylvestre, A., & Desmarais, C. (2015). Stimuler le développement langagier des jeunes enfants : État des connaissances sur l'intervention précoce en orthophonie [How do we stimulate language development of young children : State of knowledge on early intervention in speech-language therapy?]. 2(27), 180-187.
- The Lidcombe Program. (2013). About the Lidcombe Program | Lidcombe Program Trainers Consortium. <https://www.lidcombeprogram.org/about-lidcombe-program/about-the-lidcombe-program/>
- Trivette, C. M., C. J. Dunst, and D. W. Hamby. 2010. Influences of family-systems intervention practices on parent-child interactions and child development. Topics in Early Childhood Special Education 30(1):3-19.
- Webber, M., & Onslow, M. (2003). Maintenance of treatment effects. In M. Onslow, A. Packman, & E. Harrison (Eds.), The Lidcombe Program of early stuttering intervention : A clinician's guide (. Austin, TX: Pro-Ed.
- Weinstein, Y., Madan, C. R., & Sumeracki, M. A. (2018). Teaching the science of learning. Cognitive Research: Principles and Implications, 3(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s41235-017-0087-y>
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2005). Early Childhood Stuttering (Pro Ed). <https://eric.ed.gov/?id=ED491322>
- Yairi, & Seery. (2015). Stuttering : Foundations and Clinical Applications, 2nd Edition (The Pearson communication sciences and disorders series).

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Marie-Ève Giguère, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU	2019
	Cindy Sebes, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU	2021-05-31
Révisé par	Émilie Vézina-Poirier, agente administrative, DSMREU	2019-06-27
	Paméla Déry, adjointe à la direction, DSMREU	2020-01-06
	Charlotte Richard, agente administrative	2022-07-21
Personnes consultées	Catherine St-Jean, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe qualité de la pratique clinique, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU	2019
	Pascale Choquette, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU	2019
	Catherine Besner, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU	2021-05-31
Révision partielle	Ajout de l'annexe C Profil trouble de la fluidité (bégaiement) Ajout de la section 6. Compétences Mise à jour du guide	2022-05-31
Personnes consultées lors de la révision partielle	Stéphanie Lemieux, agente de planification, de programmation et de recherche, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, volet Formation et développement, DSMREU	2022-05-31
	Louise Harvey, conseillère cadre, volet Qualité de la pratique clinique, DSMREU	2022-03-07
	Comité de travail annexe bégaiement	2021-11-17
	Comité de consultation annexe bégaiement	2022-03-18
	Comité exécutif DPD approbation modifications	2022-07-14

Historique du document		
CONCERNANT UNE SEULE DIRECTION	Comité exécutif DPD : Annie Couture, Directrice adjointe – Programmes DI-TSA et hébergement Ysabelle Marleau, Directrice adjointe – Programmes DI-TSA et DP Jean-Marc Ricard, Directeur – Programmes Déficiences Vincent Robichaud, adjoint au directeur	Date 2021-11-18
Approuvé par		
Commentaires	N/A	

Tableau résumé du Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans

Nom	Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans			
Clientèle cible	Enfants d'âge préscolaire ¹⁸ , qui présentent des incapacités persistantes et significatives dans un ou plusieurs domaines du développement, et leurs parents.			
	Profil RGD	Profil TSA	Profil DM	Profil DL
Objectif général	Réduire la situation de handicap de l'enfant en contribuant à son développement optimal et à l'augmentation de sa participation sociale dans ses différents milieux de vie.			
Objectifs spécifiques	- Optimiser les aptitudes de l'enfant dans les différentes sphères de son développement en fonction de ses besoins. - Optimiser l'autonomie fonctionnelle de l'enfant dans ses habitudes de vie. - Favoriser l'intégration de l'enfant dans ses milieux de vie. - Appuyer les compétences des parents et des partenaires afin qu'ils soient en mesure d'accompagner l'enfant dans ses apprentissages.			

Théorie	Interdisciplinarité	Modèle écosystémique	MDH-PPH	Autodétermination
	Approche usager partenaire		Séquence développementale	Autonomie fonctionnelle
	Moyens	1) Offrir des services spécialisés en fonction des besoins de l'enfant et de ses parents; 2) Favoriser la collaboration pour une meilleure complémentarité et continuité dans la trajectoire de services.		
Stratégies	Modalités d'intervention : • Intervention individuelle • Intervention auprès des familles • Intervention de groupe • Intervention auprès des partenaires			
	Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences : 1 Accueil au programme 2 Évaluation et analyse 3 Élaboration du PI et mise en œuvre des interventions 4 Révision du PI et mesure des résultats 5 Fin de l'épisode, recommandations et orientations			

18. Il se peut toutefois, lorsque cela s'avère cliniquement justifié, que les interventions au sein de ce programme s'étendent au-delà de la période préscolaire. Après cette période, si les besoins d'intervention spécialisée persistent, un transfert doit être fait vers un autre programme spécialisé pour une clientèle âgée de 7 ans et plus.

Résumé des recommandations de l'INESSS pour le TDL (2017)

L'INESSS a réalisé un avis sur l'organisation du continuum et de la dispensation des services aux enfants âgés de 2 à 9 ans présentant un trouble développemental du langage (trouble primaire du langage).

« Après avoir exploré des modèles d'organisation de services prometteurs, pertinents et transférables dans le contexte québécois et avoir répertorié des modalités d'intervention efficaces, l'INESSS a émis dans son avis 13 recommandations. Les **13 recommandations** qui résultent de cette démarche viennent définir les composantes essentielles d'un continuum ainsi que les modalités de services qui contribueraient à rendre le cheminement clinique des enfants âgés de 2 à 9 ans ayant un trouble développemental du langage plus fluide, harmonieux et efficient. » (Arsenault, 2018)

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

Niveau I : Services universels de promotion et stimulation du développement des capacités de communication et identification des enfants à risque de présenter des retards ou des difficultés. Ces services préviennent l'émergence de problèmes et sont destinés à tous les enfants, qu'ils aient des difficultés ou non. Ils sont dispensés en grand groupe dans les milieux de vie des enfants, notamment les services de garde et les écoles. Ils permettent de promouvoir le développement des capacités de communication et d'identifier rapidement les enfants qui devront recevoir des services de niveau II ou de niveau III.

Niveau II : Services de soutien ciblés, en plus des services de niveau I, alignés sur les besoins des enfants qui présentent des indices de retard ou difficultés du développement de leurs capacités de communication et pour qui les services universels ne suffisent pas. Ces services servent à réduire les difficultés identifiées et à améliorer les capacités des enfants. Ils sont généralement dispensés en petit groupe, par une équipe d'intervenants de différentes disciplines travaillant en étroite collaboration, et idéalement dans les milieux de vie des enfants.

Niveau III : Services spécialisés, en plus des interventions de niveau I et de niveau II, auprès d'enfants n'ayant pu progresser suffisamment malgré les services de niveau I et de niveau II. Ces services alignés sur les besoins des enfants sont soutenus dans le temps et en intensité. Ils sont dispensés par une équipe d'intervenants.

➡ Bien que chaque modalité ait été identifiée à un niveau de service, l'INESSS précise « (...) aucune modalité de services n'est exclusivement associée à un seul niveau ».

2. Le continuum de services devrait s'aligner sur les besoins des enfants plutôt qu'être axé sur leur diagnostic.
3. Un partenariat de services doit s'établir entre l'enfant, ses proches et les intervenants afin que l'engagement de l'enfant et de ses proches s'actualise concrètement dans la prise de décision concernant : la détermination des objectifs alignés sur leur projet de vie, le choix des interventions ou stratégies à mettre en place; les actions à réaliser par chacun.
4. Les modalités de collaboration entre les intervenants, l'enfant et ses proches devraient être établies selon la complexité des besoins de l'enfant et de sa famille, et selon l'intention de collaborer.
5. Le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait, de concert avec le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et le ministère de la Famille, entamer des travaux relatifs à la révision des modes d'allocation des ressources en fonction des besoins de l'enfant et à l'identification des meilleurs prestataires de services, selon les différentes étapes de vie de l'enfant.
6. Aucun dépistage systématique des problèmes de développement du langage ne doit être réalisé auprès des enfants
7. Les intervenants et les parents doivent travailler en tandem auprès de l'enfant. Ainsi, les intervenants doivent enseigner aux parents diverses stratégies ou techniques de stimulation pouvant s'intégrer à la vie quotidienne de l'enfant. Cet enseignement doit se répéter et s'ajuster dans le temps afin de garantir l'adéquation entre les stratégies, modalités ou techniques enseignées, les besoins de l'enfant, son évolution et la capacité du parent.

