

Plan d'action montréalais

Amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes

Phase 1 : préscolaire

Les services d'orthophonie pour les enfants de 0 à 5 ans

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification et du développement stratégique

Adopté par le conseil d'administration le 3 novembre 2009

Québec 

Plan d'action montréalais

Amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes

Phase 1 : préscolaire

Les services d'orthophonie pour les enfants de 0 à 5 ans

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Service de la planification et du développement stratégique

Adopté par le conseil d'administration le 3 novembre 2009

Coordination

Michèle Bérubé, adjointe au directeur et responsable de la planification et du développement stratégique

Rédaction

Julie Ricciardi, conseillère aux établissements

Marie-Dominique Charier, conseillère aux établissements

Production

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Direction des ressources humaines, de l'information, de la planification et des affaires juridiques

Service de la planification et du développement stratégique

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

ISBN 978-2-89510-341-7 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-342-4 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2009

© Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009

Ce document est disponible :

Au centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604

A la section « documentation » du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur participation à l'élaboration de ce document, ainsi que pour leur engagement et leur disponibilité au cours du processus.

Dominique Auger	<i>Directrice des services de réadaptation, CR MAB-Mackay</i>
Louis Beaulieu	<i>Président directeur général de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (jusqu'en septembre 2008)</i>
Michèle Bérubé	<i>Adjointe au directeur et responsable de la planification et du développement stratégique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
Roch Bérubé	<i>Directeur de réseau et responsable de l'adaptation scolaire, Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île</i>
Daniel Boivin	<i>Adjoint à la direction, Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires, des services généraux et responsable des CLSC, CSSS d'Ahuntsic et Montréal-nord</i>
Nicole Boivin	<i>Orthophoniste, Commission scolaire de la Pointe de l'île</i>
Diane Calcé	<i>Directrice des programmes de réadaptation, CR Marie Enfant</i>
Marie-Pierre Caouette	<i>Présidente directrice générale de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (à partir de septembre 2008)</i>
Marie-Dominique Charier	<i>Conseillère au service de la planification et du développement stratégique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
Louis Côté	<i>Directeur des ressources humaines, information, planification et affaires juridiques, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
Marie-France Côté	<i>Gestionnaire clinico-administrative du programme Psychiatrie, neurodéveloppement et génétique, CHU Sainte-Justine</i>
Annie Delisle	<i>Chef d'administration du programme Périnatalité et petite enfance, CSSS de la Pointe-de-l'Île (jusqu'en mai 2009)</i>
Michèle Fafard	<i>Responsable de l'adaptation scolaire, Direction régionale de Montréal, Ministère de l'éducation, du loisir et du sport</i>
Annie Foy	<i>Directrice des services multidisciplinaires, CSSS Sud-Ouest-Verdun</i>
Élaine Garand	<i>Chef professionnel en Orthophonie, CHU Sainte-Justine</i>
Liliane Girard	<i>Chef du programme Langage et troubles du traitement auditif, Institut Raymond Dewar (jusqu'en septembre 2008)</i>
Charlotte Huard	<i>Chef d'administration du programme Famille-Enfance-Jeunesse, CSSS Jeanne-Mance (jusqu'en octobre 2008)</i>
Carol Jazzar	<i>Coordonnatrice du Centre d'excellence pour le développement de l'orthophonie, Commissions scolaires anglophones du Québec</i>
Caroline Lanctôt	<i>Commission scolaire de la Pointe de l'île</i>
Nicole Lessard	<i>Chef du programme des troubles de la communication, CR Marie Enfant</i>
Vitor Matias	<i>Direction régionale de Montréal, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport</i>

Gemma Mattheij	<i>Directrice des services Famille-Enfance-Jeunesse, CSSS Cavendish</i>
André Michaud	<i>Chef d'administration de programme, Équipe 0-5 ans, CSSS Jeanne-Mance (à partir d'octobre 2008)</i>
Lucie Nuckle	<i>Orthophoniste, Commission scolaire de Montréal</i>
Sylvie Outmezguine	<i>Chef d'administration de programme, Direction des Services généraux et spécifiques CSSS Cavendish</i>
Martine Patry	<i>Directrice des services de réadaptation, Institut Raymond-Dewar (à partir d'octobre 2008)</i>
Elaine Pelland-Blais	<i>Orthophoniste, Hôpital de Montréal pour enfants</i>
José Pouliot	<i>Conseillère pédagogique aux difficultés langagières, Commissions scolaires francophones de Montréal</i>
Julie Ricciardi	<i>Conseillère au service de la planification et du développement stratégique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i>
Micheline Richer	<i>Directrice des services professionnels et de la qualité – CRDIGM</i>
Rosalee Shenker	<i>Directrice générale, Centre de la fluidité verbale de Montréal</i>

TABLE DES MATIÈRES

	Page
<i>REMERCIEMENTS</i>	5
<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	7
<i>LEXIQUE</i>	9
<i>INTRODUCTION</i>	11
<i>1. LA DÉMARCHE</i>	12
<i>2. FAITS SAILLANTS DE L'OFFRE DE SERVICE À MONTRÉAL</i>	13
2.1 Clientèle.....	13
2.2 Orthophonistes	14
2.3 Listes d'attente.....	16
2.4 Offre de service actuelle dans le réseau de la santé et des services sociaux	17
2.5 Cheminements des enfants nécessitant des services d'orthophonie.....	26
<i>3. PROBLÉMATIQUES DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX</i>	27
3.1. Clientèle	27
3.2. Organisation des services	28
3.3. Accès aux ressources.....	31
<i>4. PLAN D'ACTION</i>	33
4.1. Rôles et responsabilités de chaque catégorie d'établissements.....	33
4.2. Recommandations concernant l'offre de service	34
<i>CONCLUSION</i>	44
<i>RÉFÉRENCES</i>	45
<i>ANNEXES</i>	47

LEXIQUE

Afin d'alléger le texte, les acronymes et termes suivants seront utilisés dans le document :

AEC	Attestation d'études collégiales
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUSJ	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
CLSC	Centre local de services communautaires
CPE	Centre de la petite enfance
CR	Centre de réadaptation
CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRME	Centre de réadaptation Marie Enfant
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DI	Déficience intellectuelle
IEP	Intervention éducative précoce
ETC	Équivalent temps complet
HME	Hôpital de Montréal pour enfants
LTTA	Langage et troubles du traitement auditif
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OOAQ	Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SDG	Service de garde
SACOE	Suppléance à la communication orale et écrite
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
TCR	Temps complet régulier
TED	Trouble envahissant du développement
TPO	Temps partiel occasionnel
TPR	Temps partiel régulier

INTRODUCTION

La pénurie d'orthophonistes dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois est reconnue et documentée depuis longtemps¹. La profession d'orthophoniste fait d'ailleurs partie de la liste des titres d'emploi en pénurie identifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Comme conséquence directe de cette pénurie, les listes d'attente pour les services d'orthophonie s'allongent au-delà des délais raisonnables. Mentionnons toutefois que cette pénurie est en voie d'être résolue grâce à de nombreux efforts déployés en vue d'augmenter le nombre d'orthophonistes formés au Québec ou recrutés à l'étranger.

On reconnaît l'importance d'amorcer le plus rapidement possible les interventions de réadaptation pour favoriser la récupération, le maintien ou le développement des capacités de la personne de même que l'acquisition de nouvelles habiletés. Cette notion de précocité de la prise en charge est cruciale notamment pour les enfants qui, parce qu'ils présentent des capacités d'apprentissage supérieures à celles des adultes, ont des potentiels de récupération élevés qu'il est essentiel de mettre à profit.

Nous comprenons donc aisément que l'allongement des délais d'attente risque fortement de compromettre le potentiel de rééducation des usagers, ainsi qu'avoir des incidences négatives sur le développement de la personne, notamment pour les enfants d'âge scolaire.

De façon plus spécifique les troubles du langage, outre leurs conséquences sur la capacité de l'enfant à communiquer, peuvent constituer la première manifestation de différentes pathologies. Ils précèdent également les difficultés d'apprentissage et d'intégration scolaire. Il existe en effet un consensus sur le fait que les enfants présentant un trouble précoce du langage oral ont un risque plus élevé, par rapport aux enfants dont l'évolution langagière a été normale, de rencontrer des difficultés dans les acquisitions scolaires et en particulier dans l'apprentissage du langage écrit².

Considérant l'ensemble de ces éléments, le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (l'Agence) a décidé, en novembre 2007, de voter un mandat visant l'amélioration de la performance³ des services d'orthophonie pour les enfants et les jeunes, notamment en regard de l'accessibilité. Un comité de travail a été formé, réunissant des représentants du réseau de la santé et des services sociaux et l'Ordre des orthophonistes et des audiologistes du Québec, ainsi que des représentants du réseau scolaire, et s'est réuni pour la première fois en décembre 2007.

La première partie des travaux couvre uniquement les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux aux enfants de 0 à 5 ans, avant qu'ils ne fréquentent le réseau scolaire. Nous proposons dans ce document les résultats de ces travaux. La phase 2, correspondant aux enfants d'âge scolaire (5 ans à 18/21 ans) sera réalisée ultérieurement.

¹ Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). *Planification de la main d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique*, juillet 2002.

² Delahaie, M. (2004). *L'évolution du langage chez l'enfant, De la difficulté au trouble*, Éditions Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, juin 2004.

³ La performance est évaluée selon le modèle de la performance en 4 quadrants développé à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

1. LA DEMARCHE

Le mandat attribué par le conseil d'administration vise à élaborer un plan d'action intégré afin d'améliorer la performance des services d'orthophonie, notamment au plan de l'accessibilité :

- ❖ Réaliser un portrait de la main d'œuvre, de l'offre de service ainsi que de l'organisation des services en orthophonie, en collaboration avec le réseau scolaire.
- ❖ Identifier les principales problématiques ayant un impact sur la performance des services d'orthophonie, notamment au plan de l'accessibilité.
- ❖ Proposer des pistes d'action afin d'améliorer la performance des services d'orthophonie, notamment au plan de l'accessibilité.

Pour guider et alimenter les travaux, un comité de travail a été constitué, formé de représentants des établissements/organisations suivants :

- ❖ Centres de santé et de services sociaux (CSSS)
- ❖ Centres pédiatriques de réadaptation en déficience physique (CRDP)
- ❖ Centres hospitaliers universitaires pédiatriques (CHU)
- ❖ Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED)
- ❖ Direction régionale du MELS
- ❖ Commissions scolaires
- ❖ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- ❖ Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
- ❖ Centre de la fluidité verbale de Montréal

Les travaux ont débuté en décembre 2007. Ils ont permis de réaliser un état de situation dans le réseau de la santé et des services sociaux, d'identifier les principales problématiques concernant ce même réseau et d'élaborer des recommandations pour la phase 1 (enfants âgés de 0 à 5 ans).

Collecte de données

- ❖ Étude du carrefour montréalais d'information socio-sanitaire sur le nombre d'enfants de 0 à 5 ans présentant des besoins en orthophonie
- ❖ Entretiens avec des intervenants des CSSS, des CRDP, des CRDITED, des CHU-pédiatriques
- ❖ Consultations auprès de représentants de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.
- ❖ Recension d'écrits sur des pratiques d'intervention et des pratiques novatrices dans le domaine de l'orthophonie.

2. FAITS SAILLANTS DE L'OFFRE DE SERVICE A MONTREAL

2.1 Clientèle

Les caractéristiques de la clientèle qui sont présentées ci-dessous se basent sur la réalité montréalaise. Par conséquent, le profil de la clientèle se doit d'intégrer les facteurs liés à la variété culturelle et linguistique car ils ont un impact significatif sur les services d'orthophonie puisque ce domaine porte sur le langage et la communication.

Données sur le multiculturalisme

Au cours de la période comprise entre la fin des années 1980 et le début des années 1990, le pourcentage d'immigrants dont la langue maternelle est le français a connu une baisse importante. Ce pourcentage est remonté par la suite, et depuis les dernières années nous assistons à sa stabilisation aux alentours des 13 %.

La population montréalaise se distingue de celle du reste du Québec par sa grande diversité⁴ :

2001	Montréal	Reste du Québec
Population totale	100 %	100 %
Origine ethnique autre que française, britannique et canadienne	38 %	7 %
Immigrants	28 %	4 %
Langue maternelle autre que le français ou l'anglais	28 %	4 %
Ne peut soutenir une conversation en français ou en anglais	2,3 %	0,3 %

Données sur le recensement enfance-jeunesse

Selon les recensements effectués par l'Institut de la Statistique du Québec⁵, nous obtenons les chiffres suivants pour la région administrative de Montréal :

Globalement, le nombre d'enfants de 0 à 4 ans a baissé de 10,7 % entre 1996 et 2006. Plus spécifiquement, nous constatons que le nombre d'enfants de 0 à 4 ans est en baisse constante sur la période 1996-2002, mais qu'il s'est stabilisé depuis 2002.

