

Le concept d'orthophonie communautaire

Cadre théorique et pratique

**Vers un continuum de services concerté en développement
de la communication et du langage en petite enfance**



Groupe de Travail Montérégien
Orthophonie et développement du langage

Crédits et remerciements

Édition produite par

Groupe de Travail Montérégien – Orthophonie et Développement du Langage (GTM-ODL)

Recherche et rédaction

Émilie Courteau, orthophoniste

Document rédigé par Émilie Courteau, orthophoniste en pratique privée et agente de recherche pour le Groupe de Travail Montérégien – Orthophonie et Développement du Langage. Les exemples présentés comme tels ont été imaginés par Émilie Courteau, orthophoniste. Les définitions et les commentaires sans référence ont été composés par Émilie Courteau, orthophoniste, sous les recommandations et avec les commentaires des membres des comités du GTM-ODL.

Coordination

Nathalie Brière, Mathieu Hébert

Révision linguistique

Marie-Claude Blackburn, réviseure linguistique

Graphisme

Conceptmab

Fiduciaire

Premiers Pas Champlain

78, rue Saint-Louis

Le Moyne (Longueuil) J4R 2L4

gtm.coordonnateur@premierspaschamplain.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN 978-2-9816438-0-3 (PDF)

ISBN 978-2-9816438-1-0 (Version imprimée)

© Groupe de Travail Montérégien – Orthophonie et Développement du Langage

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.



Note de rédaction

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les hommes que les femmes. Cependant, étant donné un contexte de professions majoritairement féminines dans le secteur de la petite enfance, le genre féminin a été employé comme genre neutre pour désigner les orthophonistes, les intervenantes et les éducatrices, aussi bien les hommes que les femmes.

Membres du comité de coordination du GTM-ODL

Représentantes des tables de concertation

Manon Desnoyers, organisatrice communautaire, représentante de la Table de concertation Petite Enfance de la région de Châteauguay

Anne-Marie Dionne, organisatrice communautaire, représentante de la Table enfance-famille des Seigneuries

Nancy Gagnon, organisatrice communautaire, représentante de la Table de concertation Petite Enfance périnatalité Jardin du Québec

Josée Lacroix, directrice Premiers Pas Champlain, représentante de la Table de concertation CONPARLE FAMILLE, territoire Samuel-de-Champlain

Annie Leclair, coordonnatrice, Voir GRAND pour nos petits, représentante de la Table intersectorielle enfance-famille de la MRC de Pierre-De Saurel

Marie-Julie McNeil, organisatrice communautaire, représentante de la Table de concertation Petite Enfance Vaudreuil-Soulanges

Lise Ouellet, organisatrice communautaire, représentante de la Table de concertation CONPARLE FAMILLE, territoire Samuel-de-Champlain, et de la Table des Partenaires Petite Enfance de Saint-Hubert

Représentante d'Avenir d'enfants

Isabelle Dubois, chargée de projet

Évaluatrices du projet

Audrey L'Espérance et Marie-Claire Major, BEM & Co

Agente de recherche

Émilie Courteau, orthophoniste

Coordonnatrice du projet

Nathalie Brière

Membres du comité d'experts

Coordonnatrice du projet

Nathalie Brière

Agente de recherche

Émilie Courteau, orthophoniste

Représentantes du comité de gestion

Josée Lacroix, directrice Premiers Pas Champlain et représentante de la Table de concertation CONPARLE FAMILLE, territoire Samuel-de-Champlain

Lise Ouellet, organisatrice communautaire et représentante de la Table de concertation CONPARLE FAMILLE, territoire Samuel-de-Champlain, et de la Table des Partenaires Petite Enfance de Saint-Hubert

Représentante du GTM-ODL

Geneviève Saint-Jacques-Thériault, organisatrice communautaire, représentante du Réseau 0-5 Haut-Saint-Laurent

Professionnelles du réseau de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Dominique Moquin, chef de programme, Programme Spécialisé DI-TSA-DM-DL 0-6 ans, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

Denise Duval, orthophoniste et coordonnatrice clinique Réadaptation pédiatrique et CÉ TSA Jardins-Roussillon, Centre intégré de santé de services sociaux de la Montérégie-Ouest, Installation — Centre local de services communautaires Châteauguay

Danielle Beaulieu, MOA, orthophoniste, Famille-enfance et CÉ TSA du Suroît, Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, CSLC et Centre de services ambulatoires de Vaudreuil-Dorion

Évaluatrice du projet

Audrey L'Espérance, évaluatrice, BEM & Co

Représentante d'Avenir d'enfants

Isabelle Dubois, chargée de projet, Partenariats et innovation

Membres du comité de recherche

Coordonnatrice du projet	Nathalie Brière
Agente de recherche	Émilie Courteau, orthophoniste
Représentantes du comité de gestion	Nancy Gagnon, organisatrice communautaire, représentante de la Table de concertation Petite Enfance périnatalité Jardin du Québec Marie-Julie McNeil, organisatrice communautaire, représentante de la Table de concertation Petite Enfance Vaudreuil-Soulanges
Représentante du GTM-ODL	Geneviève Tétreault, représentante de la Table de concertation Petite Enfance de la région de Châteauguay
Évaluatrice du projet	Audrey L'Espérance, évaluatrice, BEM & Co
Représentante d'Avenir d'enfants	Isabelle Dubois, chargée de projet, Partenariats et innovation
Représentante de la Direction de santé publique de la Montérégie (collaboration ponctuelle — facteurs de risque liés à des difficultés de langage)	Manon Noisieux, agente de planification, programmation et recherche, épidémiologiste de la Direction de santé publique de la Montérégie

Tables de concertation membres du GTM-ODL

- Table de concertation 0-5 ans du territoire du CLSC du Richelieu
- Table de concertation CONPARLE FAMILLE, territoire Samuel-de-Champlain
- Table de concertation de la petite enfance et des personnes démunies de la Vallée des Patriotes
- Comité intersectoriel de la petite enfance de la MRC des Maskoutains
- Table de concertation en périnatalité et petite enfance du Haut-Richelieu
- Table d'Actions Concertées 0-5 Beauharnois-Salaberry (TAC 0-5)
- Table enfance-famille des Seigneuries
- Table de concertation intersectorielle Petite Enfance – Famille 0-5 ans de la MRC d'Acton
- Table petite enfance Kateri
- Table de concertation Petite Enfance de la région de Châteauguay
- Réseau 0-5 Haut-Saint-Laurent
- Table de concertation Petite Enfance périnatalité Jardin du Québec
- Table des Partenaires Petite Enfance de Saint-Hubert
- Table intersectorielle enfance-famille de la MRC de Pierre-De Saurel – Voir Grand pour nos petits
- Table de concertation Petite Enfance Vaudreuil-Soulanges

Le GTM-ODL désire remercier toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, aux réflexions menant à l'élaboration de ce document, en particulier les représentantes et les membres des différentes tables de concertation en petite enfance de la Montérégie, ainsi que les représentantes des concertations qui ne sont plus sur le territoire de la Montérégie, soit la Table petite enfance de la Haute-Yamaska et la Table périnatalité enfance, famille de Brome-Missisquoi. Le GTM-ODL désire également remercier les personnes suivantes qui ont été consultées :

- Julie Poissant, experte en périnatalité, et en petite enfance, et chercheuse d'établissement à l'Institut national de santé publique du Québec
- Marie-Pierre Gingras, orthophoniste et consultante
- Julie Bélanger, orthophoniste et consultante
- Isabelle Dubois, Maggie St-Georges, Jérôme Éliassalde, Kim Gagnon et Michèle Poirier d'Avenir d'enfants

Table des matières

Avant-propos	7	3.2.1	L'approche appréciative en développement de la communication et du langage	24	
Introduction	8	3.2.2	La formation de type accompagnement (<i>coaching</i>) : une formule gagnante	24	
Méthodologie	9	3.3	Les outils et les techniques de stimulation	26	
CHAPITRE 1 : Le concept d'orthophonie communautaire	10	3.3.1	Les activités et les outils de dépistage	26	
1.1	Le concept porteur et intégré d'orthophonie communautaire	10	3.3.2	Les activités qui visent le développement des enfants âgés de 0 à 12 mois : le langage des signes pour les bébés	28
1.2	Les principes transversaux du continuum de services concerté en orthophonie communautaire	11	3.3.3	Les activités qui visent le développement des précurseurs à la communication, à l'attachement et au développement global chez les enfants âgés de 0 à 12 mois	28
1.2.1	La mobilisation des partenaires et des parents	11	3.3.4	Les activités d'éveil à la lecture enfant-intervenante	29
1.2.2	L'intégration des principes d'universalisme proportionné	13	3.3.5	Les activités d'éveil à la lecture enfant-parent	30
1.2.2.1	Favoriser et encourager la participation des familles issues de milieux défavorisés ou en contexte de vulnérabilité	13	3.3.6	Les séances d'information destinées aux parents	31
1.2.2.2	Favoriser l'accès des familles en milieu rural ou isolé	16	3.3.7	Les activités en dyades parents-enfant	32
1.2.2.3	Rejoindre les familles qui n'ont pas le français comme langue maternelle	16	3.3.8	Les prêts de matériel destinés aux parents	34
CHAPITRE 2 : Le développement de la communication et du langage chez les tout-petits	17	3.3.9	Les activités estivales pour les enfants d'âge préscolaire	36	
2.1	Le développement de la communication et du langage	17	3.4	L'évaluation et l'intervention dans le cadre de l'orthophonie communautaire	37
2.1.1	Graphique : <i>Les sphères du développement de l'enfant</i>	18	3.4.1	Quand consulter en orthophonie et les délais acceptables avant l'évaluation et l'intervention	37
2.2	Les facteurs de risque associés aux difficultés de développement du langage	17	3.4.2	Les moyens efficaces associés aux listes d'attente	38
2.3	Les facteurs de protection liés au développement du langage	19	3.4.3	Des modalités d'intervention orthophonique efficaces associées au retard/trouble de langage	38
2.4	L'incidence des troubles et des retards de langage	20	Conclusion	40	
2.5	Multilinguisme et développement de la communication et du langage	21	Lexique	41	
CHAPITRE 3 : Les pratiques probantes associées au développement de la communication et du langage	23	Bibliographie / Références	45		
3.1	Une pratique basée sur les données probantes	23			
3.2	L'enseignement de techniques de stimulation du langage	24			

Le concept d'orthophonie communautaire : cadre théorique et pratique

Vers un continuum de services concerté en développement de la communication et du langage en petite enfance

Avant-propos

Le Groupe de travail Montérégien – Orthophonie et Développement du Langage (GTM-ODL) est une mobilisation réunissant la majorité des tables de concertation en petite enfance de la Montérégie. Leurs représentantes sont issues d'organismes communautaires œuvrant en petite enfance, de centres de la petite enfance et des centres intégrés de santé et de services sociaux (principalement des organisatrices communautaires).

Les objectifs du GTM-ODL, comme définis en septembre 2011, sont :

1. Promouvoir le développement des services de prévention et d'intervention précoce en développement du langage, dont l'orthophonie en CLSC pour les enfants âgés de 0 à 5 ans;
2. Se constituer un réseau de relations;
3. Augmenter la visibilité du problème en développement du langage en Montérégie;
4. Documenter la problématique de développement du langage des enfants âgés de 0 à 5 ans, les modalités d'organisation de services, ainsi que les outils pertinents et les initiatives dans la communauté;
5. Travailler à assurer le développement et la pérennité des services en développement du langage.

En 2011, le GTM-ODL réalise un portrait sommaire, par territoire de CLSC, de l'offre de services en prévention, en promotion et en intervention pour les enfants âgés de 0 à 5 ans. Ce portrait a notamment mis en lumière le peu de ressources disponibles dans le réseau public pour le développement et la stimulation du langage, particulièrement en ce qui a trait à l'accès aux services d'orthophonie en petite enfance. Parallèlement, les membres du GTM-ODL ont commencé à s'informer sur les outils de prévention et d'intervention précoce existants en Montérégie et ailleurs au Québec.

En 2015, afin de pouvoir poursuivre sa réflexion et ses travaux, le GTM-ODL décide de présenter un projet de recherche-action à l'avenir d'enfants. **L'objectif principal et ultime de ce projet est d'améliorer l'accès aux services en développement du langage dans l'ensemble de la Montérégie.** Ce projet se veut catalyseur pour le GTM-ODL et l'ensemble des acteurs de la Montérégie. Il permettra de développer une compréhension et un langage communs d'une approche préventive, précoce et adaptée en développement du langage chez les enfants âgés de 0 à 5 ans et leurs parents.

Ce projet de recherche-action se divise en deux phases. Dans un premier temps, il permettra de définir les éléments-clés d'un continuum de services concerté en orthophonie communautaire pour le développement de la communication et du langage en petite enfance. Dans un deuxième temps, il rendra possible la réalisation des projets vitrines afin d'expérimenter ce continuum. Le continuum de services concerté en orthophonie communautaire développé en phase 1 est donc en expérimentation. Sa bonification, à la suite de son appropriation et de son expérimentation par les acteurs en petite enfance, mènera à une version enrichie et pratique.

Concrètement, le continuum de services concerté en orthophonie communautaire est une approche préventive, précoce et adaptée en développement du langage chez les enfants âgés de 0 à 5 ans et leurs parents. Il demande la participation d'un nombre important d'acteurs ayant un pouvoir d'agir en petite enfance : le réseau de la santé et des services sociaux (ses gestionnaires, ses intervenantes en petite enfance, ses orthophonistes, ses organisatrices communautaires, etc.), les organismes communautaires, les services de garde éducatifs, les municipalités (les bibliothèques et les autres services publics municipaux), les tables de concertation en petite enfance et les établissements scolaires (écoles et commissions scolaires). ■



Introduction

Le développement du langage est un sujet vaste qui interpelle toutes les personnes en interaction avec les enfants. Que ce soit pour les parents, les éducatrices en garderie, les orthophonistes du réseau public ou les organisatrices d'activités communautaires d'une maison de la Famille, par exemple, la façon dont s'exprime un enfant est fréquemment source de questionnement.

Le Groupe de Travail Montérégien – Orthophonie et Développement du Langage (GTM-ODL)¹ visait comme objectif une compréhension commune sur le sujet de l'orthophonie et du développement du langage, exprimée au moyen d'un cadre théorique. Ce document a d'abord pris la forme d'un lexique des termes fréquents associés au domaine du développement de la communication, du langage et de l'orthophonie (voir la section *Lexique* du présent document).

À la suite de l'élaboration du lexique, qui s'est bonifié tout au long de la rédaction de ce document, plusieurs interrogations ont été soulevées par les membres des comités du GTM-ODL sur le sujet du développement de la communication, du langage et de l'orthophonie. D'une part, le souhait de connaître les données récentes de la littérature scientifique sur des thèmes variés associés à ce sujet a été exprimé. En réponse à ces questionnements, un graphique définissant les sphères du développement de l'enfant et leurs interactions a été créé (*section 2.1.1*) et on a procédé à des revues de la littérature sur les sujets suivants : le développement de la communication et du langage chez les tout-petits (*chapitre 2*), ainsi que les pratiques probantes associées au développement de la communication et du langage (*chapitre 3*), notamment l'enseignement des techniques de stimulation du langage (*section 3.2*), les outils et les techniques de stimulation (*section 3.3*), et les meilleures pratiques associées à l'évaluation et à l'intervention en orthophonie (*section 3.4*).

D'autre part, les membres des comités du GTM-ODL se sont penchés sur les actions prises concernant la promotion d'un bon développement langagier, ainsi que sur la prévention des retards et des troubles de langage. Il était important de connaître les pratiques efficaces dans ce domaine afin de contribuer au développement de la communication et du langage, en plus de participer à la prévention de ces difficultés. Pour ce faire, des rapports d'initiatives québécoises et internationales, ainsi que des études scientifiques, ont été consultés afin d'en extraire les moyens les plus efficaces en termes de promotion et de prévention. Ces moyens ont ensuite été bonifiés à l'aide de l'expertise des membres du comité d'experts du GTM-ODL et ont pris la forme de recommandations basées sur les données probantes et disponibles sur plusieurs thèmes. Ces recommandations regroupent les éléments de la littérature jugés comme les plus importants. Les recommandations ont été émises avec une approche basée sur les données probantes, où l'expérience clinique et concrète des membres du comité, les données

de la littérature scientifique ainsi que les besoins des familles ont été considérés (*chapitre 3*).

Parallèlement à ces démarches, le GTM-ODL s'est concentré sur l'élaboration d'un continuum de services multiréseaux en orthophonie et en développement de la communication et du langage. Ce travail a été fait en collaboration avec les différents comités du GTM-ODL et provient d'un désir de cohésion entre les réseaux de services d'un même territoire (*avant-propos*). Pour les membres des comités, il était essentiel que certaines pratiques et attitudes soient présentes et se reflètent partout dans le continuum. Des principes essentiels et transversaux qui s'appliquent à toutes les initiatives qui touchent le développement de la communication, du langage et l'orthophonie ont donc été nommés, et des recommandations pour l'application de ces principes, majoritairement tirées de l'expérience des membres, ont été émises (*section 1.2*).

L'accomplissement de ce travail de longue haleine s'est traduit par l'élaboration du concept d'orthophonie communautaire, qui reflète un idéal du GTM-ODL en termes de travail de promotion d'un bon développement langagier pour tous les enfants et de prévention des retards et des troubles de langage. L'élaboration du concept d'orthophonie communautaire s'est faite en concertation. Le concept d'orthophonie communautaire est axé sur une approche basée sur les données probantes (*section 1.1*). Le concept d'orthophonie communautaire prend ainsi la forme d'une définition, mais aussi d'un cadre théorique et pratique. Dans les faits, il s'actualise par un continuum de services concerté en orthophonie communautaire.

En résumé, le présent document, intitulé *Le concept d'orthophonie communautaire : cadre théorique et pratique – Vers un continuum de services concerté en développement de la communication et du langage en petite enfance*, se divise en trois chapitres. Le premier présente le concept d'orthophonie communautaire et les principes transversaux essentiels à l'établissement d'un continuum de services concerté en orthophonie communautaire. Le second chapitre présente les informations provenant d'une recension de la littérature sur le développement de la communication et du langage en petite enfance, ainsi que sur les facteurs de risque et de protection associés. Le troisième chapitre présente les meilleures pratiques en rapport avec le développement de la communication et du langage. Le présent cadre théorique et pratique contient des recommandations provenant des données probantes destinées aux intervenantes, aux acteurs et aux partenaires impliqués dans le développement des enfants désirant mettre en œuvre un continuum de services concerté en orthophonie communautaire. Finalement, un lexique de termes fréquemment associés au domaine du développement de la communication, du langage et de l'orthophonie se trouve à la fin du présent document.

Ce document s'adresse principalement aux éducatrices, aux intervenantes, aux gestionnaires, aux orthophonistes et aux autres

¹ Le Groupe de Travail Montérégien – Orthophonie et Développement du Langage (GTM-ODL) est une mobilisation réunissant la très grande majorité des tables de concertation de la petite enfance de la Montérégie. Les représentantes de ces tables de concertation sont issues de ressources communautaires œuvrant en petite enfance, de centres de la petite enfance et de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) (principalement des organisatrices communautaires).

partenaires qui désirent s'engager dans une démarche pour l'établissement d'un continuum de services concerté en orthophonie communautaire, et ce, non seulement en Montérégie, mais aussi dans l'ensemble du Québec. Il combine l'ensemble du travail de recherche décrit ci-dessus ainsi que l'expertise des membres du GTM-ODL. Il se veut une réponse aux besoins des tout-petits de la Montérégie en matière de soutien au bon développement de la communication et du langage, et d'accès aux services en orthophonie.

Il est important de concevoir ce cadre théorique et pratique comme une première version. Plus précisément, les ressources temporelles limitées expliquent que certains éléments auraient pu être approfondis autant sur le plan des assises théoriques que sur celui de la consultation d'experts. Toutefois, cette première version se base sur des principes solides et reconnus, sur l'expérience de travailleurs en petite enfance et sur plusieurs données récentes de la recherche scientifique (*Bibliographie / Références*), ce qui en fait une version fiable et fonctionnelle. Néanmoins, il est important de considérer que certains éléments du cadre théorique et pratique associés au concept d'orthophonie communautaire pourront être plus poussés et plus détaillés au besoin. De plus, la mise en place du continuum de services concerté en orthophonie communautaire permettra de connaître ses forces autant que ses défis. La bonification du continuum à la suite de son appropriation par les acteurs en petite enfance d'un territoire donné pourra mener à une version enrichie et pratique.

En conclusion, ce document a comme objectif d'offrir à toutes les intervenantes et à tous les professionnels de la petite enfance une façon concrète d'orienter leurs actions vers une pratique basée sur les données probantes.■



Méthodologie

Ce document a été produit à la demande du GTM-ODL (voir l'avant-propos du document pour les détails). Il fait état des connaissances liées à des thèmes qui ont été, d'une part, relevés par les membres des comités du GTM-ODL. D'autre part, des thèmes essentiels au développement de la communication et du langage ont également été suggérés par Émilie Courteau, orthophoniste.

Cette synthèse des connaissances provient de revues de la littérature scientifique non systématiques. Les bases de données OvidSP et EBSCOHost ont été consultées pour certains sujets. La littérature grise, soit des documents gouvernementaux et universitaires, des sites Internet québécois et internationaux, ainsi que le site *Google Scholar*, a été utilisée. Des documents de référence en orthophonie, principalement québécois et américains, ont été consultés. Comme nous l'avons mentionné à la section 3.1, *Une pratique basée sur les données probantes*, les recommandations des différentes sections du document sont basées sur la littérature, ainsi que sur l'expérience sur le terrain des collaborateurs et des membres des comités qui regroupaient entre autres des organisatrices communautaires, des membres d'organismes communautaires, des orthophonistes du réseau public et des membres de l'organisme Avenir d'enfants.

CHAPITRE 1

Le concept d'orthophonie communautaire

1.1 Le concept porteur et intégré d'orthophonie communautaire

Le désir de faire la promotion d'un bon développement de la communication et du langage chez les tout-petits, de prévenir l'apparition de difficultés de communication et langagières, ainsi que d'améliorer l'accès à des services publics en orthophonie, a soulevé un questionnement central sur le rôle complémentaire entre les orthophonistes, les intervenantes et les acteurs en petite enfance. En effet, la prévention en cette matière est effectuée en grande partie par les acteurs en petite enfance. Que ce soit par la sensibilisation des parents grâce à l'utilisation d'outils en stimulation du langage, par l'organisation et l'animation de rencontres de discussions pour les parents sur le développement du langage ou par l'animation d'ateliers en dyades, ces acteurs et ces intervenantes jouent un rôle complémentaire à celui de l'orthophoniste. Comme l'orthophoniste, ils font notamment de la prévention sur le plan des difficultés de développement du langage. Le besoin de combiner les actes protégés de l'orthophoniste avec les actions des acteurs en petite enfance était présent.



Orthophonie communautaire

Le concept d'orthophonie communautaire, défini par le Groupe de Travail Montréalien – Orthophonie et Développement du Langage (GTM-ODL), repose sur l'établissement d'un continuum de services en promotion, en prévention et en intervention basé sur des données probantes qui unit l'expertise de l'orthophoniste du réseau public et la pratique de l'ensemble des intervenantes et des acteurs d'un territoire donné. Le but de ce continuum est de soutenir le développement de la communication et du langage chez les tout-petits. Il requiert la mobilisation continue des acteurs d'un territoire ainsi que la réduction des barrières d'accès aux activités et aux interventions du continuum. Les enfants et leurs parents sont au cœur des actions du continuum de services concerté en orthophonie communautaire.

Donc, toute intervenante, éducatrice ou gestionnaire issu des milieux communautaire, de services de garde éducatifs et du réseau public (de la santé, de l'éducation ou municipal) qui oriente ses actions et organise ses services en collaboration avec les orthophonistes du réseau public, selon les bonnes pratiques recommandées par le continuum de services concerté en orthophonie communautaire, participe au continuum et soutient le développement de la communication et du langage. Par la définition de ses actes professionnels réservés, l'orthophoniste est la personne responsable de tous les services orthophoniques tels que décrits dans le cadre de ce continuum.

Une seconde réflexion sur le rôle de l'orthophoniste du réseau public dans les activités de promotion et de prévention s'est imposée. Actuellement, force est de constater que les services en orthophonie se sont développés différemment en Montérégie. Plusieurs territoires n'ont pas accès, ou alors très difficilement, à des services en orthophonie, et peu d'orthophonistes du réseau public sont engagés dans le développement et la réalisation d'activités de promotion et de prévention.

C'est donc en intégrant et en combinant les rôles complémentaires des orthophonistes et des acteurs en petite enfance que le GTM-ODL a élaboré et défini le concept d'orthophonie communautaire.

Le concept d'orthophonie communautaire est donc porteur par son approche intégrée et concertée du travail des acteurs, des intervenantes en petite enfance et des actes réservés des orthophonistes. Le concept d'orthophonie communautaire repose sur l'établissement d'un continuum de services concerté en orthophonie communautaire. Ce continuum est innovant, puisqu'il fusionne des modèles d'intervention dans le domaine du développement de l'enfant et intègre la définition de prévention du domaine de la santé.