8. Les intervenants doivent inclure la modalité de groupe dans leurs stratégies d'intervention, sachant que l'utilisation d'une telle modalité s'aligne nécessairement sur un objectif du plan d'intervention de l'enfant et doit toujours être régie par des principes cliniques axés sur ses besoins et sa capacité à en bénéficier, et non pas être assujettie à des impératifs administratifs. Aussi, l'utilisation d'une variété de modalités d'intervention (individuel, groupe, indirect, enseignement, etc.) alignées sur les objectifs poursuivis et la capacité de l'enfant d'en bénéficier doit être privilégiée.
9. Des interventions peuvent être accomplies par un intervenant non professionnel exerçant un rôle d'assistant sous la supervision d'un professionnel dûment autorisé selon le champ d'exercices. La supervision doit être continue et régulière, ajustée selon la formation et les compétences de l'intervenant exerçant le rôle d'assistant, et respecter la réglementation en vigueur au Québec. Il est primordial de prévoir des règles claires et des mécanismes de résolution de problèmes, afin que le professionnel puisse conserver son autonomie et respecter ses obligations professionnelles, tout en optimisant le partage des tâches.
10. Une collaboration étroite et continue devrait s'établir entre les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et les éducateurs en services de garde ou les enseignants afin que ces derniers actualisent et pérennisent des activités, des stratégies ou techniques favorisant le développement des capacités de communication des enfants et qu'ils puissent identifier les enfants qui nécessiteront des services additionnels de soutien.
11. Au niveau III (services spécialisés), une intervention axée sur le développement des capacités langagières doit être offerte à forte dose (nombre de minutes consacrées expressément au développement d'une capacité langagière spécifique durant une séance d'intervention) et à une fréquence d'une fois par semaine ou aux deux semaines.
12. Les intervenants devraient inclure dans leurs stratégies d'intervention des modalités de télé pratique, lorsque cela est pertinent pour l'enfant et en conformité avec les lois, règlements, normes et standards régissant leur pratique professionnelle.
13. Dans un contexte de multilinguisme, l'intervention bilingue plutôt qu'unilingue doit être favorisée pour avoir un maximum d'effets sur les capacités de l'enfant dans les deux langues; sinon, une intervention dans la langue qui est la mieux développée doit être privilégiée. Pour soutenir l'applicabilité de cette recommandation, le recours à des interprètes est une condition sine qua non.

Pour consulter le document Aide-mémoire :

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/TDL_Aide-memoire.pdf

ANNEXE C

Profil trouble de la fluidité (bégaiement)

1. Description du trouble de la fluidité (bégaiement)

Le trouble de la fluidité, aussi appelé bégaiement, est « caractérisé par des interruptions dans le rythme de la parole » appelées disfluidités (OOAQ, 2021). Ces interruptions persistent dans le temps et peuvent se manifester sous la forme de (APA, 2015; Yairi & Seery, 2015).

- Disfluidités typiques du bégaiement :
 - Blocages;
 - Prolongements audibles;
 - Répétitions de parties de mots;
 - Répétitions de mots monosyllabiques.
- Autres disfluidités :
 - Répétitions de mots polysyllabiques;
 - Répétitions de syntagmes;
 - Révisions;
 - Phrases avortées;
 - Interjections.

Les disfluidités peuvent être accompagnées « de signes d'un effort ou d'une tension physique » habituellement considérés comme des mouvements associés ou des comportements secondaires (ou accessoires) (OAOO, 2018, p. 2). Ils peuvent se manifester par un mouvement des membres, un clignement des yeux, la dilatation des narines, une augmentation de la tonalité ou de l'intensité de la voix, une respiration bruyante, des grimaces, etc. (CMR, 2010; OAOO, 2018).

Le trouble de la fluidité est présent chez environ 1% de la population (OOAQ, 2021). D'après une étude récente aux États-Unis, environ 2% des enfants âgés de 3 à 17 ans bégaiement (Zablotsky et al., 2019 cité dans ASHA, s. d.). Les causes exactes pouvant expliquer le trouble de la fluidité ne sont pas encore connues mais le facteur héréditaire a été démontré dans de nombreuses études (Perez & Stoeckle, 2016). Le trouble de la fluidité « est présent dans toutes les langues et tous les milieux socioéconomiques » (OOAQ, 2021). Il est démontré que le bégaiement n'est pas causé par un trouble émotionnel, un traumatisme, un tic nerveux, de la timidité, ou encore par un manque d'intelligence (OOAQ, 2021).

Les premières manifestations du bégaiement apparaissent généralement chez les enfants âgés de 2 à 5 ans et touche plus fréquemment les garçons que les filles (OAOO, 2018; OOAQ, 2021). Il est variable dans le temps, en intensité et selon les situations vécues par l'individu (OAOO, 2018; OOAQ, 2021). Chez les enfants qui bégaiement, environ 75% retrouvent une fluidité de parole normale au cours des 3 à 5 ans suivant l'apparition du trouble, on parle alors de bégaiement transitoire ; tandis que chez environ 25% des enfants le bégaiement persiste à l'âge adulte (OOAQ, 2021; Yairi & Ambrose, 2005).

Plusieurs facteurs prédictifs de la persistance du trouble de la fluidité ont été identifiés et classés selon trois niveaux (Smith, 2015 et Yairi & Seery, 2015 cités dans Mercier & Labonté, 2019) :

Facteurs primaires

- **Antécédents familiaux** : L'étude de Singer et al. (2020 cité dans ASHA, s. d.) estime que les enfants ayant des antécédents familiaux de bégaiement sont 1,89 fois plus susceptibles de présenter un bégaiement persistant. Le risque que l'enfant ait une évolution (récupération ou persistance) semblable à celle du membre de sa famille qui a ou a eu un trouble de la fluidité est estimé à 65%.

	• Genre : D'après une étude récente, les garçons seraient 1,48 fois plus susceptibles de présenter un bégaiement persistant que les filles (Singer et al., 2020 cité dans ASHA, s. d.). Le risque de persistance du bégaiement chez les filles est plus élevé s'il n'y a pas d'amélioration de la fluidité lors de la première année suivant l'apparition du trouble. • Apparition tardive : Le bégaiement a plus de risque de persister s'il apparaît après 4 ou 5 ans (Équipe Naître et grandir & Bergeron-Gaudin, 2018; Mercier & Labonté, 2019). Plus l'enfant est âgé, plus grand est le risque qu'il développe une réaction émotive associée. • Temps écoulé depuis l'apparition : L'augmentation du risque de persistance est corrélée à l'augmentation du temps écoulé depuis l'apparition du trouble de la fluidité. • Tendance (fréquence et sévérité) : Une tendance stable ou à la hausse à la fin de la première année depuis l'apparition du trouble est un facteur de risque de persistance. • Longueur et tempo des disfluidités : facteur de risque de persistance s'il n'y pas de diminution après plusieurs mois depuis l'apparition du trouble. • Prolongements et blocages : facteur de risque de persistance s'il n'y pas de diminution après plusieurs mois depuis l'apparition du trouble.
Facteurs secondaires	• La sévérité du bégaiement est un facteur de risque de persistance si le bégaiement est sévère après un an depuis l'apparition. • Les mouvements de la tête et du cou sont un facteur de risque de persistance si le nombre et la sévérité ne diminuent pas après un an depuis l'apparition. • Si l'enfant présente des difficultés phonologiques lors de l'apparition du trouble de la fluidité il y a un risque de persistance.
Facteurs tertiaires	• Présence d'autres troubles pouvant coexister avec le bégaiement : – « Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (Donaher & Richels, 2012; Lee et al., 2017); – Trouble du spectre autistique (Briley & Ellis, 2018); – Déficience intellectuelle (Healey et al., 2005); – Trouble du langage ou des apprentissages (Ntourou et al., 2011); – Troubles épileptiques (Briley & Ellis, 2018); – Trouble d'anxiété sociale (Brundage et al., 2017; Craig & Tran, 2014; Iverach et al., 2018); – Troubles de la parole (St. Louis & Hinzman, 1988; Wolk et al., 1993); – Et d'autres troubles du développement (Briley et Ellis, 2018). » (ASHA, s. d., [traduction libre]). • Conscience et réaction affective de l'enfant.