Les différents experts s'accordent pour définir la prévalence des retards ou des troubles de la communication chez les enfants et les jeunes d'âge préscolaire et scolaire à un taux de 15%^{6 7}. En considérant le nombre total d'enfants à Montréal, nous pouvons alors définir notre clientèle-cible, qui représente 15% de ce nombre total. Nous obtenons les données suivantes pour l'année 2006 :

2006	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	Total
Nombre d'enfants	96 304	90 093	96 308	98 526	381 231
15 %	14 446	13 514	14 446	14 779	57 185

Pour l'année 2006, **14 446 enfants de 0 à 4 ans présenteraient donc un retard ou un trouble de la communication**. Le degré de sévérité du retard ou du trouble n'étant pas mentionné, et pouvant varier de léger à sévère, il est évident que tous ces enfants ne nécessitent pas de services d'orthophonie de la même nature ni de la même intensité.

⁴ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Banque interrégionale d'interprètes, 2006-2007.

⁵ www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/dons_regnl/regional/index.htm

⁶ OOAQ. (2001).

⁷ École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal. (2008).

Étude du carrefour montréalais d'information socio sanitaire (CMIS)

Dans le cadre des travaux sur l'amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants, le carrefour montréalais d'information socio-sanitaire a préparé une étude dans le but de produire une estimation des besoins des enfants en orthophonie. À cet effet, quatre indicateurs de besoins ont été retenus :

- ❖ Indicateurs issus de l'enquête sur la maturité scolaire des enfants montréalais : le domaine développement cognitif et langagier et les habiletés de communication et connaissances générales.
- ❖ Indicateur issu de l'étude Regard sur la défavorisation à Montréal
- ❖ Indicateur concernant la proportion d'immigrants récents (moins de cinq ans).

Selon la méthode utilisée, à Montréal, **21 261 enfants âgés de 0 à 5 ans présenteraient une vulnérabilité liée au langage** et nécessiteraient donc un accès à des services d'orthophonie. Cette estimation ne permet pas de quantifier les besoins des enfants. La nature, l'intensité et les modalités selon lesquelles les services d'orthophonie seront offerts devront être adaptées aux besoins de chaque enfant.

2.2 Orthophonistes

Le titre d'orthophoniste est réservé aux détenteurs d'une maîtrise en orthophonie. Le nombre de membres en règle de l'OOAQ est en croissance annuelle régulière de 110 orthophonistes et audiologistes entre 2005 et 2007. Au 31 mars 2007, l'OOAQ comptait 660 membres en règle à Montréal.

Nous observons que c'est au Québec que se forme le plus grand nombre d'orthophonistes par an, et que ce nombre est en augmentation entre 2005-2006 et 2007-2008. Ainsi le Québec, bien qu'ayant une population inférieure à celle de l'Ontario, forme en moyenne 15 orthophonistes de plus par an.

Dans les 3 universités offrant la formation⁸, le nombre de demandes d'inscription est très largement supérieur au nombre de places offertes en première année. Des projets d'augmentation du nombre de places sont actuellement à l'étude à l'Université Laval ainsi qu'à l'Université de Montréal⁹.

De façon globale, le MSSS estime qu'environ 50 % des orthophonistes travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux, 40 % dans le réseau de l'éducation et 10 % en bureaux privés. Parmi les 90 % d'orthophonistes qui exercent en établissements publics, au moins 15 % ont également une pratique privée¹⁰.

Au 20 septembre 2007, la répartition des orthophonistes au Québec entre les différents milieux de pratique est la suivante¹¹ :

Type d'employeur	Santé	Scolaire	Privé	Santé et Privé	Scolaire et Privé
Nbre d'orthophonistes	633	385	161	145	77
Total d'orthophonistes en privé			383		

⁸ Université de Montréal, Université McGill et Université Laval

⁹ Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2007)

¹⁰ Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). *Planification de la main d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique*, juillet 2002.

¹¹ Données fournies par l'OOAQ.

L'âge moyen des orthophonistes est légèrement inférieur à 40 ans. Les pressions entraînées par les départs à la retraite sont donc beaucoup moins importantes que pour les autres catégories de professionnels de la santé.

À Montréal

En 2006-2007, on comptait 244 orthophonistes travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le nombre d'orthophonistes travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux a augmenté de 16 professionnels entre 2003-2004 et 2006-2007.

*Statut occupationnel des orthophonistes à Montréal*¹²

Portrait régional

Statut des effectifs			Catégorie d'âge	Pourcentage de femmes
TCR	TPR	TPO	Entre 25 et 39 ans	
57 %	29 %	14 %	50 %	97 %

Ce tableau nous permet de remarquer que 43 % des orthophonistes travaillent à temps partiel, ce qui est un pourcentage non négligeable. Cependant, suite aux consultations réalisées auprès d'orthophonistes travaillant dans des CSSS, il semble que certains orthophonistes souhaiteraient travailler à temps complet dans leurs établissements, mais que les postes proposés ne sont que des postes à temps partiel. Ces orthophonistes complètent alors leur temps de travail en exerçant dans des cliniques privées.

Par ailleurs, la main d'œuvre orthophoniste étant à très forte proportion féminine à Montréal, et 50 % de cette main d'œuvre appartenant à la catégorie d'âge comprise entre 25 et 39 ans, nous pouvons déjà anticiper une augmentation des congés maternité, du recours au temps partiel ainsi que des départs en région pour les prochaines années.

Au 31 mars 2007, il y a 22 postes d'orthophonistes vacants à Montréal, dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Recrutement à l'étranger

Le programme de recrutement d'orthophonistes belges a débuté en 2001, sous la supervision de l'OOAQ. L'OOAQ est chargé non seulement des missions de recrutement en Belgique, mais également de l'accueil, de l'accompagnement et de la formation des orthophonistes belges.

Les orthophonistes belges peuvent travailler dès leur arrivée au Québec mais disposent d'un permis restrictif. L'OOAQ se charge de leur donner les compléments de cours nécessaires, selon des modalités leur permettant de travailler, afin qu'ils puissent obtenir un permis de pratique non-restrictif.

¹² Agence de Montréal. (2006). *Portrait régional de main d'œuvre pour les orthophonistes*, Secteur planification et adaptation de la main d'œuvre, novembre 2006.

Rappelons que plus de 50 orthophonistes sont venus de la Belgique depuis 2001 et que plus de 50 % d'entre eux ont exercé ou exercent toujours dans les établissements de santé et de services sociaux¹³. Il ne semble y avoir aucun problème d'intégration pour les orthophonistes belges, pas plus que de difficultés reliées à la langue pour la clientèle francophone.

En ce qui concerne la France, le diplôme d'orthophoniste français n'est pas équivalent au diplôme québécois.

2.3 Listes d'attente

Le tableau suivant présente le nombre d'enfants en attente d'un premier service en orthophonie au mois d'août 2007, ainsi que les délais d'attente.

Les enfants proviennent des différents programmes de chaque établissement et sont en attente pour un premier service d'orthophonie.

Ce tableau illustre donc la liste d'attente pour les services d'orthophonie, quels que soient le diagnostic initial de l'enfant et son besoin.

Nombre d'enfants (0 – 17 ans) en attente et délais d'attente pour un premier service en orthophonie, au mois d'août 2007¹⁴

Établissements	Nb d'enfants en attente	Délai moyen d'attente (jours)
CHU Sainte-Justine	744	522
CR Marie Enfant	437*	278
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	245	450
Hôpital de Montréal pour enfants	583	514
CR MAB-Mackay	344	633
Institut Raymond-Dewar	90	137
Total	2 443*	426

* Pour le CRME, il s'agit du nombre d'enfants en attente d'un premier service

À Montréal, au mois d'août 2007, **2 443 enfants étaient en attente pour un premier service en orthophonie**, avec une attente moyenne légèrement inférieure à 16 mois.

¹³ Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2007).

¹⁴ Données collectées directement auprès des établissements par la Direction de la gestion des réseaux de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal.

2.4 Offre de service actuelle dans le réseau de la santé et des services sociaux

2.4.1 Offre de service en orthophonie

La profession d'orthophoniste est une profession à titre réservé¹⁵.

La *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, communément appelée « Loi n°90 » et entrée en vigueur le 1^{er} juin 2003, définit des activités réservées aux orthophonistes. Ces activités sont les suivantes¹⁶ :

- a) Procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi (cette activité est partagée avec les professions d'ergothérapeute et de physiothérapeute).
- b) Évaluer les troubles du langage, de la parole et de la voix dans le but de déterminer le plan de traitement et d'intervention orthophoniques.

L'orthophoniste est le professionnel habilité à évaluer les fonctions et les troubles du langage, de la parole et de la voix. Ce professionnel détermine un plan de traitement et d'intervention et en assure la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication. Il évalue et intervient également auprès des personnes qui ont des difficultés ou un trouble de déglutition¹⁷.

L'orthophoniste est au service de l'adulte ou de l'enfant qui présente des difficultés à :

- Faire des phrases complètes, raconter un fait ou une histoire, soutenir une conversation.
- Trouver ses mots.
- Comprendre lorsqu'on lui parle.
- Prononcer correctement.
- Parler sans interruption, sans hésitation ou sans bégayer.
- Parler avec une qualité vocale appropriée, c'est-à-dire avec une voix qui n'est ni rauque ni nasale.
- Comprendre et se faire comprendre par la lecture et l'écriture.

Ces difficultés peuvent être présentes depuis plusieurs mois ou plusieurs années, ou s'être manifestées de façon subite ou progressive. Elles sont très souvent liées au développement chez l'enfant.

Les problèmes de communication peuvent être légers, modérés ou sévères, allant parfois jusqu'à une absence totale de communication verbale.

¹⁵ Les professions réglementées, Conseil interprofessionnel du Québec, www.professions-quebec.org.

¹⁶ Assemblée Nationale. (2008). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.

¹⁷ OOAQ. (2004). Il était une fois un orthophoniste dans le réseau de la santé.

L'orthophoniste est le professionnel des troubles de la communication, et en tant que tel il :

- Évalue les aspects du langage oral ou écrit ainsi que le fonctionnement des organes de la parole, de la voix et de la déglutition.
- Formule des conclusions orthophoniques quant aux incapacités sur le plan de la communication, en évalue les conséquences personnelles, sociales, scolaires et professionnelles.
- Renseigne la personne et sa famille sur la nature et la gravité du problème et propose des solutions pour y remédier.
- Intervient auprès de la personne et de son entourage, soit pour favoriser le développement de la communication, soit pour renforcer le processus de récupération des fonctions ou pour corriger les troubles. L'intervention peut prendre la forme d'exercices variés, de jeux, de stratégies de communication, de modifications des habitudes. Elle comporte, au besoin, la formation des membres de la famille.

2.4.2 Dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS)

L'élément principal qui ressort du portrait de l'offre de service des CSSS en orthophonie est la grande disparité des services offerts. En effet, certains CSSS ne vont offrir aucun service d'orthophonie, certains ne vont offrir des services qu'à une clientèle adulte (principalement dans le centre hospitalier), certains ne vont prendre en charge que les enfants de 0 à 5 ans (en CLSC), et finalement d'autres offriront des services pour toutes les clientèles (incluant les aînés en CHSLD). Dans certains cas, les CSSS contracteront des services dans le privé.

De plus, nous pouvons assister à des situations dans lesquelles l'offre de service est différente, en quantité et en modalités, entre les CLSC d'un même CSSS. À l'extrême, des situations peuvent se présenter dans lesquelles, à l'intérieur d'un même CSSS, les services d'orthophonie ne sont accessibles que dans l'un des CLSC.

Dans tous les cas, l'offre de service est jugée insuffisante par les orthophonistes et les gestionnaires consultés. Cette constatation est notamment renforcée par l'importance des listes d'attente, spécifiquement dans le cas des enfants de 0 à 5 ans en CSSS.

Nombre d'orthophonistes dans les CSSS en 2007 pour les enfants (0-5 ans)

CSSS	Nb d'orthophonistes	ETC
Ouest-de-l'île	0	0
Dorval-Lachine-Lasalle	1	0,4
Sud-Ouest-Verdun	4	3
Cavendish	0	0
De la Montagne	0	0
Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent	0	0
Ahuntsic et Montréal-Nord	0	0
Cœur-de-l'île	0	0
Jeanne-Mance	1	1
Saint-Léonard et Saint-Michel	2	1,4
Lucille-Teasdale	2	1,4
Pointe-de-l'île	2	2
Total	12	9,2

Offre de service pour les enfants

Les services d'orthophonie qui sont offerts aux enfants le sont uniquement dans la composante CLSC des CSSS. Il peut s'agir de postes d'orthophonistes, ou bien d'orthophonistes embauchés sur le programme Intervention Éducative Précoce (IEP) de la Direction de santé publique.