D'une part, le continuum de services concerté en orthophonie communautaire se base sur un modèle de services intégrés pour les enfants et mise sur des mesures universelles, sélectives et particulières. Ce modèle a été entre autres discuté et appliqué dans la région de Québec (*Organisation des services de première ligne en déficience du langage et de la parole destinés aux enfants de la région de Québec*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec 1998) et par le Collège royal des orthophonistes au Royaume-Uni (Gascoigne 2006). Ce modèle permet à tous les enfants d'accéder aux services (mesures) universels et aux enfants avec de plus grands besoins d'avoir également accès à des mesures sélectives et particulières.

D'autre part, le continuum de services concerté en orthophonie communautaire s'appuie aussi sur un modèle de réponse à l'intervention (RAI), généralement utilisé dans le domaine de la réussite scolaire, qui se fonde sur des mesures de prévention. Comme il a été décrit dans le document de *Réunir Réussir* (2013), le modèle RAI se définit par trois types d'interventions, soit universelles, ciblées et intensives :



En théorie, ces programmes universels répondent aux besoins d'environ 80 % de la clientèle visée. C'est dire que plus ou moins 15 % des jeunes bénéficieront d'interventions plus ciblées, à une fréquence et à un niveau d'intensité supérieurs. Restera ensuite une tranche de 5 % de la clientèle pour laquelle il faudra mettre en place des programmes et des interventions intensives, souvent individuelles et hautement personnalisées.



Notons que la prévalence des enfants présentant un trouble de langage se situe entre 5 % et 7 %, et que le troisième tiers fait donc référence à ces enfants. Ajoutons à cela qu'il est reconnu que, sans le premier tiers d'intervention, la proportion d'enfants ayant besoin des deux autres tiers sera beaucoup plus grande. En effet, en ne répondant pas aux besoins par le premier tiers d'intervention, ceux-ci se reportent sur les deux autres tiers d'intervention.

À ces deux modèles, la définition de prévention dans le domaine de la santé, telle qu'elle est donnée par l'Association des facultés de médecine du Canada ainsi que par l'*American Speech-Language-Hearing Association* (ASHA), a été intégrée. La prévention primaire vise la réduction de l'apparition des difficultés langagières ; la prévention secondaire cible une baisse des effets négatifs liés aux difficultés langagières (par une stimulation langagière optimale et une prise en charge précoce) ; et la prévention tertiaire vise à aider les enfants avec des retards de langage ou un trouble de langage (par la mise en place d'un plan d'intervention adapté ainsi que par l'offre de services de réadaptation spécialisés en orthophonie) (ASHA 2008).

À la suite de la prise de connaissance de ces modèles et de ces définitions, et en tenant compte de la réalité québécoise², le continuum de services concerté en orthophonie communautaire a été élaboré en quatre types d'interventions allant de la promotion-prévention (1 et 2) aux services spécialisés (3 et 4) :

- ☉ Type d'intervention 1 : **promotion**
- ☉ Type d'intervention 2 : **prévention**
- ☉ Type d'intervention 3 : **évaluation et intervention (services spécifiques)**
- ☉ Type d'intervention 4 : **référence en réadaptation vers des services spécialisés**

Le type d'intervention 1 vise tous les enfants âgés de 0 à 5 ans et leurs parents, tandis que le type d'intervention 2 s'adresse aux enfants qui risquent de présenter ou qui présentent des difficultés langagières. Le type d'intervention 3 s'adresse aux enfants ayant besoin d'une évaluation en orthophonie qui leur permettra d'avoir accès à une intervention spécifique de courte durée. Toutefois, certains enfants auront besoin d'une référence en réadaptation pour des services spécialisés en orthophonie (type 4 : services spécialisés). Cette façon d'organiser les rôles et les mandats complémentaires des acteurs en petite enfance et des orthophonistes, en quatre types d'interventions, permet d'assurer un continuum idéal et efficace dans le domaine de la prévention et de l'intervention en orthophonie. Notons qu'un type d'intervention 5 serait l'offre de services spécialisés pour de la réadaptation en orthophonie, mais que le continuum se concentre sur les quatre types d'interventions.

Dans le continuum de services concerté en orthophonie communautaire, les familles peuvent s'engager dans une première activité qui répond à leurs besoins, sans qu'il s'agisse nécessairement d'une activité du type d'intervention 1. Plus précisément, les activités associées à chaque type d'intervention ne sont pas mutuellement

exclusives les unes des autres et, sauf avis contraire, elles ne sont pas non plus préalables les unes aux autres. Les familles peuvent donc participer en simultanée aux activités de chaque type d'intervention ou participer aux activités des types d'interventions précédents. Par exemple, les parents d'un enfant ayant possiblement un retard de langage peuvent avoir essayé les activités en dyades (type d'intervention 2) avant d'avoir reçu de l'information lors d'une activité en promotion (type 1), pour finalement avoir accès à une évaluation (type 3). Leur enfant pourrait aussi poursuivre les activités de prévention (type 2) pendant l'attente d'une évaluation et, après cette évaluation, être en attente d'un prochain service. Cette façon de faire offre la flexibilité nécessaire pour un continuum fonctionnel de services concerté en orthophonie communautaire.

1.2 Les principes transversaux du continuum de services concerté en orthophonie communautaire

Les principes transversaux traduisent la philosophie du continuum de services concerté en orthophonie communautaire. Il s'agit de principes de base et essentiels à intégrer aux réflexions et à la mise en œuvre du continuum par les partenaires. Ils doivent s'appliquer aux quatre types d'interventions, et ce, afin de respecter la vision et l'objectif de la mobilisation.

Le GTM-ODL a déterminé deux grands principes transversaux : 1) s'assurer de la mobilisation des parents et des partenaires ayant un rôle ou une influence sur le développement du langage des enfants ; 2) intégrer les principes d'universalisme proportionné afin de réduire les barrières d'accès.

1.2.1 La mobilisation des partenaires et des parents

Les membres des comités du GTM-ODL ont répertorié les pratiques efficaces de leur territoire respectif. Ils ont émis des recommandations relativement à la mobilisation des parents et des partenaires ayant un rôle ou une influence sur le développement du langage des enfants d'un territoire lorsqu'il est question de développement de la communication, du langage et de la prévention dans ce domaine.

Le principe de la mobilisation fait référence à l'importance de mobiliser les partenaires ayant un rôle ou une influence sur le développement des enfants âgés de 0 à 5 ans, ainsi que les parents. La mobilisation inclut un volet concernant la communication et la diffusion de l'information. En effet, un des aspects nécessaires à la réussite d'activités en développement de la communication et du langage est le partage d'informations et la diffusion qui en est faite. De plus, cette diffusion devrait être adaptée aux milieux ruraux et urbains de la Montérégie. Elle devrait donc être faite de façon universelle et rejoindre la majorité des familles avec de jeunes enfants en âge préscolaire.

² La réalité québécoise fait référence au mandat des orthophonistes dans le domaine public qui change selon l'établissement pour lequel elles travaillent. Plus précisément, le type d'intervention 3 fait référence à l'orthophoniste dont le mandat est, entre autres, de faire l'évaluation en orthophonie, tandis que l'intervention 4 traite du transfert vers des services de réadaptation spécialisés en orthophonie, soit un mandat différent.

La diffusion des outils et du matériel disponibles en matière de communication et de langage pour les intervenantes

Au Québec, beaucoup de matériel, de références et de troussees qui traitent du développement du langage et de la communication sont accessibles aux intervenantes et aux parents. Certains outils sont disponibles dans plusieurs régions, tandis que d'autres sont utilisés de façon isolée. En 2014, l'orthophoniste Joëlle Chagnon a établi une liste de matériel et d'outils sur le développement du langage des enfants âgés de 0 à 5 ans, une demande effectuée par la Table de concertation CONPARLE FAMILLE, territoire Samuel-de-Champlain. Cette liste, qui fait partie de la trousse d'outils de langage du projet *Parlons ensemble*, répertorie entre autres un très grand nombre de jeux et de grilles développementaux. Par contre, cette trousse est une des nombreuses initiatives dont le contenu

n'est pas diffusé à grande échelle. Cette liste est donc peu connue en Montérégie.

Cette situation est fréquente, ce qui fait en sorte qu'une région peut être en train de produire un outil X, alors qu'un outil semblable vient juste d'être complété dans une autre partie de la Montérégie ou que la même initiative avait été prise dans les années précédentes. Il est donc essentiel qu'une plateforme soit créée où tous les outils seraient disponibles, ce qui permettrait ainsi leur pérennité.



1.2.1 Recommandations qui se basent sur l'expérience des membres des comités du GTM-ODL

Mobiliser les partenaires du territoire ayant un rôle ou une influence sur le développement du langage des enfants âgés de 0 à 5 ans

Afin d'encourager la mobilisation des partenaires du territoire ayant un rôle ou une influence sur le développement du langage des enfants âgés de 0 à 5 ans, nous recommandons de :

- ☉ Circonscrire le territoire d'intervention où se déploiera le continuum de services concerté en orthophonie communautaire afin d'établir une vision commune et partagée sur la nécessité et l'utilité d'un continuum concerté en orthophonie communautaire ;
- ☉ À partir du territoire d'intervention, cibler les établissements et les organisations qui auront un rôle à jouer dans le déploiement d'un continuum de services concerté en orthophonie communautaire : définir leur rôle, leurs responsabilités et la nature de leur engagement ;
 - ✓ S'assurer de la collaboration des gestionnaires du réseau de la santé et de chaque organisation participante par l'identification de la nature de leur collaboration, ainsi que celle des membres de leur équipe et la formalisation de chacun des partenariats.
- ☉ Déterminer la nature des mobilisations existantes de partenaires et des comités professionnels (tables de concertation, comités en rapport avec le projet, etc.) afin de s'assurer de la représentativité de tous les établissements et de toutes les organisations ayant un rôle potentiel dans le déploiement du continuum de services concerté en orthophonie communautaire. Afin de tirer profit des mobilisations et des comités existants, établir qui assurera le leadership et la coordination du continuum de services concerté en orthophonie communautaire (définition de la gouvernance) ;
- ☉ Choisir, pour chacun des comités de mobilisation, la ou les personnes qui occuperont la fonction de liaison (organisatrices communautaires, gestionnaires, représentantes d'organismes partenaires, etc.) afin de maintenir la vision et la mise en action autour du continuum de services concerté en orthophonie communautaire ;
- ☉ Mettre en place un plan de communication qui inclut un mécanisme de diffusion et de promotion des activités, du matériel et des ressources du continuum ;
 - ✓ S'assurer d'avoir un espace permettant de centraliser la liste des activités du continuum de services concerté mises en place par les partenaires concertés et en faciliter la diffusion.
 - ✓ S'assurer que tous les acteurs du territoire fassent la promotion dans leur milieu.

Mobiliser les parents

Afin d'encourager la mobilisation des parents, nous recommandons de :

- ☉ Favoriser une approche appréciative et participative afin de souligner aux parents leur rôle de premier éducateur de leur enfant et les mettre au centre de toutes les actions qui touchent leur enfant (pour plus de détails, voir la section 3.2, *L'enseignement de techniques de stimulation du langage*) ;
- ☉ Prévoir différentes plages horaires des activités du continuum de services concerté en orthophonie communautaire afin de répondre aux besoins des familles (jours, soirs et fins de semaine) et s'assurer d'un mécanisme de diffusion qui permettra à tous les parents de recevoir l'information pour les activités de promotion ;
- ☉ S'assurer que l'information donnée aux parents le soit dans un langage simple et compréhensible par tous ;
 - ✓ S'adapter au niveau de littératie des parents lorsqu'il y a remise de documents écrits.
- ☉ Dans les milieux de garde ou communautaires, lors des activités régulières, encourager la participation des parents en leur offrant un moment où ils peuvent observer leur enfant en interaction dans le groupe.

1.2.2 L'intégration des principes d'universalisme proportionné

L'universalisme proportionné (Commission des déterminants sociaux de la santé 2008, cité dans *The Marmot Review Team* 2010) est une approche de planification qui permet une intégration de l'approche universelle et ciblée. Cette approche propose d'offrir des interventions à tous, mais en éliminant les barrières d'accès en plus d'ajuster le soutien (modalité ou intensité) selon les besoins des différents sous-groupes de la population (*Human Early Learning Partnership* (HELP) 2011)). Plusieurs raisons peuvent expliquer l'accès limité aux services (Joshua et autres 2015). Par exemple, l'isolement géographique, des difficultés financières ou une faible connaissance des services disponibles peuvent tous être considérés comme des barrières aux services.

« La première révolution [en petite enfance] est survenue lorsque les décideurs ont compris le besoin d'offrir des interventions bien évaluées et ciblées pour les familles les plus vulnérables. La deuxième révolution est maintenant de fournir les ressources nécessaires pour que chaque enfant ait un bon départ, mais en les distribuant de manière proportionnelle aux besoins. Une approche nommée l'universalisme proportionné. »
(*The Marmot Review Team* 2010, cité dans Poissant 2013)

Le continuum de services concerté en orthophonie communautaire adopte la perspective de l'universalisme proportionné en proposant des mesures universelles et d'autres ajustées selon le besoin des familles et de leurs enfants. Un accent est également mis pour réduire les barrières d'accès des familles : a) issues de milieux défavorisés ou en contexte de vulnérabilité ; b) issues de milieux ruraux ou isolés ; c) qui n'ont pas le français comme langue maternelle.

1.2.2.1 Favoriser et encourager la participation des familles issues de milieux défavorisés ou en contexte de vulnérabilité

La littérature révèle plusieurs conditions favorisant l'accès aux services et le maintien des familles issues de milieux défavorisés ou en contexte de vulnérabilité dans le continuum de services. Certains éléments nuisent à la participation des parents provenant de milieux défavorisés ou en contexte de vulnérabilité tandis que d'autres favorisent leur participation.

Les éléments suivants ont été répertoriés et considérés comme défavorables à la participation des familles issues de milieux défavorisés ou en contexte de vulnérabilité aux activités qui leur sont offertes :

- Le fait de devoir acquitter les frais de transport pour accéder aux services de première ligne (plaidoyer par Diane Lambert, intervenante au Centre de lecture et d'écriture de Montréal) (Arai, Stapley et Roberts 2014) ;
- Le manque de places disponibles expliquerait pourquoi les parents inscriraient moins souvent leur enfant en centre de la petite enfance (Gingras, Audet et Nanhon 2011) ;

- Le fait que les parents occupent des emplois où les conditions de travail rendent difficile la conciliation travail-famille. Ces parents vivent des difficultés avec l'organisation de la garde des enfants en raison de situations imprévues (Gingras, Audet et Nanhon 2011) ;
- Un haut taux d'absentéisme au premier rendez-vous médical ou paramédical est associé aux enfants provenant de milieux défavorisés (Arai, Stapley et Roberts 2014) ;
- Le manque d'encouragement de l'implication parentale à la vie scolaire d'enfants provenant de milieux défavorisés. Selon ces parents, les informations données par le milieu scolaire ne sont pas assez vulgarisées, comparativement à celles données par le milieu communautaire. De plus, ces parents se font dire qu'« il est facile d'aider son enfant », alors que, pour eux, ce serait plutôt un défi quotidien (Kanouté 2006) ;
- L'appréhension face aux communications avec les intervenantes : même si la communication entre les intervenantes et les parents est utile, les parents appréhenderaient ces moments où l'on aborde des situations problématiques ou difficiles (par exemple le fait que l'enfant vive des difficultés scolaires ou comportementales) et auraient peur de se sentir jugés (Kanouté 2006) ;
- Le caractère obligatoire de tous les ateliers nuirait à la participation des femmes issues de milieux économiquement faibles. En effet, selon une étude sur la participation aux services prénataux de femmes issues de milieux économiquement faibles, ce genre d'engagement serait difficile à prendre pour cette population et entraînerait une baisse de participation (Turcotte, Lessard et Beaudoin 2001) ;
- Le stress associé à la préoccupation de subvenir aux besoins de base de l'enfant limite l'aptitude des parents de s'engager avec lui dans des interactions riches sur le plan cognitif (par exemple apprendre l'alphabet ou aller à la bibliothèque). En effet, selon l'étude de Pelletier (2007), les parents provenant de milieux défavorisés participent moins aux activités qui contribuent au développement de l'enfant en raison du stress et des difficultés émotionnelles.

Les éléments suivants ont été répertoriés et considérés comme favorables à la participation des familles issues de milieux défavorisés ou en contexte de vulnérabilité aux activités qui leur sont offertes :

- Offrir des services directement dans les quartiers, soit à proximité du lieu de vie des gens. En effet, les personnes issues de milieux défavorisés ont comme habitude d'utiliser les services communautaires et

les CLSC pour accéder aux soins de santé (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne 2008);

- Assurer la gestion des rendez-vous. La gestion des rendez-vous par une personne autre que l'orthophoniste (assistant, agent administratif, etc.) ainsi que l'offre d'un choix d'horaires et d'un lieu de rendez-vous améliorent l'assiduité des parents de tous les milieux (Morris et Stein 2005);
- Miser sur l'appropriation et l'autonomisation (*empowerment*). Les savoirs partagés, les compétences partagées ainsi que la reconnaissance réciproque des compétences de chacun sont les conditions gagnantes de services basés sur l'appropriation et encouragent la participation de tous les parents, peu importe leur milieu (Doyon et L'Hostie 2005; Duval et Bouchard 2013).
- Encourager le partenariat avec les organismes communautaires, qui sont généralement outillés pour vulgariser l'information à la population;
- Mentionner les bons coups de l'enfant lors de la communication avec les parents et non seulement les difficultés. De cette façon, les parents provenant de milieux défavorisés n'associent pas la relation avec l'école (ou le milieu de garde) à des nouvelles généralement négatives (Doyon et L'Hostie 2005). De plus, cette pratique encourage le développement d'un sentiment de confiance entre l'intervenante et les parents (ministère de la Famille, cité par Duval et Bouchard 2013);
- Encourager l'implication parentale dans le milieu de garde aide à établir un sentiment de confiance entre parents et intervenantes (Hall 2013);
- En milieu de garde : organiser un moment où les parents peuvent observer leur enfant dans le milieu, en interaction avec les éducatrices. Les parents peuvent ensuite faire des commentaires à l'éducatrice (Doyon et L'Hostie 2005) et avoir la chance de créer un lien de confiance avec l'intervenante;
- Favoriser des horaires flexibles. Une intervenante de l'étude de Turcotte, Lessard et Beaudoin (2001) souligne que depuis que la participation à tous les ateliers est devenue facultative, le nombre d'abandons a diminué;
- Dans la publicité faite pour les activités, miser sur les éléments que les femmes rapportent comme un incitatif à la participation (Turcotte, Lessard et Beaudoin 2001), c'est-à-dire le désir d'avoir un enfant en santé, le besoin d'être rassuré sur leurs inquiétudes en rapport avec la grossesse (peut être extrapolé à

la promotion du langage), la possibilité d'avoir des contacts avec d'autres femmes qui vivent la même situation;

- Rejoindre les conjoints et les pères. Turcotte, Lessard et Beaudoin (2001) soulignent l'importance de rejoindre les conjoints. Pour les pères vivant en situation de vulnérabilité, les éléments suivants se sont avérés efficaces pour les soutenir : flexibilité et souplesse, temps d'attente réduit pour avoir accès aux services offerts, services centrés sur l'action et sur les forces des pères, réponse à un besoin concret vécu par le père (Dubeau et autres 2010);
- Faire de la publicité et rejoindre les parents aux endroits où ils sont déjà en interaction, par exemple sur le trottoir devant l'école (Kanouté 2006), dans les banques alimentaires ou dans les services de charité pour enfant (Barnardo's South West 2011, cité par Arai, Stapley et Roberts 2014). Nous pourrions extrapoler la portée de cet élément en pensant aux parcs, aux cours prénataux, aux écoles de quartier, etc.;
- Rejoindre et engager les parents tôt après la naissance de l'enfant. Plus l'enfant est jeune, plus il serait facile de stimuler l'implication des parents dans les milieux de vie de l'enfant et de les faire participer aux activités offertes (Gillanders et autres 2012, cité par Duval et Bouchard 2013). Cela serait vrai également du côté de l'implication des pères (Rienks et autres 2011);
- Faire de la promotion dans les endroits que fréquentent les parents de nouveau-nés et de tout-petits.

Des exemples d'activités communautaires ou de modèles liés à l'orthophonie ont été mis en place au Québec et ailleurs (liste non exhaustive). Ceux-ci appliquent des éléments des données probantes associées à la participation des familles issues de milieux défavorisés ou en contexte de vulnérabilité relevées ci-dessus.

- L'initiative *1, 2, 3 Go! Limoilou* a un minibus avec de l'animation et des activités de stimulation pour les tout-petits. Le minibus se promène dans les parcs de différents quartiers sans que les parents soient obligés de se déplacer sur de longues distances (*1, 2, 3 Go! Limoilou* 2015) ou d'acquitter des frais de transport;
- Le CSSS Jeanne-Mance, à Montréal, offre trois types de soirées d'information sur le développement du langage et sa stimulation, ce qui facilite la conciliation travail-famille. Ces soirées d'information encouragent la participation du parent, même avant l'accouchement. En effet, *Se parler avant de se voir* s'adresse aux parents qui attendent un enfant; *Bébé communique-t-il?* concerne les parents d'un bébé âgé d'au plus 12 mois; *Communic'Action* s'adresse

aux parents dont l'enfant est âgé de 1 à 5 ans (*Services en orthophonie – des services adaptés aux familles* 2008-2009). Ces soirées amènent les parents à participer au développement de l'enfant dès son plus jeune âge, ce qui améliorerait l'engagement des parents provenant de milieux défavorisés;

- ☉ Au CSSS Sud-Ouest-Verdun, à Montréal, l'évaluation orthophonique demande aux parents de se déplacer une seule fois au CLSC. Les deux autres rencontres d'évaluation s'effectuent au milieu de garde de l'enfant, avec une remise des résultats en présence des parents et de l'éducatrice, ce qui évite aux parents de se déplacer loin de chez eux et permet un horaire flexible;
- ☉ *Je tisse des liens gagnants* est un programme d'aide implanté en Montérégie qui se base entre autres sur une intervention centrée sur l'enfant et sur la collaboration entre tous les acteurs des différents milieux dans lesquels l'enfant gravite. Les organismes communautaires jouent un rôle important dans l'intervention (Jancarik, A.-S. 2012). Notez que ce programme a été mis sur pied pour rejoindre les familles provenant de milieux défavorisés. Il ne touche pas directement l'orthophonie;
- ☉ Le modèle d'intervention précoce basé sur une pratique centrée sur la famille serait lié à un haut taux de satisfaction des parents et à un effet positif sur les enfants (Espe-Sherwindt 2008). Ce modèle d'intervention met l'accent sur les forces de l'enfant, encourage le développement d'une collaboration entre la famille et les professionnels, en plus de valoriser les choix de la famille. Il a été démontré que l'appropriation du savoir par les

parents (autonomisation / *empowerment*) ainsi que la verbalisation des points positifs de l'enfant favorisent l'engagement des parents provenant de milieux défavorisés;

- ☉ *Premiers mots Ontario* (<http://firstwords.ca/intervenantes-a-la-petite-enfance>) offre gratuitement aux parents un dépistage d'une durée de 20 minutes effectué par une orthophoniste en milieu hospitalier. La prise de rendez-vous se fait sur le site Internet. Un choix d'horaires et de lieux est possible pour le rendez-vous, ce qui favorise la participation. De plus, l'inscription peut être faite par les parents ou par une intervenante du milieu de garde ou du milieu communautaire. Ce moyen d'inscription peut faciliter l'accès aux parents provenant de milieux défavorisés par l'entremise du milieu communautaire, soit un environnement qui leur est familier;
- ☉ Le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) organise des rencontres avec les familles défavorisées, des bénévoles ainsi que des professionnelles de la santé dans le local d'un organisme communautaire du quartier (Titran et Dumaret 2009). Chaque mardi après-midi, des parents, en compagnie ou non de leur enfant, participent à ce groupe de rencontre où de la cuisine communautaire et d'autres activités sont organisées. Selon les besoins des familles, des professionnels de la santé (par exemple un ergothérapeute, une orthophoniste, etc.) sont présents afin d'offrir des services. Ce modèle d'intervention permet aux parents de partager leur situation entre eux et de s'approprier des techniques de stimulation optimales dans un environnement qui leur est familier.



1.2.2.1 Recommandations

Afin de favoriser et d'encourager la participation des familles issues de milieux défavorisés ou en contexte de vulnérabilité dans une perspective d'universalisme proportionné, nous recommandons les pratiques suivantes basées sur les données de la littérature et l'expérience des membres des comités du GTM-ODL :

- ☉ Favoriser une communication adaptée aux besoins et à la réalité des parents en appliquant les recommandations répertoriées dans la section 1.2.1 ;
- ☉ Cibler les organismes ou les associations du territoire rejoignant ou travaillant avec ces familles afin de promouvoir les activités du continuum de services concerté en orthophonie communautaire ;
- ☉ Offrir des conditions facilitantes pour les familles :
 - ✓ Rapprocher les services de la population ciblée ;
 - ✓ Moduler les coûts d'inscription et favoriser la gratuité ;
 - ✓ Offrir une halte-garderie pour la fratrie ;
 - ✓ Offrir du transport ou faciliter son organisation ;
 - ✓ Favoriser la flexibilité dans le choix des rendez-vous (plages horaires et lieux).