2. Description de la problématique

Les enfants ayant un trouble de la fluidité admis et desservis au programme spécialisé sont ceux qui, d'une part, démontrent une **persistance** et une **résistance** au traitement et qui, d'autre part, présentent très souvent des **difficultés** ou des **conditions associées** qui viennent teinter les modalités d'intervention.

En raison de leur trouble de la communication, il est fréquent d'observer des **impacts psychologiques, émotionnels, sociaux et fonctionnels** qui exercent une influence considérable sur le niveau de réalisation des habitudes de vie des enfants qui bégaiement (Tichenor et Yaruss, 2019a cité dans ASHA, s. d.). Certaines manifestations sous-jacentes peuvent devenir une partie significative du trouble (OAOO, 2018, p. 2). Cela peut se manifester par :

- L'évitement de certaines situations, d'opportunités de s'exprimer ou de certains mots (OAOO, 2018; OOAQ, 2021) ;
- La peur et l'anticipation (OAOO, 2018) ;
- L'isolement (OOAQ, 2021) ;
- De l'anxiété sociale (Boyle, 2015, Craig & Tran, 2014, Iverach et al., 2016, Iverach et Rapee, 2014 ; cités dans ASHA, s. d.) ;
- Un sentiment de perte de contrôle (Boyle, 2015, Craig & Tran, 2014, Iverach et al., 2016, Iverach et Rapee, 2014 ; cités dans ASHA, s. d.; OAOO, 2018) ;
- Des pensées ou des sentiments négatifs à propos d'eux-mêmes (Boyle, 2015, Craig & Tran, 2014, Iverach et al., 2016, Iverach et Rapee, 2014 ; cités dans ASHA, s. d.).

Plus concrètement, en ce qui a trait aux habitudes de vie, des répercussions peuvent être observées sur le plan (CMR, 2010) :

Du développement des dimensions affectives, sociales et psychologiques :	• Un enfant qui bégaye peut avoir conscience de ses difficultés et ressentir un malaise émotif important lorsqu'il se trouve en situation de communication. Pour éviter les situations d'échec de communication ou les rétroactions désagréables, l'enfant peut être amené à moins verbaliser et être moins porté à donner des explications, à raconter et à argumenter, préférant répondre à des questions nécessitant une réponse courte. • Les périodes d'adaptation, de fragilité et de rechute en lien avec le bégaiement, ainsi que des facteurs personnels (émotions négatives, fatigue) et environnementaux (contexte stressant de communication) peuvent avoir une influence négative sur la capacité de l'enfant à gérer ses émotions et à contrôler son système de parole, ce qui, par conséquent peut augmenter ses disfluidités.
De l'intégration préscolaire, scolaire et sociale :	• Dès le début de l'école primaire, l'enfant qui bégaye peut constater que sa parole est différente de celle des autres enfants et peut faire face à des commentaires désobligeants. Les exigences du milieu scolaire telles que les causeries et les exposés oraux peuvent venir mettre en évidence le bégaiement. La sensibilisation (principes du bégaiement, facteurs de stress, ...) de toutes les personnes entourant l'enfant qui bégaye est essentielle pour faciliter son intégration scolaire et sa réussite aux exigences académiques. • Lorsque l'enfant qui bégaye a conscience de ses difficultés et constate qu'il n'est pas aussi efficace que ses pairs pour communiquer, des répercussions peuvent être observées au niveau de sa participation sociale. Par exemple, l'enfant peut préférer faire des activités individuelles ou qui nécessitent peu d'exigences verbales plutôt que de participer à des activités récréatives en groupe.

Impact sur la famille (CMR, 2010)

Les parents, les proches jouent des rôles essentiels dans un contexte de bégaiement :

- Par leur apport au contrôle de l'environnement de l'enfant : les parents doivent sensibiliser leur entourage et maximiser les conditions de communication facilitantes pour l'enfant dans ses différents milieux de vie ;
- Par leur implication en tant qu'agents multiplicateurs des techniques et attitudes à adopter auprès de l'enfant ;
- Par leurs rôles de modèles et de motivateurs pour l'enfant.

Tout comme l'enfant, les parents doivent composer avec le regard et les commentaires des autres personnes face à la différence de l'enfant. Certains parents, dans le but de pallier aux difficultés de leur enfant, peuvent

chercher à les compenser (consciemment ou non), et manifester des comportements de surprotection ou encore des tendances à parler à la place de l'enfant dans un contexte de communication.

En plus de devoir soutenir leur enfant, les parents doivent aussi composer avec leurs propres émotions comme la tristesse, l'inquiétude, la colère, le découragement, l'impuissance, le stress, etc. Ils doivent faire preuve de beaucoup de disponibilité puisque l'approche thérapeutique pour adresser le trouble de la fluidité est exigeante et nécessite un investissement important pour le parent qui l'appliquera au quotidien auprès de son enfant (voir Programme Lidcombe). Enfin, dans la situation où l'un des parents a un trouble de la fluidité, il est probable que des sentiments de culpabilité et de colère soient présents et viennent teinter ses réactions.

3. Théorie et meilleures pratiques

Les services spécialisés offerts aux enfants ayant un bégaiement reposent sur les concepts fondamentaux décrits dans le Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021b) et le Guide d'intervention en DL 0-6 ans, qui découlent eux-mêmes du Guide Processus clinique des services spécialisés de la DPD (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a).

Comme le démontrent les modèles conceptuels MDH-PPH et modèle écosystémique, « les habitudes de vie sont issues de l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux » (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a, p. 19). Les interactions entre ces facteurs exercent donc une influence favorable (facilitateur) ou défavorable (obstacle) à la réalisation des habitudes de vie de l'enfant (CMR, 2010). Aussi, la participation sociale de l'enfant dans ses milieux de vie est directement influencée par la capacité d'adaptation de ces derniers (CMR, 2010).

Données probantes en lien avec l'intervention auprès des enfants ayant un trouble de la fluidité :

- Les interventions auprès des enfants ayant un trouble de la fluidité doivent être individualisées en fonction des besoins de l'enfant et du modèle de communication familiale (ASHA, s. d.).
- Elles doivent comprendre à la fois des stratégies axées sur l'enfant et des stratégies axées sur ses parents (ASHA, s. d.).
- La participation des parents et des proches est essentielle (Kelman et Nicholas, 2020 cité dans ASHA, s. d.).

Les interventions peuvent avoir plusieurs objectifs (H.S. Arnold et al., 2011; Yaruss et al., 2006 cités dans ASHA, s. d., [traduction libre]) :

- « Éliminer, réduire considérablement ou aider l'enfant à gérer son bégaiement ;
- Aider l'enfant à ne pas développer des réactions émotionnelles négatives liées à son bégaiement ».

Pour ce faire, l'orthophoniste doit travailler avec les parents et les proches de l'enfant dans le but de créer un environnement qui facilite la fluidité et qui aide l'enfant à développer des attitudes de communication saines et appropriées (Onslow et al., 2003; Yaruss & Reardon-Reeves, 2017 ; cités dans ASHA, s. d.).

4. Stratégies d'intervention

a. Stratégies d'intervention directe

En général, chez l'enfant de moins de 5 ans, les stratégies d'intervention directe visent « la réduction du bégaiement par le recours à des stratégies de **gestion des contingences** » (OAOO, 2018, p. 15). Les stratégies de gestion des contingences comprennent des « techniques qui visent à offrir un renforcement après une parole fluide » (OAOO, 2018, p. 15).

Le **Programme Lidcombe** fait partie de ces stratégies. Ce traitement comportemental, créé en Australie, a démontré son efficacité dans de nombreux essais cliniques à travers le monde (The Lidcombe Program, 2013). Le programme a été développé pour une utilisation par des orthophonistes auprès d'enfants âgés de moins de 6 ans qui ont un bégaiement. Il est composé de deux phases (Onslow et al., 2021; The Lidcombe Program, 2013) :

- **Phase 1 :**

- Le parent applique quotidiennement avec son enfant les techniques enseignées par l'orthophoniste ;
- Le parent et l'enfant rencontrent l'orthophoniste une fois par semaine ;
- La phase 1 prend fin lorsque le bégaiement disparaît ou diminue considérablement ;
- La phase 1 peut être composée en moyenne de 11 à 23 rencontres.