Les orthophonistes sont affectés uniquement auprès de la clientèle de la petite enfance (0-5 ans). Les enfants plus âgés ne sont pas acceptés par les CSSS. L'arrêt de la prise en charge des enfants par les orthophonistes du CSSS coïncide généralement avec l'entrée de l'enfant à l'école, même si l'enfant n'a pas encore 5 ans. Certains CSSS vont limiter la prise en charge aux enfants de 3 ans et moins, ou vont considérer que l'entrée de l'enfant à la pré-maternelle (4 ans) met un terme à leur prise en charge.

Les orthophonistes de CSSS considèrent que leur rôle est de mener des actions de promotion, de prévention et de dépistage, d'évaluer les enfants et de les référer à la ressource appropriée, et finalement d'outiller les parents et les intervenants en SDG à faire face aux troubles de l'enfant.

Les services de rééducation orthophonique proprement dite, c'est-à-dire l'intervention directe auprès d'un enfant (individuelle ou en dyade), ne sont offerts que de façon isolée par les orthophonistes.

Les enfants présentant des troubles ainsi que des retards sévères sont référés aux centres de réadaptation pédiatriques en déficience physique. Les enfants présentant des retards légers et modérés sont référés aux CHU pédiatriques. Dans ce dernier cas, les orthophonistes peuvent également conseiller aux parents d'aller consulter une orthophoniste dans le privé, ou d'attendre que l'enfant reçoive des services par un orthophoniste du milieu scolaire.

Cheminement

Les enfants vont majoritairement être référés par leur service de garde. Cependant, ils peuvent également être référés par un intervenant du programme 0-5 ans du CSSS, par un organisme communautaire, par les parents ou par le médecin de famille.

Le premier temps d'attente pour l'évaluation individuelle varie de 6 à 12 mois, en fonction des CSSS. Cela concerne de 20 à 60 enfants par CSSS.

Par ailleurs, certains CSSS, après avoir référé les enfants à un CHU, vont se voir référer les familles par le CHU, pour des services de soutien à la famille. Les attentes des familles sont alors élevées envers les services des CSSS qui se retrouvent démunis devant ces références, leurs moyens ne leur permettant pas d'offrir des services à ces familles.

Prise en charge

De façon générale, les prises en charge sont réalisées sous forme de groupes parents-enfants animés par un orthophoniste, aidé d'un psychoéducateur et/ou d'un éducateur spécialisé. Ceci est généralement le résultat d'un choix qui correspond à la perception de la mission CLSC (prévention, promotion, évaluation-orientation)

Les prises en charge individuelles ou en dyades (un intervenant pour deux enfants) sont très marginales, à l'exception d'un seul CSSS pour lequel elles constituent la norme.

Priorisation des enfants

Depuis l'entrée en vigueur du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Afin de faire mieux ensemble. MSSS, Juin 2008.* (Plan d'accès), les CSSS tout comme les CRDP et les CRDITED doivent respecter des standards d'accès i.e. des délais pour l'accès à un premier service.

- Les délais d'accès sont basés sur des critères permettant d'évaluer la situation globale de la personne (sécurité, intégrité, développement, réseau de soutien) et de sa famille.
- Il existe trois niveaux de priorité, urgent, élevé et modéré.
- L'implantation du plan d'accès se déroule sur une période de trois ans. La première année privilégie les demandes de niveau de priorité «urgent», tous âges (délai de 72 heures) et de niveau de priorité «élevé» (30 jours en CSSS; 90 jours en CR) pour les enfants de moins de 6 ans.

Le programme Intervention Éducative Précoce (IEP)

Le programme IEP est un projet pilote de la Direction de santé publique de Montréal implanté en 2005 dans 7 territoires de CLSC (6 CSSS). Dans une perspective de promotion et de prévention, le programme a pour but de favoriser le développement optimal des enfants, y compris cognitif, langagier, affectif, social et psychomoteur, et ainsi de faciliter leur entrée à l'école. Ce programme s'adresse à tous les enfants âgés de 2 à 5 ans, avec une attention particulière pour les enfants vivant en contexte de vulnérabilité.

Les activités consistent à soutenir les services de garde et autres organismes qui offrent un soutien éducatif, en favorisant l'accès des enfants vivant en contexte de vulnérabilité aux services de garde, en soutenant le processus d'intégration des enfants qui y sont référés, en répondant aux besoins de soutien des éducateurs et des intervenants offrant des activités d'intervention éducative précoce, et en accompagnant le passage de l'enfant d'un organisme à un autre, tant que l'enfant démontre une vulnérabilité face à son développement, et cela, jusqu'à l'entrée à l'école.

Les activités de l'orthophoniste embauché dans le cadre de ce programme s'orientent vers le soutien aux éducateurs et intervenants et ne visent donc pas directement les enfants. Les services offerts sont donc très différents de ceux offerts par les orthophonistes occupant un poste en CSSS.

Partenariats

Les CSSS établissent de nombreuses ententes avec les SDG de leurs territoires, essentiellement par le biais de protocoles d'entente, qui consistent principalement en des formations données par les orthophonistes aux intervenants, en des liens privilégiés pour l'évaluation des enfants identifiés par les intervenants, ou en la mise en place de programmes de détection et de plans de services individualisés. Les orthophonistes peuvent se déplacer dans les SDG pour faire de l'observation et évaluer les enfants, ainsi que pour rencontrer les parents.

Certains partenariats existent également avec des organismes communautaires du territoire de desserte. Les ententes vont principalement inclure des activités de formation.

Par ailleurs, les CSSS ont peu d'ententes spécifiques avec les autres organisations du réseau de la santé (CHU, CRDP, CRDITED) ou du réseau scolaire (écoles), dans le domaine de l'orthophonie.

Il est important de préciser que le plan d'accès contient des standards de continuité dont l'implication d'un intervenant pivot réseau, majoritairement désigné par le CSSS, et l'élaboration et la coordination de PSI (intersectoriel) lors de périodes de transition (entrée à la garderie, passage de la garderie à l'école, changement de milieu de vie...)

2.4.3 Dans les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP)

Trois CRDP interviennent auprès de la clientèle enfance-jeunesse pour la déficience du langage. Il s'agit du Centre de réadaptation Marie Enfant du CHU Sainte-Justine, du Centre de réadaptation MAB-Mackay et de l'Institut Raymond-Dewar.

Les orthophonistes sont présents dans le programme des troubles de la communication, mais également au sein d'autres programmes.

Nombre d'orthophonistes dans les trois CRDP concernés (Novembre 2007)

	Nb d'orthophonistes	ETC
<i>CR MAB-Mackay</i>	12	10,2
<i>Institut Raymond-Dewar *</i>	38	33,4
<i>CR Marie Enfant</i>	21	16,85
Total	71	60,45

** la majorité des orthophonistes travaillent en déficience auditive*

Critères d'admission de la clientèle

Pour le programme des troubles de la communication, seuls les enfants et les jeunes présentant un retard sévère ou un trouble du langage, un bégaiement persistant ou un trouble du traitement auditif sont acceptés. Ces critères d'admission sont harmonisés entre les trois CRDP.

L'accessibilité aux services d'orthophonie pour les enfants des autres programmes est définie en fonction des besoins des enfants.

Cheminement

Les références peuvent provenir d'un professionnel de la réadaptation selon la problématique de l'enfant.

De façon générale, les références proviennent de CSSS, de CHU (CHU Sainte-Justine, Hôpital de Montréal pour enfants), de bureaux privés, de programmes internes aux CRDP, ou encore du milieu scolaire.

La référence est reçue au service des archives ou de l'accueil/orientation, afin de s'assurer que le dossier est complet. Par la suite, le dossier est étudié par un membre de l'équipe du service d'Accueil/Évaluation/Orientation pour décider de l'éligibilité. La réponse est alors transmise aux parents ainsi qu'au référent (par téléphone ou par lettre). Si le client répond aux critères du programme, il est inscrit sur la liste d'attente pour un premier service lequel peut varier selon la nature du besoin exprimé par la famille.

Priorisation des enfants

Les CRDP disposent de mécanismes de priorisation pour la clientèle ayant une déficience motrice. Ceux-ci étaient en place avant l'application du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience et ont été révisés au cours de la dernière année pour assurer un accès rapide à la clientèle en attente. Pour la clientèle ayant une déficience du langage, il y a aucun mécanisme de priorisation.

Depuis l'entrée en vigueur du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience les Centres de réadaptation en déficience physique doivent respecter des standards d'accès i.e. des délais pour l'accès à un premier service (cf. note complète en page 17).

Prise en charge (suivi)

Les CRDP offre le premier service en orthophonie à des moments différents dans le cheminement du client selon le programme d'appartenance. Par exemple, au Programme des déficits moteurs cérébraux du CRME, l'orthophoniste pourrait intervenir avant 4 ans pour stimuler les pré-requis du langage alors qu'au Programme des troubles de la communication, l'orthophoniste intervient souvent après l'âge de 4 ans compte tenu de l'âge de l'enfant au moment de la référence et des listes d'attente de ce programme. Les enfants ayant un trouble du langage sont souvent âgés de près de 4 ans quand le CRDP peut offrir le 1^{er} service. Pour les autres clientèles, l'âge du début du suivi en orthophonie est en fonction des besoins de l'enfant et de ses proches.

Les suivis sont effectués par des équipes multidisciplinaires selon différentes modalités, notamment des prises en charge en groupes, en fonction des besoins de l'enfant. Les parents sont des acteurs majeurs du processus de réadaptation et sont impliqués tout au long de la prise en charge.

Les orthophonistes peuvent se déplacer, le cas échéant, afin d'offrir des services à l'enfant dans son milieu : à domicile, en milieu de garde, dans ses loisirs.

Partenariats

Il semble n'exister que peu de relations de partenariats entre les CSSS et les CRDP. Rappelons que le plan d'accès contient des standards de continuité dont l'implication d'un intervenant pivot réseau, majoritairement désigné par le CSSS, et l'élaboration et la coordination de PSI (intersectoriel) lors de périodes de transition (entrée à la garderie, passage de la garderie à l'école, changement de milieu de vie...)

Également, peu de liens semblent exister avec les organismes communautaires, les CRDITED et les CHSGS, en dehors des activités de référence.

Il existe certaines ententes entre CRDP et SDG. À titre d'exemple, nous pouvons mentionner les ententes existant entre l'Institut Raymond-Dewar et les CPE Saint-Denis (entente en vigueur depuis 2 ans) et Lafontaine (entente en vigueur depuis 5 ans qui concerne la déficience auditive). Une orthophoniste de l'IRD se déplace 1 journée par semaine dans chacun des CPE afin d'intervenir auprès des enfants qui le nécessitent. Il s'agit d'enfants occupant les places réservées pour les enfants handicapés, pour lesquels les SDG bénéficient d'un budget alloué. Au CRME, les intervenants du Programme troubles de la communication composent avec trois types de milieu de garde : le Centre de la petite enfance (CPE), la garderie en milieu familial liée à un CPE et la garderie privée. Plusieurs enfants présentant une déficience du langage sont intégrés dans ces services de garde. Généralement, les intervenants de ces milieux appliquent les recommandations formulées concernant la modification de l'environnement physique, les activités de stimulation privilégiées et les attitudes à adopter pour favoriser le développement et minimiser les situations de handicap. Les éducateurs spécialisés de tous les programmes travaillent dans les différents milieux fréquentés par l'enfant tel que les SDG pour assurer la généralisation des habiletés

Les CRDP reconnaissent l'importance de ces ententes et souhaiteraient pouvoir les développer. Cependant, ils estiment être limités dans leurs démarches par le manque de ressources financières et humaines.

2.4.4 Dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)

Les 2 CHSGS rencontrés sont le CHU Sainte-Justine (CHUSJ) et l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME).

Nombre d'orthophonistes (Décembre 2007)

	Nb d'orthophonistes	ETC
CHUSJ	17	12,6
HME	9	5,5
Total	26	18,1

Critères d'admission de la clientèle

Les enfants doivent être référés par un médecin.

Tous les enfants hospitalisés sont pris en charge sans délai.

❖ *CHUSJ :*

Dans les cliniques spécialisées, les enfants sont acceptés de 0 à 18 ans (de 0 à 21 ans pour la clinique de fissure palatine).

Pour la clientèle de neurodéveloppement (« clientèle guichet »), tous les enfants sont acceptés. Cependant, les enfants de 5 ans et plus ne bénéficieront que d'une évaluation, alors que les enfants de 4,5 ans et moins bénéficieront d'une évaluation ainsi que de séances de thérapie diagnostique.

Les enfants non pris en charge sont les enfants bègues, ainsi que certains enfants présentant un trouble de la déglutition (nécessitant un traitement à visée esthétique). Les enfants bègues sont référés aux CRDP.

❖ *HME :*

Pour la clientèle présentant un retard ou un trouble du langage, seuls les enfants de 0 à 5 ans sont pris en charge.

De plus, les enfants qui font leur entrée scolaire en septembre ne peuvent être inscrits sur la liste d'attente que jusqu'au mois de janvier précédent leur entrée scolaire.