1.2.2.2 Favoriser l'accès des familles en milieu rural ou isolé

Les membres des comités du GTM-ODL ont répertorié les pratiques efficaces de leur territoire respectif et ont émis des recommandations relativement à la mobilisation afin de favoriser l'accès des familles en milieu rural ou isolé lorsqu'il est question de développement de la communication et du langage.



1.2.2.2 Recommandations

Afin de favoriser l'accès des familles en milieu rural ou isolé dans une perspective d'universalisme proportionné, nous recommandons les pratiques suivantes basées sur l'expérience des membres des comités du GTM-ODL :

- ✿ Utiliser les infrastructures de proximité déjà existantes sur le territoire et créer des collaborations avec les partenaires des milieux ruraux ou éloignés afin de faciliter l'accès aux locaux ;
- ✿ S'il n'est pas possible de fournir une offre de services de proximité, considérer des modalités de transports alternatifs tels que le covoiturage, des billets de courtoisie permettant un transport gratuit, des transports bénévoles ou un partenariat avec les services de transport public du territoire.



1.2.2.3 Rejoindre les familles qui n'ont pas le français comme langue maternelle

Lorsqu'une personne parle difficilement la langue dans laquelle un service en développement de la communication et du langage est offert, la langue peut devenir une barrière d'accès à ce service.

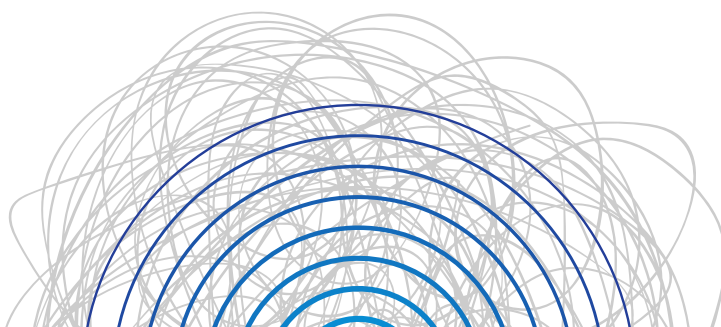
En général, les services qui touchent le développement de la communication et du langage sont offerts en français en Montérégie. En effet, la langue dominante est le français, soit celle de la majorité ethnolinguistique, c'est-à-dire la plus utilisée dans une communauté (Davault 2011). Plus précisément, en Montérégie, la majorité ethnolinguistique parle le français (85,9%) et les minorités linguistiques incluent l'anglais (7,9%) (ministère de la Culture et des Communications 2013) l'espagnol, l'arabe, le créole, etc. Notons qu'à l'intérieur de la Montérégie, les proportions des langues parlées diffèrent grandement d'un territoire à l'autre, en comparant l'est et l'ouest, par exemple. ■



1.2.2.3 Recommandations

Afin de favoriser et d'encourager la participation des familles qui n'ont pas le français comme langue maternelle dans une perspective d'universalisme proportionné, nous recommandons les pratiques suivantes basées sur l'expérience des membres des comités du GTM-ODL :

- ✿ Cibler les organisations ou les associations du territoire rejoignant ou travaillant avec ces familles et établir une collaboration avec elles afin de promouvoir les activités du continuum de services concerté en orthophonie communautaire ;
- ✿ Mettre sur pied une banque d'interprètes qui pourront faciliter un premier contact avec les familles, et ce, tout en promouvant la francisation de tous les membres de la famille ;
- ✿ Faciliter l'intégration des enfants qui n'ont pas le français comme langue maternelle par l'utilisation de bonnes pratiques associées aux enfants en apprentissage du français (pour plus de détails, voir la section 2.5, *Multilinguisme et développement de la communication et du langage*).



CHAPITRE 2

Le développement de la communication et du langage chez les tout-petits

2.1 Le développement de la communication et du langage

Le développement de la communication et du langage s'effectue dès la naissance. L'acquisition de la communication commence par les habiletés non verbales. Ainsi, l'enfant répond à une question de son parent par un sourire et exprime ses besoins en pleurant ou en pointant ce qu'il veut. Dans toutes les interactions avec son environnement, le nouveau-né développe également ses habiletés de compréhension verbale et commence à émettre des sons qui deviendront des mots et des phrases au cours de son développement. L'acquisition de la communication et du langage se fait conjointement et de façon interreliée au développement des habiletés motrices, cognitives, affectives et sociales. En effet, la communication et le langage peuvent influencer le développement des autres sphères : par exemple, l'acquisition des habiletés sociales et affectives est favorisée par une bonne compréhension verbale et une communication efficace, tandis qu'un retard de développement des habiletés cognitives agira sur celui de la communication et du langage.

2.2 Les facteurs de risque associés aux difficultés de développement du langage

Les facteurs de risque se définissent comme des événements, des conditions environnementales ou organiques, qui augmentent la probabilité de présenter des problèmes de développement. L'efficacité des programmes d'intervention précoce visant à contrer les retards langagiers repose sur la capacité à cibler précocement les enfants qui risquent de présenter de tels retards (Sylvestre 2008).

Chez les enfants ainsi ciblés, nous pouvons entreprendre de l'intervention précoce et préventive sur le plan du développement langagier par l'entremise des parents et des intervenantes. De cette façon, il est possible de prévenir l'apparition de problèmes de langage avant même que ceux-ci soient observables (Reed 2005).

Il y aurait une interaction des facteurs de risque. En effet, des chercheurs québécois ont répertorié deux patrons d'interactions entre les facteurs de risque et l'apparition de difficultés langagières (Sylvestre 2008 ; Sylvestre et Mérette 2010) :

1. Le modèle des facteurs de risque spécifiques s'inspire du modèle écologique de Bronfenbrenner et explique que le développement humain résulte d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. De ce point de vue écosystémique, les facteurs de risque sont considérés de façon spécifique, mais ceux-ci ont des répercussions sur tous les systèmes dans lesquels évolue l'enfant, peu importe leur nature ;
2. Selon le modèle de cumul des facteurs de risque, la variable qui influence majoritairement le développement de l'enfant est l'exposition simultanée à plusieurs facteurs de risque. Le poids des facteurs de risque dans le développement de l'enfant est alors lié à leur accumulation.

Dans une étude des chercheuses québécoises Sylvestre et Mérette (2010), les données de 66 enfants sévèrement négligés, âgés de 2 à 36 mois, ont été recueillies. Les chercheuses, en collaboration avec les travailleurs sociaux et les mères des enfants participants, ont évalué 14 facteurs de risque biologiques et psychologiques et 34 facteurs de risque environnementaux. D'après l'analyse de leurs données, elles concluent que le facteur spécifique de retard de développement cognitif prédisait mieux la présence de retard de langage chez les enfants sévèrement négligés que l'accumulation de facteurs de risque biologiques, psychologiques et environnementaux.

Notons que dans une présentation (Sylvestre 2008), la chercheuse souligne que, selon certains auteurs, le cumul des facteurs de risque serait le meilleur modèle pour prédire le résultat développemental.



Les sphères du développement de l'enfant



À la suite du survol de la littérature sur le sujet, un consensus ne semble pas être présent dans la communauté scientifique sur quel modèle, facteur spécifique ou cumul des facteurs est le plus efficace pour prédire l'apparition des difficultés langagières chez les enfants. Même si l'interaction entre les facteurs de risque reste à étudier, plusieurs facteurs de risque associés aux difficultés langagières chez les enfants sont connus et répertoriés, autant du côté de la littérature scientifique québécoise que celle américaine (Davialt 2011 ; Reed 2005). Sylvestre et autres (2012) ont réalisé une étude auprès de 96 enfants québécois francophones âgés de 18 à 36 mois et présentant un retard de langage. L'équipe de chercheurs a associé certains de ces facteurs de risque connus aux différentes composantes du langage. Leurs résultats étaient les suivants :

- Un retard de développement cognitif était associé autant sur le plan d'un retard de langage réceptif qu'expressif ;
- Être un garçon est associé au retard de vocabulaire expressif, mais il n'est pas associé au retard de langage expressif dans son ensemble. Le bas âge de l'enfant, comparativement à la moyenne du groupe (24 mois), est associé au développement du langage expressif dans son ensemble. Les auteurs mentionnent que ce sont les facteurs intrinsèques à l'enfant qui expliquent donc le mieux les retards expressifs de langage ;
- Un bas niveau d'éducation et le niveau de stress parental sont associés au retard de langage réceptif et, donc, de compréhension verbale. Les auteurs concluent que, dans leur étude, les facteurs environnementaux sont associés principalement au retard de compréhension verbale ;
- Des éléments associés à la naissance de l'enfant, comme avoir un petit poids à la naissance, être un enfant prématuré (Reed 2005) et avoir des antécédents de retards ou de troubles de langage dans la famille (Davialt 2011 ; Desmarais 2007 ; Reed 2005), sont des facteurs de risque associés aux retards et troubles de langage.

Un faible revenu familial est un facteur de risque lié au retard de langage (Reed 2005 ; pour une revue, voir Desmarais 2007). Le lien entre un statut socioéconomique faible et le développement du langage serait expliqué par une variable intermédiaire, soit le stress parental (Sylvestre 2008). Le stress parental causé par le faible revenu familial rendrait les parents moins réceptifs à la communication de leur enfant et se répercuterait dans une stimulation langagière moins optimale.

Le niveau d'éducation de la mère est lié au développement du langage de différentes façons (Reed 2005). Un bas niveau d'éducation de la mère serait directement lié au degré de stimulation langagière qu'elle offre à l'enfant. En effet, ces mères parleraient moins et utiliseraient un vocabulaire moins varié que les mères avec un niveau d'éducation plus élevé. Un bas niveau d'éducation serait lié à un retard de vocabulaire expressif chez les enfants de 2 ans (Desmarais 2007). Une étude sur des enfants

québécois de 2 ans avec un retard de langage a démontré qu'un bas niveau d'éducation parental était associé chez ces enfants au retard de langage réceptif (Sylvestre et autres 2012).

La fréquentation d'un service de garde permettrait aux enfants d'avoir de meilleures capacités conversationnelles ainsi qu'un meilleur développement du vocabulaire. Ceci serait vrai pour tous les enfants qui fréquenteraient un milieu de garde avant 4 ans, peu importe leur statut socioéconomique (Davialt 2011). Il s'ensuit donc que l'absence de fréquentation d'un milieu de garde pourrait être considérée comme un facteur de risque.

Le bilinguisme ou le multilinguisme n'est pas un facteur de risque associé aux difficultés langagières dans le développement de l'enfant d'âge préscolaire. Il est même souligné que les enfants bilingues auraient un vocabulaire, lorsqu'on cumule les mots connus de l'enfant dans toutes ses langues d'exposition, plus vaste que celui des enfants unilingues (Thordardottir 2005). Toutefois, notons que l'EQDEM (Simard et autres 2013 : *Enquête québécoise sur les enfants de la maternelle 2012*) a relevé plus de vulnérabilité chez les enfants ayant une langue maternelle autre que le français, ou chez les enfants bilingues. Cela provient, d'une part, des effets des mécanismes normaux de l'apprentissage d'une langue seconde et, d'autre part, de la proportion d'enfants qui présentaient réellement des vulnérabilités.

2.3 Les facteurs de protection liés au développement du langage

Les facteurs de protection sont des ressources personnelles, familiales ou sociales qui diminuent la probabilité d'apparition d'un problème de développement en atténuant l'impact destructeur des facteurs de risque (Sylvestre 2008).

Plusieurs facteurs de protection sont associés au développement du langage. Tout d'abord, les pratiques parentales qui favorisent la stimulation du langage sont un facteur de protection. Pour un parent ou une intervenante, des compétences en matière de stimulation du langage sont un facteur de protection pour un bon développement du langage chez les enfants. Une méta-analyse sur les interventions qui visent les parents d'enfants avec un retard de langage a démontré une amélioration du langage expressif chez les enfants dont les parents avaient suivi des activités de dyades parents-enfant (Roberts et Kaiser 2011). L'éducation de la mère est un second facteur de protection. Une mère avec un diplôme est un facteur de protection qui s'expliquerait par deux éléments (Walker et autres 2011). Premièrement, l'éducation de la mère influencerait la qualité de l'environnement dans lequel grandit l'enfant. Une mère avec plus d'éducation aurait plus de chances d'avoir de meilleures connaissances sur le développement du langage, d'utiliser les stratégies et d'être plus sensible aux différences interindividuelles entre les enfants sur le plan du développement. Deuxièmement, une mère avec un diplôme aurait plus de chances de démontrer des habiletés à aller chercher de l'aide et à en bénéficier, d'aller chercher des services d'intervention, de bien comprendre le matériel fourni aux parents et de se rappeler du matériel à utiliser en cas de besoin.



Les adolescents et les adultes avec une déficience langagière sont plus susceptibles de présenter les difficultés suivantes (présentation orale de Morin et autres 2015) :

- ☹ Vivre des situations de handicap sur le plan des apprentissages scolaires et obtenir de faibles résultats aux tâches de langage oral et écrit (Brownlie et autres 2004 ; Young et autres 2002) ;
- ☹ Vivre de la difficulté dans la gestion et la réalisation des activités de la vie quotidienne ;
- ☹ Résider chez leurs parents à l'âge adulte (Clegg et autres 2012) ;
- ☹ Démontrer une grande instabilité liée à l'emploi ainsi qu'un statut économique plus faible (Clegg et autres 2012) ;
- ☹ Vivre de l'anxiété, de la dépression et des troubles affectifs ;
- ☹ Présenter des incapacités sur le plan des habiletés de communication, ce qui se répercute négativement dans leur participation sociale. Sur le plan social, vivre des difficultés relationnelles (Dockrell et autres 2007 ; Myers et autres 2011 ; Robinson 2012) et professionnelles, par exemple trouver et conserver un emploi (Dockrell et autres 2007).

Le tempérament de l'enfant est un troisième facteur de protection. En effet, être un enfant avec un tempérament social et persévérant (Harrison et McLeod 2010) serait un facteur de protection, puisque les auteurs mentionnent que ces traits de personnalité facilitent l'intervention en cas de présence de difficultés langagières.

Un quatrième facteur de protection est associé à la prise en charge précoce. La détection et l'intervention précoces associées aux difficultés de langage et de communication peuvent réduire la sévérité et la longévité de celles-ci (ASHA 2008 ; Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) 2009).

2.4 L'incidence des troubles et des retards de langage

Les troubles de langage ont une incidence à long terme, et certains aspects de la vie de jeunes élèves et adultes aux prises avec un trouble de langage sont plus touchés que d'autres.

Plusieurs chercheuses se sont penchées sur les répercussions à long terme d'un trouble de langage. Au Québec, Chantal Desmarais, orthophoniste et chercheuse à l'Université Laval, et son équipe ont répertorié les impacts que vivent les jeunes avec une déficience langagière (projet de recherche en cours, Morin et autres 2015). Les éléments suivants ont été nommés par ces chercheurs québécois, et nous avons également répertorié dans la littérature d'autres auteurs corroborant leurs observations (voir les auteurs dans la liste). Notons que ces études incluaient dans leurs participants des jeunes qui avaient un trouble de langage sévère dans l'enfance, dont certains ont été scolarisés dans les classes adaptées aux difficultés langagières, et qui expérimentent toujours des défis sur le plan du langage et de la communication à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Des études font précisément état de l'impact à long terme des troubles de langage répertoriés pendant la petite enfance.

Des chercheurs ontariens ont mené une étude longitudinale (Brownlie et autres 2004 ; Young et autres 2002) auprès de jeunes présentant une déficience langagière. Ils ont établi un groupe de 142 enfants avec un « *early language impairment* », c'est-à-dire un retard de langage. Plus précisément, lors d'une évaluation du langage réceptif et expressif à l'âge de 5 ans, ils obtenaient un résultat hors norme, à plus d'un écart-type de la moyenne, dans au moins une des sphères évaluées. Il y avait donc des enfants avec des atteintes légères (1 sphère) et d'autres avec des atteintes plus sévères (plusieurs sphères). Un groupe contrôle de 142 enfants a été utilisé. Il a été démontré que les enfants aux prises avec des difficultés langagières à l'âge de 5 ans présentaient les caractéristiques suivantes à l'âge de 19 ans :

- ☹ Plusieurs d'entre eux avaient plus de difficultés de lecture et de troubles d'apprentissage (lecture, écriture et mathématiques) ;
- ☹ Les jeunes aux prises avec un trouble de langage avaient de la difficulté à se faire des amis. Plusieurs avaient peu d'amis, surtout lorsque leur compréhension verbale était atteinte. Ils vivaient plus d'anxiété sociale que les jeunes sans troubles de langage (pour une revue, voir Robinson 2012) ;
- ☹ Chez les garçons présentant un trouble de langage, il y avait une plus grande prévalence de comportements délinquants et agressifs.

Des chercheurs ont étudié une cohorte de 19 jeunes âgés de 13 à 23 ans ayant un trouble de langage qui fréquentaient l'école régulière. Ceux-ci risquaient de vivre de l'intimidation à l'école, d'avoir des compétences sociales pauvres et d'éprouver des difficultés liées à l'autonomie (Myers et autres 2011).

Une étude longitudinale sur des adolescents présentant un trouble primaire du langage a montré qu'ils risquaient de vivre des difficultés comportementales, émotionnelles et sociales (Dockrell et autres 2007).

Chez 26 adultes âgés de 25 ans en moyenne qui ont fréquenté une classe spéciale de langage au primaire et au secondaire en raison d'un trouble sévère de langage (expressif et réceptif), la majorité n'était pas indépendante financièrement, vivait avec ses parents, avait de la difficulté à maintenir un emploi et à gérer ses finances (Clegg et autres 2012).

Des chercheurs ont également démontré les impacts à long terme des retards de langage répertoriés pendant la petite enfance, mais qui s'étaient résorbés.

Une étude longitudinale de 637 enfants (Armstrong, Marchman et Owen 2007) comptait quatre groupes basés sur les résultats de vocabulaire expressif : 1) aucun retard ; 2) retard à 2 ans, mais rattrapé à 3 ans ; 3) retard à 2 et 3 ans, mais rattrapé à 5 ans ; 4) retard à 2, 3 et 5 ans. Les variables *éducation de la mère* et *revenu familial* ont été contrôlées, étant donné leurs liens connus avec le

vocabulaire expressif. Les enfants des quatre groupes ont ensuite été testés une seconde fois en première année du primaire. Les résultats ont montré que :

- Les enfants avec un retard de langage résolu à 5 ans (groupe 3) avaient des résultats significativement plus faibles aux tâches de traitement phonologique, comparativement aux groupes 1 et 2 ;
- Les enfants avec des retards de langage résolus, tous âges confondus, avaient des résultats significativement plus faibles aux tâches de mémoire auditive ainsi qu'au vocabulaire expressif. Ces enfants ont toutefois eu des résultats comparables aux tâches de prélecture telles que la lecture de non-mots simples ainsi que l'identification de mots.
- Rescorla (2009) a mené une étude longitudinale dans laquelle elle avait ciblé 26 enfants âgés de 24 à 36 mois ayant un retard de langage, et ceux-ci ont été appariés avec un groupe contrôle. À l'âge de 17 ans, les enfants qui avaient eu un retard de langage ont obtenu des résultats significativement plus faibles que les enfants du groupe contrôle aux tâches de vocabulaire, de grammaire et de mémoire de travail auditif. Leurs résultats étaient toutefois dans la norme, c'est-à-dire qu'il performait selon les attentes par rapport à leur âge.



Les jeunes présentant un retard de langage dans la petite enfance qui s'est résolu avant l'entrée à la maternelle ont plus de chances :

- De présenter des faiblesses dans les habiletés de traitement phonologique nécessaires à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (Armstrong, Marchman et Owen 2007) ;
- D'avoir un vocabulaire expressif, des habiletés de mémoire auditive et des compétences grammaticales à l'écrit dans la norme, mais somme toute plus faibles que leurs pairs qui n'ont pas vécu de retard de langage (Armstrong, Marchman et Owen 2007 ; Rescorla 2009).

2.5 Multilinguisme et développement de la communication et du langage

Lors de son développement langagier, l'enfant peut être exposé à plus d'une langue. Il s'agit alors d'une situation de multilinguisme dans laquelle l'enfant est exposé à deux langues et plus. L'apprentissage des langues peut être simultané, c'est-à-dire que l'enfant est exposé aux langues dans son quotidien. L'enfant peut également apprendre sa langue maternelle et être ensuite exposé à une deuxième langue par l'entremise de l'école ou du milieu de garde, par exemple. On parle alors de bilinguisme séquentiel (Davialt 2011).

Lorsque l'enfant évolue dans un milieu bilingue, il est fréquent de voir qu'une des langues est dominante, c'est-à-dire que l'enfant maîtrise une langue mieux qu'une autre malgré un temps d'exposition semblable. La langue dominante sera généralement celle de la majorité ethno linguistique, soit la langue qui est considérée comme la plus utilisée et la plus prestigieuse dans une communauté (Davialt 2011). En Montérégie, la majorité ethno linguistique parle le français (85,9%) et les minorités linguistiques incluent l'anglais (7,9%) (ministère de la Culture et des Communications, 2013), l'espagnol, l'arabe, le créole, etc.

L'apprentissage de plus d'une langue influence le portrait développemental de l'enfant. En effet, un adulte qui interagit avec un enfant

qui apprend deux langues peut avoir l'impression que son développement langagier est plus lent qu'un enfant unilingue. Toutefois, si on considère son vocabulaire comme la somme des deux langues, celui-ci est comparable aux enfants unilingues (Davialt 2011). Un exemple commun est celui d'un enfant dont la langue parlée à la maison diffère de celle de la garderie, soit le français. Cela aura comme conséquence que le vocabulaire lié aux routines familiales sera connu dans sa langue maternelle, tandis que le vocabulaire français sera celui des activités de la garderie telles que les jeux, les concepts abordés, etc.

La littérature scientifique évalue les conséquences cognitives du bilinguisme comme positives. Il a notamment été démontré que la connaissance d'une deuxième langue avantagerait les enfants dans leur apprentissage de la lecture et de l'écriture (Schwartz et autres 2007).

Dans un portrait de la Montérégie (Direction de la santé publique de la Montérégie, 2013), il est souligné que les enfants qui n'ont pas le français comme langue maternelle sont significativement plus enclins à présenter, lors de leur entrée à la maternelle, des vulnérabilités dans les domaines *habiletés de communication et connaissances générales et développement cognitif et langagier*.

Si le bilinguisme est un élément favorable au développement cognitif de l'enfant, pourquoi ces enfants bilingues sont-ils plus vulnérables lors de leur entrée à la maternelle ?

D'une part, la réponse se trouve à l'intérieur du concept d'acquisition d'une langue seconde. En effet, lorsqu'un enseignant remplit l'IMDPE (Instrument de mesure du développement de la petite enfance) pour un élève bilingue, par exemple, il compare les habiletés de l'élève à celles de ses compagnons de classe, généralement unilingues francophones. Par conséquent, quand l'enseignant rapporte, à juste titre, des vulnérabilités dans les domaines *développement cognitif et langagier*, ainsi que *habiletés de communication et connaissances générales*, il se peut qu'il ne soulève que les manifestations normales des processus d'acquisition d'une langue seconde (Roseberry-McKibbinm [s. d.]).

L'acquisition d'une langue seconde se divise en deux types d'apprentissages :

- Le langage social, que les locuteurs utilisent tous les jours en situation de conversation. Ce type de langage contextuel est nommé le BICS (*Basic Interpersonal Communication Skills*) et prend généralement 2 ans à maîtriser pour un apprenant;
- Le langage lié aux apprentissages scolaires contient beaucoup d'inférences, mais peu d'indices liés au contexte sont disponibles. Cette partie du langage prendrait de 5 à 7 ans de pratique afin d'être maîtrisée à un niveau semblable à celui des locuteurs natifs. On l'appelle le CALP (*Cognitive Academic Language Proficiency*).

Les élèves en apprentissage d'une langue seconde qui maîtrisent le BICS sont donc vus comme s'exprimant bien en français par les intervenantes scolaires et sont considérés comme prêts à être évalués au même niveau que leurs camarades unilingues francophones. Toutefois, les évaluations utilisent le langage de type CALP. Il en résulte que ces mêmes élèves, qui réussissent pauvrement dans les évaluations, peuvent être étiquetés à tort comme présentant des difficultés développementales d'apprentissage. Effectivement, plusieurs de ces élèves suivent la courbe normale d'apprentissage d'une langue seconde sur le plan du CALP et ne présentent donc pas de difficultés développementales (Roseberry-McKibbinm [s. d.])

Pour d'autres enfants en apprentissage d'une langue seconde, un réel retard du développement du langage, et possiblement un trouble de langage, peut être manifestement présent. Dans ce cas, puisqu'il s'agit d'une atteinte du processus cognitif du développement du langage, un retard développemental sera observable dans toutes les langues apprises par le jeune.