- **Phase 2 :**

- C'est l'étape de maintien, l'objectif est d'empêcher le retour ou l'augmentation du bégaiement aussi appelé rechute. Le risque de rechute est élevé dans les premières semaines¹⁹ et peut encore être présent au cours des années suivantes²⁰ (Webber et Onslow, 2003 cité dans Onslow et al., 2021) ;
- Le parent doit diminuer ses interventions de rétroaction auprès de l'enfant ;
- Le nombre et la fréquence des rencontres avec l'orthophoniste sont réduits progressivement ;
- La durée de cette étape est d'environ un an.

Le Programme Lidcombe dispose d'un guide de traitement (disponible en anglais seulement) accessible sur son site Internet²¹.

Le programme demande une grande implication de la part du parent qui accompagne l'enfant aux consultations hebdomadaires (étape 1) puisque les techniques enseignées par l'orthophoniste doivent être appliquées quotidiennement auprès de l'enfant. Il est important de respecter les conditions du programme et de le compléter jusqu'à la fin, au risque d'entraîner une rechute ou de développer chez l'enfant une résistance aux prochaines interventions.

Lors des consultations, l'orthophoniste peut (The Lidcombe Program, 2013) :

- Enseigner des techniques au parent en faisant des démonstrations,
- Observer le parent appliquer les techniques avec l'enfant et faire une rétroaction,
- S'assurer du bon déroulement du traitement,
- S'assurer que l'expérience reste positive pour l'enfant et ses parents.

Les stratégies d'intervention directe peuvent aussi viser l'amélioration de la fluidité verbale « en **modifiant** directement les **comportements articulatoires, respiratoires ou vocaux** ainsi que les **comportements cognitifs** afin de faciliter l'intégration des nouveaux comportements de parole. » (OAOO, 2018, p. 15).

Les stratégies d'intervention directe peuvent s'appliquer par (OAOO, 2018, p. 15-16) :

- Des techniques pour réduire la fréquence ou la gravité des comportements de bégaiement ;
- Des techniques pour éliminer ou réduire au minimum les procédés susceptibles de contribuer au maintien des comportements de bégaiement ;

19. D'après une étude de Webber et Onslow, le taux de rechute était de 75% dans les 8 premières semaines de la phase 2 (Webber & Onslow, 2003).

20. D'après une étude de Webber et Onslow, la moitié des enfants ont présenté des signes de rechute en moyenne 5 ans après le début du programme (Webber et Onslow, 2003 cité dans Onslow et al., 2021).

21. <https://www.lidcombeprogram.org/helpful-resources/helpful-downloads/>

- Des procédures pour faciliter le transfert des nouveaux comportements de parole aux situations de communication quotidiennes ;
- Des techniques qui favorisent le maintien de la fluidité.

Enfin, selon les besoins de l'enfant, un traitement visant à réduire les attitudes négatives et les émotions désagréable peut être mis en place.

b. Stratégies d'intervention indirecte

Les stratégies d'intervention indirecte consistent à **modifier les facteurs environnementaux et les attitudes des personnes qui interagissent avec l'enfant** (ASHA, s. d.; OAOO, 2018). Elles ont pour objectif d'accroître la fluidité verbale de l'enfant (ASHA, s. d.; OAOO, 2018). Les personnes qui entourent l'enfant peuvent avoir un impact important sur « le développement et le maintien de la fluidité verbale » (OAOO, 2018, p. 16-17). De ce fait, ces stratégies d'interventions tentent de « limiter les procédés qui contribuent potentiellement au maintien des comportements de bégaiement » (OAOO, 2018, p. 16-17).

Ces stratégies reposent principalement sur un accompagnement et des conseils (*counseling*) aux parents et aux autres personnes significatives pour l'enfant quant aux changements à apporter dans leur style de communication (réduction du débit de parole, utilisation de questions indirectes plutôt que de questions directes, etc.) et dans l'environnement de l'enfant (ASHA, s. d.; OAOO, 2018; Oksenberg, 2014).

Le programme Parents Child Interaction (PCI) du centre Michael Palin²² (Londres) fait partie de ces stratégies. Il met l'accent sur les parents en appliquant des stratégies d'interaction et des stratégies familiales, par exemple cela peut consister à filmer les interactions linguistiques entre les parents et leur enfant puis à analyser, lors de séances de débriefing, ce qui peut être modifié dans la communication avec leur enfant (Oksenberg, 2014; Onslow & Millard, 2012). Si une réduction de la fréquence du bégaiement n'est pas observée à la fin de l'intervention, des stratégies d'intervention directe avec l'enfant doivent être envisagée en supplément (Onslow & Millard, 2012).

De plus, il importe également d'offrir un accompagnement aux parents dans le cheminement vers l'acceptation de la persistance du bégaiement ainsi que dans le soutien qu'ils peuvent offrir pour aider leur enfant dans la gestion des difficultés associées au bégaiement (anxiété, isolement, pensées négatives, etc.).

c. Stratégies d'enseignement

Les stratégies d'enseignement consistent principalement à offrir de l'information et un enseignement à l'enfant, ses parents et ses proches sur :

- La nature du trouble de la fluidité (variabilité du bégaiement, distinction entre les comportements primaires et secondaires, fondement physiologique, manifestation psychologiques, persistance du bégaiement, etc.),
- Les résultats de l'évaluation orthophonique,
- Les recommandations pour l'établissement du plan d'intervention (OAOO, 2018).

5. Description du processus d'intervention

Le processus d'intervention décrit dans le Tableau I s'inscrit selon les étapes du processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences.

22. <https://michaelpalincenreforstammering.org/#>

Tableau I
Processus d'intervention pour la clientèle 0-6 ans ayant un trouble de la fluidité

Étapes du processus clinique	Responsable(s)	Modalités d'intervention	Outils
1. Accueil au programme	Orthophoniste ou autre intervenant au besoin	<u>Entrevue d'accueil</u> Premier contact avec la famille (appel téléphonique, rencontre). Informations données aux parents sur les modalités d'intervention et sur l'implication attendue de leur part (fréquence des rencontres, temps quotidien pour l'application des techniques, durée possible des services, ...)	► Brochure Programme Lidcombe destinée aux parents ► Documentation en lien avec l'hygiène de communication et les attitudes favorisant la fluidité
2. Évaluation et analyse	Orthophoniste	<u>Évaluation orthophonique</u> L'évaluation orthophonique doit être basée sur « les antécédents recueillis et sur des protocoles d'évaluation standardisés et non standardisés qui tiennent compte de la variabilité du bégaiement » (OAOO, 2018, p.11). Elle doit prendre en considération les besoins prioritaires et les aspects préoccupants identifiés par les parents de l'enfant. L'évaluation peut comprendre : ► Conversations et échanges avec chaque parent pour identifier les besoins de l'enfant, recueillir les antécédents, documenter les émotions négatives ; ► Analyse des enregistrements fait par un parent dans le quotidien ; ► Analyse des échantillons de parole spontanée recueillis afin de décrire les manifestations du bégaiement ; ► Échanges avec l'orthophoniste référent(e) s'il y a lieu ; ► Échanges avec le milieu de garde/scolaire ; ► Observations de l'enfant et utilisation de tests : jeux libres et structurés, dénomination, description d'images, discours, activité sous pression, etc. ;	► Questionnaire aux parents (cueillette de données) ► Enregistrements vidéo et audio ► Échelle de sévérité du bégaiement Programme Lidcombe ► Stuttering Severity Instrument – Fourth Edition (SSI-4)