Tous les enfants présentant un trouble possible de fluidité, de résonance ou de voix sont évalués. Les enfants avec trouble de déglutition ne sont pas pris en charge.

Cheminements

Pour les enfants hospitalisés :

Les enfants hospitalisés sont pris en charge sans délais, quel que soit leur âge.

Pour les enfants non hospitalisés :

Les requêtes sont réceptionnées et traitées par un bureau/guichet qui traite un ensemble de requêtes, et non pas uniquement les requêtes d'orthophonie.

Par la suite, le professionnel va orienter le patient vers le programme approprié et l'enfant sera inscrit sur la liste d'attente. Les enfants orientés vers les services d'orthophonie auront systématiquement un rendez-vous en audiologie.

À partir de ce point, les cheminements des 2 établissements diffèrent mais tous deux offrent des services d'évaluation et de thérapie.

Partenariats

Pour HME : avec certains CSSS offrant des services d'orthophonie pour des évaluations complémentaires pour des cas présentant des problématiques complexes. Avec les SDG pour des demandes de formation.

2.4.5 Dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED)

Les cinq CRDITED de Montréal sont : le Centre de réadaptation de l'ouest de Montréal, le Centre de réadaptation Lisette Dupras, le Centre de réadaptation Gabrielle Major, les Services de réadaptation l'Intégrale et le Centre Miriam.

Nombre d'orthophonistes

Selon les rapports statistiques annuels AS 485, nous obtenons les données suivantes :

Nombre de postes d'orthophonistes-audiologistes et répartition par centres d'activités

CRDITED	2004-2005	2005-2006	2006-2007
CR de l'Ouest de Montréal	0	0	0
CR Lisette-Dupras	0	0	0
CR Gabrielle Major	0	0	0
Services de réadaptation l'Intégrale	1 poste <i>Soutien aux programmes CRDI</i>	1 poste <i>Adaptation/soutien personne, famille, proches</i> 1 poste <i>ICI TED</i>	2 postes <i>Soutien aux programmes CRDI</i>
Centre Miriam	1 poste <i>Adaptation/soutien personne, famille, proches</i>	1 poste <i>Adaptation/soutien personne, famille, proches</i>	1 poste <i>Adaptation/soutien personne, famille, proches</i>
Total	2	3	3

Certains CRDITED vont compléter leur offre de service en achetant des services d'orthophonie dans le secteur privé. Dans certains cas, ces services équivalent à un poste à temps partiel régulier de 2 jours par semaine.

Les cinq CRDITED offrent des services ICI (intervention comportementale intensive) aux enfants âgés de moins de 5 ans et ayant reçu un diagnostic de TED. L'objectif de ce programme est d'aider l'enfant à développer de nouvelles habiletés qui lui permettront de s'intégrer et de s'adapter à sa communauté. Parmi les champs de compétences visés, on retrouve les prémisses de la communication ainsi que la communication verbale et non verbale. Ces services sont dispensés par des éducateurs spécialisés.

Critères d'admission de la clientèle

Les enfants 0-5 ans sont admis dans les CRDITED sur la base d'un diagnostic documenté de retard global de développement, de déficience intellectuelle ou de trouble envahissant du développement. Ces diagnostics impliquent des difficultés spécifiques au plan du langage et de la communication qui seront prises en compte dans la mise en place des interventions. Les enfants ayant une déficience intellectuelle se présenteront avec un retard au niveau de la sphère du langage et de la communication et les enfants ayant un trouble envahissant du développement avec une altération significative au niveau de la communication. Les enfants ayant un trouble envahissant du développement se présentent dans la grande majorité des situations avec un rapport d'évaluation en orthophonie menée dans un contexte de multidisciplinarité.

Les enfants se présentant dans les CRDITED avec un rapport d'évaluation orthophonique complété ainsi que les enfants pour lesquels les éducateurs vont percevoir un besoin en orthophonie seront, lorsque requis, pris en charge par un orthophoniste et ce, dans la mesure du possible.

Prise en charge

Il n'existait pas de critères de priorisation des enfants jusqu'à l'entrée en vigueur du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Tous les enfants, qu'ils présentent une DI ou un TED étaient pris en charge de la même façon. Toutefois, le plan d'accès prévoit depuis le 8 novembre 2008 des critères de priorisation qui s'appliquent aux enfants âgés de moins de 6 ans (niveaux urgent et élevé). (cf note complète en page 17)

Compte tenu des cheminements suivis ainsi que de l'ensemble des délais d'attente des différents établissements, les CRDITED reconnaissent qu'il est peu probable pour un enfant présentant un retard global de développement avec une forte suspicion de DI d'être pris en charge dans un CRDITED avant ses 5 ans (4,5 ans – 5 ans).

Par ailleurs, les pratiques émergentes semblent démontrer que les enfants présentant une DI potentialisent au niveau du langage autour de 7 ans. Les CRDITED souhaitent donc pouvoir augmenter en conséquence l'intensité des services d'orthophonie dont bénéficient ces enfants.

Projets novateurs évoqués par les établissements

Projet incluant une stagiaire en orthophonie dans le CR Lisette Dupras. Ce projet est également en cours au CR Miriam.

Depuis septembre 2007, une orthophoniste travaille à contrat 7 heures par semaine (1 jour par semaine) au CRDITED, dans le cadre d'un projet pilote visant l'augmentation et le développement de l'offre de service en orthophonie. Le rôle de cette orthophoniste est principalement de superviser une stagiaire en orthophonie présente 2 jours par semaine, pendant une durée de 6 semaines. Cette stagiaire provient de l'école d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal, avec laquelle une entente existe. La stagiaire orthophoniste va réaliser, sous la supervision de l'orthophoniste, les évaluations ainsi que les plans d'intervention de certains enfants. Également, elle va formuler des recommandations pour les éducateurs, les différents intervenants ainsi que la famille de l'enfant. Pour ce projet, 6 enfants présentant une DI ont été sélectionnés par les éducateurs, en fonction des besoins perçus en orthophonie. Devant les résultats positifs de ce projet, il a été décidé de le reconduire à la session d'hiver, en privilégiant cette fois-ci les enfants présentant un TED. Au terme du projet, l'ensemble des enfants présentant une DI ou un TED seraient admissibles.

Une entente existe également entre le CR de l'Ouest de Montréal et l'école d'orthophonie et d'audiologie de l'Université McGill, pour l'accueil de stagiaires en orthophonie. Cependant, le CR de l'Ouest de Montréal offrant des services en anglais, son bassin de recrutement d'orthophonistes anglophones est plus restreint et pour le moment ce CR ne dispose pas d'orthophoniste pour superviser une stagiaire en orthophonie.

Partenariats

Peu d'ententes formelles de partenariat ne semblent exister avec aucun autre établissement (CSSS, CHSGS, CRDP, SDG, écoles). Cependant, il est jugé très souhaitable de développer dans un avenir proche des partenariats avec les CRDP. Des ententes sont toutefois en développement entre certains CRDITED et CRDP.

2.4.6 Dans le privé

Les données sur la clientèle desservie par les orthophonistes exerçant dans le privé ont été recueillies sur le site Internet de l'OOAQ. Les orthophonistes qui souhaitent s'inscrire sur le site (inscription payante) définissent eux-mêmes les caractéristiques de la clientèle qu'ils prennent en charge.

En compilant l'ensemble des éléments fournis par les orthophonistes qui travaillent dans le privé à Montréal et qui acceptent la clientèle des enfants et des jeunes (préscolaire, enfants, adolescents), il appert que leur travail touche l'ensemble des troubles de la communication.

2.5 Cheminements des enfants nécessitant des services d'orthophonie

Le schéma illustrant les cheminements est présenté à l'annexe 2.

L'étude de ces cheminements nous permet de faire plusieurs constatations :

- Les cheminements sont très complexes
- Il existe une très grande diversité de cheminements possibles
- La case qui reçoit le plus grand nombre de références est celle des orthophonistes dans le privé
- L'attente est généralisée dans le réseau.

3. PROBLÉMATIQUES DANS LE RESEAU DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX

3.1. Clientèle

3.1.1. Augmentation des besoins de la clientèle pédiatrique

Les activités de détection étant de plus en plus fréquentes dans les SDG, le nombre d'enfants détectés et donc devant être évalués est en augmentation. De plus, les problématiques reliées au langage et à la parole sont mieux connues des médecins et des divers référents, qui réfèrent donc plus d'enfants pour une évaluation orthophonique.

Ces deux éléments contribuent à ce que les enfants soient référés de plus en plus tôt. Par ailleurs, il est constaté que les problématiques présentées sont plus diversifiées actuellement qu'auparavant.

En ce qui concerne les enfants présentant une DI ou un TED, nous avons assisté dans les dernières années à une augmentation importante de leurs besoins en orthophonie, induite par l'avancée des connaissances scientifiques qui ont démontré les gains potentiels qui pouvaient être réalisés par ces enfants dans le domaine de la communication. Cette clientèle vient donc s'ajouter à la clientèle « traditionnelle » des orthophonistes tout comme la clientèle présentant certaines problématiques liées principalement aux troubles d'apprentissage, qui ne sont détectées chez les enfants qu'à partir de l'âge scolaire. Ce groupe de clientèle est donc constitué par des enfants d'âge scolaire qui n'ont jusqu'à présent jamais été évalués par un orthophoniste, ou dont les problématiques spécifiques n'ont jamais été évaluées.

La clientèle des centres jeunesse a besoin de façon significative de services d'orthophonie. La complexité des situations de cette clientèle implique un rôle particulier de l'orthophoniste qui doit non seulement investir beaucoup de temps auprès des enfants mais aussi auprès de la famille ce qui a un impact sur la durée des interventions.

3.1.2. Importance et impacts de la diversité culturelle

L'importante diversité culturelle de Montréal est certes un facteur très enrichissant qui cependant, particulièrement dans le domaine très spécifique de l'orthophonie, est également vecteur de contraintes. En effet, l'évaluation et la rééducation orthophoniques, de part leur nature même, exigent de tout orthophoniste une connaissance très spécifique de la langue parlée par l'enfant, différente de la maîtrise pure de la langue. Également, comme l'orthophoniste vise toujours à obtenir la collaboration des parents tout au long du traitement, il doit avoir conscience des impacts pouvant être entraînés par une culture et des valeurs différentes de la part des parents, de même que par une conception différente des rapports avec les intervenants du réseau de la santé.

Les impacts pouvant être entraînés par l'importance de la clientèle multiculturelle sont les suivants :

Augmentation du temps de l'évaluation ou de la prise en charge :

- Induite par le recours à un interprète.
- Dans certains cas, pour permettre à l'intervenant de mieux expliquer certaines notions aux parents.

Perte en précision lors de l'évaluation ou de la prise en charge :

- Induite par la non-connaissance des spécificités linguistiques de la langue parlée par l'enfant.
- Induite par le recours à un interprète qui doit non seulement posséder une très bonne connaissance de la langue, mais également de la culture des parents et de l'enfant et qui doit être familier avec les techniques de travail employées par les orthophonistes.

Adaptation du personnel aux spécificités de ses usagers :

- Mise en place de stratégies adaptées aux problématiques spécifiques rencontrées.
- Organisation différente des services.
- Sollicitation de collaborateurs additionnels.

3.2. Organisation des services

3.2.1. Deux conceptions dans la définition des critères d'admissibilité

Nous pouvons séparer les différentes catégories d'établissements en deux groupes, en fonction de la façon dont ils définissent leurs critères d'admissibilité pour l'orthophonie.

Le 1^{er} groupe est constitué des établissements dont les critères d'admissibilité sont reliés à l'âge de l'enfant. Nous retrouvons dans ce groupe les CSSS qui présentent une offre de service en orthophonie, qui limitent leurs services aux enfants de 0 à 5 ans. Dans certains cas, les services ne sont offerts qu'aux enfants de 0 à 4 ans ou de 0 à 3 ans. Également, nous retrouvons dans ce groupe les CHU pédiatriques qui, bien qu'exigeant une référence médicale et se situant au niveau des soins sur-spécialisés (3^e ligne), accueillent tous les enfants de moins de 5 ans qui leurs sont référés (dans certains cas, les enfants de plus de 5 ans sont acceptés).

Le 2^e groupe est constitué des établissements qui définissent leurs critères d'admissibilité en fonction du niveau de déficience de l'enfant. Dans ce groupe nous retrouvons les CRDP, qui n'acceptent que les enfants présentant un retard sévère ou un trouble du langage, un bégaiement persistant, ou un trouble du traitement auditif (TTA), qui ont été référés par un orthophoniste (évaluation orthophonique).