Afin de favoriser l'intégration des enfants qui sont en situation d'apprentissage du français et de conseiller leurs parents, l'orthophoniste Joëlle Chagnon a créé un document (Chagnon 2014) intitulé *Idées et suggestions pour aider les enfants allophones en garderie ou en halte-garderie*. Ce document était intégré à la trousse *Parlons ensemble* de la Table de concertation CONPARLE FAMILLE, territoire Samuel-de-Champlain. ■



2.5 Recommandations

Lorsqu'une intervenante est en interaction avec une famille en situation d'apprentissage du français, nous recommandons d'inclure les pratiques suivantes (Chagnon 2014) :

Conseils à donner aux parents

- Parler à leur enfant dans une langue qu'il maîtrise bien, comme sa langue maternelle;
- S'ils maîtrisent très bien deux langues, s'adresser sans problème à leur enfant dans ces deux langues.

Pratiques à adopter avec les enfants

- Apprendre quelques mots de la langue de l'enfant est une bonne façon de le rassurer et de lui montrer que sa langue maternelle est importante;
- Afin de favoriser l'intégration d'un enfant en situation d'apprentissage du français, utiliser avec lui les mêmes stratégies que celles employées avec les enfants présentant un retard de langage.

Exemples :

- ✓ Réduire la longueur des phrases et mettre beaucoup d'intonation sur les mots-clés;
- ✓ Donner des indices lorsque vous parlez : pointer les objets, faire des gestes, etc.;
- ✓ Créer des situations où l'enfant pourra jouer avec un enfant francophone ou un enfant qui maîtrise mieux le français que lui.



CHAPITRE 3

Les pratiques probantes associées au développement de la communication et du langage

3.1 Une pratique basée sur les données probantes

Les auteurs québécois Malcuit et Pomerleau (2005) ont écrit un article dans le but de répertorier les pratiques efficaces pour le développement optimal des jeunes enfants. Dès le départ, les auteurs mentionnent que cet exercice ne sera pas possible, étant donné que les pratiques démontrées dans la littérature demandent, pour être mises en œuvre, beaucoup de ressources humaines et monétaires. Ils relèvent : « Bref, les organismes publics et communautaires, malgré leur bonne volonté et la relative générosité de ceux qui les appuient, n'ont pas les ressources suffisantes pour mettre sur pied des actions commensurables à celles requises par la majorité des *pratiques efficaces*. »

En effet, il est généralement difficile de mettre sur pied, dans leur intégrité, des méthodes prouvées comme efficaces dans la littérature scientifique. Toutefois, les intervenantes en petite enfance et les orthophonistes peuvent adopter une pratique basée sur les données probantes sans avoir à mettre en œuvre des programmes dans leur ensemble.

L'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) décrit la pratique basée sur les données probantes comme l'intégration de trois pôles :

- Les données tirées de la littérature scientifique sur les meilleures pratiques liées à l'activité ciblée ou aux services ;
- L'expérience personnelle de la personne qui pratique l'activité ou qui donne les services, soit le praticien, par exemple l'intervenante ou l'orthophoniste ;
- Les valeurs, les besoins et la perspective de la personne qui participe à l'activité ou qui reçoit les services, par exemple les parents et les familles.

Dans cette optique, une intervenante qui intègre dans sa pratique des recommandations contenues dans la littérature scientifique, en se fiant à son expérience professionnelle et en prenant en compte les besoins des personnes à qui s'adressent les services, a une approche basée sur les données probantes. Les sections suivantes ont donc été rédigées à cette fin. Chaque sous-section décrit le point de vue de la littérature scientifique sur des sujets associés au développement de la communication et du langage. Chacune d'entre elles se termine par un encadré intitulé *Recommandations*, qui regroupe les données de la littérature ainsi que l'expérience des membres des différents comités, ce qui a permis de faire état de pratiques efficaces basées sur les données probantes.



3.2 L'enseignement de techniques de stimulation du langage

L'enseignement de techniques de stimulation du langage ou le transfert des connaissances dans le domaine de la petite enfance est omniprésent : les formations destinées aux intervenantes, les activités de dyades parents-enfant, l'éducatrice ou l'intervenante communautaire qui donne un conseil de stimulation générale du langage à un parent, l'orthophoniste qui enseigne une technique de stimulation ciblée sur les difficultés de langage à des parents lors de l'intervention indirecte, etc. Deux approches interreliées ont été illustrées afin d'établir de bonnes pratiques associées aux transferts des connaissances dans le développement de la communication et du langage. Notons que le terme *apprenant* utilisé dans la section fait référence à tout adulte dans une situation d'apprentissage dont la matière touche le développement de la communication et du langage. Ce terme peut donc désigner autant un parent qu'une intervenante, selon le contexte de la formation. Quant au terme *formateur*, il s'applique à la personne qui enseigne ou qui donne la formation individuelle ou de groupe.

3.2.1 L'approche appréciative en développement de la communication et du langage

L'approche appréciative (AA) a été développée en réaction aux approches traditionnelles de méthodes de résolution de problème. Ces méthodes insistent généralement sur les faiblesses de la personne ou de la situation, ce qui entraîne rapidement une « spirale dégénérative » négative (traduction libre de Grant et Humphries 2006).

L'AA est une méthode de recherche-action, soit une approche méthodologique à caractère social qui implique une intervention dans laquelle chercheurs et acteurs sont associés en vue d'apporter un changement afin d'améliorer une situation problématique (Fortin et Gagnon 2010). Cette méthode met l'accent sur les aspects positifs d'une organisation, d'une communauté ou d'une personne dans le but d'entraîner des changements (Grant et Humphries 2006).

L'AA peut être appliquée au domaine du langage, et plus précisément lors de l'enseignement de techniques de stimulation du langage à un adulte dans l'environnement de l'enfant, par exemple ses parents ou son éducatrice en garderie. Cette technique se base sur la notion suivante : la personne fait des actions qui ont des répercussions positives. Ce type d'interaction se concentre donc sur des questions inconditionnellement positives dans le but de mettre l'accent sur des éléments positifs (Ludema, Cooperrider et Barrett 2006). Le changement est donc initié par des éléments positifs déjà présents dans les attitudes et les comportements de l'apprenant.

Dans un projet visant les enfants ayant des besoins particuliers sur le plan du langage, le gouvernement britannique a mis sur pied différents projets, et l'AA était un élément central de l'un d'entre eux (Roulstone et autres 2012). Les auteurs mentionnent qu'ils sont partis du point central de l'AA, qui vise des éléments positifs déjà en place, représenté par la question « Qu'est-ce qui fonctionne bien ? ».

Ils ont ensuite soulevé trois questions destinées aux enfants âgés de 8 à 11 ans et à leurs parents :

- Qu'est-ce qui est bien (*What is good?*)? Par exemple, qu'est-ce qui est bien, relativement à la communication, au langage et à la parole, dans votre vie quotidienne et à l'intérieur de vos relations?
- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré maintenant?
- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans le futur?

Dans les formations qui visent la stimulation du langage de l'enfant par l'entremise du parent ou de l'éducatrice, l'approche appréciative s'intègre généralement très bien. Par exemple, Rush, M'Lisa et Hanft (2003) ont listé des questions qui peuvent être posées par le formateur à la suite de l'observation de l'apprenant en interaction avec l'enfant : qu'est-ce qui s'est passé quand vous avez fait [...] ? Qu'est-ce qui a influencé ce qui est arrivé (comportement langagier désiré de l'enfant) ? Qu'est-ce que vous recommenceriez de la même façon la prochaine fois ?

3.2.2 La formation de type accompagnement (*coaching*) : une formule gagnante

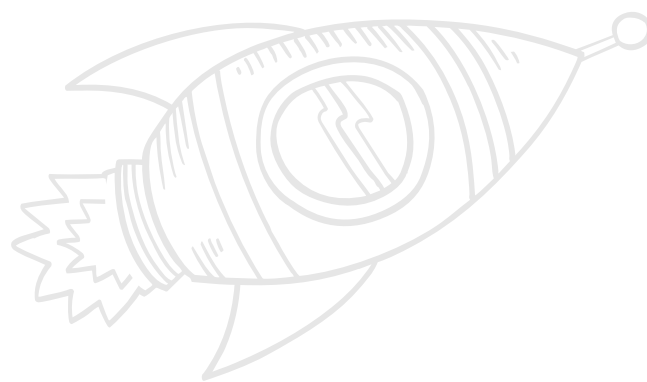
L'enseignant de type accompagnement se déplace dans le milieu de l'apprenant. Il observe, écoute et supporte l'apprenant dans ses pratiques qui améliorent le langage de l'enfant, sans indiquer la « bonne réponse ». C'est un enseignement de type interactif dans lequel la rétroaction est faite comme une description objective dans le but de « trouver des solutions » en collaboration accompagnateur-apprenant. L'accompagnateur assiste l'apprenant dans son établissement des priorités afin d'améliorer le langage de l'enfant (Neuman et Cunningham 2009).

Le modèle d'enseignement de type accompagnement ou mentorat demande un enseignement intensif avec des directives sur les plans conceptuels et sur les pratiques efficaces concrètes à mettre en place. De plus, du soutien individualisé ainsi que de la rétroaction sur les actions de l'apprenant sont offerts par le formateur (Wasik et Hindman 2011). Voici des éléments qui facilitent l'apprentissage lors de l'enseignement de techniques de stimulation de la communication et du langage :

- Avoir des objectifs précis, atteignables et significatifs pour l'apprenant, tout en ciblant des éléments qui ne sont pas faits spontanément par lui (Rush, M'Lisa et Hanft 2003);
- Connaître les besoins et les attentes des apprenants lors des séances de formation. Afin de cibler des apprentissages qu'ils n'ont pas déjà, avoir un moyen de les observer en interaction avec l'enfant (par exemple leur demander de se filmer avec leur téléphone, organiser des séances au cours desquelles la dyade parents-enfant est présente, faire des formations dans le milieu de garde où les intervenantes sont dans leur milieu);
- Miser sur la prédisposition des parents. Dès qu'un

parent s'inscrit et participe à une activité sur le développement du langage, il a engagé une action. Il est donc prédisposé à entrer dans une relation d'accompagnement (Rush, M'Lisa et Hanft 2003);

- ☺ Encourager toute forme d'initiative du participant;
- ☺ Offrir des séances d'accompagnement dans le milieu de l'apprenant. Pour des enseignants à la maternelle, les habiletés relativement à l'enseignement de la lecture et du langage étaient meilleures à la suite de séances d'accompagnement dans leur milieu plutôt qu'une formation donnée dans un centre de formation à proximité de l'école (Neuman et Cunningham 2009). Il en est donc de même pour les formations offertes aux intervenantes, qui seront plus efficaces si elles ont lieu dans leur milieu, notamment le service de garde ou une maison de la Famille, par exemple;
- ☺ Favoriser la formation à l'aide d'un accompagnateur. Les habiletés langagières, ainsi que les préalables à la lecture et à l'écriture d'enfants âgés de 3 à 4 ans en prématernelles situées en milieux défavorisés, étaient supérieures lorsque leur enseignant avait reçu une formation à l'aide d'un accompagnateur, en comparaison avec une formation classique (Wasik et Hindman 2011).



Un exemple concret d'intégration des concepts de l'approche appréciative et de l'accompagnement dans la pratique orthophonique a été rapporté informellement par Marie-Pier Gingras, une orthophoniste qui a travaillé quatre ans dans un CLSC de Montréal. L'intervention de l'orthophoniste était généralement indirecte, et celle-ci interagissait principalement avec les éducatrices en garderie. Elle mentionnait que, selon son expérience, la meilleure façon d'améliorer et d'implanter des techniques de stimulation du langage était d'observer la personne en interaction avec l'enfant (méthode par accompagnement) et d'encourager les parents ou l'éducatrice à reproduire fréquemment les comportements ciblés comme les meilleurs par l'orthophoniste (approche appréciative).

Sur le plan du contenu des formations destinées à l'enseignement des techniques de stimulation de la communication et du langage, il a été mis de l'avant que d'enseigner des techniques de lecture interactive autour d'un livre serait plus efficaces que d'enseigner de façon générale des techniques de stimulation langagière. En effet, une synthèse de la littérature effectuée dans le cadre d'un travail de maîtrise en orthophonie (Dontigny 2013) démontre que, puisque la lecture interactive est une technique précise à faire avec un outil, le livre, les apprenants sont plus enclins à bien maîtriser les habiletés apprises dans cette formation et à les utiliser fréquemment dans leur milieu. À l'inverse, dans les formations sur les habiletés générales de stimulation du langage, par exemple la reformulation, les acquis ont moins de chances d'être reproduits de la bonne façon dans le milieu et à une fréquence élevée, étant donné la grande flexibilité de ce genre de technique. Les résultats observés après ce genre de formation sont variables : certaines études démontrent une augmentation des habiletés des intervenantes, alors que d'autres non. Il est donc préférable de miser sur des formations autour d'un outil, le livre étant le meilleur choix.

Une étude d'Abel, Nerren et Wilson (2015) indique une amélioration des habiletés langagières expressives chez des enfants âgés de 4 ans issus de milieux défavorisés dans des classes de prématernelle de type Head Start à la suite d'une formation donnée à des enseignants. La formation destinée aux enseignants durait deux jours : une première journée d'enseignement de type magistral (vidéo et présentation PowerPoint) et une deuxième journée de type accompagnement, où les intervenantes étaient amenées à pratiquer les techniques enseignées. Les améliorations observées chez les enfants touchaient principalement le vocabulaire expressif, comparativement aux enfants de la classe contrôle, où l'enseignant n'avait pas reçu de formation.

Une étude réalisée par Sawyer et Campbell (2012) a sondé 1 500 professionnels américains en petite enfance (orthophonistes, ergothérapeutes et éducatrices spécialisées) sur leur façon d'intervenir et de former les personnes qui s'occupent d'enfants, comme les parents ou les intervenantes des garderies. Les résultats du sondage ont mis de l'avant trois types d'interventions principales qui étaient utilisés par les professionnels de la santé lorsqu'ils jouaient le rôle de formateurs, et chacune de ces interventions avait des buts différents.

1. L'intervention au cours de laquelle l'apprenant interagit avec l'enfant pendant que le professionnel, soit le formateur, commente et donne de la rétroaction, ce qui permet l'appropriation des stratégies et de l'autonomisation (*empowerment*);
2. L'utilisation de la discussion permet au formateur de bien connaître l'apprenant et ses besoins;
3. L'intervention au cours de laquelle le formateur met en place des stratégies par des activités qu'il fait avec l'enfant permet à l'apprenant d'observer des stratégies efficaces et des situations de succès avec l'enfant avant de les essayer lui-même.

Les intervenantes avec le plus d'expérience utilisaient les trois types d'interventions, avec un plus grand temps alloué aux activités de type 1.



3.2.2 Recommandations

Pour toutes les activités de formations qui visent l'acquisition de compétences dans le domaine de la stimulation de la communication et du langage, il est recommandé d'inclure les pratiques suivantes pour une approche basée sur les données probantes :

Note : Les recommandations visent toutes les personnes dans une situation d'apprentissage lors d'une formation formelle ou informelle, et s'appliquent donc autant aux parents qu'aux intervenantes.

- ☺ Questionner l'intervenante sur ses besoins et sur ses attentes relativement à la « formation »;

Exemples :

✓ *Qu'est-ce qui fonctionne bien sur le plan de la communication (le langage et la parole) dans votre vie quotidienne lors de vos interactions avec l'enfant ou les enfants ?*

✓ *Qu'est-ce qui pourrait être amélioré maintenant ou dans le futur ?*

- ☺ Proposer des objectifs précis, atteignables et significatifs pour l'intervenante qui suit la formation ;
- ☺ Encourager toute forme d'initiative de la part de la personne qui suit la formation (par exemple reformuler ce que l'enfant dit) et favoriser celles qui correspondent le mieux à l'apprentissage visé ;
- ☺ Favoriser les formations « clé en main » qui enseignent des techniques précises avec un outil familier à l'intervenante afin que celle-ci rapporte l'outil dans son milieu. L'utilisation du livre est optimale, mais utiliser des jeux (par exemple un jeu de mémoire, un jeu de loto, etc.) est également un bon choix;
- ☺ Favoriser le transfert des connaissances dans le milieu de l'intervenante (par exemple dans le milieu de garde ou communautaire pour les éducatrices) où cette dernière pourra interagir avec les enfants pendant la formation ;
- ☺ Allouer, lors des formations de groupes, un tiers du temps de la formation à des situations d'accompagnement (*coaching*), c'est-à-dire des moments où l'intervenante interagit avec un enfant ou met en pratique les techniques apprises avec l'outil spécifique pendant que l'enseignant commente et donne de la rétroaction ;
- ☺ Observer l'intervenante, encourager toute forme de comportements positifs et la questionner ensuite ;

Exemples :

✓ *Qu'est-ce qui s'est passé lorsque vous avez... (description de la technique)?*

✓ *Selon vous, qu'est-ce qui a influencé... (le comportement de l'enfant, par exemple répéter un mot)?*

✓ *Qu'est-ce que vous recommenceriez de la même façon la prochaine fois que la situation se reproduira ?*

Recommandations associées aux mandats spécifiques de l'orthophoniste :

- ☺ L'orthophoniste met à jour les contenus des ateliers destinés aux parents et aux intervenantes ;
- ☺ L'orthophoniste joue un rôle de personne-ressource auprès des intervenantes et des organisateurs d'activités.

3.3 Les outils et les techniques de stimulation

Plusieurs activités, outils et techniques sont associés à la stimulation de la communication et du langage chez les tout-petits, et il importe de connaître le contexte et les pratiques qui favorisent leur efficacité.

3.3.1 Les activités et les outils de dépistage

Un test ou un outil de dépistage est un regroupement de quelques éléments du développement qui sont utilisés comme des indicateurs représentatifs de tout le développement de l'enfant. Un test de dépistage du développement langagier permet donc de dépister les enfants qui risquent d'avoir des difficultés langagières. Il permet d'établir quels sont les enfants qui ont besoin d'aide pour développer leur langage (Gingras 2015 ; van Agt et autres 2007).

Un test ou un outil de dépistage n'est pas un inventaire complet et détaillé des habiletés que devrait maîtriser un enfant à un certain âge. Il est donc important de ne pas le confondre avec les grilles d'observation (Harguindéguy-Lincourt, 2004). En effet, les grilles d'observation sont fréquemment utilisées par les intervenantes en service de garde, par exemple. L'observateur peut cocher les comportements adoptés par l'enfant, par tranche d'âge. Ces grilles d'observations sont des indicateurs du développement de l'enfant, mais ne guident pas l'utilisateur sur le moment où un enfant devrait être référé en orthophonie.

En plus des éléments représentatifs du développement du langage pour un âge donné, les tests de dépistage comprennent fréquemment la notion de « drapeau rouge ». Ces « drapeaux rouges » sont des indicateurs, c'est-à-dire des comportements, ou une absence de comportements chez un enfant, qui justifient une référence en orthophonie pour une évaluation. Ils sont, en quelque sorte, des « signaux d'alarme » (Chagnon 2014).

Les outils de dépistage peuvent être classés en deux grandes catégories (Berkman et autres 2015) :

1. Les outils de dépistage qui visent les intervenantes : ces outils de dépistage visent les intervenantes de première ligne, comme les infirmières, les intervenantes en petite enfance, les paraprofessionnelles dans le domaine de la santé (exemple : *Petit guide sur le langage à l'intention des intervenants en petite enfance*, Table de concertation CONPARLE FAMILLE-Parlons Ensemble, *Grille d'évaluation du développement (GED)*);
2. Les outils de dépistage qui visent les parents : ces outils de dépistage visent les parents ou le tuteur de l'enfant (exemple : *Je grandis et je communique*, dépliant publié par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec).

Certains outils de dépistage ont été validés de façon statistique. Plus précisément, leur efficacité à repérer correctement les enfants qui ont effectivement un retard de langage et à écarter ceux qui

n'ont pas de retard a été testée. Certains tests ont été validés pour une population francophone québécoise, et ceux-ci visent le développement global, mais avec un volet *langage expressif et réceptif-cognitif* (exemple : *Grille d'évaluation du développement* (GED), Vézina 2007 ; *Ages and Stages Questionnaires* (ASQ), Harguindéguy-Lincourt 2004).

Le *Speech and Language Pathology Early Screening Instrument* (SLPESI), quant à lui, a été validé auprès d'une population canadienne-anglaise (Carscadden et autres 2010). Il peut donc être employé avec les jeunes anglophones. On trouve dans cet outil rapide six questions pour les parents. Pour sa validation, celui-ci a été utilisé au moment de la vaccination d'enfants âgés de 17 à 23 mois. La validation a été effectuée de façon sommaire, mais les résultats ont été concluants : 97% des enfants dépistés avaient, en effet, un retard de langage. Dans le groupe des enfants qui n'avaient pas été dépistés, 95 % d'entre eux avaient un langage qui se développait normalement.

Trois concepts centraux sont associés à la reconnaissance des enfants qui risquent de présenter des difficultés de développement de la communication et du langage : le dépistage, le repérage et la détection. Le dépistage est une procédure formelle planifiée et relativement rapide. Le test de dépistage fait généralement appel à des techniques formelles visant tous les enfants d'un groupe cible. Les enfants qui ont été ciblés par le test de dépistage ont été repérés. Le repérage est le résultat de l'activité de dépistage (Billard 2004). Finalement, lorsqu'une intervenante est en interaction informelle avec un enfant, une éducatrice ou une orthophoniste, par exemple, il arrive qu'elle remarque, en raison de ses connaissances ou de son expérience, que l'enfant semble présenter un retard de langage. Elle effectue donc la détection de cet enfant et le dirige, sa famille et lui, vers une orthophoniste pour une évaluation complète du langage.

Le dépistage précoce est important, puisqu'il mène à l'intervention précoce en cas de trouble de la communication, ce qui prévient l'aggravation des problèmes (ASHA 2008 ; OOAQ 2009). De plus, il arrive fréquemment que les orthophonistes soient les professionnelles qui décèlent chez un enfant des indices de problématiques plus globales. En effet, un retard de langage n'est pas seulement présent dans le portrait des troubles de langage, mais également, entre autres, dans les troubles de l'attention ou les troubles du spectre de l'autisme (Bruce et Hansson 2008). Dépister les enfants qui risquent de présenter des difficultés langagières permet donc également de repérer les enfants qui auront des difficultés développementales dans d'autres sphères que le langage.

Par contre, le dépistage en langage, de même que celui dans les sphères développementales en général, est un défi. Le dépistage, par définition, permet de repérer une condition absolue, c'est-à-dire la présence ou l'absence d'éléments justifiant une orientation vers une spécialiste. Toutefois, les retards de langage sont quantifiables en termes de degrés (retard léger, modéré ou sévère). Il arrive donc que deux enfants avec des compétences langagières très différentes, comme un retard léger de prononciation et un retard sévère, soient tous les deux dirigés vers des services en orthophonie, bien qu'ils aient des portraits contrastants (Eriksson, Westerlund et Miniscalco 2010).

L'efficacité de la mise en place d'un dépistage systématique des difficultés langagière, c'est-à-dire avec une procédure ayant pour

but de dépister tous les enfants de la population âgés de 3 ans, est mitigée. Deux méta-analyses de la littérature traitant de l'efficacité des dépistages en langage ont été réalisées, l'une en Allemagne (Kasper et autres 2011) ; l'autre aux États-Unis (Berkman et autres 2015). Les deux analyses ont voulu répondre, entre autres, à la question suivante : « Devrait-on recommander un dépistage systématique des difficultés de langage de la population des enfants d'âge préscolaire ? » Les auteurs ont conclu que non. Le dépistage systématique des difficultés de langage de la population ne peut être recommandé, étant donné le manque d'évidences scientifiques fiables en ce moment. Cette recommandation pourrait donc être revue dans le futur.

Par contre, le dépistage serait efficace pour les enfants qui risquent de présenter des difficultés de communication et de langage, comme dans le cas des enfants qui se trouvent sur une liste d'attente pour avoir accès à des services en orthophonie. Dans une revue de la littérature effectuée par le CSSS de la Vieille-Capitale (St-Jacques et Dussault 2013), nous pouvions lire dans les mesures efficaces pour réduire la liste d'attente en CLSC deux aspects liés au dépistage : la passation de l'outil de dépistage GED pour tous les enfants sur la liste d'attente par une éducatrice spécialisée et l'évaluation sommaire (dépistage) par l'orthophoniste.



3.3.1 Recommandations

Pour les activités de dépistage des difficultés de développement du langage, inclure les pratiques suivantes pour une approche basée sur les données probantes :

- Informer tous les acteurs en petite enfance (infirmières, éducatrices, intervenantes, etc.) sur les étapes du développement du langage ;
- Former les intervenantes sur le développement du langage et sur l'utilisation d'une grille de dépistage ;
- S'assurer d'utiliser une grille ou un outil de dépistage élaboré par une orthophoniste ;
- S'assurer que l'outil d'observation du développement du langage utilisé contient des indicateurs permettant de guider un enfant vers une évaluation en orthophonie lorsque la situation le demande ;
- Diriger, sans hésitation, les parents d'un enfant qui semble présenter des difficultés de développement de la communication et du langage vers une évaluation en orthophonie ;
- Encourager les parents à consulter en orthophonie dès qu'ils éprouvent des inquiétudes sur le développement de la communication ou du langage de leur enfant.

