



**Interventions orthophoniques
auprès de jeunes enfants présentant
des difficultés d'acquisition ou de
développement du langage et dont
la langue maternelle diffère de la
langue majoritaire**

Plan de réalisation - ETMI abrégée

**Unité d'évaluation des technologies et des
modes d'intervention en santé et en services
sociaux**

Novembre 2018

**Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Dépôt légal 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-82985-0 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-82986-7 (PDF)

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2018

Interventions orthophoniques auprès de jeunes enfants présentant des difficultés d'acquisition ou de développement du langage et dont la langue maternelle diffère de la langue majoritaire

Plan de réalisation - ETMI abrégé

Auteurs

Julie Dussault, Ph. D., professionnelle en ETMISS

Karen Giguère, M. Sc., professionnelle en ETMISS

Sylvie St-Jacques, Ph. D., responsable scientifique

Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU)

Service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISS) et de la bibliothèque

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Novembre 2018

Demandeur

Mathieu Hotton, conseiller-cadre intérimaire en orthophonie et audiologie, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Gestionnaire du mandat

Catherine Safiany, chef de service de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) et de la bibliothèque, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Recherche documentaire

Élyse Granger, bibliothécaire, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Comité de suivi

Marilyn Baxter, chef de service, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Lamia Belfares, agente de planification, de programmation et de recherche - Soutien aux communautés ethnoculturelles, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Geneviève Boivin, orthophoniste, chef de programme, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Roselyne Boyer, orthophoniste, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Sophie Gagnon, orthophoniste, professionnelle-conseil, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mathieu Hotton, conseiller-cadre intérimaire en orthophonie et audiologie, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Lucille Langlois, conseillère-cadre responsable du volet interculturel, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annie-Claude Lefebvre, orthophoniste, Commission scolaire des Découvreurs

Karolina Martynetz, usagère partenaire

Annie Pilon, chef de programme, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Melanie Westerveld, usagère partenaire

Conseil scientifique

Kathy Beaulieu, orthophoniste, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Annie Tessier, coordonnatrice scientifique, Direction des services sociaux, INESSS

Sylvie Valade, professionnelle-conseil, Direction des services sociaux, INESSS

Révision linguistique

Anne-Marie Tourville, technicienne en administration, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mise en page

Diane Tremblay, adjointe administrative, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Responsabilité et déclaration de conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts n'a été rapporté.

Comment citer ce document

Dussault, J., Giguère, K. et St-Jacques, S. (2018). Interventions orthophoniques auprès de jeunes enfants présentant des difficultés d'acquisition ou de développement du langage et dont la langue maternelle diffère de la langue majoritaire. Plan de réalisation-ETMI abrégée, UETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 35 p.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d'en mentionner la source.

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

2915, avenue du Bourg-Royal

Québec (Québec) G1C 3S2

Téléphone : 418 266-1019 – Télécopieur : 418 661-5102

www.ciussscn.ca

Table des matières

Table des matières	vi
Liste des acronymes	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des tableaux.....	viii
Liste des encadrés.....	viii
Glossaire	ix
1. Contexte	1
2. Problématique.....	3
2.1. Trouble du langage.....	3
2.2. Situation des enfants allophones.....	5
2.3. Interventions orthophoniques auprès des enfants allophones	7
3. Projet D'ETMI.....	8
3.1. Critères PICOTS	8
3.2. Question d'évaluation	9
3.3. Méthodologie.....	9
3.4. Stratégie de recherche documentaire.....	9
3.4.1. Recherche dans les bases de données bibliographiques	9
3.4.2. Recherche dans la littérature grise	10
3.5. Sélection des documents	10
3.6. Extraction des données	12
3.7. Évaluation de la qualité des documents.....	12
3.8. Synthèse et analyse des données probantes	12
4. Implication des parties prenantes et diffusion des résultats.....	15
4.1 Implication des parties prenantes	15
4.1.1. Conseil scientifique.....	16
4.1.2. Comité de suivi.....	16
4.2. Diffusion des résultats et activités de communication	16
5. Échéancier.....	17
Annexe 1. Produits offerts par l'UETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale.....	18
Annexe 2. Sites Internet qui seront consultés dans le cadre de la recherche dans la littérature grise.....	19
Références bibliographiques.....	20

Liste des acronymes

ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DSM	Direction des services multidisciplinaires
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
INAHTA	<i>International Network of Agencies for Health Technology Assessment</i>
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MIDI	Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion
OOAQ	Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
PICOTS	Population, Intervention, Comparateur, <i>Outcome</i> (résultat), Temporalité, <i>Setting</i> (milieu)
RMM	Région métropolitaine de Montréal
UETMISSS	Unité d'ETMISSS