Étapes du processus clinique	Responsable(s)	Modalités d'intervention	Outils
3. Élaboration du PI et mise en œuvre des interventions 4. Révision du PI et mesure des résultats	Orthophoniste	Rencontres individuelles en orthophonie : application du programme Lidcombe (Onslow et al., 2021) <u>Phase 1 :</u> ► Une rencontre hebdomadaire ; ► Durée des rencontres : 45-60 min ; ► Rencontres en présence ou à distance ; ► La durée de la phase 1 et le nombre de rencontres peuvent varier selon les situations cliniques ; ► Il n'y a pas de nombre minimum de rencontres ou d'heures d'intervention. ► La moyenne de 11 à 23 rencontres doit être considérée comme une ligne directrice pouvant alerter l'orthophoniste de la nécessité de réévaluer les progrès, les besoins de l'enfant et les stratégies d'interventions adéquates (Onslow et al., 2021). Il peut être nécessaire d'interpeller, s'il y a lieu, d'autres professionnels pour un partage d'expertise (Onslow et al., 2021). ► Plusieurs facteurs peuvent influencer le nombre de rencontres : ► Un enfant ayant déjà reçu des interventions pour le bégaiement risque d'être plus résistant aux interventions ; ► La présence de conditions associées peut affecter la réalisation des interventions. <u>Phase 2 :</u> ► Rencontres plus espacées (aux 2 semaines, 4 semaines, 8 semaines puis 16 semaines) ; ► Durée des rencontres : 30 min ; ► Rencontres en présence ou à distance, appel téléphonique possible ; Objectifs : ► Maintenir l'entière responsabilité de la gestion du bégaiement de l'enfant par ses parents ; ► Maintenir l'absence ou le faible niveau de bégaiement qui a été obtenu à l'issue de la phase 1 ; ► Durée approximative : un an. Rencontres individuelles en orthophonie : application des autres stratégies d'intervention décrites à la section 4	► Guide de traitement Programme Lidcombe ► Échelle de sévérité du bégaiement Programme Lidcombe
	Orthophoniste, éducateur, autre intervenant au besoin	Soutien éducatif à la famille ► L'orthophoniste offre du soutien éducatif au parent (coaching) par le biais de l'application du programme Lidcombe ;	

Étapes du processus clinique	Responsable(s)	Modalités d'intervention	Outils
		► Implication possible d'un éducateur spécialisé selon les besoins de l'enfant et des parents (ex. : support au réinvestissement des stratégies en orthophonie au PI, coaching, modèle, support aux parents pour aider à la collaboration de l'enfant, etc.).	
	Orthophoniste et autre intervenant au besoin	<u>Soutien aux partenaires (milieu de garde ou scolaire)</u> ► Contact téléphonique ou présence dans le milieu de garde ou scolaire; ► Recommandations émises aux intervenants du milieu de garde ou scolaire; Objectifs : ► Faciliter le maintien de l'absence ou du plus faible niveau de bégaiement de l'enfant ; ► Faciliter la réalisation des habitudes de vie de l'enfant en lien avec la communication dans ses différents milieux de vie.	
5. Fin de l'épisode, recommandations et orientation	Orthophoniste et autre intervenant au besoin	Pour obtenir les critères de fin de l'épisode de services, se référer au <i>Guide Processus clinique des services spécialisés de la DPD</i> (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a, p. 32). Puisque les interventions auprès des enfants présentant un bégaiement demandent une grande implication de la part des parents (consultation hebdomadaire, application des techniques enseignées par l'orthophoniste quotidiennement), il apparaît évident que le manque de collaboration et d'implication des parents est un motif de fermeture de l'épisode de services. Aussi, la présence de facteurs environnementaux (situation familiale, contexte socio-économique, etc.) peut affecter la disponibilité de l'enfant et des parents et ainsi leur implication dans le processus d'intervention. Il peut être parfois nécessaire de réévaluer la pertinence de maintenir les services (interruption temporaire, fermeture de l'épisode).	

6. Rôles et responsabilités

Une description générale des rôles, responsabilités et champs d'exercices des intervenants se trouve à l'annexe C du *Programme spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans* ainsi qu'à l'annexe I du *Guide d'intervention en DL 0-6 ans*.

L'intervenant principalement impliqué auprès de l'enfant ayant un trouble de la fluidité est l'orthophoniste. En effet, puisque le bégaiement développemental est reconnu comme un trouble de la parole, le dépistage, l'évaluation et l'intervention appartiennent au champ de pratique de l'orthophoniste (OAOO, 2018).

Il est tout de même important de souligner que l'intervention auprès d'un enfant ayant un trouble de la fluidité peut nécessiter la complémentarité d'expertises d'une **équipe interdisciplinaire**. En effet, « comme l'évolution de ce trouble peut englober des processus psychologiques importants » (OAOO, 2018, p. 3) et que les problématiques vécues par l'enfant et sa famille peuvent être complexes et variées; la consultation et l'implication d'autres intervenants de l'équipe des services spécialisés pour la clientèle 0-6 ans peut être nécessaire pour réaliser l'analyse multidimensionnelle des besoins de l'enfant et de ses parents, et pour offrir une réponse adaptée aux besoins identifiés. L'orthophoniste peut ainsi faire appel à l'expertise d'un travailleur social, d'un éducateur spécialisé ou d'un neuropsychologue.

ANNEXE D

Résumé du Guide d'intervention en DL 0-6 ans

Guide d'intervention en déficience langagière (DL) 0-6 ans		
CLIENTELE CIBLE	Enfant d'âge préscolaire ²³ présentant une déficience langagière.	
MODELES ET APPROCHES RETENUS	Se référer aux modèles et approches définis dans le guide <i>Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences</i> (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021). À cela s'ajoutent : l'approche développementale, l'approche comportementale, l'approche systémique et la collaboration interprofessionnelle.	
OBJECTIFS DU GUIDE	1) Développer les aptitudes langagières et de communication de l'enfant présentant une DL ainsi que les autres sphères de son développement en fonction de ses besoins. 2) Optimiser l'autonomie fonctionnelle de l'enfant présentant une DL dans ses habitudes de vie. 3) Favoriser l'intégration de l'enfant présentant une DL dans ses milieux de vie. 4) Appuyer les compétences des parents et des partenaires afin qu'ils soient en mesure d'accompagner l'enfant présentant une DL dans ses apprentissages et dans ses activités de la vie quotidienne.	
MODALITES	Profils TDL-TDSP	Profil trouble de la fluidité (bégaiement)
	• Mise à jour des besoins prioritaires • Atelier C'est un départ • Premier service en orthophonie et réinvestissement des objectifs par un éducateur • Services subséquents : ○ Intervention individuelle en orthophonie, en ergothérapie, en éducation spécialisée ○ Réinvestissement des objectifs en orthophonie et/ou ergothérapie par un éducateur ○ Intervention en groupe ○ Consultation en physiothérapie, neuropsychologie, travail social ○ Dyade d'enfant ○ Co-intervention • Concertation entre intervenants • Collaboration avec les partenaires	• Entrevue d'accueil • Évaluation orthophonique • Rencontres individuelles en orthophonie : ○ Application du programme Lidcombe ○ Application des autres stratégies d'intervention (directe, indirecte) • Soutien éducatif à la famille • Soutien aux partenaires (milieu de garde ou scolaire)
RESULTATS ATTENDUS	Enfant	Parent, proche, partenaire
	Autonomie et participation sociale jugées optimales dans les habitudes de vie initialement perturbées ou en cours de suivi.	• Sentiment de compétence augmenté; • Connaissances sur les caractéristiques de la problématique de l'enfant; • Interventions augmentées chez les parents et/ou les partenaires; • Application régulière des interventions par les parents et/ou partenaires.

23. Il se peut toutefois que pour des cas d'exception, les interventions s'étendent au-delà de la période préscolaire lorsque cela s'avère cliniquement justifié.