Recommandations associées aux mandats spécifiques de l'orthophoniste :

- L'orthophoniste met à jour le contenu des documents de dépistage destinés aux partenaires du continuum de services concerté en orthophonie communautaire ;
- L'orthophoniste soutient les intervenantes dans leurs activités de dépistage et facilite l'accès au type d'intervention 3 : évaluation et intervention (services spécifiques).

3.3.2 Les activités qui visent le développement des enfants âgés de 0 à 12 mois : le langage des signes pour les bébés

Plusieurs régions offrent des activités de langage des signes pour les bébés sans difficultés développementales, et ces activités montrent que plusieurs bienfaits seraient associés à l'apprentissage des signes. Toutefois, utiliser le langage des signes n'accélère pas l'apprentissage du langage oral (Rebecca Maftoul, orthophoniste et responsable clinique à l'Université de Montréal, revue de la littérature systématique ; Johnston, Durieux-Smith et Bloom 2005). En effet, aucune étude sérieuse n'aurait démontré un lien entre le langage des signes et l'amélioration de l'apprentissage du langage oral.

Toutefois, des bienfaits seraient associés indirectement à l'utilisation du langage des signes chez les bébés. En effet, ce langage faciliterait la communication entre les parents et l'enfant pendant un certain temps. De plus, les améliorations et les bienfaits observés et rapportés résulteraient vraisemblablement du fait que l'utilisation du langage des signes favorise la stimulation des précurseurs à la communication ainsi qu'un attachement sécurisant : augmentation du temps de communication oral entre les parents et l'enfant, du contact visuel, des rires, des caresses, etc. (Johnston, Durieux-Smith et Bloom 2005).

3.3.3 Les activités qui visent le développement des précurseurs à la communication, à l'attachement et au développement global chez les enfants âgés de 0 à 12 mois

Des relations sont présentes entre le développement du langage et celui de la compréhension des émotions et de l'attachement.

L'attachement est un lien affectif et puissant qui unit l'enfant à son parent et qui produit un sentiment de sécurité chez l'individu (Bee et Boyd 2006). L'attachement se construit à partir de comportements des parents qui encouragent une synchronie entre eux et leur enfant. Ces mêmes comportements soutiennent également le développement des précurseurs langagiers.

Les enfants avec un retard de langage développeraient un attachement aussi sécurisant que ceux dont le langage se développe normalement (Van IJendoorn et autres 2007). Toutefois, une équipe de chercheurs aurait démontré qu'une bonne compréhension des émotions est liée à un attachement sécurisant et à l'âge mental verbal, donc aux compétences langagières (Rosnay et Harris 2002). Notons que des réserves peuvent être émises quant à leurs conclusions. Plus précisément, l'âge mental verbal était en fait une évaluation du vocabulaire réceptif, et l'évaluation de la compréhension des émotions était basée sur la compréhension de mises en situation qui incluaient beaucoup d'information verbale. La compréhension des émotions était donc sous-tendue par les habiletés de langage réceptif.

Il est connu que les enfants présentant des troubles de langage importants ont souvent plus de difficultés que les autres à identifier les émotions. Entre autres, cela s'expliquerait par le fait que ces enfants éprouvent des difficultés dans la compréhension des concepts abstraits et des inférences (Merz et autres 2015).



Ces auteurs mentionnent également qu'utiliser le langage inférentiel, c'est-à-dire le langage indirect, serait une façon efficace de stimuler la compréhension des concepts abstraits, et donc des émotions. Par exemple, utiliser des sujets décontextualisés, parler d'activités ou d'événements passés, futurs ou hypothétiques qui ne font pas partie de l'environnement immédiat sont des exemples de langage indirect. Ces mêmes auteurs (Merz et autres 2015) ont mis de l'avant que, chez des enfants issus de milieux défavorisés, une réponse sensible et ajustée au comportement de l'enfant encourageait le développement d'un attachement sécurisant ainsi qu'un bon développement cognitif optimal, qui était lié à une bonne compréhension des émotions de la part de l'enfant.

Il est possible de stimuler l'attachement et le développement du langage chez les enfants âgés de 0 à 12 mois. Les activités et les trucs suggérés par les orthophonistes pour travailler les précurseurs à la communication chez les tout-petits favorisent entre autres l'imitation, le tour de rôle, l'attention conjointe et le contact visuel. Ces comportements encouragent la synchronie ainsi que des échanges verbaux et non verbaux à travers le quotidien entre les parents et l'enfant, ce qui stimule, par le fait même, la création d'un lien d'attachement sécurisant. En somme, les activités de stimulation qui visent les précurseurs à la communication permettent également de conserver un bon attachement entre les parents et l'enfant.



3.3.3 Recommandations

Pour les activités de dyades parents-enfant qui visent le développement des précurseurs à la communication des enfants âgés de 0 à 12 mois (Davault 2011), inclure les pratiques suivantes pour une approche basée sur les données probantes :

- ❶ Encourager les parents à adopter les stratégies suivantes dans les activités destinées aux parents d'enfants âgés de 0 à 12 mois :

Exemples :

- ✓ Appelez l'enfant afin qu'il tourne la tête dans votre direction;
- ✓ Parlez-lui en le regardant dans les yeux; utilisez de petites phrases et beaucoup d'intonations;
- ✓ Nommer les objets de bébé qu'il utilise, nommer les parties du corps en les touchant;
- ✓ Nommer les émotions et les états qu'il vit : « Tu es fâché. »; « Tu es content. »; « Tu as faim. »;
- ✓ Parler d'activités ou d'événements passés ou futurs;
- ✓ Prononcer souvent les mots « encore », « parti », « par terre »;
- ✓ Profiter des périodes de soins pour prendre ses pieds ou ses mains, et les faire bouger sur le rythme d'une petite comptine. Répéter souvent cette même comptine avec les mêmes gestes;
- ✓ Jouer à « Coucou! »;
- ✓ Demander à l'enfant de vous donner l'objet ou la nourriture qu'il manipule (exemple : « Donne-moi le toutou. »; « Donne-moi la banane. »; etc.);
- ✓ Répondez à l'enfant en babillant ou avec de vrais mots lorsque l'enfant babille et émet des sons.

3.3.4 Les activités d'éveil à la lecture enfant-intervenante

Les intervenantes peuvent jouer un rôle important sur le plan de l'éveil à la lecture. Plusieurs milieux intègrent déjà à leurs activités avec les enfants des moments de lecture, où ceux-ci sont exposés au langage écrit, dans le but de les préparer à l'entrée scolaire. Dans leur étude, les chercheurs québécois Lefebvre, Trudeau et Sutton (2011) nomment trois facteurs qui permettent de prédire, chez les enfants d'âge préscolaire, l'apprentissage du langage écrit :

1. Les habiletés langagières à l'oral, et principalement le vocabulaire expressif (Davault 2011 ; Mol, Bus et de Jong 2009);
2. La sensibilité à l'écrit fait référence, entre autres, à la connaissance de l'alphabet et du nom des lettres, et aux conventions liées à l'écrit;
3. Les habiletés de conscience phonologique.

Ces chercheurs (Lefebvre, Trudeau et Sutton 2011) ont comparé trois groupes d'enfants en milieu de garde exposés à des activités différentes : 1) une activité de lecture partagée traditionnelle, avec de l'emphase sur le langage et l'écrit; 2) une activité d'intervention dite *expérimentale*, au cours de laquelle les enfants étaient exposés à la lecture partagée avec un ajout de stimulation sur la conscience phonologique; 3) un groupe contrôle, dans lequel les enfants ne participaient à aucune activité de lecture partagée. Les résultats ont montré que, dans le groupe 2, celui avec une emphase sur la conscience phonologique, tous les enfants, peu importe leur statut socioéconomique, se sont améliorés, comparativement aux enfants des autres groupes. De plus, à la suite de leur participation au groupe 2, les enfants provenant de milieux défavorisés du groupe expérimental ont surpassé les enfants de statut socioéconomique élevé du groupe sans interventions sur les trois mesures appliquées (vocabulaire, sensibilité à l'écrit et conscience phonologique). Les modalités de l'intervention étaient les suivantes : chaque semaine, les enfants du groupe expérimental, âgés de 4 et 5 ans, étaient exposés à quatre séances de 20 à 30 minutes pendant lesquelles l'intervenant (monsieur Lefebvre, orthophoniste) animait une séance de lecture partagée autour d'un livre avec le groupe d'enfants (environ 10 enfants). Ce rythme a été conservé pendant 10 semaines.





3.3.4 Recommandations

Pour les activités d'éveil à la lecture animées par des intervenantes, inclure les pratiques suivantes dans les formations pour une approche basée sur les données probantes :

- ☘ Encourager les intervenantes à suivre une formation qui traite de l'éveil à la lecture ;
- ☘ Inclure les aspects suivants selon les groupes d'âge d'enfants :

À partir d'un an

- ☘ Encourager les moments autour d'un livre durant lesquels l'enfant apprend à (Davault 2011) :

Exemples :

- ✓ Tourner les pages ;
- ✓ Connaître le sens d'un livre (début et fin) ;
- ✓ Savoir qu'un livre est un objet qui contient de l'information.

À l'âge de 2 et 3 ans

- ☘ Miser, lors des activités d'éveil à la lecture, sur l'apprentissage de nouveaux mots et sur l'augmentation du vocabulaire en questionnant les enfants sur le contenu du livre.

À partir de 4 ans

- ☘ Mettre à l'horaire de la journée une séance autour d'un livre d'une vingtaine de minutes et interagir avec les enfants sur les aspects suivants pendant la lecture (Lefebvre, Trudeau et Sutton 2011) ;

Exemples :

- ✓ Arrêter la lecture du livre et miser sur du vocabulaire moins fréquent en donnant la définition et en nommant des synonymes ;
- ✓ Arrêter la lecture pour poser des questions sur les émotions des personnages, ce qui se passera dans l'histoire ensuite, etc. ;
- ✓ Encourager l'apprentissage des concepts liés au livre (exemples : couverture, titre, sens de la lecture, etc.).
- ☘ Choisir des mots du livre et stimuler la conscience phonologique en questionnant les enfants sur les syllabes et les sons des mots (Davault 2011).

Exemples :

- ✓ Segmenter des syllabes (exemple : « bateau » contient deux syllabes) ;
- ✓ Soustraire des syllabes (exemple : si on enlève la première syllabe à « mouton », on obtient « ton ») ;
- ✓ Fusionner des syllabes (exemple : si on prend les deux premières syllabes de « lacet-peinture », on obtient « lapin ») ;
- ✓ Améliorer leur connaissance des lettres de l'alphabet ;
- ✓ Nommer les sons que font les lettres (exemple : la lettre « f » fait le son [fff]) ;
- ✓ Identifier le premier son des mots (exemple : le mot « fille » commence par le son [fff]).

Recommandations associées aux mandats spécifiques de l'orthophoniste :

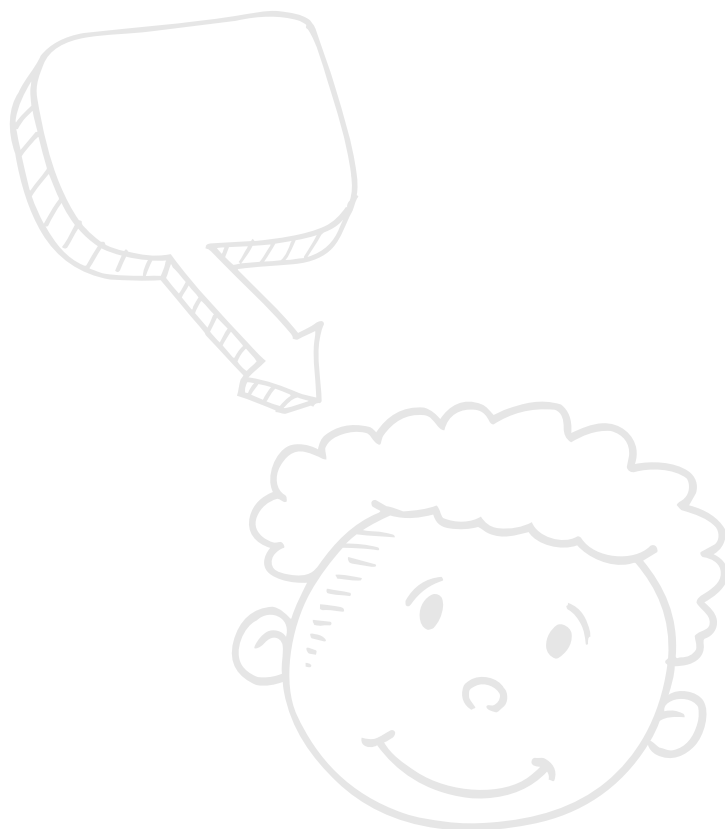
- ☘ L'orthophoniste joue un rôle de personne-ressource auprès des intervenantes en petite enfance.

3.3.5 Les activités d'éveil à la lecture enfant-parent

Plusieurs recherches ont démontré des bienfaits associés à la lecture partagée, soit un type d'activité d'éveil à la lecture. Cette activité entre les parents et l'enfant améliore le vocabulaire expressif en plus d'exposer l'enfant au langage écrit et de stimuler les habiletés nécessaires à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (pour une revue, voir Lefebvre, Trudeau et Sutton 2011 ; Mol 2009 et Mol et autres 2008). Un bon vocabulaire expressif serait non seulement favorable au développement de la lecture, mais également associé aux habiletés de compréhension de lecture au secondaire (Davault 2011).

Les moments de lecture partagés entre les parents et leurs tout-petits peuvent avoir un réel impact, entre autres sur l'amélioration des habiletés langagières. Mol et autres (2008) ont effectué une méta-analyse sur l'efficacité de la lecture partagée entre parents et enfants. Les résultats ont démontré que ce type d'activité avait un effet sur l'amélioration du vocabulaire expressif chez les enfants âgés de 2 et 3 ans. L'efficacité de cette activité serait nettement moindre pour les enfants plus âgés (4 et 5 ans) ou pour les enfants avec des facteurs de risque importants de difficultés d'apprentissage scolaire. Ce dernier point serait explicable par deux hypothèses amenées par les auteurs : les enfants à risque présenteraient moins d'habiletés d'inférences, ce qui bloquerait les bienfaits de la lecture partagée, ou bien les enfants à risque auraient des mères moins éduquées, ce qui rendrait leur lecture moins efficace.

Dans une étude (Roth, Paul et Pierotti 2006), les auteurs soulignent que les habiletés préalables à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture peuvent être stimulées par les parents à travers la lecture, mais aussi pendant les activités de la vie quotidienne.





3.3.5 Recommandations

Pour les activités d'éveil à la lecture enfant-parent, inclure les pratiques suivantes dans les formations pour une approche basée sur les données probantes (Daviault 2011, www.asha.org) ;

À partir d'un an

- ☺ Encourager les parents à favoriser les moments autour d'un livre pendant lesquels l'enfant apprend.

Exemples :

- Tourner les pages dans le bon sens ;
- Savoir où se trouvent le début et la fin d'un livre ;
- Comprendre qu'un livre contient de l'information ;
- Encourager les parents à relire fréquemment les livres préférés de leur enfant et à attirer l'attention de ce dernier sur les mots et les images pendant la lecture.

À l'âge de 2 et 3 ans

- ☺ Encourager les parents à attirer l'attention de leur enfant sur les mots écrits (exemples : noms des restaurants, des panneaux de signalisation, des contenants de nourriture, etc.) ;
- ☺ Encourager les activités d'éveil à la lecture entre les parents et leur enfant par l'entremise de formations (se référer à la section 3.3.7 Les activités en dyades parents-enfant).

À partir de 4 ans

- ☺ Proposer, dans le quotidien, les activités qui ciblent l'éveil à la lecture ;

Exemples :

- Segmenter les syllabes (exemple : au supermarché, le mot « navet » contient deux syllabes) ;
- Identifier le premier son des mots (exemple : le mot « fille » commence par le son [fff]) ;
- Chanter des comptines qui riment ou jouer à trouver des rimes entre les mots.

- ☺ Favoriser les activités qui visent les phonèmes, soit les sons dans les mots.

Exemples :

- Enseigner des lettres de l'alphabet ;
- Connaître les sons que font les lettres (exemple : la lettre « f » fait le son [fff]) ;
- Identifier le premier son des mots (exemple le mot « fille » commence par le son [fff]).

Recommandations associées aux mandats spécifiques de l'orthophoniste :

- ☺ L'orthophoniste joue un rôle de personne-ressource auprès des intervenantes en petite enfance.

3.3.6 Les séances d'information destinées aux parents

Plusieurs avantages sont liés aux groupes de discussion de parents dans le domaine du développement de l'enfant. L'efficacité des groupes de discussion de parents sur leurs attitudes parentales a été principalement étudiée sous l'angle des difficultés de comportement chez les jeunes enfants.

Joachim, Sanders et Turner (2010) se sont penchés sur l'efficacité d'un groupe de parents d'enfants âgés de 2 à 6 ans aux prises avec des difficultés de comportement, principalement lors des sorties en public. L'étude comprenait deux groupes : un groupe de 10 parents qui assistaient à une rencontre de 2 heures sans la présence des enfants et un groupe contrôle de parents qui ne participaient à aucune activité, mais qui étaient inscrits sur une liste d'attente de services. La structure de la rencontre incluait un moment où les parents rapportaient la situation difficile qu'ils vivaient avec leur enfant, des stratégies concrètes à adopter, une routine à installer lors des sorties en public (par exemple à l'épicerie) ainsi qu'une vidéo montrant les stratégies. À la suite de l'analyse des questionnaires remplis par les participants des deux groupes, les auteurs ont observé des améliorations seulement dans le groupe de parents qui avaient assisté à la rencontre. Cette rencontre a permis aux parents d'acquérir plus de confiance en leurs compétences parentales, de réduire les techniques inefficaces de discipline ainsi que d'observer une baisse des comportements inappropriés de leur enfant, comparativement aux parents du groupe contrôle. Les chercheurs Morawska et autres (2011) ont également tiré les mêmes conclusions. De plus, ils ont observé une augmentation de la perception du soutien social par les parents à la suite d'une rencontre de discussion de deux heures.

Plus récemment, Dittman et autres (2016) ont effectué une recherche sur l'efficacité d'un groupe de discussion de parents, toujours au sujet des difficultés de comportement d'enfants âgés de 3 à 5 ans. Les mêmes conclusions ont été tirées. Les chercheurs ont détaillé la structure de la rencontre de parents : celle-ci durait deux heures, se déroulait en présence de quatre à six parents et était animée par un psychologue spécialisé dans l'animation de groupe de parents de type Triple-P (*Positive Program Parenting* (PPP)), un programme misant sur une approche appréciative. Le psychologue présentait au parent un PowerPoint avec des vidéos montrant les stratégies. Une feuille résumant les stratégies de type « aide-mémoire » ainsi qu'un cahier résumant les informations données étaient transmis aux parents.

Dans une étude, Lonergan et autres (2015) ont comparé l'efficacité d'un groupe de discussion de parents lors d'une seule rencontre, comparativement à sept rencontres de dyades parents-enfant. Les deux types d'interventions ciblaient les défis vécus par des enfants aux prises avec des difficultés de comportement. Les auteurs ont noté le même type d'amélioration que dans les études précédentes chez les participants du groupe de discussion. Toutefois, les améliorations les plus importantes, et qui se sont maintenues dans le temps, ont été observées chez les parents qui ont assisté à sept rencontres.

Au Québec, plusieurs milieux offrent des groupes de discussion de parents. Lors de l'organisation de séances d'information sur le

langage destinées aux parents de jeunes enfants dans un centre communautaire, une des organisatrices a rapporté que si une orthophoniste animait la séance, des avantages étaient observés, comparativement à l'animation par une intervenante. D'une part, la participation du public était plus grande. D'autre part, l'organisatrice a remarqué que l'orthophoniste était mieux outillée pour répondre aux questions et aux inquiétudes des parents quant au développement langagier de leur enfant, étant donné son champ de compétences professionnelles. En plus de conseiller les parents, l'orthophoniste pouvait les diriger vers les actions les plus efficaces afin de favoriser un bon développement du langage et une prise en charge précoce des difficultés langagières.



3.3.6 Recommandations

Lors des séances d'information destinées aux parents, inclure les pratiques suivantes pour une approche basée sur les données probantes :

- ☺ Transmettre de l'information sur le développement du langage et de la communication (pour de l'information complémentaire, se référer au chapitre 2 et au lexique de ce document) ;
- ☺ Prévoir un moment, lors des séances, durant lequel les participantes peuvent échanger et partager sur les situations problématiques qu'ils vivent avec leur enfant ;
- ☺ Privilégier, pour les parents, des stratégies et des conseils concrets et applicables directement dans une situation précise de la vie quotidienne. Prévoir une façon d'illustrer le conseil ou la stratégie par une mise en situation ou une vidéo ;
- ☺ Inclure une feuille facile d'emploi résumant les stratégies et les conseils donnés ;
- ☺ Organiser des groupes avec, si possible, au maximum une trentaine de parents et durant entre deux heures et deux heures trente ;
- ☺ Prévoir une halte-garderie ;
- ☺ Diffuser l'information sur les autres activités du continuum à la fin de l'activité.

Recommandations associées aux mandats spécifiques de l'orthophoniste :

- ☺ L'orthophoniste anime les séances d'information des parents et des autres intervenantes, et les informe des étapes du développement du langage et des difficultés pouvant s'y rattacher ;
- ☺ L'orthophoniste conseille les parents en matière de développement de la communication et du langage et les oriente, au besoin, vers des activités du continuum de services concerté en orthophonie communautaire ;
- ☺ L'orthophoniste joue le rôle de personne-ressource en développement du langage auprès des intervenantes et des acteurs en petite enfance ;
- ☺ L'orthophoniste participe à la validation d'outils existants et à la création des outils et des documents associés à la promotion concernant le développement de la communication et du langage.

3.3.7 Les activités en dyades parents-enfant

Les activités qui visent la formation des parents par l'entremise de groupes de dyades parents-enfant peuvent améliorer les habiletés langagières des enfants. Plusieurs milieux offrent des activités de stimulation du langage dans la modalité de groupes de dyades parents-enfant. De plus, à la suite d'une évaluation en orthophonie, l'orthophoniste recommande généralement à l'enfant et à sa famille de l'intervention orthophonique qui cible les difficultés de l'enfant. Cette intervention peut elle aussi être offerte en groupes de dyades. Selon une revue systématique de la littérature américaine (Law, Garrett et Nye 2008), lorsque les parents sont entraînés par une orthophoniste, l'intervention indirecte par ces derniers entraînerait des améliorations des habiletés langagières de l'enfant au même titre que si l'intervention avait été effectuée directement par un clinicien (orthophoniste). De plus, des améliorations ont été observées autant à l'intérieur de séances d'orthophonie individuelles que de séances de groupes. Il est important de se rappeler que cette revue fait état des études disponibles sur l'intervention en orthophonie et que celles-ci sont peu nombreuses, ce qui réduit la fiabilité des résultats.

Il a été relevé par plusieurs études que les interventions de groupes de dyades parents-enfant, qui visent l'amélioration des habiletés des parents sur le plan de la stimulation langagière de leur enfant, ont un impact réel sur l'augmentation des compétences langagières de l'enfant, principalement sur la sphère expressive du langage : la prononciation des sons (phonologie), le vocabulaire et la structure des phrases (longueur et complexité). Quelques études rapportent également des améliorations de la sphère réceptive du langage (pour une revue, voir Berkman et autres 2015 ; Roberts et Kaiser 2011), mais les résultats seraient parfois contradictoires (Law, Garrett et Nye 2008). Notons que des améliorations à la suite des activités de dyades parents-enfant ont aussi été observées sur le plan du développement des précurseurs à la communication chez des enfants à partir de 10 mois (par exemple Ward 1999, cité par Berkman et autres 2015). Il faut toutefois considérer ces résultats avec précaution, puisque l'ensemble des auteurs qui se sont penchés sur le sujet s'entend pour dire que d'autres études devraient être effectuées dans le futur afin de confirmer les balises que devraient avoir les interventions indirectes.

Les objectifs des activités de stimulation du langage et d'intervention, qu'elles soient de groupe ou individuelles, sont les suivants :



Contrecarrer l'impact des facteurs de risque et promouvoir l'action des facteurs de protection afin de créer ou de recréer des conditions écologiques favorables au fonctionnement de la communication de la personne et l'aider à développer les habiletés et les compétences nécessaires à une communication optimale. L'intervention utilise la force compensatoire des facteurs de protection.
(Sylvestre 2008).



Les bonnes pratiques associées aux activités de dyades en présence d'un enfant ont fait l'objet de revues de la littérature systématiques (Berkman et autres 2015 ; Roberts et Kaiser 2011), d'études (Buschmann et autres 2009 ; Ciccone, Hennessey et Stokes 2012), ainsi que de rapports de stage de maîtrises non publiés d'étudiantes en orthophonie (Grégoire 2013 ; Simard et autres 2013).