Cette situation entraîne les difficultés suivantes :

- Les délais d'attente des CSSS sont très longs, car la totalité des demandes d'évaluation en orthophonie sont acceptées. Il n'y a pas de mécanisme de priorisation (tels que par exemple des questionnaires adressés aux parents ou aux intervenants en SDG) permettant d'offrir une réponse adaptée aux besoins des enfants. Les services offerts aux enfants sont standardisés en fonction de leur âge ou de la façon dont ils ont été référés au CSSS (par leurs parents, par les intervenants du SDG, par un intervenant interne au CSSS), mais aucunement en fonction de leurs besoins.
- Les CHU pédiatriques ont également des listes d'attente très longues, en partie car celles-ci ne sont pas aussi spécifiques qu'elles le devraient, puisque le critère principal d'accès reste malgré tout l'âge de l'enfant, et non pas le niveau de services dont il a besoin. Ainsi, certains enfants inscrits sur ces listes d'attente n'ont pas besoin d'une évaluation orthophonique sur-spécialisée offerte par une équipe multidisciplinaire de 3^e ligne dont le mandat est d'adresser des problématiques complexes.

Par ailleurs, avec le plan d'accès des délais d'accès basés sur des critères permettant d'évaluer la situation globale de la personne (sécurité, intégrité, développement, réseau de soutien) et de sa famille sont prévus.

3.2.2. Manque de clarté dans les rôles et responsabilités des différentes catégories d'établissements

Les intervenants concernés s'accordent sur le manque de clarté dans les rôles et les responsabilités des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, mais également entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et ceux du réseau scolaire.

Il ne semble pas y avoir de répartition concertée de la clientèle dans son ensemble, ce qui entraîne des ruptures dans la continuité des services, de même que l'impossibilité pour des groupes d'enfants (notamment les enfants de plus de 5 ans présentant un retard de langage léger à modéré) d'obtenir des services autrement que dans le privé.

La continuité des services est également diminuée par la complexité des cheminements possibles pour les enfants. En effet, les cheminements varient d'un CSSS à l'autre, d'un CLSC à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur d'un même CLSC.

L'accessibilité aux services d'orthophonie est elle aussi diminuée par cette complexité. D'une part car les enfants peuvent perdre un temps précieux en suivant des cheminements parallèles, et d'autre part car les références des enfants peuvent ne pas être pertinentes, ceci étant une conséquence du manque de clarté des rôles et responsabilités des différentes catégories d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Finalement, ce manque de clarté est en lui-même un frein au développement d'ententes ou de partenariats entre les différents établissements :

- Du réseau de la santé et des services sociaux entre eux (CSSS, CHU, CR).
- Du réseau de la santé et des services sociaux avec les services de garde et les organismes communautaires.
- Du réseau de la santé et des services sociaux avec ceux du réseau scolaire.

Pourtant, tous reconnaissent l'importance de développer ces partenariats, élément essentiel de l'amélioration de l'offre de service en orthophonie.

Par ailleurs, nous observons que certains établissements se retrouvent à présenter une offre de service en réaction à celle des autres catégories d'établissements, dans un souci de continuité. Cette situation est entraînée soit par l'importance des délais d'attente, soit par l'absence d'une offre de service en orthophonie. Par exemple, l'Hôpital de Montréal pour Enfants réalise un suivi en orthophonie des enfants référés en CRDP, car les délais d'attente des CRDP sont très importants. Également, les CRDP offrent des services d'orthophonie aux enfants d'âge scolaire (répondant à leurs critères d'admissibilité) qui sont dans des écoles sans orthophoniste.

3.2.3. Modalités d'accès à un orthophoniste variables en fonction de la catégorie d'établissement

À l'exclusion des références effectuées en interne au sein d'un même établissement, et qui peuvent répondre à des modalités spécifiques, nous observons que l'accessibilité à un orthophoniste est très différente en fonction de la catégorie d'établissement dans laquelle il travaille.

Les orthophonistes exerçant dans le privé ou en CSSS sont accessibles directement, sans référence d'aucune sorte.

Les orthophonistes exerçant dans les CRDP sont accessibles uniquement sur référence. Une évaluation orthophonique est requise pour les troubles du langage. Par contre, l'évaluation en orthophonie n'est pas obligatoire pour les autres problématiques mais fait partie des rapports pertinents à inclure pour documenter un retard global de développement à titre d'exemple.

Finalement, les orthophonistes des CHU ne sont accessibles que sur référence médicale.

Les modes de référence étant différents, certains acteurs se demandent si les enfants sont tous référés au bon moment, dans la bonne structure, et en viennent ainsi à s'interroger sur le degré de spécificité et de pertinence des listes d'attente.

Par ailleurs, l'accessibilité à un orthophoniste de 1^{re} ligne est actuellement extrêmement inégale, car seulement 7 CSSS sur 12 (14 CLSC sur 29) offrent des services d'orthophonie pour les enfants. Il est également important de prendre en compte que, même dans les 14 CLSC qui offrent des services d'orthophonie, l'intensité ainsi que les modalités des services offerts sont extrêmement variables. Par exemple, certains CLSC n'offrent pas directement de services d'orthophonie, mais contractent des services d'évaluation orthophonique auprès d'orthophonistes travaillant dans le privé.

3.2.4. Listes et délais d'attente importants

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux font face à des listes d'attente regroupant des nombres importants d'enfants, avec un délai moyen d'attente de pratiquement 16 mois.

L'importance des délais d'attente est évidemment préjudiciable pour les enfants puisque nous savons qu'en matière de réadaptation en déficience physique, chaque jour de retard dans la prise en charge d'un usager est autant de potentiel de récupération perdu. De plus, dans le domaine de la réadaptation orthophonique, l'un des âges critiques pour l'enfant est l'entrée à l'école, moment à partir duquel l'ensemble du domaine de la communication (orale et écrite) va être au centre de la vie de l'enfant, que ce soit au travers des apprentissages académiques ou des relations avec les autres enfants. Ainsi, un enfant présentant un retard ou un trouble de la communication et qui n'aura pas encore été pris en charge par un orthophoniste au moment de son entrée à l'école, risque également de présenter un retard dans ses apprentissages académiques, ainsi que des difficultés d'intégration.

Par ailleurs, l'importance du nombre d'enfants en attente est un élément qui va mettre beaucoup de pression sur les établissements et les orthophonistes concernés. Ceux-ci vont être constamment sollicités afin d'adapter leur offre de service pour répondre le plus possible aux besoins. Cette nécessité d'adaptation et de réorganisation continue, en plus d'être un facteur de stress pour les intervenants, entraîne bien souvent la décision de limiter les services offerts afin de restreindre sa clientèle et ainsi les délais d'attente de celle-ci. Par exemple, certains établissements vont décider de n'accepter que les enfants de moins de 5 ans ou de moins de 4 ans (dans certains cas, les enfants de moins de 3 ans). Les enfants présentant une DI ou un TED ne seront pas admissibles dans certains établissements. Les prises en charge individuelles vont être abandonnées au profit des prises en charge en groupes. Le nombre de séances d'orthophonie sera fixe, et ne tiendra pas compte du besoin réel de l'enfant. Dans certains établissements, les activités organisées pour l'enfant et les parents durant le temps d'attente (conférences, ateliers) seront abandonnées afin de permettre de recentrer la pratique des orthophonistes sur les activités d'évaluation et de prise en charge.

L'ensemble de ces mesures va contribuer à créer des clientèles orphelines, notamment les enfants de plus de 5 ans présentant un retard de langage léger ou modéré.

L'ensemble de ces mesures va également avoir une incidence sur le moral des orthophonistes. Certains d'entre eux ressentiront de la frustration face à des situations dans lesquelles les besoins des enfants ne sont pas comblés, d'autant plus qu'ils connaissent avec précision toutes les conséquences possibles sur le développement de l'enfant.

Finalement, compte tenu de l'importance des délais d'attente et de la nécessité d'une prise en charge la plus précoce possible, le recours au privé sera souvent la seule solution qui permettra aux parents d'obtenir un peu plus rapidement des services d'orthophonie pour leur enfant.

L'un des éléments qui concerne directement les intervenants des CSSS, est la difficulté pour eux d'avoir accès à un médecin pour obtenir une référence en CHU pour un enfant.

3.3. Accès aux ressources

3.3.1. Recrutement d'orthophonistes difficile

Les intervenants consultés estiment qu'il existe actuellement une pénurie d'orthophonistes. Cette perception est renforcée par le fait que le MSSS a inscrit la profession d'orthophoniste sur la liste des titres d'emploi en pénurie. Cette pénurie est en voie d'être résolue grâce à de nombreux efforts déployés en vue d'augmenter le nombre d'orthophonistes formés au Québec ou recrutés à l'étranger. Malgré cette amélioration notable du nombre d'orthophonistes disponibles, des problèmes de recrutement et particulièrement d'attraction-rétention demeurent. Les orthophonistes privilégient les offres d'emploi jugées les plus attractives.

De façon schématique, nous observons que les postes à temps complet sont majoritairement recherchés par les orthophonistes nouvellement diplômés, et les postes à temps partiel régulier sont plutôt recherchés par les orthophonistes ayant des enfants. Les postes de remplacement ainsi que les postes offerts dans le cadre d'un projet (et donc sur une durée limitée) sont difficilement comblés. Les conditions de travail offertes sont également très importantes. Outre les conditions matérielles (salle de travail adaptée, bureau privé, matériathèque), l'organisation du travail est un élément déterminant pour l'embauche et la rétention des orthophonistes. Le travail en équipe est généralement valorisé, qu'il soit réalisé dans un contexte multidisciplinaire ou au sein d'une équipe d'orthophonistes (facteur rassurant pour les jeunes diplômés). La flexibilité des horaires, la conciliation travail-famille, les possibilités de formation et de recherche sont également des éléments de rétention, de même que la présence de personnel de soutien sur le plan administratif. Les établissements n'étant pas en mesure d'offrir ces garanties vont vraisemblablement rencontrer des difficultés de recrutement et de rétention.

Par ailleurs, la profession d'orthophoniste étant une profession très majoritairement féminine, les établissements sont confrontés à des difficultés de gestion des ressources humaines à court terme, de par l'importance du nombre de congés maternité. Cette situation fait en sorte que les établissements vont proposer des postes de remplacement pour combler les absences des orthophonistes en congés maternité, postes qui, ainsi que nous l'avons vu précédemment, seront difficilement comblés.

Les établissements proposant une offre de service en anglais ou bilingue (français et anglais), sont confrontés à des difficultés supplémentaires de recrutement puisque au Québec le bassin d'orthophonistes anglophones ou bilingues (français et anglais) est plus restreint que le bassin d'orthophonistes francophones. Par ailleurs, selon les intervenants concernés, il semble que l'accès au marché du travail pour les orthophonistes qui n'ont jamais fréquenté d'établissement de formation francophone, soit limité par l'obligation pour les candidats de réussir l'examen de français de l'Office québécois de la langue française.

Les catégories d'établissements dans lesquelles l'offre de service en orthophonie est plus récente, particulièrement les CRDITED ainsi que, dans une certaine mesure, les CSSS, sont confrontées au fait que les orthophonistes ne connaissent pas, ou peu, les services offerts. Leur processus de recrutement est donc plus difficile, car les orthophonistes ne souhaiteront pas nécessairement aller travailler dans un milieu qu'ils connaissent peu, avec une clientèle qui leur est peu familière (DI-TED), dans lequel ils seront isolés (seul orthophoniste de l'établissement), et dont ils devront développer l'offre de service et les partenariats (CSSS).

Un dernier élément avancé est la différence de salaire existant entre le secteur privé et le secteur public, qui est un facteur incitant les orthophonistes à choisir et à demeurer dans le secteur privé. Cependant, en fonction des établissements les situations vécues sont très différentes, et certains établissements n'éprouvent pas de difficultés à recruter des orthophonistes, y compris pour des remplacements.

Par ailleurs, il est essentiel de prendre en compte que bien souvent, le recrutement d'un orthophoniste va également impliquer le recrutement d'autres professionnels (tel qu'ergothérapeute ou psychoéducateur par exemple), et donc venir faire pression sur le budget d'autant plus.

Finalement, il est à noter que certains établissements ne peuvent embaucher d'orthophonistes supplémentaires en raison d'un manque d'espace, indépendamment de raisons financières ou de disponibilité de la main d'œuvre.

3.3.2. Budget jugé insuffisant

Plusieurs éléments concernant le budget sont mentionnés par les intervenants des différents établissements.

De façon générale, ceux-ci estiment que le budget qui leur est accordé est insuffisant pour permettre l'embauche supplémentaire d'orthophonistes, de personnel de soutien ainsi que l'achat du matériel orthophonique nécessaire.

Cependant, des nuances sont à apporter à cette appréciation.

Certains intervenants des CSSS (CLSC) attribuent ce manque de ressources financières pour l'orthophonie au fait qu'il n'existe pas de budget spécifique identifié et réservé pour l'orthophonie. Ainsi, le budget consacré à l'orthophonie est le plus souvent issu d'une négociation au cours de laquelle des choix doivent être faits entre plusieurs disciplines. Le développement de l'offre de service en orthophonie est donc fortement dépendant de la volonté des décideurs.