ANNEXE E

Habitudes de vie pouvant être affectées par une DL et/ou des difficultés concomitantes

(RIPPH, 2014a et 2014b)

Exemples d'activités courantes dans lesquelles l'enfant est susceptible de vivre des difficultés	
Liées à la nutrition :	
- Boire - Manger - Manger des aliments et des textures variées - Manipuler les ustensiles - Maintenir des règles à la table (position assise, propreté, etc.)	- Manger au restaurant - Participer à choisir ses aliments selon ses goûts et des besoins particuliers - Participer à la préparation d'une collation ou d'une recette - Utiliser le réfrigérateur
Liées à la condition physique et au bien-être psychologique :	
Routine quotidienne - Se mettre au lit, sortir de son lit - S'endormir, dormir, se réveiller (incluant la sieste) - Réaliser des activités pour se détendre (<i>musique, dessins, télévision, regarder un livre, etc.</i>) - Pratiquer des activités d'attention ou de concentration Pratique des activités physiques - Marcher, sauter, courir, utiliser un tricycle, se baigner, attraper et lancer le ballon, monter et descendre les escaliers, grimper dans les modules au parc, se balancer, etc.	Émotions S'adapter aux routines, aux transitions et aux changements de routines (rigidité) Gérer ses émotions : opposition, entêtement, repli sur soi, anxiété, pleurs.
Liées aux soins personnels et de santé :	
- Participer aux activités liées à l'élimination (couche, petit pot, toilette, papier de toilette) - Participer et s'essuyer après avoir utilisé la toilette - Participer aux soins corporels (<i>se laver, soins des cheveux, se brosser les dents, se moucher, etc.</i>) - Collaborer à se faire couper les cheveux, les ongles - Utiliser les équipements sanitaires autres que ceux de son domicile	- Mettre ses orthèses - Participer à s'habiller, se déshabiller (vêtements d'intérieur et d'extérieur) - Participer aux soins de santé (<i>prendre ses médicaments, mettre un pansement</i>) - Utiliser les services de santé (clinique médicale, centre de réadaptation, etc.) - Participer à l'entretien de ses aides techniques ex. orthèses, prothèses, lunettes, appareils auditifs
Liées à la communication :	
S'exprimer efficacement - Pour nommer ses besoins, ses émotions, ses envies, ses demandes d'aide à un adulte familier - En participant à une conversation avec un adulte familier ou non familier, avec un enfant ou un petit groupe d'enfants - Pour raconter un événement - Pour amorcer et poursuivre une conversation - Pour répondre aux demandes qui lui sont faites	Comprendre - Des consignes ou informations orales (venant d'un adulte familier ou dans un petit groupe) - Des phrases, des mots, des non-dits, des règles, une histoire - Tenir compte des explications et des informations verbales qui ne sont pas en contexte - Des informations écrites - Participer à utiliser un téléviseur, radio, ordinateur, système pour disque numérique polyvalent (DVD)
Liées à son habitation	
- Participer à ranger ses jouets, ses effets personnels - Participer à des tâches domestiques, jeter les déchets, nettoyer un dégât - Respecter les règles de sécurité à la maison	- Utiliser les équipements extérieurs de la résidence (piscine, module de jeux), faire le ménage - Utiliser l'ameublement et les équipements de la maison (table, chaise, portes, fenêtres, etc.)

Exemples d'activités courantes dans lesquelles l'enfant est susceptible de vivre des difficultés

Liées à ses déplacements :

- Entrer et sortir de ses différents milieux de vie (domicile, milieu de garde, loisirs, commerces, écoles, etc.)
- Se déplacer dans ses différents milieux de vie
- Se déplacer dans la rue ou sur le trottoir
- Participer à utiliser des moyens de transport (voiture, autobus, taxi, etc.)
- Se déplacer à bicyclette

Exemples de rôles sociaux dans lesquelles l'enfant est susceptible de vivre des difficultés

Liés à ses relations interpersonnelles :

- Maintenir des relations affectives avec ses parents (exprimer ses émotions et sentiments, faire des câlins)
- Maintenir des relations affectives avec sa fratrie
- Maintenir des relations affectives avec d'autres membres de la famille
- Maintenir des liens avec des amis (partager ses jouets, participer aux fêtes, etc.)
- Participer à des activités sociales avec sa famille
- Participer à des activités reliées à la découverte de son corps
- Respecter une distance par rapport aux étrangers

Interagir en général

- Démontrer des attitudes propices à l'échange
- Respecter le tour de parole
- Participer à une conversation de groupe
- Entrer en relation, saluer
- Initier et poursuivre des échanges, une interaction sociale
- Jouer avec le langage, faire des rimes, des comptines

Jouer et avoir des loisirs

- Explorer des jeux et des activités variées (bricoler, dessiner, colorier, jeux de construction, participer à des jeux symboliques)
- Participer à des activités éducatives, scolaires, parascolaires et communautaires (ex. : natation, gymnastique, danse, soccer, patinage, etc.)
- Être autonome dans le jeu
- Compléter le jeu ou l'activité jusqu'à la fin
- Participer à des jeux individuels et de groupe ou d'équipe, surtout s'ils sont pratiqués dans un contexte compétitif

Socialiser avec les pairs

- Accepter de partager un jeu ou l'attention avec autrui
- Développer et maintenir des relations amicales
- S'affirmer et interagir dans un groupe
- Coopérer, négocier, résoudre des conflits
- Participer à des causeries
- Jouer avec des enfants de son âge (certains peuvent s'associer davantage avec des enfants plus jeunes, car les exigences de performance sont moindres)
- S'associer avec un enfant ou un adulte dans un jeu (compréhension des règles, notion de gagner ou perdre)

Liés aux responsabilités :

- Respecter les biens et droits d'autrui
- Faire respecter ses droits (prendre sa place, s'affirmer)
- Accepter l'aide de ses parents, sa fratrie
- Participer à prendre soin d'un animal
- Accompagner ses parents pour faire des courses
- Rendre de petits services
- Respecter la routine quotidienne avec l'aide d'un adulte

Liés à ses loisirs et à une vie associative et spirituelle :

- Participer à des activités religieuses ou spirituelles
- Pratiquer des jeux individuels
- Pratiquer des jeux de groupe
- Pratiquer des activités physiques ou sportives individuelles
- Pratiquer des activités physiques ou sportives de groupe
- Participer à des activités de plein air
- Pratiquer des activités artistiques (musique, dessin, danse)
- Aller au cinéma, assister à un spectacle
- Utiliser les services de loisirs de son milieu (bibliothèque, piscine)
- Participer à un voyage ou des activités touristiques

Liés à son éducation :

- Participer aux activités dans les lieux de stimulation ou de garde
- Utiliser les infrastructures dans ces lieux
- Participer à des activités spéciales organisées par ces lieux

ANNEXE F

Difficultés associées et stratégies d'intervention

Stratégies d'intervention en présence de difficultés associées

Fonctions exécutives	
DIFFICULTES POSSIBLES	STRATEGIES PERTINENTES
- S'organiser dans une tâche - Utiliser des stratégies adéquates de résolution de problème - Respecter les différentes étapes d'une activité - Ignorer les distractions au niveau de l'attention : - Diminution de la vigilance et des capacités d'attention sélective, soutenue ou divisée - Mémoire de travail; traitement et maintien de l'information (auditive ou visuospatiale) en mémoire à court terme - Avoir les capacités de généralisation, d'abstraction, de faire des inférences - Avoir de la difficulté avec leur motivation à s'engager dans une tâche reliée à la communication et leur persévérance à maintenir une activité - Avoir du mal à démontrer de la souplesse par rapport à un changement dans leur quotidien	- Exploration et utilisation des intérêts et forces et de l'enfant et des contextes quotidiens significatifs pour lui - Gradation du niveau de difficulté - Renforcement positif et ludique - Retrait graduel des différents supports - Soutien émotionnel - Ajustement des attentes au développement de l'enfant - Valorisation et utilisation des compétences de la famille - Enseignement et pratique des habiletés maximisant l'attention (posture, bouger, bouger pendant la tâche, prendre des pauses, respect du tour de parole, contact visuel, répétitions à voix basse, imagerie mentale, mime de la tâche, etc.) - Transfert d'habileté ciblée dans le quotidien de l'enfant (généralisation)
Comportements	
DIFFICULTES POSSIBLES	STRATEGIES PERTINENTES
- Impulsivité - Opposition - Anxiété - Faible estime de soi	- Observations dans les différents milieux de vie - Approche comportementale : - Analyse de tâches - Analyse du comportement - Mise en place de règles, routine, d'horaire, de pictogrammes, etc. - Support des parents avec les difficultés de compréhension de l'enfant - Tableau d'émulation
Activités motrices	
DIFFICULTES POSSIBLES	STRATEGIES PERTINENTES
Sur le plan de la <u>motricité globale</u> et de la <u>planification motrice</u> : instabilité proximale des ceintures pelviennes et scapulaires, difficultés de dissociation des segments corporels et de croisement de la ligne médiane, hyperlaxité ligamentaire (CRDP Le Bouclier, 2008 cité dans CMR, 2014), persistance de réflexes primitifs, incoordination motrice ou difficulté à bien coordonner les deux hémicorps, des difficultés praxiques. L'apprentissage des loisirs et sports peut donc être difficile chez ces enfants (tricycle, vélo, se balancer, etc.).	La complémentarité entre les approches <i>Top-down</i> et <i>bottom-up</i> constitue la meilleure façon d'intervenir en ergothérapie (Case-Smith et al., 2013; Kennedy et al., 2013; Kingsey et Mailloux, 2013) : - Approche centrée sur la tâche - Approche cognitive - Approche cognitivo-comportementale - Approche développementale - Apprentissage moteur - Approches de <i>coaching</i> : <i>Coaching</i> en Performance Occupationnelle (CPO) - Approche compensatoire