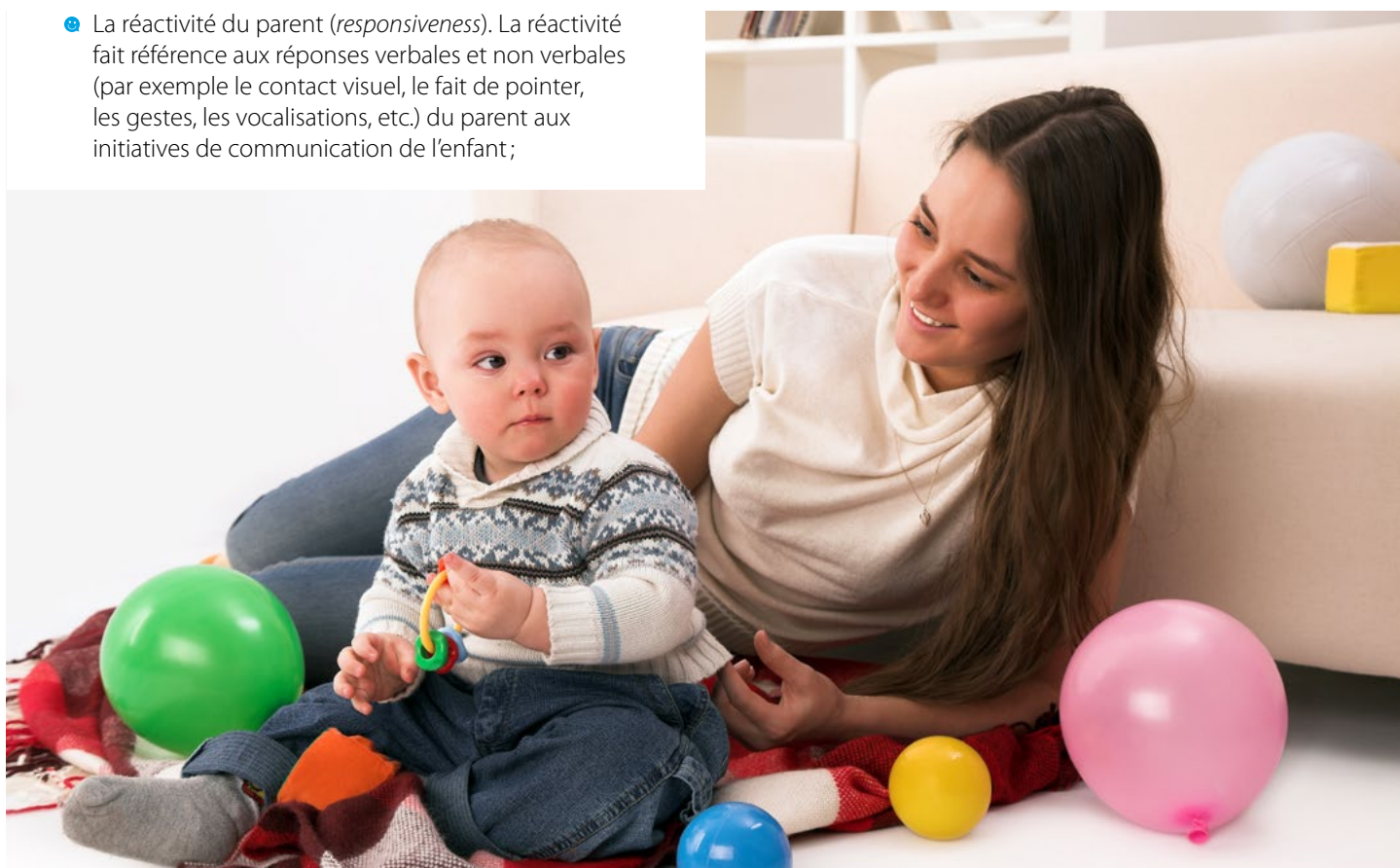
Sur le plan de l'organisation des rencontres de dyades, les auteurs d'une méta-étude américaine (Berkman et autres 2015) ont fait un tableau récapitulatif qui démontre des effets significatifs d'amélioration des habiletés langagières des enfants avec des interventions basées sur 6 et 8 rencontres de 75 à 120 minutes. Une étude préliminaire aurait montré une amélioration des habiletés avec 6 séances de 75 minutes chaque semaine (Ciccone, Hennessey et Stokes 2012). Lorsqu'il est question des enfants, des améliorations des habiletés langagières chez les enfants avec un retard de langage ont été observées à partir de 21 mois jusqu'à l'entrée à la maternelle. Les groupes ciblent généralement des enfants avec un maximum de 12 mois de différence, à l'exception des groupes ciblant les enfants de 2 ans, par exemple 21-25 mois (Buschmann et autres 2009), 24-36 mois (Girolametto et autres 1994, cité dans la revue de Berkman et autres 2015), 36-44 mois et 44-61 mois (Robertson et autres 1997, cité dans la revue de Berkman et autres 2015).

Certaines techniques de stimulation et habiletés enseignées aux parents sont fortement associées à une augmentation des habiletés langagières des enfants avec un retard langagier. Il a été démontré dans la méta-analyse de Roberts et Kaiser (2011) que les habiletés langagières des enfants avec un retard peuvent s'améliorer lorsque les parents utilisent les techniques suivantes de stimulation du langage dans leur quotidien. Ces techniques et habiletés parentales sont les suivantes :

- La quantité d'interactions parents-enfant. En effet, plus les moments d'interactions parents-enfant sont nombreux, plus l'enfant sera exposé, entre autres, à du vocabulaire varié;
- La réactivité du parent (*responsiveness*). La réactivité fait référence aux réponses verbales et non verbales (par exemple le contact visuel, le fait de pointer, les gestes, les vocalisations, etc.) du parent aux initiatives de communication de l'enfant;

- Les stimuli langagiers. Autant la quantité de langage que la qualité (par exemple le vocabulaire diversifié, la production de phrases adaptées au niveau de l'enfant, etc.) de celui-ci ont une influence sur le développement du langage de l'enfant;
- L'utilisation de stratégies de stimulation du langage. Reformuler l'énoncé de l'enfant afin qu'il soit bien construit, faire de l'expansion en ajoutant un ou deux mots à une phrase et spécifier les relations spatiales entre les objets sont des exemples de stratégies qui favorisent le développement langagier des enfants;
- Les habiletés des parents à poser des questions ouvertes ou à choix à leur enfant.

Finalement, certaines variables associées aux participants des activités de dyades parents-enfant ont été relevées dans la littérature. En ce qui concerne les parents, il y a d'abord la volonté de s'impliquer et de comprendre que ce genre de groupes peut être aussi efficace qu'une intervention individuelle classique avec l'orthophoniste. Ensuite, l'assiduité aux rencontres est une attitude qui augmente l'efficacité associée à ces interventions (Roberts et Kaiser 2011). Pour ce qui est des enfants, avoir des préalables à la communication bien développés augmenterait la chance de voir des progrès des compétences langagières à la suite d'interventions de groupes de parents (Hadley et autres 2011).





3.3.7 Recommandations

Pour toutes les activités de dyades parents-enfant qui visent la stimulation du langage et de la communication, inclure les pratiques suivantes pour une approche basée sur les données probantes :

☺ Favoriser les éléments suivants pour la structure des activités.

Balises :

- ✓ Regrouper un maximum de cinq dyades avec un formateur;
- ✓ Offrir un minimum de six rencontres chaque semaine ou une semaine sur deux;
- ✓ Organiser des rencontres dont la durée se situe entre 75 et 120 minutes;
- ✓ Favoriser les groupes d'âge qui visent des enfants dans la même tranche d'âge et de même type de développement langagier : un intervalle de 6 mois pour les plus jeunes (18-24 mois) et un intervalle d'âge de 12 mois pour les plus vieux (24-36 mois, 36-48 mois et 48-60 mois). Par exemple, un enfant de 4 ans qui ne parle pas pourrait être inscrit à un groupe d'enfants plus jeunes, mais de type langagier semblable;
- ✓ Allouer un tiers de temps de la formation à des situations de type accompagnement (**coaching**), c'est-à-dire des moments où les parents interagissent avec leur enfant pendant que le formateur commente et donne de la rétroaction.

Miser sur une formation de type accompagnement (**coaching**) qui vise une approche appréciative (se référer aux recommandations pour les activités de formations qui visent l'acquisition de compétences dans le domaine de la stimulation de la communication et du langage (section 3.2), et qui conviennent également pour l'enseignement des techniques de stimulation du langage auprès des parents).

☺ Enseigner, lors de ces séances, des techniques spécifiques de stimulation du langage selon le thème abordé.

Les techniques de stimulation enseignées devraient regrouper les éléments suivants :

- ✓ Les techniques visent la communication et les interactions entre les parents et leur enfant;
- ✓ Les techniques sont enseignées dans un cadre d'activité de la vie quotidienne : autour d'un livre, pendant la collation, avec des jeux et des jouets du quotidien de l'enfant, etc.;
- ✓ Les techniques sont enseignées à l'aide de modèles donnés aux parents par le formateur pendant les interactions avec l'enfant;
- ✓ Les techniques visent l'augmentation de la quantité d'interactions parents-enfant;
- ✓ Les techniques visent les habiletés des parents à répondre aux initiatives de communication de leur enfant, verbales ou non;
- ✓ Inclure les techniques de stimulation du langage suivantes dans les séances :
 - ✓ La reformulation (les parents modifient l'énoncé de l'enfant afin qu'il soit bien construit);
 - ✓ L'expansion (les parents répètent l'énoncé de l'enfant en ajoutant un ou deux mots);
 - ✓ L'utilisation du vocabulaire associé aux concepts : grandeur, concepts spatiaux, etc.;
 - ✓ L'utilisation de questions ouvertes et des questions à choix avec l'enfant.

Recommandations associées aux mandats spécifiques de l'orthophoniste :

- ☺ L'orthophoniste met à jour les contenus des ateliers destinés aux parents et aux intervenantes;
- ☺ L'orthophoniste est présente à une séance des activités pour appuyer le formateur, ainsi que pour répondre aux questions et conseiller la clientèle cible;
- ☺ Durant sa présence à l'atelier de dyades parents-enfant, l'orthophoniste pourra orienter un parent et son enfant, ou confirmer son orientation vers le type d'intervention 3 du continuum de services concerté en orthophonie communautaire;
- ☺ L'orthophoniste joue un rôle de personne-ressource auprès des intervenantes et des organisateurs d'activités.

3.3.8 Les prêts de matériel destinés aux parents

Dans plusieurs régions, les parents ont accès à des services de prêt de jouets ou de livres afin de favoriser la stimulation globale, la communication et le langage de leur enfant.

Les services de prêt de livres aux parents, sans formation associée, seraient peu efficaces. En effet, la lecture dite interactive est associée à des bienfaits sur le plan du vocabulaire expressif pour les enfants âgés de 2 à 3 ans. Toutefois, ce type de lecture implique que les parents ne fassent pas uniquement la lecture du texte à leur enfant, mais qu'ils utilisent des techniques telles que poser des questions, donner de

la rétroaction sur les réponses, etc. Plusieurs études rapportées dans une méta-analyse sur le sujet (Mol et autres 2008) auraient montré que les parents n'utilisent pas spontanément ces techniques lors de la lecture avec leur enfant et qu'un entraînement serait nécessaire.

Les services de prêt de jeux sous-entendent que le matériel prêté aura une portée positive sur la stimulation du langage des tout-petits. Il est connu que, lors du jeu avec les enfants, les parents adoptent généralement spontanément des attitudes qui favorisent le langage des enfants : petites phrases, intonation prononcée, etc. Ces comportements parentaux sont influencés et renforcés positivement par les enfants lors du jeu. Par contre, il a été relevé dans

plusieurs études (pour une revue, voir Vigil, Hodges et Klee 2005) que les enfants avec un retard de langage rendent plus difficile la réceptivité du parent lors du jeu et que la stimulation serait moins optimale à ce moment-là. Nous pouvons donc conclure que les services de prêt de jeux devraient être accompagnés de la possibilité de participer à des activités sur les techniques de stimulation langagière.

Vigil, Hodges et Klee (2005) ont évalué différents aspects des comportements parentaux lors du jeu avec les enfants. Ils ont observé des dyades de parents-enfant dont les enfants étaient âgés de 25 mois en moyenne. Deux groupes de dyades parents-enfant ont été créés pour l'étude : un groupe d'enfants avec un retard de langage et un groupe d'enfants se développant normalement. Les auteurs ont observé que, pour les deux groupes, la longueur moyenne des énoncés des parents était la même. Toutefois, les parents d'enfants avec un retard de langage effectuaient significativement moins de verbalisation de leurs actions et répondaient moins aux initiatives de l'enfant. Les résultats sont attribuables, selon les auteurs, à la boucle de rétroaction qui se crée lors du jeu entre les parents et leur enfant. Les tout-petits avec un retard de langage donneraient des rétroactions et effectueraient des initiatives de conversations moins claires pour les parents.



3.3.8 Recommandations

Pour les prêts de matériels destinés aux parents (par exemple les prêts dans les bacs de jeux et de livres), nous recommandons d'inclure les pratiques suivantes pour une approche basée sur les données probantes :

- ☺ Informer les parents qui utilisent le service de prêt de livres et de jeux des activités qui touchent le développement de la communication et du langage sur le territoire (présentation verbale, dépliants, etc.) ;
- ☺ Organiser l'implantation d'un système de prêt ou d'échange de livres et de jeux sur le territoire ;
- ☺ Organiser l'offre de bacs de livres dans les lieux publics où les enfants et leurs parents ont des périodes d'attente ;
- ☺ Prévoir une variété de jeux et de livres différents (pour tous les âges, livres avec ou sans texte, etc.).

Recommandations associées aux mandats spécifiques de l'orthophoniste :

- ☺ L'orthophoniste joue un rôle de personne-ressource auprès des intervenantes en petite enfance.

3.3.9 Les activités estivales pour les enfants d'âge préscolaire

Quelques auteurs ont détaillé l'efficacité des activités estivales en stimulation du langage qui visaient différents types d'enfants. Tout d'abord, des études américaines ont démontré que les habiletés de prélecture et de lecture chez les enfants américains économiquement désavantagés pouvaient être influencées positivement par les activités estivales (pour une revue, voir Schacter et Jo 2005). Lors de leur entrée à la maternelle, ces enfants seraient désavantagés, entre autres en raison du milieu familial moins stimulant sur le plan du langage écrit. De plus, au cours de leurs années d'éducation, ces élèves verraient leurs habiletés de lecture diminuer pendant l'été, contrairement aux jeunes issus de milieux économiques moyens et élevés, qui amélioreraient leurs compétences pendant l'été. Schacter et Jo (2005) ont offert à un groupe d'une cinquantaine d'enfants (âgés de 7 ans en moyenne) un camp de jour de sept semaines, avec deux heures d'activités de lecture par jour. Tout d'abord, les jeunes du groupe d'intervention ont augmenté leurs habiletés de lecture à la fin du camp, comparativement au groupe contrôle. De plus, leurs habiletés de lecture améliorées se sont maintenues dans le temps, soit trois mois et neuf mois après le camp de jour.

De son côté, Luftig (2003) a observé qu'un camp de jour d'été d'une durée de deux semaines s'est montré efficace dans la rétention et l'amélioration des habiletés en lecture. Les participants étaient composés de 36 élèves de la 1^{re} à la 4^e année. Ceux-ci ont été ciblés comme présentant des risques de difficultés d'apprentissage du langage écrit à partir de leurs résultats scolaires ou de leur statut économique. Ces élèves ont ensuite été séparés en trois groupes : un groupe d'élèves a reçu une intervention de groupe, un autre a reçu une intervention individuelle dans un milieu privé et un dernier groupe contrôle ne recevait aucune intervention. Notons que les élèves dans les deux premiers groupes ont reçu, en moyenne, huit heures de matière scolaire réparties sur deux à trois semaines. L'auteur a observé une amélioration chez les deux groupes avec intervention, comparativement au groupe contrôle, dans les habiletés en lecture, en compréhension de lecture et en conscience phonologique. De plus, les élèves qui ont le plus bénéficié des interventions étaient les plus jeunes, soit ceux de 1^{re} année.

Des chercheurs (Edmonds et autres 2009) ont observé une amélioration des habiletés de langage oral et de celles préalables à l'apprentissage du langage écrit chez des enfants âgés de 4 à 5 ans à la suite d'une stimulation en camp de jour. Le programme d'été durait six semaines. Cinq journées par semaine incluaient trois heures par jour d'enseignement des habiletés préalables à l'apprentissage du langage écrit ainsi que des activités de langage oral. Des améliorations importantes ont été observées dans l'ensemble des sphères stimulées, comparativement aux habiletés avant le camp de jour. Notons toutefois que les résultats doivent être considérés avec prudence, étant donné l'absence d'un groupe contrôle.



3.3.9 Recommandations

Pour les activités estivales avec des enfants d'âge préscolaire, nous recommandons de :

- ❶ Intégrer des activités autour d'un livre à l'intérieur des camps de jour (se référer aux sections 3.3.4 et 3.3.5 : *Les activités d'éveil à la lecture*);
- ❷ Intégrer aux activités estivales déjà en place la présence d'étudiants en orthophonie afin d'offrir des moments de stimulation du langage et d'éveil à la lecture aux enfants inscrits.

Recommandations associées aux mandats spécifiques de l'orthophoniste :

- ❶ L'orthophoniste met à jour les contenus des ateliers destinés aux parents et aux intervenantes;
- ❷ L'orthophoniste joue un rôle de personne-ressource auprès des intervenantes et des organisateurs d'activités.



3.4 L'évaluation et l'intervention dans le cadre de l'orthophonie communautaire

3.4.1 Quand consulter en orthophonie et les délais acceptables avant l'évaluation et l'intervention

Selon l'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA 2008), lorsqu'un parent s'inquiète du développement du langage de son enfant, il devrait consulter une orthophoniste, et ce, même avant l'âge de 3 ans. En effet, des parents attendent un certain temps que le langage de l'enfant « débloque » avant d'aller consulter. L'ASHA souligne que, par exemple, à 24 mois, les enfants font énormément d'apprentissages langagiers chaque mois. L'écart entre l'enfant qui tarde à parler et ceux de son âge grandit donc très rapidement. Ce temps d'attente fait en sorte que le retard de l'enfant s'accroît proportionnellement au temps d'attente.

Ce principe d'agir le plus tôt possible est aussi encouragé du côté de l'Association québécoise des orthophonistes et audiologistes (AQOA) :

« À quel âge peut-on commencer à consulter en orthophonie ? »

L'intervention précoce joue un rôle important dans la prévention et le soutien en langage et en communication chez les enfants. Les orthophonistes travaillent souvent avec des enfants d'âge préscolaire dans le but de prévenir et d'intervenir rapidement en langage. Dans certains cas, des nourrissons de moins d'un an peuvent bénéficier des services d'une orthophoniste (soutien aux parents, stimulation précoce, enfants présentant des déficiences auditives, etc.). Si vous soupçonnez des difficultés sur le plan du langage, de la parole ou de la communication chez votre enfant, consultez une orthophoniste ou parlez-en à votre médecin.»

Agir tôt est également une préoccupation des parents. Comme il est souligné dans une étude québécoise récente (Mongrain et Michallet 2015), les parents d'enfants avec des difficultés de développement du langage sont insatisfaits des délais actuels pour les services et se sentent seuls pour aider leur enfant avec un problème de langage.

Des chercheuses du Québec, Rvachew et Rafaat (2014), ont établi des balises de temps maximales pour l'évaluation et le traitement des enfants avec des difficultés de langage expressif. L'étude concernait les difficultés de prononciation, soit sur le plan de la parole et de la phonologie, mais leurs conclusions peuvent être généralisées de façon fiable aux autres difficultés expressives de développement du langage. Dans leur étude, elle mentionne que la durée entre la référence et la première évaluation ne devrait pas excéder deux mois, indépendamment de l'âge ou du niveau de risque. Pour affirmer ceci, elles postulent, premièrement, que

l'évaluation est nécessaire pour évaluer le niveau de risque réel. Deuxièmement, les inquiétudes des parents et des professeurs sont une indication crédible d'un problème de langage ou d'une autre problématique, ce qui justifie une évaluation rapide.

Quant au délai entre l'évaluation et le traitement, il devrait tenir compte de l'âge et du niveau de risque. Toujours selon ces chercheurs (Rvachew et Rafaat 2014), cette durée aurait une limite entre un et huit mois, selon l'âge et le niveau de risque, avec les précisions suivantes :

Pour les enfants à risque élevé :

- 1 mois pour les enfants âgés de 4 à 6 ans ;
- 3 mois pour les enfants âgés de 0 à 3 ans ;
- 3 mois pour les enfants d'âge scolaire.

Pour les enfants à risque faible :

- 3 mois pour les enfants âgés de 4 à 6 ans ;
- 6 mois pour les enfants âgés de 0 à 3 ans ;
- 8 mois pour les enfants d'âge scolaire.

Les facteurs à prendre en compte pour déterminer le niveau de risque associé aux difficultés de langage expressif sont les suivants :

- Un historique familial reconnu ou documenté de retards, de troubles de langage ou de difficultés de lecture ;
- Des difficultés dans d'autres sphères de langage que la parole et la phonologie, comme un retard de morphosyntaxe ou du traitement phonologique ;
- L'enfant entre à l'école (maternelle ou 1^{re} année) au mois de septembre suivant ;
- Les difficultés de la parole ont une incidence sur la capacité de l'enfant à participer à des activités et à remplir ses rôles dans la vie quotidienne.

Sur le plan du langage réceptif, les difficultés de compréhension verbale, également nommées *difficultés cognitivo-langagières*, entraînent des déficits dans la compréhension des concepts et des consignes. Celles-ci peuvent avoir différents degrés de sévérité, mais elles ont généralement des répercussions négatives directes dans le fonctionnement de l'enfant au quotidien. De plus, les enfants avec des atteintes des habiletés réceptives, comparativement à des atteintes expressives uniquement, auraient un risque plus élevé de présenter des problèmes de comportement (Yew et O'Kearney 2013). Un retard du langage réceptif est donc un facteur de risque important qui devrait mener à une intervention rapide. D'autres aspects du développement de la communication et du langage, telles les habiletés de communication sociale, peuvent également représenter des facteurs de risque qui influencent le besoin d'intervention rapide en orthophonie (pour une revue, voir Pearce et autres 2014).

La prise en compte du portrait langagier de l'enfant et des facteurs de risque lors de l'évaluation en orthophonie permet à l'orthophoniste de juger de la priorité de l'intervention à donner en termes de rapidité.



3.4.1 Recommandations

Pour les bonnes pratiques associées au temps d'attente des familles avant l'évaluation et l'intervention en orthophonie, nous recommandons les pratiques suivantes :

- 🕒 Diriger immédiatement l'enfant et ses parents vers une évaluation en orthophonie lorsque des difficultés langagières ou un retard de langage sont observés chez un enfant, lorsque le besoin se manifeste ;
- 🕒 Éviter un temps d'attente qui dépasse deux mois lors de l'inscription pour des services en orthophonie ;
- 🕒 Privilégier un temps d'attente entre l'évaluation en orthophonie et le début du traitement (entre 1 et 8 mois), selon le jugement clinique de l'orthophoniste.

3.4.2 Les moyens efficaces associés aux listes d'attente

Des auteures québécoises (St-Jacques et Dussault 2013) ont répertorié certaines des pratiques reconnues par la littérature pour améliorer la gestion de la liste d'attente dans le domaine de l'orthophonie en petite enfance :

- 🕒 En complément de l'intervention en orthophonie, offrir aux parents la chance de participer à des séances de dyades parents-enfant où ceux-ci apprennent à réaliser les exercices et les techniques prescrits par l'orthophoniste ;
- 🕒 Les interventions en petits groupes d'enfants (2 ou 3), regroupés selon leur PI (plan d'intervention). La similarité des difficultés stimule les discussions entre parents et favorise leur mobilisation. Notons que les auteurs soulignent que la charge de travail pour former les groupes et la rédaction de dossiers alourdissent la tâche des orthophonistes ;
- 🕒 La centralisation de la gestion des rendez-vous dans un centre d'appel, comme il a été testé à Trois-Rivières, permet aux orthophonistes de récupérer du temps clinique ;
- 🕒 Des modifications logistiques, comme la mise en place de services administratifs pour contacter les parents et planifier les rendez-vous, ont permis de réduire les taux d'absentéisme.

3.4.3 Des modalités d'intervention orthophonique efficaces associées au retard/trouble de langage

Historiquement, la profession d'orthophoniste s'effectuait dans une optique de « modèle médical », où l'attention était dirigée vers le diagnostic, c'est-à-dire la conclusion orthophonique, et la remédiation des problèmes de l'individu par des services de thérapies individualisés (Llewellyn et Hogan 2000, rapporté par Law, Reilly et Snow 2013). Depuis, d'autres modèles associés à la profession d'orthophoniste ont été étudiés et implantés. Ils ont montré une efficacité égale et même, dans plusieurs contextes, supérieure à l'approche traditionnelle, dite curative.