Liste des figures

Figure 1. Difficultés de la parole, du langage et de la communication.....	5
Figure 2. Modèle de la communication orale et écrite.....	13
Figure 3. Illustration de la démarche d’ETMI abrégée	15

Liste des tableaux

Tableau 1. Définition des critères PICOTS.....	8
Tableau 2. Critères de sélection des documents	10
Tableau 3. Guide pour établir les niveaux de preuve.....	14
Tableau 4. Calendrier prévisionnel	17

Liste des encadrés

Encadré 1. Critères diagnostiques du trouble du langage selon le DSM-5	3
Encadré 2. Concepts et exemples de mots clés qui seront utilisés pour la recherche documentaire..	9

Glossaire

Allophone

« Se dit d'une personne ou d'un groupe dont la langue maternelle ou la langue d'usage est autre que la ou les langues officielles du pays où il se trouve. » (OQLF, 2013)

Apprentissage verbal

« Apprentissage basé sur le rappel, la reconnaissance ou le réapprentissage d'une série de syllabes. » (Gouvernement du Québec, 2018).

Communication

« Processus de transmission et de réception d'informations, d'idées, de besoins et de sentiments entre individus. Elle implique un partage, une interaction. La communication peut être non verbale (à l'aide de gestes, de regards, d'expressions faciales, de mouvements du corps), verbale (à l'aide du langage) » (CHU Sainte-Justine, 2017) ou écrite.

Compétence culturelle

La compétence culturelle reconnaît et intègre, à tous les niveaux, l'importance de la culture, l'évaluation des relations interculturelles, la vigilance vis-à-vis de la dynamique qui résulte des différences culturelles, promeut le développement des connaissances culturelles et de services qui soient culturellement appropriés (traduction libre de Betancourt, Green, Carrillo et Ananeh-Firempong, 2003).

Discours

Composante du langage expressif qui réfère à l'organisation d'un récit structuré en un tout cohérent et fluide et du langage réceptif qui permet, par des inférences, de lier des phrases entre elles (inspiré de Bishop, Snowling, Thompson et Greenhalgh, 2017; Commission scolaire des Hauts-Cantons, 2015).

Dysarthrie

« Trouble de l'élocution lié à une atteinte neurologique des systèmes moteurs participant à l'expression de la parole, qu'il s'agisse de la voie motrice principale (dysarthrie paralytique), du système cérébelleux et strié (avant tout au cours des syndromes parkinsoniens), ou d'une atteinte musculaire (myasthénie, maladie de Steinert). » (OQLF, 1990)

Dyspraxie verbale

« La dyspraxie verbale est un retard dans l'acquisition, la maîtrise et la production des sons de la parole qui rend un enfant très peu intelligible par les personnes qui l'entourent. » (CHU Sainte-Justine, 2015)

Intervention orthophonique

« Intervention ayant pour but de développer, de restaurer ou de maintenir la capacité de communiquer de la personne et de favoriser son autonomie et son intégration dans les activités familiales, scolaires, professionnelles et sociales. » (OOAQ, 2012)

Langage

Ensemble des connaissances par rapport à un code linguistique, socialement partagé, qui implique des symboles (les mots), lesquels représentent des idées. Le langage comporte deux volets : le langage réceptif (ce qu'on comprend, par exemple les mots, les concepts, les questions, les consignes) et le langage expressif (ce qu'on exprime). Le langage expressif se

divise en 3 composantes : la forme (comment on parle - prononciation, phrases), le contenu (de quoi on parle - vocabulaire utilisé, idées transmises) et l'utilisation (pourquoi on parle - conversation, fonctions du langage. Ex. nommer, demander, raconter) (CHU Sainte-Justine, 2017; Fiset, 2014).

Langue majoritaire

D'un point de vue démographique, langue parlée par la majorité des membres d'un milieu ou d'un territoire tels que « mesurés par le nombre, la proportion de la population totale sur un territoire donné et le degré de concentration des membres d'une communauté linguistique sur ce territoire ». (Saindon, 2002)

Langue maternelle

« On attribue comme langue maternelle aux tout jeunes enfants la langue d'usage de leur milieu familial. » (OQLF, 1979)

Lexique

« Bagage de vocabulaire, « dictionnaire interne ». L'accès au lexique est la capacité de trouver et d'utiliser le mot juste. » (AQNP, 2018)

Mémoire verbale

Mémoire qui se décline en deux types : mémoire verbale à court terme et mémoire verbale à long terme. La première permet de retenir des séquences de sons ou de mots sur un court délai (environ 30 secondes), la seconde fonctionne à l'aide de 3 processus : l'encodage, la consolidation et la récupération (Bishop et al., 2017; Pelletier et Léger, 2004).