3.3.3. Présence et apport limités du personnel de soutien

Au niveau du personnel administratif de soutien, les conditions en fonction des établissements sont très différentes. De plus en plus, des services administratifs de soutien (secrétariat, gestion des listes d'attente,...) sont développés afin de permettre aux orthophonistes de n'effectuer que des tâches qui exigent leur niveau de compétence. Cependant, nous sommes encore face à des situations dans lesquelles les orthophonistes sont laissés à eux-mêmes et doivent supporter seuls toute l'organisation administrative de leur pratique.

Au niveau des agents multiplicateurs, les orthophonistes peuvent être aidés dans certains cas par des éducateurs spécialisés ou des stagiaires en orthophonie, mais bien souvent la relation développée est de type « collaborative », qui ne permet pas à l'orthophoniste de se dégager de certaines de ses tâches. Là encore, les orthophonistes se retrouvent bien souvent seuls face à la pression des listes d'attente, à devoir gérer les inquiétudes des parents et les problématiques des enfants auxquels ils ne pourront offrir de services d'orthophonie qu'en nombre limité.

4. PLAN D'ACTION

4.1. Rôles et responsabilités de chaque catégorie d'établissements

Le contexte

Les deux grands principes mis de l'avant par la réforme de 2003 du réseau de la santé et des services sociaux sont la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

La responsabilité populationnelle implique que les CSSS sont maintenant responsables de l'état de santé et de bien-être de la population de l'ensemble de leur territoire, et non plus uniquement de leurs usagers.

La hiérarchisation des services implique que les différents établissements du réseau doivent se concerter afin de respecter leurs missions et leurs mandats respectifs et ainsi permettre une utilisation la plus judicieuse possible de leurs services de santé et de services sociaux.

Dans le respect du principe de la hiérarchisation des services, les rôles et les responsabilités de chaque catégorie d'établissements ont été définis en fonction de son niveau de service, au regard de la dispensation des services d'orthophonie.

Les CSSS – Offre de service de 1^{re} ligne

Les orthophonistes des CSSS ont pour rôle de procéder à l'évaluation orthophonique des enfants de leur territoire présentant des difficultés de langage, ainsi que d'intervenir directement auprès des enfants présentant une difficulté de langage correspondant à un niveau de service de 1^{re} ligne (retard de langage léger ou modéré). À ces activités s'ajoute également le mandat de promotion et de prévention, inhérent au CSSS. Les orthophonistes de 1^{re} ligne travaillent au sein d'équipes interdisciplinaires.

Les enfants présentant des difficultés de langage correspondant à un niveau de service de 2^e ligne (retard de langage sévère ou trouble de la communication, bégaiement persistant, trouble du traitement auditif ou en lien avec un trouble de développement moteur ou auditif) seront référés vers les CRDP après évaluation orthophonique ou par un professionnel désigné. Les enfants présentant des difficultés au plan du langage et de la communication en lien avec des diagnostics de retard global de développement, de déficience intellectuelle ou de trouble envahissant du développement sont référés vers les CRDITED.

Pour la référence vers un CRDP (2^e ligne), une évaluation orthophonique est nécessaire pour les troubles primaires du langage ou un retard sévère du langage (évaluation audiolinguistique dans le cadre du trouble du traitement auditif).

Les enfants présentant des difficultés de langage correspondant à un niveau de service de 3^e ligne pourront être référés vers les CHU suite au mécanisme de triage mis en place, ou après évaluation orthophonique.

Pour la référence vers un CHU (3^e ligne), une prescription médicale est nécessaire.

Les CRDP – Offre de service de 2^e ligne

Les orthophonistes des CRDP travaillent au sein d'équipes multidisciplinaires et réalisent l'évaluation orthophonique lorsque nécessaire ainsi que la prise en charge des enfants qui leur sont référés (enfants présentant des problématiques de 2^e ligne : retard de langage sévère ou trouble de la communication, bégaiement persistant, trouble du traitement auditif ainsi que les problèmes langagiers découlant d'un retard global de développement, d'une déficience motrice ou auditive). Les orthophonistes considèrent qu'une problématique est de 2^e ligne lorsque la difficulté identifiée est significative et persistante.

L'évaluation orthophonique n'est pas systématique. Elle sera réalisée s'il s'est écoulé plus de 6 mois depuis la dernière évaluation, ou si les rapports médicaux et professionnels ne sont pas assez détaillés.

En fonction de leurs besoins, les enfants pourront être référés vers un CHU pour des examens complémentaires spécifiques de 3^e ligne.

Les CRDITED – Offre de service de 2^e ligne

Les CRDITED ont pour responsabilité d'offrir des services d'orthophonie à leur clientèle, en fonction de leurs besoins. Cette intervention s'inscrit à l'intérieur d'une démarche interdisciplinaire voire transdisciplinaire. L'approche contextualisée est privilégiée autant en regard de l'évaluation que de l'intervention dans l'optique de planifier et favoriser la généralisation des apprentissages.

Le service offert est l'évaluation orthophonique. Cette évaluation n'est pas systématique. Elle est réalisée en fonction des recommandations émises dans les évaluations antérieures. Les activités de supervision, de soutien et de consultation auprès des éducateurs spécialisés qui interviennent directement auprès de l'enfant, constituent le modèle privilégié. La grande majorité des enfants présentant une déficience intellectuelle ainsi que tous les enfants présentant un trouble envahissant du développement requièrent une évaluation orthophonique ainsi que l'implication de l'orthophoniste dans la mise en place des interventions afin notamment d'orienter les intervenants dans l'application des programmes d'intervention portant sur la communication et le développement du langage. L'intervention directe de l'orthophoniste peut être offerte dans des situations cliniques spécifiques mais demeure exceptionnelle. L'objectif de l'intervention est la réduction des situations de handicap afin de favoriser l'intégration et la participation sociale.

En fonction de leurs besoins, les enfants pourront être référés vers un CHU pour des examens complémentaires spécifiques de 3^e ligne ou vers le CRDP pour des services complémentaires spécifiques relevant de leur champ d'expertise tel que le bégaiement persistant ainsi que les services d'audiologie pour les enfants présentant des problèmes de surdité.

Les CHU – Offre de service de 3^e ligne

Les orthophonistes des CHU travaillent au sein d'équipes multidisciplinaires spécialisées de 3^e ligne. Leur rôle est de procéder à des évaluations orthophoniques pour les enfants présentant des problématiques spécifiques de 3^e ligne (voir 4.2.5 *Définir et harmoniser les critères d'admissibilité aux services d'orthophonie de 3^e ligne des CHU*). Par la suite, ces enfants peuvent être référés vers un centre de réadaptation (CRDP, CRDITED) ou une clinique spécialisée au sein du CHU.

Les nouveaux cheminements de services basés sur la définition des rôles et des responsabilités se trouvent à l'annexe 3.

4.2. Recommandations concernant l'offre de service

Ces recommandations visent le développement d'une offre de service intégrée pour les enfants de 0 à 5 ans. Cette offre de service intégrée permettra notamment de faciliter :

- L'accessibilité à des services d'orthophonie de 1^{re} ligne en CSSS
- L'accessibilité à des services d'orthophonie pour la clientèle des CRDITED et des CRDP
- L'accessibilité à des services d'orthophonie de 3^e ligne en CHU
- La continuité des services entre les différents types d'établissements (CSSS, CR, CHU)
- Les cheminements de services : trajectoires de soins simples, claires et connues de tous
- La détection précoce des difficultés de langage, notamment en milieu de garde

4.2.1. Développer les services d'orthophonie de 1^{re} ligne en CSSS

Recommandation

Développer une offre de service de 1^{re} ligne en orthophonie pour les enfants de 0 à 5 ans dans les CSSS qui soit harmonisée entre les différents CSSS et qui s'inscrive dans une approche intégrée en intervention précoce pour les enfants présentant des signes ou un retard de développement

Elle prévoit un volet évaluation orthophonique et un volet orientation-référence pour les enfants de 0 à 5 ans, qui permet au CSSS de jouer son rôle de porte d'entrée pour les problématiques reliées au langage ou à la communication.

Cette offre de service permet d'intervenir adéquatement auprès des enfants présentant les problématiques suivantes : retard de langage léger ou modéré.

Elle intègre le développement de mesures de promotion et de prévention.

Opérationnalisation

Pour rendre cette offre de service possible, des orthophonistes doivent être présents dans tous les CSSS.

Leur répartition est effectuée en fonction des besoins de la clientèle de leur territoire. Cette répartition peut donc ne pas être uniforme entre les différents CSSS.

Il s'agit de développer une offre de service en orthophonie qui s'inscrive dans le cadre d'une approche intégrée en intervention précoce pour les enfants présentant des signes ou un retard de développement.

Actuellement, le projet AMIS (Approche multidisciplinaire intégrée en stimulation précoce) est en expérimentation sur un territoire de CSSS. Suite à son évaluation, il pourrait être graduellement étendu aux autres territoires de CSSS tout en étant adapté aux réalités et particularités de chacun des territoires.

L'offre de service de 1^{ère} ligne vise à rejoindre tous les parents par des mesures préventives universelles et à offrir une gamme de services selon les besoins par des mesures préventives sélectives adaptées aux spécificités locales. L'offre de service inclura également l'évaluation orthophonique, l'intervention pour des retards de langage légers ou modérés ainsi que l'orientation vers les services de 2^e et de 3^e ligne lorsque nécessaire.

Prévention

➤ Mesures préventives universelles s'adressant à la clientèle générale

Ces mesures sont communes à tous les CSSS.

Les parents ayant des questionnements quant au développement du langage de leur enfant doivent contacter directement leur CSSS. Ils sont alors invités à assister à une séance d'information donnée par le CSSS. La présence à cette séance d'information permet l'accès aux services d'orthophonie par la suite.

Pour les enfants chez lesquels un problème de langage est suspecté, des mesures indicatives seront déployées : ex. consultation auprès des parents, de certains intervenants et activités de formation.

➤ Mesures préventives sélectives s'adressant aux clientèles vulnérables

Les intervenants des CSSS développent des mesures destinées à rejoindre les clientèles vulnérables de leur territoire. Ces mesures sont adaptées aux spécificités de la clientèle vulnérable de chaque territoire, et peuvent donc être différentes d'un CSSS à l'autre.

Pour les enfants chez lesquels un problème de langage est suspecté, des mesures préventives indiquées sont prévues, telles que des consultations d'intervenants, du soutien à l'intervention (CSSS, SDG, organismes communautaires), des ateliers par groupe d'âge, des ateliers de langage.

Évaluation /orientation

Pour les enfants présentant des retards de développement pouvant être traités par des services de 1^{re} ligne ou de 2^e ligne, l'orthophoniste du CSSS procédera à une évaluation. Les enfants présentant un profil correspondant aux critères de 3^e ligne seront référés à un médecin (médecin du CSSS, médecin de famille,...) qui procédera à la référence vers un CHU.

Une fois l'enfant évalué, l'équipe prendra la décision de :

- Mettre fin à l'intervention en s'assurant d'un soutien aux parents.
- Poursuivre l'intervention (retard léger ou modéré). Différentes modalités de suivi sont possibles : groupes parents-enfants, suivi en dyades, suivi individuel, agents multiplicateurs, modulation de la fréquence des séances en fonction des besoins de l'enfant.
- Référer l'enfant vers un CRDP/CRDITED ou un CHU, en fonction de ses besoins.

Intervention précoce

Plan d'intervention individualisé (avec multiplicateurs ou approche de groupe)
Projets spéciaux clientèle vulnérable (milieux défavorisés)

Services d'orthophonie en anglais

Les CSSS ont la responsabilité d'offrir l'accueil, l'évaluation, l'orientation, les références (AEOR) en anglais. En ce qui concerne l'évaluation orthophonique, des ententes à cet effet peuvent être conclues entre deux CSSS.

4.2.2. Développer une offre de service intégrée CSSS, CRDITED/CRDP et CHSGS

Recommandation

Développer une offre de service intégrée CSSS, CRDITED/CRDP et CHSGS de 2^e ligne pour les enfants âgés de 0 à 5 ans ayant un diagnostic de retard global de développement, de déficience physique, de déficience intellectuelle ou de trouble envahissant du développement.

Les médecins spécialistes du développement de l'enfant sont en accord sur le fait que les services offerts aux enfants de 0 à 5 ans présentant un retard global de développement devraient être organisés de façon plus intégrée et centrée sur l'enfant.

La principale problématique à laquelle les équipes de professionnels font face est directement liée à la nature même du déficit de l'enfant ainsi qu'à son âge. En effet, il est très souvent impossible de poser un diagnostic précis à cet âge, d'autant plus que le profil de l'enfant se modifie sensiblement au fil du temps en raison de facteurs propres à l'enfant (remodelage cérébral) ainsi qu'à son environnement. Pour ces raisons, le choix de la référence d'un enfant vers un CRDP ou un CRDITED peut être difficile à faire, d'autant plus que ces deux catégories d'établissements disposent d'une offre de service qui, tout en étant compétente et qualifiée, est néanmoins très différente. Considérant ces différents éléments, il apparaît que le développement d'une offre de service intégrée pour les enfants de 0 à 5 ans serait le modèle d'organisation des services permettant de répondre le plus adéquatement aux besoins de ces enfants en réunissant, dans un même lieu, l'ensemble des professionnels concernés.