Dans un document produit par le Royal College of Speech and Language Therapists (Gascoigne 2006), soit le Collège royal des orthophonistes au Royaume-Uni, des recommandations ont été émises afin de soutenir les enfants avec des besoins particuliers sur le plan du langage, de la parole et la communication, dans une optique des services pédiatriques intégrés et écosystémiques. Ces services intégrés suivent l'approche selon laquelle la majorité de la population utilisera les services universels, tandis que des mesures sélectives seront nécessaires pour une partie de la population et que des mesures particulières et spécialisées seront essentielles pour les enfants avec des besoins spécifiques. Ces recommandations, qui s'éloignent du modèle de soins « curatifs », concernaient quatre éléments : donner à la population des services efficaces, maximiser les impacts de l'intervention, offrir des stratégies systémiques (*Systems for Strategy*) et développer la collaboration (*Developing the Workforce*).

Comme mentionné par Law, Reilly et Snow (2013), l'intervention classique en orthophonie se fait de façon individuelle. Plus précisément, une évaluation est réalisée avec l'enfant, avec ou sans la présence des parents, et un bloc d'intervention est entamé. Cette intervention consiste généralement en une heure d'activités durant laquelle l'orthophoniste fait, avec l'enfant, des activités liées à ses difficultés. Dans le but de favoriser une approche écosystémique, l'orthophoniste enseigne et développe généralement des stratégies avec les parents afin de reprendre ces activités à la maison ou d'utiliser des stratégies de stimulation du langage dans le quotidien pour réinvestir les objectifs orthophoniques le plus fréquemment possible lors de la communication avec l'enfant. De plus, l'orthophoniste peut prendre contact avec une intervenante associée à l'enfant, lorsque cela est possible (par exemple l'éducatrice en garderie), afin de discuter des objectifs orthophoniques à réinvestir dans le milieu avec l'enfant.

Des chercheurs ont effectué des revues de la littérature sur les études qui se sont penchées sur les méthodes d'intervention en orthophonie les plus efficaces depuis les années 90 (Berkman et autres 2015 ; Law, Garrett et Nye 2008). Les conclusions convergent vers le fait que l'intervention effectuée avec un clinicien ne s'est pas montrée, dans les études répertoriées, plus efficace que l'intervention effectuée par un parent entraîné par une orthophoniste. L'efficacité des méthodes d'intervention en langage effectuées par des parents a également été démontrée par une revue de la littérature (Roberts et Kaiser 2011). Aucune différence n'a été relevée entre l'intervention individuelle ou de groupe sur le plan de l'amélioration du langage des enfants (Law, Garrett et

Nye 2008). Par ailleurs, l'efficacité de l'intervention orthophonique, peu importe les modalités du traitement, a été démontrée pour certaines composantes du langage (par exemple le vocabulaire et la phonologie), mais les résultats sont encore mitigés pour d'autres (par exemple le langage réceptif). Notons que la recherche en orthophonie en est à ses débuts, et que les auteurs mentionnent que d'autres évidences scientifiques seront nécessaires afin de nuancer et de confirmer les conclusions actuelles.

En conclusion, sur le plan de l'intervention en orthophonie, l'idéal serait alors d'offrir plusieurs modalités d'intervention (directe, indirecte et de groupe) selon les besoins de l'enfant et des parents, et en fonction du jugement de l'orthophoniste (Gascoigne 2006).

Notons que plusieurs modèles québécois de services d'évaluation et d'intervention en orthophonie ont été documentés. Pour des exemples d'offres de services, les documents suivants peuvent être consultés (liste non exhaustive) : *Plan d'action montréalais : amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes* (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal 2009) et *Organisation des services de première ligne en déficience du langage et de la parole pour les enfants* (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec 1998). ■



3.4.3 Recommandations

Pour les modalités d'interventions orthophoniques (directe, indirecte ou de groupe) les plus efficaces associées au retard/trouble de langage, inclure les pratiques suivantes pour une approche basée sur les données probantes :

- Enseigner aux parents et aux personnes importantes (intervenantes communautaires, milieux de garde, familles élargies, autres professionnels, etc.) les habiletés nécessaires pour une stimulation ciblée sur les difficultés langagières de l'enfant, comme une activité centrale de l'intervention en orthophonie, afin de maximiser son impact relativement au plan d'intervention ;
- Déterminer les impacts fonctionnels de la déficience langagière et considérer les besoins et le contexte familial avant de cibler les modalités d'intervention, selon le jugement de l'orthophoniste ;
- Offrir différentes modalités d'intervention en orthophonie pour rejoindre les besoins spécifiques de la clientèle ;
- Mettre sur pied des services qui touchent le langage, pour les enfants et leur famille, en collaboration avec les acteurs du territoire et selon les besoins de l'enfant.

Recommandations associées aux mandats spécifiques de l'orthophoniste :

- L'orthophoniste offre le soutien nécessaire aux intervenantes dans leurs activités individuelles ou de groupes en ce qui concerne les difficultés langagières des enfants déjà évalués en orthophonie. Elle leur offre ses services comme référence ;
- L'orthophoniste est présente à certains moments des activités afin d'appuyer les intervenantes, selon les besoins ;
- En collaboration avec les acteurs du continuum, l'orthophoniste organise, selon les besoins et son jugement professionnel, des activités d'intervention en groupes qui visent les enfants qui ont été évalués en orthophonie et leurs parents ;
- L'orthophoniste intervient directement avec l'enfant et ses parents, selon les besoins.



Conclusion

Le présent document établit le cadre théorique et pratique du concept d'orthophonie communautaire défini par le Groupe de Travail Montréalien – Orthophonie et Développement du Langage. Ce cadre théorique et pratique contient une recension de la littérature scientifique sur le sujet du développement du langage et de la communication. Les informations présentées et les recommandations formulées ont été émises avec une approche basée sur les données probantes, où l'expérience clinique et concrète des membres du Groupe, les données de la littérature scientifique ainsi que les besoins des familles ont été considérés.

Le concept d'orthophonie communautaire repose sur l'établissement d'un continuum de services concerté élaboré en quatre types d'interventions allant de la promotion à la prévention en passant par les services spécifiques. Au présent document s'ajouteront

différents outils qui permettront d'actualiser le continuum de services concerté en orthophonie communautaire dans un territoire donné.

L'établissement d'un continuum de services concerté en orthophonie communautaire représente une solution concrète afin de faciliter l'accès aux services en développement de la communication et du langage, ainsi qu'en orthophonie pour les tout-petits. Les parents, premiers éducateurs de leur enfant, sont au cœur des actions du continuum de services concerté en orthophonie communautaire. Le développement optimal d'un tel continuum fait appel à la mobilisation et à l'engagement de toutes les intervenantes, ainsi que de tous les acteurs et les partenaires concernés, qui unissent leurs efforts afin de favoriser l'accessibilité et la continuité des services en développement de la communication et du langage en petite enfance. ■



Lexique

- ☉ **Acteur** : Toute personne qui gravite autour des enfants âgés de 0 à 5 ans et de leurs parents, et qui est en interaction directe ou indirecte avec eux, peu importe la fréquence (par exemple l'infirmière qui travaille avec les enfants âgés de 0 à 5 ans, la personne qui organise les modalités de la halte-garderie, les partenaires de la municipalité impliqués dans l'organisation d'une activité de l'heure du conte, les gestionnaires des milieux de garde ou des services de santé, etc.).
- ☉ **Attachement et langage** : L'attachement est un lien affectif et puissant qui unit l'enfant à un parent ou à un tuteur, et qui produit un sentiment de sécurité chez l'individu (Bee et Boyd, 2006). L'attachement se construit à partir de comportements des parents qui encouragent une synchronie entre ceux-ci et leur enfant. Ces mêmes comportements soutiennent également le développement des précurseurs langagiers.
- ☉ **Bégaïement** : Le bégaïement fait référence aux interruptions de la fluidité de la parole perçues comme étant anormales. Il s'agit d'un arrêt involontaire de l'exécution fluide de la parole qui survient lorsque la personne essaie de parler (Beausoleil 2012). Le bégaïement peut être transitoire et disparaître de lui-même, ou bien persister dans le temps.
- ☉ **Communication** : La communication peut être verbale (par exemple un enfant qui dit « Je suis fâché ! ») ou non verbale (par exemple un enfant qui frappe par terre pour communiquer sa colère). La communication permet d'exprimer des idées et des attitudes, et d'influencer les idées et les attitudes d'autres personnes (American Psychiatric Association 2013).
- ☉ **Conscience phonologique** : Il s'agit de l'habileté de l'enfant à manipuler les syllabes et les phonèmes (les sons) des mots (St-Pierre et autres 2010). On parle notamment des activités qui demandent aux enfants de jouer avec les syllabes, comme les compter (par exemple le mot *bateau* en contient deux) ou encore les fusionner (par exemple, si on prend les deux premières syllabes de *lacet-peinture*, on obtient le mot *lapin*). Il est aussi question de jouer avec les phonèmes (les sons dans les mots). Par exemple, nommer le son des lettres (la lettre *f* fait le son [fff]) ou nommer le premier son d'un mot (*souris* commence par le son [s]) sont des activités qui stimulent la conscience phonologique.
- ☉ **Dépistage** : Le dépistage est une procédure planifiée et relativement rapide faisant appel à des techniques formelles visant tous les enfants d'un groupe cible. Le but d'un dépistage sur le plan du langage est le repérage d'enfants avec un retard de langage qui bénéficieraient d'une évaluation complète en orthophonie et ensuite d'une intervention sur le plan du langage (van Agt et autres 2007).
- ☉ **Détection** : La détection d'un possible retard de langage est effectuée lorsqu'un adulte est en interaction informelle avec un enfant.
- ☉ **Développement typique du langage** : Plusieurs études scientifiques se sont penchées sur l'acquisition du langage chez les enfants, et un nombre croissant sur celui des enfants francophones québécois (Trudeau 2007). Grâce à ces études, une chronologie du développement du langage selon les différentes composantes a été établie. Ces études ont également mis en évidence des erreurs généralement observées lors de l'acquisition du langage et qui sont considérées comme faisant partie d'un développement qu'on dit « typique » ou « normal ». Les orthophonistes se basent sur ces connaissances pour déterminer si un enfant a développé les habiletés langagières attendues à son âge.
- ☉ **Évaluation en orthophonie** : L'orthophoniste évalue les habiletés langagières de l'enfant et les met en relation avec le contexte dans lequel il évolue dans le but d'arriver à une conclusion orthophonique. Elle explique à la personne concernée et à ses proches les résultats de ses examens. Avec eux, elle discute des solutions et des moyens pour rendre la communication la plus efficace possible. Elle fait les recommandations appropriées (OOAQ [s. d.]).
- ☉ **Éveil à la lecture** : L'éveil est à la lecture fait généralement référence à la stimulation des habiletés et des connaissances associées à la littératie émergente qui prédispose l'enfant à l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, ainsi qu'aux habiletés de conscience des syllabes et des sons. Par l'entremise des activités d'éveil à la lecture, une intervenante peut amener les enfants à apprendre le sens d'un livre et à tourner les pages, à reconnaître que de l'information se trouve dans les caractères imprimés (Daviault 2011) ou à compter le nombre de syllabes dans un mot. Plusieurs formations sont offertes aux intervenantes afin de stimuler l'éveil à la lecture chez les enfants, notamment les formations se basant sur la lecture partagée.
- ☉ **Facteurs de risque** : Les facteurs de risque se définissent comme des événements, ou encore des conditions environnementales ou organiques, qui augmentent la probabilité de présenter des problèmes de développement (Sylvestre 2008). Plusieurs facteurs de risque associés aux retards et aux troubles de langage sont connus et peuvent être associés directement à l'enfant ou à son environnement (Desmarais 2007 ; OOAQ 2009 ; Sylvestre et Mérette 2010).
- ➔ **Caractéristiques liées à l'enfant** : une prématurité (moins de 37 semaines), des expositions prénatales aux drogues et à l'alcool, le fait d'être un garçon, la présence d'un retard de développement cognitif, une condition génétique, etc.
- ➔ **Caractéristiques liées à l'environnement de l'enfant** : un faible revenu familial, un faible niveau d'éducation de la mère, des antécédents familiaux de retards ou de troubles de langage, etc.

☉ **Facteurs de protection** : Il s'agit des ressources personnelles, familiales ou sociales qui diminuent la probabilité d'apparition d'un problème de développement en atténuant l'impact destructeur des facteurs de risque (Sylvestre 2008). Plusieurs facteurs de protection sont associés au développement de la communication et du langage, entre autres :

- Des pratiques parentales qui favorisent la stimulation du langage ;
- Le degré de diplomation, soit le degré d'éducation de la mère ;
- Le tempérament social et persévérant de l'enfant ;
- Une prise en charge précoce en orthophonie ;

(Poissant 2014)

- Présenter des attitudes favorables, être sensibles et informés sur le développement de la communication et du langage, et des difficultés pouvant s'y rattacher ;
- Avoir acquis des compétences en stimulation de la communication et du langage.

☉ **Intervenante** : Personne qui interagit fréquemment et directement avec les enfants, sans être un membre de la famille (par exemple l'éducatrice en garderie, l'animatrice d'activités pour les enfants d'une maison de la Famille).

☉ **Intervention en orthophonie** : L'orthophoniste enseigne à l'enfant de même qu'à son entourage des stratégies et des moyens pour améliorer la communication. Elle soutient l'entourage dans certaines démarches (OOAQ [s. d.]). Dans le cadre des activités visées par son champ de pratique (Code des professions (RLRQ c. C-26, art. 37.1)), l'orthophoniste est la personne qui détermine le plan de traitement et d'intervention orthophoniques. Selon le jugement de l'orthophoniste et les modalités disponibles, l'intervention peut être individuelle ou en groupe, selon les besoins de l'enfant, et peut se dérouler dans différents endroits, soit en clinique, dans le milieu préscolaire ou scolaire, ainsi qu'à domicile (Law, Garrett et Nye 2003).

☉ **Intervention directe** : L'intervention directe implique une activité d'intervention au cours de laquelle l'orthophoniste interagit directement avec l'enfant (Law, Garrett et Nye 2003).

☉ **Intervention indirecte** : L'intervention indirecte définit les activités d'intervention effectuées par une tierce personne, comme un parent ou une intervenante en milieu de garde, formée par l'orthophoniste (Law, Garrett et Nye 2003). Par l'intervention indirecte, l'orthophoniste joue le rôle de consultante et est en contact régulier avec la tierce personne afin de détailler l'évolution de l'enfant, et de modifier les objectifs d'intervention et les moyens, selon les besoins (ASHA 2008).

☉ **Intervention de groupe** : L'intervention en orthophonie peut être réalisée en groupe dans lequel des enfants avec des objectifs communs d'intervention en orthophonie sont regroupés selon leur âge et leurs besoins. Les groupes peuvent être composés de dyades parents-enfant, et l'orthophoniste interagit avec les parents et l'enfant.

☉ **Intervention précoce** : L'intervention précoce en orthophonie fait référence à des services qui visent les tout-petits âgés de 0 à 3 ans qui risquent de présenter des difficultés sur le plan de la parole, du langage, de l'audition, de la déglutition, ou des conditions préalables à l'apprentissage du langage écrit (Paul et Roth 2011). Il peut s'agir de prévention ou d'intervention après l'évaluation.

☉ **Langage** : C'est la « capacité, propre aux humains, de communiquer et d'exprimer leur pensée au moyen d'une langue ». (Office québécois de la langue française [s. d.])

☉ **Langage (composantes)** :

→ **Précurseurs langagiers ou préalables à la communication** : Ce sont des comportements non verbaux qui permettent à l'enfant, de la naissance à ses premiers mots, d'acquérir le langage et d'amorcer les modes de communication avec son entourage (Daviault 2011). Ces comportements incluent, entre autres, l'imitation, les habiletés de tour de rôle, le contact visuel et l'attention conjointe.

→ **Parole** : La parole définit la production de sons dans le but de créer du langage. La parole inclut, entre autres, l'articulation des sons, la fluidité (par exemple le bégaiement) et la voix (par exemple une voix éteinte).

→ **Phonologie** : La phonologie fait référence aux sons d'une langue, c'est-à-dire les phonèmes. C'est la composante d'une langue qui détermine l'inventaire de ses phonèmes, les règles régissant leur distribution. *Le jeune enfant qui dit « sa » au lieu de « chat » ou « pende » au lieu de « prendre » s'explique par l'acquisition normale de la phonologie* (Daviault 2011).

→ **Morphosyntaxe** : La morphosyntaxe est la composante du langage qui traite de l'habileté de combiner des mots dans le but de faire des phrases (Daviault 2011) ainsi que de l'utilisation adéquate des déterminants et des pronoms, et de l'accord des verbes. Les exemples suivants sont des erreurs de morphosyntaxe : « mange* garçon bonbon », « le chat jouer* balle », « la ballon* tombe ».

→ **Vocabulaire contenu et sémantique lexicale** : Ces éléments concernent la signification véhiculée au moyen des mots (Daviault 2011). Le vocabulaire comprend l'ensemble des mots compris (vocabulaire réceptif) et des mots exprimés (vocabulaire expressif) par l'enfant. Un enfant qui ne dit que quelques mots, qui utilise le mot *chat* pour tous les animaux ou qui utilise peu de verbes différents présente des difficultés d'acquisition de la sémantique lexicale.

- **Utilisation du langage et pragmatique** : L'utilisation du langage fait référence aux raisons pour lesquelles un enfant utilise le langage, par exemple dans le but de raconter, de commenter, de protester, d'expliquer, de saluer, etc. L'utilisation du langage implique les intentions de communication du locuteur. Cette composante touche, entre autres, les comportements liés aux habiletés de conversation et à l'organisation des informations dans le discours (Coquet 2005). Des difficultés d'utilisation du langage et de pragmatique chez les enfants peuvent s'exprimer par certains comportements, comme le suivant : un enfant qui ne regarde jamais la personne à qui il parle, qui est souvent hors sujet lors de la conversation ou qui a de la difficulté à raconter un événement.
- ☺ **Langage expressif** : Le langage expressif est la production du langage, ce que l'on entend lorsqu'un locuteur dit un mot ou une phrase.
- ☺ **Langage réceptif** : Le langage réceptif, ou la compréhension verbale, implique, en plus de l'audition et de la perception des sons du langage, la capacité d'attribuer une signification aux éléments de langage entendus (Davault 2011). Les habiletés de compréhension dans la petite enfance sont plus grandes que celles de production du langage. Voici un exemple : un enfant de 20 mois qui comprend la phrase « Mets le bloc dans la boîte. » comprend en fait les mots *mets*, *bloc*, *dans* et *boîte*, bien qu'il ne puisse pas produire cette phrase lui-même.
- ☺ **Locuteur; interlocuteur** : Il désigne une « personne qui émet des énoncés oraux », soit la personne qui parle (Office québécois de la langue française [s. d.]) et la « personne avec laquelle on établit un lien de communication » (Office québécois de la langue française [s. d.]).
- ☺ **Multilinguisme** : « Qui parle plusieurs langues. » Des synonymes de multilingues sont *bilingue* et *plurilingue* (Antidote [s. d.]).
- ☺ **Orthophonie; orthophoniste (titre réservé)** : Le champ de pratique de l'orthophoniste consiste à évaluer les fonctions du langage, de la voix et de la parole, à déterminer un plan de traitement et d'intervention et à en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication de l'être humain dans son environnement (Code des professions (RLRQ c. C-26, art. 37); OOAQ, [s. d.]).
- ☺ **Prévention** : Les activités de prévention des troubles de langage ont pour but de réduire les risques ou d'atténuer les facteurs de risque présents dans le développement de l'enfant (ASHA 2008) par l'acquisition de facteurs de protection. Cet ensemble de moyens médicaux et médico-sociaux est mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme (Larousse [s. d.]).
- **Prévention primaire** : Elle vise la réduction, dans la population des enfants d'âge préscolaire, de l'apparition des difficultés langagières (ASHA 2008) à l'aide de mesures universelles. Ce type de prévention s'adresse à 100 % aux familles et répond aux besoins d'environ 80 % d'entre elles (% à titre indicatif).
- **Prévention secondaire** : Elle vise la baisse des effets négatifs liés aux difficultés langagières (ASHA 2008), soit par une stimulation langagière optimale et une prise en charge précoce grâce aux mesures particulières. Ce type de prévention s'adresse aux familles avec des enfants à risque ou vivant des difficultés langagières, et répond aux besoins de 15 à 20 % des familles (% à titre indicatif).
- **Prévention tertiaire** : Elle vise la remédiation des problèmes existants en termes de développement du langage par de l'intervention précoce en orthophonie dans le but de prévenir des difficultés futures (ASHA 2008). Ce type de prévention répond aux besoins de 5 % des familles (% à titre indicatif).
- ☺ **Promotion de la santé** : La promotion de la santé vise à influencer positivement les déterminants de la santé de façon à permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie (gouvernement du Québec 2015).
- ☺ **Repérage** : Le repérage est le résultat de l'activité de dépistage. À la suite du dépistage, les enfants qui ont été repérés sont dirigés vers des services prédéterminés (Billard 2004).



• **Retard de langage ou immaturité langagière** : Un retard de langage signifie que le langage d'un enfant se développe globalement selon les étapes attendues, mais avec un décalage sur le plan de la chronologie (Prelock, Hutchins et Glascoe 2008). Le retard peut toucher une ou plusieurs composantes du langage. Par exemple, un enfant de 3 ans et demi qui s'exprime comme un enfant plus jeune, de 2 ans et demi, présente un retard de langage. La prévalence des retards de langage change selon l'âge des enfants ciblés. Chez les enfants âgés de 30 à 36 mois, environ 17,5 % présenteraient un retard de langage. Chez les tout-petits de milieux très défavorisés, ce serait un tiers des enfants de cet âge qui présenteraient un retard de langage (Sylvestre et autres 2012).

• **Trouble primaire du langage** : Le trouble primaire du langage, connu également sous le nom de *dysphasie*, est une atteinte persistante et primaire du langage, c'est-à-dire qu'elle cible le processus cognitif du développement du langage. Chez la personne aux prises avec un trouble primaire de langage, les sphères expressives ou expressives et réceptives du langage présentent des atteintes de degrés variables (par exemple légères, modérées ou sévères). Le trouble primaire de langage est caractérisé par des manifestations qui se modifient selon l'évolution de la personne, de même que par une forte chance qu'il y ait peu d'évolution sans intervention (OOAQ 2004). Chez les jeunes, les troubles de langage et de la parole toucheraient en moyenne 5 à 8 % des enfants (Nelson et autres 2006), un pourcentage qui est généralement arrondi à 7 %.

• **Sensibilisation** : Ensemble d'actions individuelles et sociales visant à obtenir un engagement politique, le soutien d'une politique, l'acceptation sociale et un appui de systèmes pour un but ou un programme relatif à la santé (World Health Organisation 1995). Ces activités incluent entre autres les campagnes d'information, les capsules et les entrevues dans les médias, ainsi que les formations de groupes aux parents et aux intervenantes (Bélanger 2011).

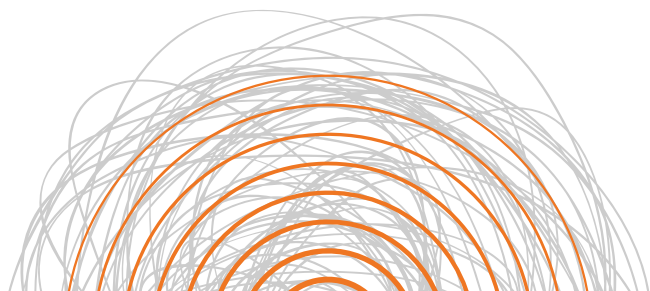
• **Stimulation du langage** : La stimulation du langage est un ensemble d'activités qui encouragent le développement des précurseurs du langage, et du langage et de la parole chez les enfants (ASHA [s. d.]). La nature des activités dépend de l'âge de l'enfant et est liée à la chronologie du développement langagier. Un exemple en garderie serait une éducatrice qui détecte, lors du jeu, qu'un enfant semble présenter un retard de langage, comparativement aux autres jeunes de son âge.



Trouble ou retard de langage... quelle est la différence?

Un **trouble de langage** sous-entend une persistance des difficultés d'acquisition du langage à travers le temps et l'évolution de l'enfant. Son évolution est atypique sur le plan langagier.

Le **retard de langage**, quant à lui, est caractérisé par un décalage dans le temps de différentes étapes du développement du langage. Les difficultés d'acquisition du langage disparaissent avec le temps et l'aide appropriée. Dans la population, les troubles de langage et de la parole toucheraient en moyenne 5 à 8 % des enfants.



Bibliographie

Références associées à la figure *Les sphères du développement de l'enfant*

BEE, H., et D. BOYD (2006). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain*, 3^e édition traduite par François Gosselin, Pearson Education Inc.

COMEAU, L., et M.-È. BERGERON-GAUDIN (2014). *Développement*, [En ligne]. [naitreetgrandir.com/fr/etape/3-5-ans/developpement]

ESGATE, A., et autres (2005). *Introduction to Applied Cognitive Psychology*, New York, Psychology Press.

JANUS, M., et D. R. OFFORD (2007). « Development and Psychometric Properties of the Early Development Instrument (EDI): A Measure of Children's School Readiness », *Canadian Journal of Behavioural*.

MALCUIT, G., et A. POMERLEAU (2005). *Les principes qui se retrouvent dans les pratiques efficaces pour le développement optimal des jeunes enfants*, UQAM-LÉN.

POMERLEAU, A., et autres (2005). *Le GED (Grille d'évaluation du développement) : une innovation sociale bien implantée*, communication présentée à l'Association du Québec pour l'intégration sociale.