Activités motrices

DIFFICULTES POSSIBLES	STRATEGIES PERTINENTES
- Sur le plan de la <u>motricité fine</u> : difficultés de préhension et d'utilisation d'outils (crayon, ciseaux, ustensiles), retard dans l'acquisition de la préférence manuelle, manque de dissociation des mouvements, difficultés à réaliser des manipulations, manque de force. - Sur le plan <u>oral</u> : difficultés liées à la mastication, croquer, boire à la paille en raison d'une faiblesse des muscles oraux, d'un manque d'endurance musculaire, d'une mauvaise coordination ou planification des mouvements de la bouche et de la langue ou encore en raison d'une difficulté du traitement sensoriel. Des difficultés au plan oral augmentent le risque de présenter des pertes salivaires et l'enfant présentant une dyspraxie bucco-faciale importante peut avoir besoin d'aide pour apprendre à souffler et à se moucher. - Sur le plan <u>perceptivo-moteur</u> et de <u>l'intégration visuo-motrice</u> : difficultés de vision binoculaire, retards dans l'acquisition des poursuites et saccades visuelles qui peuvent nuire éventuellement à la lecture et à l'écriture. L'enfant ayant un trouble de langage peut avoir de la difficulté à bien discriminer l'orientation spatiale et les relations spatiales surtout lorsque des difficultés praxiques sont présentes en comorbidité. Ces difficultés s'observent souvent dans le dessin et la calligraphie. - Sur le plan de <u>l'acquisition des préalables scolaires</u> : Les difficultés possibles touchant les sphères de la motricité globale et fine ainsi que de l'intégration visuo-motrice peuvent avoir un impact dans l'acquisition des préalables scolaires c'est-à-dire des prérequis développementaux et d'autonomie à l'entrée à l'école. Des tâches graphomotrices (le dessin, le coloriage, les tracés et la copie de formes), des constructions visuospatiales et le bricolage ainsi que des manipulations dans la main dont le niveau de difficulté est approprié selon l'âge, sont des exemples de préalables scolaires se rapportant à ces sphères.	- Approche de réadaptation - Approche centrée sur la tâche - Stratégies cognitives - Compensation approche développementale ou <i>Bottom-up</i> Voir aussi les stratégies proposées pour difficultés touchant les fonctions exécutives.
Sens et perception	
Particularités dans le traitement de l'information sensorielle qui peuvent se traduire au quotidien par des comportements d'évitement, d'irritabilité, une apparente tolérance élevée à la douleur ou encore une maladresse générale.	Il y a peu d'évidences scientifiques concernant l'efficacité de l'intervention utilisant l'approche d'intégration sensorielle (Blank et al., 2019).

Stratégies d'intervention générales avec un enfant présentant une DL

De façon générale, les interventions au niveau du langage et de la communication se déploient à deux niveaux, soient les interventions de support au développement du langage (stratégies d'adaptation) et celles qui permettent à l'enfant d'élargir son répertoire linguistique (stratégies de réadaptation) (ASHA, 2008). Sont présentées ici les **interventions langagières à portée interdisciplinaire et accessibles pour un parent**. D'autres stratégies peuvent être également suggérées et utilisées par les orthophonistes.

Stratégies d'adaptation	Stratégies de réadaptation
Visent à favoriser des attitudes et un environnement propice à l'échange	Visent à augmenter la fréquence et la complexité de la communication et du langage
POUR FAVORISER L'INTERACTION - Se mettre à la hauteur de l'enfant, le regarder avant de parler - Encourager les interactions avec les pairs - Offrir des opportunités de communication à travers les activités de la vie quotidienne - Soutenir la qualité des interactions parent-enfant (stimulation cognitive par les parents, sensibilité et réceptivité à l'égard de l'enfant) - Aménager l'environnement, la tâche, la routine ou l'horaire : - Offrir un environnement physique optimisé (acoustique, visuel, matériel, emplacement, etc.) - Mettre à la disposition de l'enfant du matériel d'apprentissage adapté à son âge (livres et jouets) - Utiliser des supports visuels et gestuels adaptés à l'enfant (gestes naturels, supports imagés, expressions du visage, pictogrammes, carnet de causerie, dessiner avec son parent un événement vécu, photo de l'événement, images, etc.) - Laisser du temps à l'enfant afin qu'il prenne son tour de parole - Enseigner des stratégies compensatoires à l'enfant et aux interlocuteurs (adapter le débit de parole, accentuer les mots importants de l'énoncé, adapter le vocabulaire utilisé, répéter ou reformuler les consignes, poser des questions, écouter attentivement, adapter la longueur des énoncés, gérer le temps, les effets personnels, les déplacements, etc.) - Favoriser la participation de l'enfant à des activités d'apprentissage régulières (lire ensemble, se faire raconter une histoire) (Tamis-LeMonda et Rodriguez, 2009 cité dans CMR, 2014).	POUR AIDER L'ENFANT A SE FAIRE COMPRENDRE - Répétitions ciblées associées à un contexte ludique - Utilisation de comptines - Exercices de conscience phonologique - Pratiques ciblées et répétées dans plusieurs contextes - Reformuler ce que l'enfant a dit sans lui faire répéter POUR AIDER L'ENFANT A COMPRENDRE CE QUI SE DIT AUTOUR DE LUI - Choix et utilisation de moyens pour obtenir et maintenir l'attention auditive et visuelle (attendre d'obtenir l'attention visuelle ou auditive de l'enfant avant d'énoncer la consigne, demander à l'enfant de reformuler la consigne donnée, utiliser les doigts pour la quantité d'éléments à se rappeler) - Lecture partagée enrichie ²⁴ POUR AIDER L'ENFANT A COMMUNIQUER SES BESOINS DE BASE - Enseignement de l'habileté à attirer l'attention de son interlocuteur - Pratiques ciblées et répétées dans plusieurs contextes - Stimulation avec renforcement - Utilisation de supports visuels comme incitation POUR AIDER L'ENFANT A RACONTER, CONVERSER - Répondre aux initiatives verbales et non verbales de l'enfant, - Commenter ce que fait ou voit l'enfant - Offrir une rétroaction - Utiliser les techniques d'expansion, le modèle verbal - Raconter des scénarios de jeux symboliques préalablement mimés ou d'histoires mimées présentées - Converser dans des contextes ludiques

24. La lecture partagée répétée est une lecture interactive à laquelle les enfants peuvent, et même doivent, participer. Le secret en lecture partagée, c'est la répétition; lire le même livre plusieurs fois et régulièrement. Lorsque le parent raconte une histoire selon la lecture partagée, il maximise la stimulation langagière générale en incitant des échanges verbaux avec l'enfant. La lecture partagée enrichie : Le parent utilise la technique de la lecture partagée, mais cette fois-ci en ciblant un ou des objectifs en lien avec un plan de traitement en orthophonie (ex. : vocabulaire, inférence, conscience de l'écrit, consciences des sons, etc.) (CMR, 2014). Cela aide à développer la prélecture pour soutenir la réussite éducative.

Stratégies d'adaptation	Stratégies de réadaptation
Visent à favoriser des attitudes et un environnement propice à l'échange	Visent à augmenter la fréquence et la complexité de la communication et du langage
POUR FAVORISER L'INTERET ET LA MOTIVATION	POUR AIDER L'ENFANT A RACONTER, CONVERSER (SUITE)
• Exploration et utilisation des intérêts et forces et de l'enfant et des contextes quotidiens significatifs pour lui • Gradation du niveau de difficulté • Renforcement positif et ludique • Retrait graduel des différents supports • Soutien émotionnel • Ajustement des attentes au développement de l'enfant • Valorisation et utilisation des compétences de la famille • Enseignement et pratique des habiletés maximisant l'attention (posture, bouger, bouger pendant la tâche, prendre des pauses, respect du tour de parole, contact visuel, répétitions à voix basse, imagerie mentale, mime de la tâche, etc.) • Transfert d'habileté ciblée dans le quotidien de l'enfant (généralisation)	• Augmentation graduelle du nombre d'échanges sur un sujet • Pratique avec aide lors des causeries • Supports visuels adaptés (pour soutenir l'échange, pour raconter ou spécialisés pour la narration) • Mise en place des situations et des contextes idéaux qui soutiennent l'utilisation de plusieurs approches efficaces pour l'apprentissage du langage : - Créer des occasions de communication - Suivre l'initiative de l'enfant en lui présentant des activités qui l'intéressent • Construire et établir des routines sociales (Thiemann et Warren, 2010, cité dans CMR, 2014).