Opérationnalisation

Conformément aux orientations du *Plan d'action montréalais 2009-2012 – Services destinés aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement*, l'Agence s'assurera qu'une offre de service intégrée se déploiera graduellement de la façon suivante:

- Utilisation des outils d'évaluation harmonisés, standardisés et cliniquement validés par tous les partenaires
- Harmonisation des corridors de services
- Expérimentation d'une offre de service intégrée multi-établissements dans un point de service
- Implantation à l'ensemble de la région

4.2.3. Poursuivre le développement de partenariats entre les CSSS et les services de garde

Recommandation

Développer des partenariats entre les CSSS et les services de garde de leur territoire permettant de sensibiliser les intervenants en milieu de garde aux problématiques reliées au langage ou à la communication, de mettre en place des activités systématiques de détection et, si nécessaire, d'orientation-référence vers les services d'orthophonie du CSSS.

Opérationnalisation

Les orthophonistes des CSSS développent des liens avec les éducateurs des services de garde de leur territoire en proposant des activités de formation à la détection des problématiques du langage, ainsi que des outils simples de détection (validés, reconnus et communs à tous les services de garde). Les éducateurs qui détectent un problème de langage chez un enfant informent le parent et lui indiquent de contacter son CSSS.

Selon les besoins des enfants, les orthophonistes du CSSS peuvent également offrir de la formation ou du soutien aux éducateurs.

Un travail de concertation avec le ministère de la Famille et des Aînés favoriserait le développement et la consolidation du partenariat entre les CSSS et les SDG.

4.2.4. Développer des partenariats entre les CRDP/CRDITED et les services de garde

Recommandation

Dans le cadre d'une offre de service intégrée CRDP/CRDITED, développer des partenariats avec les services de garde en fonction des besoins spécifiques des différents profils de clientèle. Ce partenariat peut prendre diverses formes dont celle de groupe de communication intensif animé en collaboration par un orthophoniste du CRDP et un éducateur du milieu de garde, pour les enfants de 0 à 5 ans présentant une problématique de langage de 2^e ligne. D'autres professionnels peuvent venir compléter l'équipe au besoin (psychoéducateur, ergothérapeute...).

L'IRD et quelques CPE ont développé un partenariat sur le modèle du Centre montérégien de réadaptation qui permet l'organisation de groupes de communication intensif. Des partenariats sont aussi établis entre les CRDITED et les services de garde dans une optique de permettre une intervention contextualisée tant au niveau de la communication, que de l'autonomie ou des habiletés relationnelles en favorisant la généralisation des apprentissages. Les services de soutien des CRDITED sont disponibles pour les services de garde qui sont des partenaires privilégiés.

Ce type de partenariat permet à des enfants de bénéficier d'un suivi directe ou indirecte en orthophonie (ainsi qu'éventuellement dans d'autres disciplines, notamment l'ergothérapie), dans leur milieu de vie.

Par exemple, **le groupe de communication intensif** permet à l'orthophoniste du CRDP d'intervenir simultanément auprès de plusieurs enfants. Cela représente un gain de temps pour l'orthophoniste, puisque sans l'existence de ce partenariat il devrait suivre ces mêmes enfants au CRDP soit lors de séances individuelles, soit lors de séances en dyades (deux enfants en même temps). Pour les SDG, ce partenariat est réalisé dans le cadre du programme pour l'intégration d'un enfant handicapé (ministère de la Famille et des Aînés). Ce programme permet aux SDG de bénéficier d'une allocation par enfant handicapé. Le nombre maximal d'enfants par SDG pouvant bénéficier de cette allocation est de 9¹⁸.

Le SDG constitue un ou deux groupes d'enfants en fonction du degré de sévérité et de la nature de leur déficience langagière. Un éducateur spécialisé est dédié à ce « groupe de communication ». Un orthophoniste du CRDP prend contact avec cet éducateur et lui offre de la formation afin qu'il puisse agir comme agent multiplicateur auprès des enfants.

L'orthophoniste du CRDP se déplace dans les locaux du SDG une ou deux journées (ou demi-journées) par semaine, afin d'animer le groupe de communication en collaboration avec l'éducateur spécialisé.

Opérationnalisation

Développer des partenariats s'inspirant du groupe de communication intensif. Les modalités de ces partenariats CRDP et SDG varient selon les ressources et le nombre d'enfant présentant des besoins et elles sont donc définies par les partenaires concernés.

Un travail de concertation avec le ministère de la Famille et des Aînés favoriserait le développement et la consolidation du partenariat entre les CRDP/CRDITED et les SDG.

4.2.5. Définir et harmoniser les critères d'admissibilité aux services d'orthophonie de 3^e ligne des CHU

Recommandation

Définir des critères d'admissibilité communs aux services d'orthophonie des CHU, qui respectent la hiérarchisation des services et le mandat de 3^e ligne de ces établissements, afin que les enfants de 0 à 5 ans qui présentent des problématiques spécifiques reliées au langage ou à la communication puissent être pris en charge dans des délais acceptables par des équipes multidisciplinaires spécialisées de 3^e ligne.

¹⁸ Ministère de la Famille et des Aînés. (2007). Centres de la petite enfance, règles budgétaires pour l'année 2007-2008, juin 2007.

Opérationnalisation

Les critères de référence externe¹⁹ des CHU sont les suivants :

Clientèle de 0 à 5 ans :

- Enfant dont la trajectoire de développement suggère un problème complexe ou sévère du développement du langage:
 - Peu ou pas de vocalisation chez un enfant de 18 mois et moins.
 - Peu ou pas de communication chez un enfant de 18 à 24 mois.
 - Régression du langage.
 - Arrêt de progression du langage.
 - Atypies (ex. écholalie).
 - Atteinte de la sphère du langage et atteinte significative d'une ou plusieurs autres sphères du développement.

Clientèle 0-18 ans :

Persistance d'un trouble de voix malgré une amélioration de l'hygiène vocale suite à une intervention orthophonique en 1^{re} ligne.

Les critères de référence interne des CHU sont présentés à l'annexe 1.

4.2.6. Modalités de collaboration entre les orthophonistes et les éducateurs spécialisés au sein des équipes de chaque établissement (CSSS et CR)

Recommandation:

Favoriser le développement et la consolidation de modalités de collaboration entre les orthophonistes et les éducateurs spécialisés au sein des équipes de chaque établissement dans le respect de la loi²⁰ (actes réservés des orthophonistes), du maintien de la qualité des services offerts ainsi que des compétences et de l'expertise de chacun, afin que les orthophonistes puissent se concentrer sur les actes qui nécessitent réellement leur niveau de compétence, et que les éducateurs spécialisés puissent agir entre autres comme des agents multiplicateurs auprès des enfants présentant des problématiques reliées au langage ou à la communication.

Opérationnalisation

Les orthophonistes sont responsables de l'évaluation et de l'élaboration du plan de traitement orthophonique ainsi que de la réalisation des interventions spécialisées. La collaboration avec les éducateurs spécialisés est favorisée dans les domaines suivants :

- Activités de promotion et de prévention
- Stimulation et détection
- Participation au plan d'intervention

¹⁹ Clientèle référée par les médecins de la communauté.

²⁰ Assemblée Nationale. (2008). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

Les établissements développent des modalités et des mécanismes permettant de faciliter la collaboration entre les orthophonistes et les éducateurs spécialisés dans ces différents domaines d'intervention.

Ces mécanismes ont plusieurs buts, notamment de :

- Permettre à l'orthophoniste de suivre l'évolution des usagers et ainsi adapter son plan d'intervention.
- Permettre à l'orthophoniste de s'assurer du maintien de la qualité des services offerts.
- Soutenir l'éducateur spécialisé dans ses interventions auprès de l'enfant.
- Former de façon continue l'éducateur spécialisé.

En ce qui a trait à la collaboration dans le cadre du plan d'intervention, les modalités devraient reposer sur certaines caractéristiques afin de s'assurer que la prise en charge offerte soit adaptée aux besoins de l'enfant :

- Une formation personnalisée offerte par l'orthophoniste à l'éducateur.
- Des rencontres régulières entre l'éducateur et l'orthophoniste.
- La consignation dans un cahier de suivi des éléments de l'intervention pour faciliter le suivi de l'évolution de l'enfant et éventuellement la modification du plan de traitement par l'orthophoniste.
- Des discussions de cas, des vidéos d'intervention, etc.

Il est à noter que les éducateurs spécialisés interviennent sur différents aspects d'un plan d'intervention plus large, ils peuvent toutefois, dans ce cadre, collaborer aux interventions qui touchent les difficultés langagières.

Sur ce thème de la collaboration, il est à mentionner que d'autres intervenants tels que les auxiliaires familiales, les travailleurs sociaux, les adjoints administratifs peuvent contribuer à soutenir les orthophonistes pour que ceux-ci puissent réaliser les actes nécessitant leurs compétences.

4.2.7. Le développement et l'arrimage des programmes SIPPE²¹ et IEP²²

Recommandation

Poursuivre, le développement des programmes SIPPE et IEP dans les CSSS afin de pouvoir intervenir le plus tôt possible auprès des enfants de 0 à 5 ans présentant des retards de développement.

Améliorer l'arrimage entre ces deux programmes afin que les enfants issus de familles identifiées par le programme SIPPE puissent bénéficier des services du programme IEP.

Il est constaté que le facteur de défavorisation influence négativement le développement du langage et de la communication chez l'enfant. Il est donc nécessaire d'apporter une attention toute particulière aux enfants de 0 à 5 ans issus de milieux socio-économiques défavorisés, afin de leur permettre de faire leur entrée scolaire dans les meilleures conditions.

²¹ Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance. Programme de la Direction de santé publique.

²² Intervention éducative précoce. Programme de la Direction de santé publique.

Opérationnalisation

Dès que les conditions financières le permettront, le programme IEP sera développé et offert sur chaque territoire de CSSS. L'élargissement à tous les territoires de CSSS se fera progressivement en privilégiant les territoires où l'on retrouve un plus grand nombre d'enfants vulnérables.

Il convient également de s'assurer sur le terrain de l'arrimage entre ces deux programmes, afin que les enfants dont les familles ont été identifiées par le programme SIPPE puissent bénéficier du programme IEP. À cet effet, un mécanisme de suivi devrait être en place afin de favoriser les liens entre les deux programmes, transférer les informations, faciliter les références d'un programme à l'autre, s'assurer que la clientèle vulnérable est rejointe par le programme IEP. L'utilisation d'une grille de suivi clinique telle que la grille *Soutien clinique pour la situation d'un enfant en particulier pour IEP*, développée par la direction de santé publique de Montréal, pourrait s'avérer utile dans le cadre de cet arrimage.

4.2.8 Travail avec les interprètes

Compte tenu de l'importance du facteur multiculturel à Montréal et de la spécificité de l'intervention orthophonique, les orthophonistes sont souvent amenés à travailler avec des interprètes. Il est recommandé que des outils à l'intention des interprètes soient développés (guides, formation...) afin de leur permettre de mieux comprendre les contraintes reliées à l'interprétariat en orthophonie, et ainsi de travailler plus efficacement avec les orthophonistes.

Opérationnalisation

Un comité de travail réunissant les acteurs des trois lignes de services, des interprètes et des formateurs d'interprètes pourrait être mis en place à cet effet.

4.2.9 Activités de perfectionnement et de développement pour les orthophonistes en CSSS.

Considérant l'importance de soutenir le travail des orthophonistes de 1^{re} ligne et de favoriser des conditions de travail qui permettent l'attraction et la rétention, il est recommandé d'attribuer un budget pour des activités de perfectionnement et de développement.

Ces activités visent à :

- Maintenir et développer les connaissances et les compétences.
- Développer des liens avec d'autres orthophonistes pour permettre un partage d'expertises et d'outils d'intervention.
- Soutenir l'intégration au milieu de travail des orthophonistes récemment diplômés.
- Soutenir des activités de formation pour les orthophonistes recrutés à l'étranger.

Opérationnalisation

Cette mesure s'inscrit dans le cadre du *Plan d'action sur la disponibilité de la main d'œuvre à Montréal* et contient 2 volets :

1. Un programme de formation et de perfectionnement.
2. Un programme de mentorat destiné aux orthophonistes nouvellement diplômés.

Thèmes prioritaires des activités de formation

- Animation et intervention dans le cadre de groupes de parents (parents- parents/enfants).
- Collaboration avec des agents multiplicateurs.
- Intervention avec des interprètes.
- Intervention en contexte multiculturel : connaissances et techniques d'intervention.