SIMARD, M., et autres (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

VÉZINA, N. (2007). *Élaboration et validation de la Grille d'évaluation du développement de l'enfant 0-5 ans (GED)*, Montréal, Université du Québec à Montréal.

Illustrations

Illustration dessins d'enfant et cercles : [En ligne]. [www.freepik.com]

Photographies, licence acquise : [En ligne]. [www.depositphotos.com]

Références

ABEL, C. D., J. W. NERREN et H. E. WILSON (2015). Leaping the Language Gap: Strategies for Preschool and Head Start Teachers, *International Journal of Child Care and Education Policy*, vol. 9, n° 1, p. 1-17.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2009). *Plan d'action montréalais : amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes*, phase 1 : préscolaire, Les services d'orthophonie pour les enfants de 0-5 ans.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL et CENTRE DE RECHERCHE DE L'HÔPITAL CHARLES-LE MOYNE (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*, [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf]

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 5^e édition, Arlington, American Psychiatric Publishing.

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA) [s. d.]. *Activities to Encourage Speech and Language Development*, [En ligne]. [www.asha.org/public/speech/development/Parent-Stim-Activities.htm]

AMERICAN-SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION (ASHA) (2008). *Roles and Responsibilities of Speech-Language Pathologists in Early Intervention: Guidelines*, [En ligne]. [www.asha.org/policy/GL2008-00293.htm]

ANTIDOTE [s. d.]. *Multilinguisme, Druide*.

ARAI, L., S. STAPLEY et H. ROBERTS (2014). « Did Not Attends' in Children 0–10: a Scoping Review », *Child: Care, Health and Development*, vol. 40, n° 6, p. 797-805.

- ARMSTRONG, E. S., V. A. MARCHMAN et M. T. OWEN (2007). *School Age Cognitive and Achievement Outcomes for Late Talkers and Late Bloomers: do Late Bloomers Really Bloom?*, communication présentée à l'American Speech-Language-Hearing Association, Boston.
- BEAUSOLEIL, N. (2012). *ORA3557 Problèmes de la fluidité – Évaluation du bégaiement, communication présentée dans le cadre de la formation en orthophonie*, Montréal, Université de Montréal.
- BEE, H., et D. BOYD (2006). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain*, 3^e édition traduite par François Gosselin, Pearson Education Inc.
- BÉLANGER, J. (2011). *ORA2628 Intervention en orthophonie – Notes du cours 2*, communication présentée dans le cadre de la formation en orthophonie, [En ligne]. [studium.umontreal.ca]
- BERKMAN, N. D., et autres (2015). *Screening for Speech and Language Delays and Disorders in Children Age 5 Years or Younger*, [En ligne]. [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305674]
- BILLARD, C. (2004). « Dépistage des troubles du langage oral chez l'enfant et leur classification », *EMC-Oto-rhino-laryngologie*, vol. 1, n° 2, p. 126-131.
- BROWNLIE, E. B., et autres (2004). « Early Language Impairment and Young Adult Delinquent and Aggressive Behavior », *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 32, n° 4, p. 453-467.
- BRUCE, B., et K. HANSSON (2008). « Early Communication Skills; Important in Screening for Language Impairment and Neuropsychiatric Disorders », *Current Pediatric Reviews*, vol. 4, n° 1, p. 53-57.
- BUSCHMANN, A., et autres (2009). « Parent Based Language Intervention for 2-Year-Old Children with Specific Expressive Language Delay: a Randomised Controlled Trial », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 94, n° 2, p. 110-116.
- CARSCADDEN, J., et autres (2010). « A Pilot Study to Evaluate a New Early Screening Instrument for Speech and Language Delays / Une étude pilote pour évaluer un nouvel instrument de dépistage des retards de la parole et du langage », *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, vol. 34, n° 2, p. 87.
- CHAGNON, J. (2014). *Parlons ensemble : petit guide sur le langage à l'intention des intervenants en petite enfance*, Table de concertation CONPARLE FAMILLE, territoire Samuel-de-Champlain.
- CICCONE, N., N. HENNESSEY et S. F. STOKES (2012). « Community-Based Early Intervention for Language Delay: a Preliminary Investigation », *International Journal of Language & Communication Disorders*, vol. 47, n° 4, p. 467-470.
- CLEGG, J., et autres (2012). « Developmental Communication Impairments in Adults: Outcomes and Life Experiences of Adults and Their Parents », *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, vol. 43, n° 4, p. 521-535.
- COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2008). *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Suisse, Organisation mondiale de la Santé.
- COQUET, F. (2005). « Pragmatique : quelques notions de base », *Rééducation orthophonique*, vol. 43, n° 221, p. 13-27.
- DAVIAULT, D. (2011). *L'émergence et le développement du langage chez l'enfant*, Montréal, Chenelière Éducation.
- DESMARAIS, C. (2007). *Classification du retard de langage à deux ans et analyse des caractéristiques personnelles et sociofamiliales associées et de leur cumul*, Québec, Université Laval.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA MONTÉRÉGIE (2013). *Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- DITTMAN, C. K., et autres (2016). « Dealing with Disobedience: An Evaluation of a Brief Parenting Intervention for Young Children Showing Noncompliant Behavior Problems », *Child Psychiatry & Human Development*, vol. 47, n° 1, p. 102-112.
- DOCKRELL, J., et autres (2007). *Raising the Achievements of Children and Young People with Specific Speech and Language Difficulties and Other Special Educational Needs through School to Work and College*, [En ligne]. [dera.ioe.ac.uk/7860/1/Dockrell2007raising.pdf]

DONTIGNY, J. (2013). *L'utilisation des stratégies de stimulation langagière dans les milieux de garde, rapport de stage en orthophonie inédit*, Montréal, Université de Montréal.

DOYON, D., et M. L'HOSTIE (2005). « Agir ensemble pour améliorer les pratiques d'intervention précoce à la maternelle en milieu urbain défavorisé », *Nouvelles tendances à l'égard de la petite enfance*, p. 125.

DUBEAU, D., et autres (2010). *Soutenir les pères en contexte de vulnérabilité et leurs enfants : des services au rendez-vous, adéquats et efficaces*, demande de subvention présentée au Fonds de recherche du Québec – Société et culture (action concertée en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux), [En ligne]. [www.rvpaternite.org/sites/default/files/documents/3rapportrechercheintegral_ddubeaumh-144752v2.pdf]

DUVAL, S., et C. BOUCHARD (2013). *Soutenir la préparation à l'école et à la vie des enfants issus de milieux défavorisés et des enfants en difficulté*, Québec, ministère de la Famille, [En ligne]. [www.mfa.gouv.qc.ca/FR/PUBLICATION/DOCUMENTS/PREPARATION-ECOLE.PDF]

EDMONDS, E., et autres (2009). « Learning when School is Out », *The Journal of Educational Research*, vol. 102, n° 3, p. 213-222.

ERIKSSON, M., M. WESTERLUND, et C. MINISCALCO (2010). « Problems and Limitations in Studies on Screening for Language Delay », *Research in Developmental Disabilities*, vol. 31, n° 5, p. 943-950.

ESPE-SHERWINDT, M (2008). « Family-Centred Practice: Collaboration, Competency and Evidence », *Support for Learning*, vol. 23 n° 3, p.136-143.

FORTIN, M.-F., et J. Gagnon (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*, Montréal, Chenelière Éducation.

GASCOIGNE, M. (2006). *Supporting Children with Speech, Language and Communication Needs within Integrated Children's Services, RCSLT Position Paper*, Londres, The Royal College of Speech and Language Therapists [www.rcslt.org/docs/free-pub/Supporting_child-ren-website.Pdf], [En ligne]. [www.aetraininghubs.org.uk/wp-content/uploads/2012/05/5.7-26.3-30.4-Gascoigne-paper-SLT.pdf]

GINGRAS, L., N. AUDET et V. NANHOU (2011). *Enquête sur l'utilisation, les besoins et les préférences des familles en matière de services de garde 2009 : portrait québécois et régional*, Institut de la statistique du Québec, p. 360.

GINGRAS, M.-P. (2015). « À quoi servent les tests de dépistage? » *Langage et cie*, [En ligne]. [langageetcie.wordpress.com/2015/08/20/a-quoi-servent-les-tests-de-depistage/]

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*, la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne]. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf]

GRANT, S., et M. HUMPHRIES (2006). « Critical Evaluation of Appreciative Inquiry Bridging an Apparent Paradox », *Action Research*, vol. 4, n° 4, p. 401-418.

GRÉGOIRE, Évelyne (2013). *L'efficacité de l'intervention auprès de groupes de parents, rapport de stage en orthophonie inédit*, Montréal, Université de Montréal.

HADLEY, P. A., et autres (2011). « Predictors of Morphosyntactic Growth in Typically Developing Toddlers: Contributions of Parent Input and Child Sex », *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol. 54, n° 2, p. 549-566.

HALL, B. (2013). *Understanding the Child Day Care Regulations a Handbook for Early Childhood Programs*, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

HARGUINDÉGUY-LINCOURT, M.-C. (2004). *Étude de la fidélité de la version francophone de trois questionnaires (24, 27, 30 mois) de l'ASQ « Ages and Stages Questionnaires »*, Québec, Université du Québec à Trois-Rivières.

HARRISON, L. J., et MCLEOD, S. (2010). « Risk and Protective Factors Associated with Speech and Language Impairment in a Nationally Representative Sample of 4-to 5-year-old Children », *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol. 53, n° 2, p. 508-529.

HUMAN EARLY LEARNING PARTNERSHIP (HELP) (2011). *Universalisme proportionné : synthèse*, Colombie-Britannique.

JOACHIM, S., M. R. SANDERS et K. M. TURNER (2010). « Reducing Preschoolers' Disruptive Behavior in Public with a Brief Parent Discussion Group », *Child Psychiatry & Human Development*, vol. 41, n° 1, p. 47-60.

JOHNSTON, J. C., A. DURIEUX-SMITH et K. BLOOM (2005). « Teaching Gestural Signs to Infants to Advance Child Development: A Review of the Evidence », *First Language*, vol. 25, n° 2, p. 235-251.

JOSHUA, P., et autres (2015). « Prioritizing Vulnerable Children: Why Should we Address Inequity? », *Child: Care, Health and Development*, vol. 41, n° 6, p. 818-826.

KANOUTÉ, F. (2006). « Point de vue de parents de milieux défavorisés sur leur implication dans le vécu scolaire de leur enfant », *Interactions*, vol. 9, n° 2, p. 17-38.

KASPER, J., et autres (2011). « Population-Based Screening of Children for Specific Speech and Language Impairment in Germany: a Systematic Review », *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, vol. 63, n° 5, p. 247-263.

LAROUSSE [s. d.]. *Prévention*, [En ligne]. [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9vention/63869]

LAW, J., Z. GARRETT et C. NYE (2003). « Speech and Language Therapy Interventions for Children with Primary Speech and Language Delay or Disorder (Review) », *The Cochrane Collaboration*, vol. 1, p. 1-62.

LAW, J., Z. GARRETT et C. NYE (2008). « Speech and Language Therapy Interventions for Children with Primary Speech and Language Delay or Disorder (Review) », *The Cochrane Collaboration*, vol. 1, p. 1-62.

LAW, J., S. REILLY et P. C. SNOW (2013). « Child Speech, Language and Communication Need Re-examined in a Public Health Context: a New Direction for the Speech and Language Therapy Profession », *International Journal of Language & Communication Disorders*, vol. 48, n° 5, p. 486-496.

LEFEBVRE, P., N. TRUDEAU et A. SUTTON (2011). « Enhancing Vocabulary, Print Awareness and Phonological Awareness through Shared Storybook Reading with Low-Income Preschoolers », *Journal of Early Childhood Literacy*, vol. 11, n° 4, p. 453-479.

LONERGAN, A., et autres (2015). « Parenting Groups, How Long is Enough? The Efficacy of a Community-Run Parents Plus Early Years Program as a Preschool Parenting Intervention of Modifiable Duration », *Global Journal of Community Psychology Practice*, [En ligne]. [www.lenus.ie/hse/handle/10147/583453]

LUDEMA, J. D., D. L. COOPERRIDER et F. J. BARRETT (2006). « Appreciative Inquiry: The Power of the Unconditional Positive Question », *Handbook of Action Research: The Concise Paperback Edition*, p. 155-165.

LUFTIG, R. L. (2003). « When a Little Bit Means a Lot: The Effects of a Short-Term Reading Program on Economically Disadvantaged Elementary Schoolers », *Literacy Research and Instruction*, vol. 42, n° 4, p. 1-13.

MALCUIT, G., et A. POMERLEAU (2005). *Les principes qui se retrouvent dans les pratiques efficaces pour le développement optimal des jeunes enfants*, Montréal, UQAM-LÉN.

MERZ, E. C., et autres (2015). « Parenting Predictors of Cognitive Skills and Emotion Knowledge in Socioeconomically Disadvantaged Preschoolers », *Journal of Experimental Child Psychology*, vol. 132, p. 14-31.

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DES COMMUNICATIONS (2013). *Portrait statistique régional en culture : Montérégie*, [En ligne]. [mcc.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/regions/Portrait-stat-Monteregie2012-Corr.pdf]

MOL, S. E., A. G. BUS et M. T. DE JONG (2009). « Interactive Book Reading in Early Education: A Tool to Stimulate Print Knowledge as Well as Oral Language », *Review of Educational Research*, vol. 79, n° 2, p. 979-1007.

MOL, S. E., et autres (2008). « Added Value of Dialogic Parent-Child Book Readings: A Meta-Analysis », *Early Education and Development*, vol. 19, n° 1, p. 7-26.

MONGRAIN, J., et M. B. MICHALLET (2015). Les services orthophoniques offerts aux enfants dysphasiques québécois : le point de vue des parents.

MORAWSKA, A., et autres (2011). « Evaluation of a Brief Parenting Discussion Group for Parents of Young Children », *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 32, n° 2, p. 136-145.

- MORIN, F., et autres (2015). Soutenir la participation sociale d'adolescents ayant une déficience du langage : une pratique de pointe.
- MORRIS, T., et L. STEIN (2005). « Stepping Stones », *Speech Lang Therap Pract*, p. 4-6.
- MYERS, L., et autres (2011). « 'A Place Where I Can Be Me': a Role for Social and Leisure Provision to Support Young People with Language Impairment », *International Journal of Language & Communication Disorders*, vol. 46, n° 6, p. 739-750.
- NELSON, H. D., et autres (2006). « Screening for Speech and Language Delay in Preschool Children: Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force », *Pediatrics*, vol. 117, n° 2, p. 298-e319.
- NEUMAN, S. B., et L. CUNNINGHAM (2009). « The Impact of Professional Development and Coaching on Early Language and Literacy Instructional Practices », *American Educational Research Journal*, vol. 46, n° 2, p. 532-566.
- OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE [s. d.]. « Interlocuteur », *Le grand dictionnaire terminologique*. [En ligne]. [http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8366386]
- OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE [s. d.]. « Langage », *Le grand dictionnaire terminologique*, [En ligne]. [gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8366883]
- OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE [s. d.]. « Locuteur », *Le grand dictionnaire terminologique*, [En ligne]. [www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17587373]
- ORDRE DES ORTHOPHONISTES ET AUDIOLOGISTES DU QUÉBEC (OOAQ) (2009). *Je grandis et je communique*, développé par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et le comité de communication, en collaboration avec le comité d'orthophonie et d'audiologie en CLSC de l'OOAQ.
- ORDRE DES ORTHOPHONISTES ET AUDIOLOGISTES DU QUÉBEC (OOAQ) [s. d.]. *Exercer la profession : l'orthophonie au Québec*, [En ligne]. [www.ooaq.qc.ca/profession/orthophonie]
- PAUL, D., et F. P. ROTH (2011). « Guiding Principles and Clinical Applications for Speech-Language Pathology Practice in Early Intervention », *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, vol. 42, n° 3, p. 320-330.
- PEARCE, P. et autres (2014). « Use of Narratives to Assess Language Disorders in an Inpatient Pediatric Psychiatric Population », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 19, n° 2, p. 244-259.
- PELLETIER, M.-È. (2007). *Préparation scolaire des enfants issus de familles à faible revenu : élaboration et évaluation des retombées d'un programme ludique*, Québec, Université Laval. [En ligne]. [<http://www.theses.ulaval.ca/2007/24665/24665.pdf>]
- POISSANT, J. (2013). *Universalisme proportionné?*, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Centre d'expertise et de référence.
- POISSANT, J. (2014). *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants*, Direction du développement des individus et communauté, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), [En ligne]. [www.google.ca/search?q=Les+conditions+de+succ%C3%A8s+des+actions+favorisant+le+d%C3%A9veloppement+global+des+enfants&oq=Les+conditions+de+succ%C3%A8s+des+actions+favorisant+le+d%C3%A9veloppement+global+des+enfants&aqs=chrome..69i57j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8]
- PRELOCK, P. A., T. HUTCHINS et F. P. GLASCOE (2008). « Speech-Language Impairment: How to Identify the Most Common and Least Diagnosed Disability of Childhood », *The Medscape Journal of Medicine*, vol. 10, n° 6, p. 136.
- REED, V. (2005). *An Introduction to Children with Language Disorders*, Pearson/Allyn and Bacon.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (1998). Organisation des services de première ligne en déficience du langage et de la parole destinés aux enfants de la région de Québec.
- RESCORLA, L. (2009). « Age 17 Language and Reading Outcomes in Late-Talking Toddlers: Support for a Dimensional Perspective on Language Delay », *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, vol. 52, n° 1, p. 16-30.
- RÉUNIR RÉUSSIR (2013). *Pour agir efficacement sur les déterminants de la persévérance scolaire et de la réussite éducative*, document de référence, [En ligne]. [www.preca.ca/wp-content/uploads/2015/05/doc_reference_determinants.pdf]

- RIENKS, S. L., et autres (2011). « Father Involvement in Urban Low-Income Fathers: Baseline Associations and Changes Resulting from Preventive Intervention », *Family Relations*, vol. 60, n° 2, p. 191-204.
- ROBERTS, M. Y., et A. P. KAISER (2011). « The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions: A Meta-Analysis ». *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 20, n° 3, p. 180-199.
- ROBINSON, K. J. (2012). The Social Well-Being of Children with Specific Language Impairment, [En ligne]. [ore.exeter.ac.uk/repository/handle/10871/8862]
- ROSEBERRY-MCKIBBIN, C. [s. d.]. Acquiring English as a Second Language, [En ligne]. [www.asha.org/public/speech/development/easl.htm#normal]
- ROSNEY, M. D., et P. L. HARRIS (2002). « Individual Differences in Children's Understanding of Emotion: the Roles of Attachment and Language », *Attachment & Human Development*, vol. 4, n° 1, p. 39-54.
- ROTH, F. P., D. R. PAUL et A.-M. PIEROTTI (2006). *Emergent Literacy: Early Reading and Writing Development*, [En ligne]. [www.asha.org]
- ROULSTONE, S., et autres (2012). *The Preferred Outcomes of Children with Speech, Language and Communication Needs and their Parents*, [En ligne]. [dera.ioe.ac.uk/16329/7/DFE-RR247-BCRP12_Redacted.pdf]
- RUSH, D. D., L. S. M'LISA et B. E. HANFT (2003). « Coaching Families and Colleagues: A Process for Collaboration in Natural Settings », *Infants & Young Children*, vol. 16, n° 1, p. 33-47.
- RVACHEW, S., et S. RAFAAT (2014). « Report on Benchmark Wait Times for Pediatric Speech Sound Disorders », *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie*, vol. 38, n° 1, [En ligne]. [www.researchgate.net/profile/Susan_Rvachew/publication/263349529_Rvachew_S._Rafaath_S._(2014)_Report_on_benchmark_wait_times_for_pediatric_speech_sound_disorders_Canadian_Journal_of_Speech-Language_Pathology_and_Audiology_38(1)_82-96/links/0deec53a9d72e52b69000000.pdf]
- SAWYER, B. E., et P. H. CAMPBELL (2012). « Early Interventionists' Perspectives on Teaching Caregivers, *Journal of Early Intervention*, vol. 34, n° 2, p. 104-124.
- SCHACTER, J., et B. JO (2005). « Learning When School is not in Session: a Reading Summer Day-Camp Intervention to Improve the Achievement of Exiting First-Grade Students Who Are Economically Disadvantaged », *Journal of Research in Reading*, vol. 28, n° 2, p. 158-169.
- SCHWARTZ, M., et autres (2007). « Learning to Read in English as Third Language The Cross-Linguistic Transfer of Phonological Processing Skills », *Written Language & Literacy*, vol. 10, n° 1, p. 25-52.
- SIMARD, M., et autres (2013). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- SIMARD, A. (2013). *L'efficacité des interventions précoces directes et indirectes pour favoriser l'émergence du vocabulaire expressif chez les jeunes enfants avec un retard de langage*, rapport de stage en orthophonie inédit, Montréal, Université de Montréal.
- ST-JACQUES, S., et J. DUSSAULT (2013). *Amélioration de l'organisation des services de première ligne en orthophonie auprès des enfants âgés de 0 à 5 ans présentant un problème langagier*, Québec, CSSS de la Vieille-Capitale.
- ST-PIERE, M.-C., et autres (2010). *Difficultés de lecture et d'écriture*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- SYLVESTRE, A. (2008). *Retards de langage chez l'enfant visités à la lumière des modèles explicatifs multifactoriels du développement humain – Théorie et pratique*, Genève, Université de Genève.
- SYLVESTRE, A., et autres (2012). « Factors Associated with Expressive and Receptive Language in French-Speaking Toddlers Clinically Diagnosed with Language Delay », *Infants & Young Children*, vol. 25, n° 2, p. 158-171.
- SYLVESTRE, A. et C. MÉRETTE (2010). « Language Delay in Severely Neglected Children: A Cumulative or Specific Effect of Risk Factors? », *Child Abuse & Neglect*, vol. 34, n° 6, p. 414-428.
- THE MARMOT REVIEW TEAM (2010). « Fair Society, Healthy Lives », *Executive Summary*. London.

THORDARDOTTIR, E. T. (2005). « Early Lexical and Syntactic Development in Quebec French and English: Implications for Cross-Linguistic and Bilingual Assessment », *International Journal of Language & Communication Disorders*, vol. 40, n° 3, p. 243-278.

TITRAN, M., et A.-C. DUMARET (2009). « Aspects psychosociaux de la prévention dans les milieux défavorisés », dans *La prévention en questions* (Lavoisier), [En ligne]. [books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=9elhAQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA91&dq=assiduit%C3%A9+ren-dez-vous+parent+enfant&ots=90WqxWlrE1&sig=FBGq3A3K50hclib2ziVX5tjYhfA]

TRUDEAU, N. (2007). « Évaluation du développement linguistique français », dans *Encyclopédie sur le développement des jeunes*, London, Réseau canadien de recherche sur le langage et l'alphabétisation, [En ligne]. [www.literacyencyclopedia.ca/pdfs/topic.php?topId=231&fr=true]

TURCOTTE, D., G. Lessard A. Beaudoin (2001). « La participation des femmes de milieux économiquement faibles aux services prénataux : essai de modélisation », *Canadian Journal of Program Evaluation*, vol., n° 1, p. 43-64.

VAN AGT, H. M. E., et autres (2007). « Detecting Language Problems: Accuracy of Five Language Screening Instruments in Preschool Children », *Developmental Medicine and Child Neurology*, discussion 84, vol. 49, n° 2, p. 117-122.

VAN IJZENDOORN, M. H., et autres (2007). « Parental Sensitivity and Attachment in Children with Autism Spectrum Disorder: Comparison with Children with Mental Retardation, with Language Delays, and with Typical Development », *Child Development*, vol. 78, n° 2, 597-608.

VÉZINA, N. (2007). *Élaboration et validation de la Grille d'évaluation du développement de l'enfant 0-5 ans (GED)*, Montréal, Université du Québec à Montréal.

VIGIL, D. C., J. HODGES et T. KLEE (2005). « Quantity and Quality of Parental Language Input to Late-Talking Toddlers During Play », *Child Language Teaching and Therapy*, vol. 21, n° 2, p. 107-122.

WALKER, S. P., et autres (2011). « Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development ». *The Lancet*, vol. 378, n° 9799, p. 1325-1338.

WASIK, B. A., et A. H. Hindman (2011). « Improving Vocabulary and Pre-Literacy Skills of At-Risk Preschoolers through Teacher Professional Development », *Journal of Educational Psychology*, vol. 103, n° 2, p. 455.

WORLD HEALTH ORGANISATION (1995). *Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action*.

YEW, S. G. K., et R. O'KEARNEY (2013). « Emotional and Behavioural Outcomes Later in Childhood and Adolescence for Children with Specific Language Impairments: Meta-Analyses of Controlled Prospective Studies », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 54, n° 5, p. 516-524.

YOUNG A. R., et autres (2002). « Young Adult Academic Outcomes in a Longitudinal Sample of Early Identified Language Impaired and Control Children », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 43. n° 5, p. 635-645.



La réalisation de ce document a été rendue possible grâce au soutien et à la participation financière de



AVENIR D'ENFANTS
DES COMMUNAUTÉS ENGAGÉES