Interventions pertinentes lors de pronostics moins favorables

Chez les jeunes ayant un pronostic moins favorable

Les approches de type supplétif et l'aménagement de l'environnement auront souvent une grande importance dès le début du processus de réadaptation. Elles sont à favoriser afin de réduire les répercussions quotidiennes des difficultés et préserver l'estime de soi du jeune en faisant en sorte que l'enfant vive des succès. Une intervention visant le développement des aptitudes en émergence n'est pas laissée de côté pour autant.

- ➔ La fréquence de l'intervention pourra varier par moment : des périodes de soutien plus intensives seront alternées avec des périodes d'intégration (généralisation).
- ➔ L'intervention mettra à contribution autant que possible les milieux de vie et la répétition puisque la mise en contexte est nécessaire à la généralisation et au maintien des apprentissages, plus difficiles chez ces enfants.

Chez les familles en contexte précaire ou ayant des besoins particuliers (parents vivant une problématique psychosociale particulière comme la dépression, l'anxiété, etc.)

- ➔ Une compréhension globale de la situation de la famille (c'est-à-dire ses besoins, ses forces, les activités qu'elle valorise, etc.) et une connaissance des personnes et organismes qui gravitent autour de celle-ci sont de première importance.
- ➔ Les stratégies utilisées gagneront à être applicables, réalistes et à s'inscrire de façon positive dans la routine des familles et des milieux de vie ou encore, dans des activités qu'elles valorisent. L'expérimentation de ces stratégies avec la famille et les milieux de vie est à privilégier.
- ➔ L'information sera ciblée vers les éléments plus essentiels et donnée de façon accessible (peu d'information à la fois).
- ➔ Une attention sera portée : aux ressources de la famille et des autres milieux de vie à l'investissement qu'elles souhaitent ou peuvent mettre dans le processus de réadaptation.
- ➔ Un arrimage avec les partenaires, la famille et le programme en déficience du langage gagnera à être fait à l'aide d'un PSI : la problématique prédominante vécue par l'enfant et sa famille sera définie et le soutien nécessaire sera offert aux personnes qui interviennent directement auprès des familles.
- ➔ Des facilitateurs gagneront à être mis en place pour permettre une plus grande participation / présence aux services. Par exemple, lorsque des activités de groupe seront réalisées, des groupes restreints et partageant des réalités similaires sont recommandés.

Source : CMR, 2014

ANNEXE I

Structure 1^{er} service en DL 0-6 ans : profils TDL-TDSP

Accueil au Programme			
ETAPES		QUI?	QUOI?
Mise à jour des besoins prioritaires (EGB ²⁵)		Coordonnateur clinique, éducateur ou autre intervenant au besoin	Voir la description dans le processus clinique.
Groupe « C'est un départ »		Coordonnateur clinique ou autre intervenant au besoin	Téléreadaptation
Évaluation et analyse – Élaboration du pi et mise en œuvre des interventions			
1 ^{er} service			
Implication possible des agentes administratives pour faciliter l'organisation ²⁶			
ETAPES ²⁷		QUI?	QUOI?
 Alternance des rencontres en fonction des besoins	1 ^{re} rencontre ²⁸	Orthophoniste	- Analyse multidimensionnelle des besoins (AMB) : observations, interventions, discussion avec les parents, etc. - Observation du profil langagier actuel de l'enfant. - Élaborer un pronostic préliminaire de participation sociale. - Élaborer un PI (objectifs et des modalités d'intervention).
	2 ^e rencontre	Orthophoniste	
	3 ^e rencontre	Orthophoniste et éducateur	
	4 ^e rencontre	Éducateur (se référer à l'orthophoniste au besoin)	Période de réinvestissement des apprentissages, par les parents et les partenaires, avec le soutien du technicien en éducation spécialisée.
	5 ^e rencontre	Éducateur	
	6 ^e rencontre	Éducateur	
Fin du 1 ^{er} service			
PI au dossier et orientation vers le 2 ^e service correspondant aux besoins de l'utilisateur			

25. Le terme EGB n'est pas le terme approprié pour cette étape, mais est encore très utilisé par les équipes, se référer au guide *Processus clinique des services spécialisés de la Direction des programmes Déficiences* (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a) pour plus d'informations.

26. Les agents administratifs peuvent aider à l'organisation du 1^{er} service en confirmant les rencontres en fonction des disponibilités obtenues des parents et des plages horaires réservées des intervenants; en envoyant les courriels de confirmation 1^{er} service aux parents (rencontres avec orthophonistes/éducateurs spécialisés); en ajustant les agendas Outlook des intervenants en fonction des rendez-vous confirmés; en assignant les intervenants au dossier de l'utilisateur dans SIPAD; en préparant les dossiers de travail pour les intervenants en fonction des usagers confirmés.

27. Il est possible d'alterner les rencontres en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille, selon le jugement clinique des intervenants.

28. 1 à 3 rencontres en orthophonie, en fonction du jugement clinique des intervenants.

ANNEXE J

Champs d'exercices des intervenants impliqués aux services spécialisés en DL 0-6 ans

Titre d'emploi des intervenants	Champs d'exercices
Éducateur	L'éducateur effectue une analyse multidimensionnelle des besoins de l'utilisateur (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021a), notamment par le biais de l'observation de ses difficultés et de ses capacités adaptatives dans son quotidien (Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec, 2018) ou en utilisant d'autres méthodes de collecte de données. Il assure le soutien et l'accompagnement de l'utilisateur en vue de favoriser sa participation sociale. Il peut appliquer des techniques d'éducation en utilisant les activités de la vie quotidienne, coordonner et animer des activités visant l'apprentissage et l'acquisition d'attitudes et de comportements adéquats (Comité patronal de négociation dans le secteur de la santé et des services sociaux, 2019).
Ergothérapeute	« L'exercice de l'ergothérapie consiste à évaluer les habiletés fonctionnelles, à déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, à développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, à compenser les incapacités, à diminuer les situations de handicap et à adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement. » (Gouvernement du Québec, 2021, sect. 2 p.27) Le travail de l'ergothérapeute se centre principalement sur la réalisation par l'enfant des différentes activités en lien avec son développement et son âge telles que jouer, faire des activités d'apprentissage, dessiner et bricoler, manger, s'habiller, se laver, etc. (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2012). Pour ce faire, l'ergothérapeute évalue diverses habiletés (ex. motrices globales et fines, sensorielles, perceptuelles), l'autonomie, les loisirs et le jeu et ce, en tenant compte de l'impact des difficultés sur le plan langagier sur le développement de l'enfant.
Neuropsychologue	Comme pour le psychologue, le champ d'exercice du neuropsychologue consiste à « évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi qu'à déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement. » (Gouvernement du Québec, 2021, sect. 2 p.27). Puisqu'il détient une attestation de formation pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques, le neuropsychologue évalue les fonctions cognitives en ce qui a trait à la manière de penser, de se sentir et de se comporter. Il peut suggérer des recommandations ou réaliser certaines interventions afin d'optimiser le fonctionnement (Ordre des psychologues du Québec, s. d.).
Orthophoniste	« L'exercice de l'orthophonie et de l'audiologie consiste à évaluer les fonctions de l'audition, du langage [...] et de la parole, déterminer un plan de traitement et d'intervention et en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication de l'être humain en interaction avec son environnement. » (Gouvernement du Québec, 2021, sect. 2 p.27)
Physiothérapeute	« Le physiothérapeute évalue les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologiques, musculosquelettique et cardiorespiratoire. Il peut déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal de l'utilisateur » (Gouvernement du Québec, 2003, p. 3).
Travailleur social	« L'exercice du travail social consiste à évaluer le fonctionnement social, à déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi qu'à soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement. » (Gouvernement du Québec, 2021, sect. 2 p.27)

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