4.2.10 Places d'accueil pour les stagiaires en orthophonie dans les établissements

Afin de faire face à l'augmentation des cohortes d'étudiants en orthophonie, les milieux de stage se doivent de développer les modalités nécessaires afin d'augmenter leur nombre de places d'accueil pour les stagiaires, dans le respect des lignes de conduites propres à la supervision en orthophonie.

En plus de permettre à un nombre croissant d'étudiants d'être diplômés dans les délais usuels, l'accueil d'étudiants favorise la relève professionnelle dans le milieu d'accueil.

Opérationnalisation

De nombreuses modalités sont possibles à cet effet. Le rapport réalisé par le groupe de travail sur les stages en réadaptation²³, sur décision du Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et suite aux recommandations de la Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) de Montréal, présente des pistes de solution se rapportant aux thèmes suivants : augmentation de la capacité d'accueil du réseau public montréalais, atténuation de l'augmentation des demandes de stages, amélioration de la communication et de la concertation entre les partenaires dans un contexte de gestion des stages, support des superviseurs.

4.2.11 Prise en compte d'une date d'entrée unique dans le réseau

Afin d'éviter qu'un enfant ne soit pénalisé dans son accès aux services d'orthophonie parce que son processus diagnostique a été plus long que pour un autre enfant, il est recommandé que les différents établissements utilisent la même date comme référence.

Opérationnalisation

Cette question sera étudiée dans le cadre des travaux du plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité qui se réalisent en lien avec le plan d'accès. Les travaux débuteront à l'automne 2009.

²³ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2008). *Situation des stages*, Secteur planification et développement de la main d'œuvre, juin 2008

4.2.12 Mesures d'appoint – Gestion de l'attente

Dans le respect des lignes de conduite du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience²⁴, il est recommandé que les mesures d'appoint (gestion de l'attente) ne soient offertes qu'à titre exceptionnel. Par ailleurs, ces mesures d'appoint ne doivent être offertes par un établissement qu'aux usagers de sa propre liste d'attente.

Opérationnalisation

Cette question sera étudiée dans le cadre des travaux du plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité qui se réalisent en lien avec le plan d'accès. Les travaux débiteront à l'automne 2009.

4.2.13 L'attestation d'études collégiales (AEC) en stratégies d'intervention en développement du langage à Montréal

Considérant le développement du rôle des éducateurs spécialisés (agents multiplicateurs) travaillant en collaboration avec les orthophonistes, examiner la possibilité et l'intérêt de promouvoir l'AEC en stratégies d'intervention en développement du langage à Montréal.

²⁴ Idem 6.

CONCLUSION

Le Plan d'action montréalais *Amélioration de la performance des services d'orthophonie pour les enfants de 0 à 5 ans* est le résultat de la collaboration de nombreux intervenants issus des différents types d'établissement du réseau de la santé et des services sociaux concernés par les services en orthophonie. Cette représentativité et cette collaboration ont permis de dégager un portrait actuel des principales problématiques caractérisant les services d'orthophonie à Montréal, affectés notamment par la pénurie de professionnels et par l'importance des besoins chez les tout-petits.

Les recommandations de ce plan d'action visent à répondre aux différentes problématiques mises en lumière par l'état de situation. Elles mettent de l'avant des actions qui favorisent une plus grande accessibilité à des services d'orthophonie en première, deuxième et troisième ligne selon l'approche populationnelle et la hiérarchisation des soins, tout en assurant une continuité des services entre les différents types d'établissements.

Finalement, le plan d'action suggère des modalités de fonctionnement et d'intervention qui optimisent l'utilisation des ressources en place telles que la collaboration avec les agents multiplicateurs, la formation et le perfectionnement, l'accueil plus grand de stagiaires, la prévention et la promotion. Si pour certaines problématiques, des ajouts de ressources et une augmentation du nombre d'orthophonistes sont souhaitables, pour d'autres, il s'agira plutôt de favoriser certaines pratiques novatrices basées sur la collaboration entre intervenants.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2006). *Portrait régional de main-d'œuvre pour les orthophonistes*, Novembre 2006.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2007). *Portrait régional de la main-d'œuvre*, 6 septembre 2007.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2007). *Rapport annuel de gestion 2006-2007*, 2 octobre 2007.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique. (2005). *Consolidation et développement des interventions éducatives précoces destinées aux enfants entre 2 et 5 ans et à leurs parents vivant en contexte de vulnérabilité*, 10 février 2005
- Association canadienne des orthophonistes et audiologistes. (2007). *Lignes directrices visant le personnel de soutien travaillant auprès d'un orthophoniste*, 1 juin 2007.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, *La réadaptation : un investissement rentable dans le capital humain, Orientations stratégiques 2003-2005*.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2005). *Cadre structurant la programmation des services spécialisés de réadaptation pour les jeunes ayant une déficience du langage (0-18 ans)*.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2007). *Listes d'attente 2005, 2006, 2007*.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2007). *OOAQ – Accroissement du nombre de places de formation dans les universités*, Réadapt'action, Numéro 40, 21 juin 2007.
- Boucher, N., Fougeryollas, P., Levesque, P., Roy, K. (2005). *Les délais d'attente et leur impact en matière de réadaptation spécialisée, Les résultats de la recension des écrits*, IRDPQ/CIRRIIS, 16 juin 2005.
- Bureau de recherche institutionnelle de l'Université de Montréal. (2007). *Évolution des admissions, inscriptions et diplômés de 2002-2003 à 2006-2007*.
- Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec. (1994). *Pour une solution durable à la pénurie de services en orthophonie et en audiologie au Québec*, juillet 1994.
- Delahaie, M. (2004). *L'évolution du langage chez l'enfant : de la difficulté au trouble*, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 97 pages, juin 2004.
- Direction de santé publique de Montréal. (2005). *Consolidation et développement des interventions éducatives précoces destinées aux enfants entre 2 et 5 ans et à leurs parents vivant en contexte de vulnérabilité*, Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, 20 février 2005.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2005). *Nombre de professionnels de la santé dans certaines professions selon le type d'inscription*.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2007). *Rapport sommaire : Répartition et migration interne des professionnels de la santé au Canada*, Septembre 2007.

- Law, J., Garrett, Z., Nye, C. (2004). *Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder*. The Cochrane database of systematic reviews, volume 3, 2007.
- Ministère de l'Éducation, du loisir et du sport. (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA)*, Juillet 2007.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique*, Juillet 2002.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2004). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, Résumé du cadre de référence*.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (1998). *Fiches : Les troubles de la parole et du langage – Orthophonie*, 30 juillet 1998.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (2004). *Il était une fois un orthophoniste dans le réseau de la santé*.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (2006). *Rapport annuel 2005-2006*, Octobre 2006.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (2006). *Rapport annuel 2006-2007*, Novembre 2007.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. (2000). *Protocole d'entente MSSS-MÉQ, Orthophonie, Cadre de partage des responsabilités MSSS-MÉQ en matière de services d'orthophonie en Estrie*, Juin 2000.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique. (2003). *Pour favoriser le développement du langage et de la communication chez les enfants de l'Estrie, Proposition d'une stratégie d'interventions préventives*, Avril 2003.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre. (2000). *La clientèle ayant des troubles du langage et de la parole associés à une déficience physique – Bilan des services offerts par les CHSGS, CHR, URFI et hôpitaux de jour de la région de Montréal-centre*.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de santé publique. (2000). *Organisation des services de première ligne en déficience du langage et de la parole – Région de Québec. Évaluation de l'implantation des services préventifs pour les enfants de 0 – 3 ans (1999-2000)*.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères de référence interne des CHU (clientèle référée par un médecin du CHU)

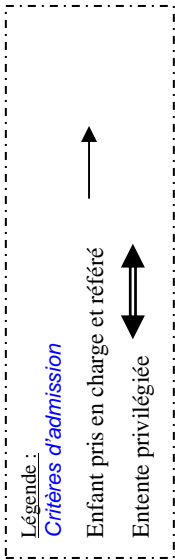
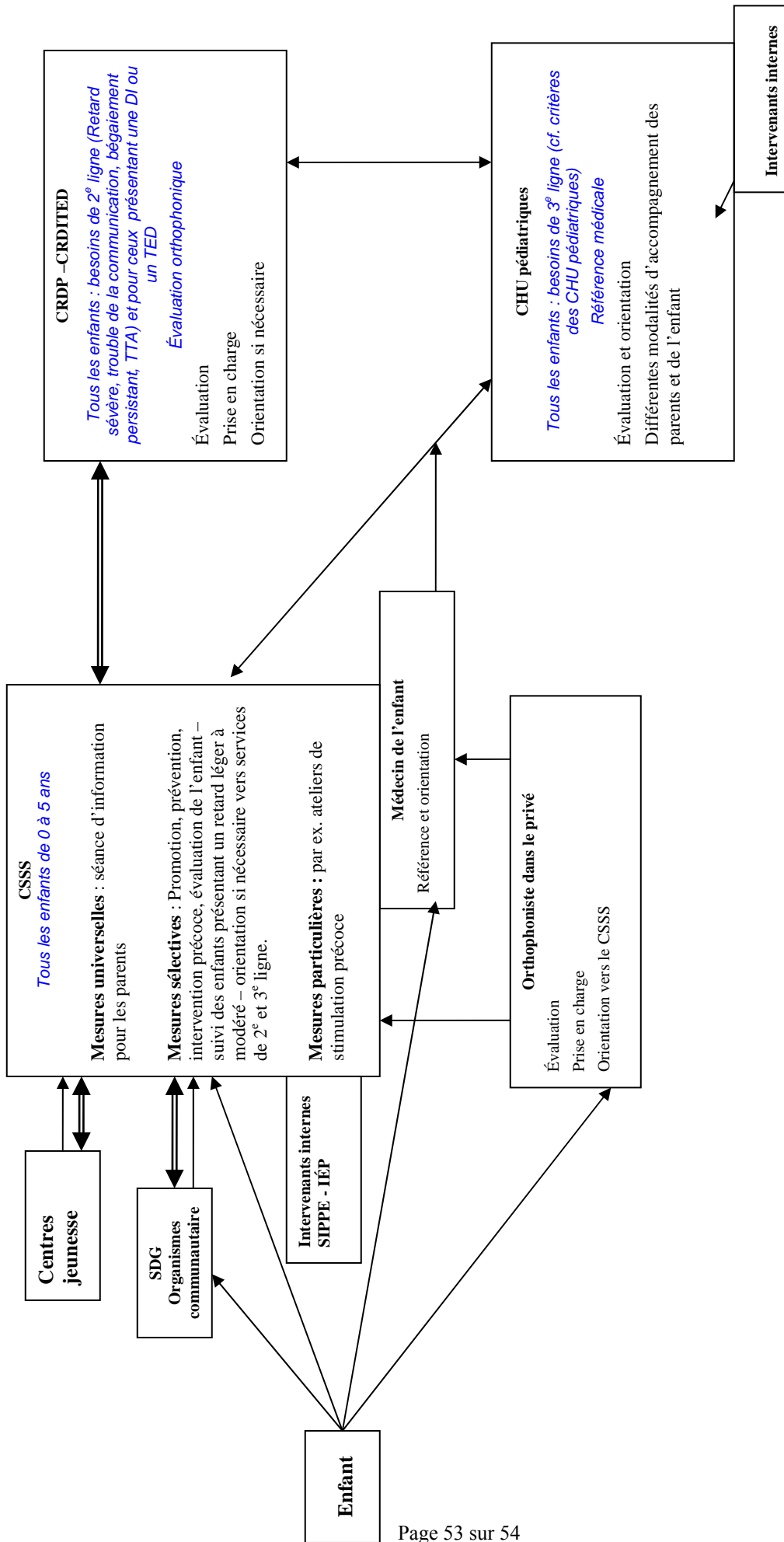
Clientèle de 0 à 5 ans :

- Enfant qui présente un problème de développement complexe qui inclue un trouble de langage ou de la communication et qui peut nécessiter, en plus d'une évaluation en orthophonie, une évaluation par un pédiatre développementaliste, un neurologue, un psychiatre, un généticien, un psychologue, un ergothérapeute, etc. :
 - Néonatalogie – Neurodéveloppement : extrême prématurité, enfants de très petit poids, problèmes neurologiques pendant la période périnatale;
 - Génétique : syndromes et maladies génétiques;
 - Développement : trouble primaire du langage avec atteinte mixte réceptive et expressive, retard global du développement, TED.

Clientèle de 0 à 18 ans :

- Enfant qui présente un trouble de la parole :
 - Voix : évaluation et intervention (ex. : reconstruction laryngée, papillomatose, persistance de nodule malgré une amélioration de l'hygiène vocale);
 - Résonance (fissure palatine, insuffisance vélopharyngée);
 - Trachéostomie;
- Enfant ayant un trouble neurologique (épilepsie, neurofibromatose, etc.)
- Enfant ayant subi un traumatisme crânien;
- Enfant avec dysphagie.

Annexe 3 : Organisation projetée pour les enfants de 0 à 5 ans



**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 