Morphologie

« Connaissance des règles de combinaison (préfixes, suffixes, etc.) permettant de former des mots. » (AQNP, 2018)

Multilinguisme

Les personnes multilingues, y compris les enfants acquérant plus d'une langue, sont capables de comprendre ou de produire deux ou plusieurs langues oralement, manuellement ou sous forme écrite avec au moins un niveau de compétence fonctionnel de base, indépendamment de l'âge à laquelle les langues ont été apprises. Le multilinguisme est un terme générique incluant le bilinguisme et le multilinguisme. (Traduction libre de *International Expert Panel on Multilingual Children's Speech*, 2012)

Phonologie

« Perception, manipulation et organisation des sons qui forment les mots. » (AQNP, 2018)

Pragmatique

« Compréhension des liens existants entre la langue et le contexte de son utilisation. » (AQNP, 2018)

Prosodie

« Étude des caractéristiques phoniques suprasegmentales. Parmi les éléments qu'étudie la prosodie (souvent appelés prosodèmes), on compte notamment l'intonation, le ton, l'accent, le rythme et le débit. » (OQLF, 2009)

Sémantique

« Compréhension du sens des mots et des phrases (lexique, vocabulaire). » (AQNP, 2018)

Syntaxe

« Organisation des mots afin de créer des phrases cohérentes (grammaire). » (AQNP, 2018)

Trouble d'articulation

« Déformation des sons secondaire à une anomalie dans l'exécution motrice. » (Fiset, 2014)

Trouble de la fluidité (ou bégaiement)

« Perturbation du rythme normal de la parole. Il peut être caractérisé par la répétition de sons, de syllabes, de mots ou de phrases, par des hésitations, des prolongations ou des interjections. » (OAC, 2018)

Trouble de la voix

« Atteinte de l'intensité, du timbre, de la hauteur ou de la qualité de la voix (sons produits par les cordes vocales). » (Fiset, 2014)

Trouble de la résonance

« Trouble de la parole liée à une anomalie dans l'utilisation des résonateurs buccal et nasal. » (OAC, 2018)

Trouble développemental du langage (trouble primaire du langage)

Trouble du langage non secondaire à une condition médicale connue. Il émerge au cours du développement de l'enfant et a un impact sur ce dernier. En présence de ce trouble, il est raisonnable de penser que, sans intervention, les difficultés persisteront à long terme et que les habiletés langagières de l'enfant ne seront pas équivalentes à celles des autres enfants de son âge (Bishop et al., 2017; Gingras, 2017).

Trouble du développement des sons et de la parole

« Trouble qui englobe les différents profils qui mènent à une intelligibilité réduite chez les enfants, incluant les troubles phonologiques et la dyspraxie verbale. » (MacLeod, 2015a)

Trouble du langage

Désigne des difficultés langagières ayant un impact sur la communication et les apprentissages des enfants (Bishop et al., 2017).

Trouble orofacial myofonctionnel

Trouble touchant les patrons moteurs (séries de mouvements) impliquant la musculature orale (bouche) et orofaciale (visage) qui interfèrent avec la croissance ou le fonctionnement des structures orofaciales (mâchoire, dentition, palais, etc.) ou qui attirent l'attention (*American Speech-Language-Hearing Association*, 1993).

1. Contexte

Bien que ce phénomène demeure marginal, la population de la région de la Capitale-Nationale présente une diversité linguistique de plus en plus grande. Elle compte 5 % de personnes dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français alors que 1,4 % des personnes ont pour langue maternelle l'anglais. On y recense également un faible nombre de personnes dont la langue maternelle est autochtone, principalement innue (0,08 %), et un groupe un peu plus important dont la langue maternelle est l'espagnol (1,2 %) ou l'arabe (près de 1 %) (Statistique Canada, 2017). Les autres langues maternelles parlées sont nombreuses, mais concernent un très faible pourcentage de la population. La région de la Capitale-Nationale, en dehors de la région métropolitaine de Montréal (RMM), est d'ailleurs celle qui compte la plus grande proportion de personnes immigrantes, soit 5,4 % des immigrants admis au Québec entre 2006 et 2015 (19 864 personnes). Cette population, bien qu'issue de plusieurs pays de la francophonie¹, comptait en janvier 2017, 29 % d'individus qui ne connaissaient pas le français lors de leur admission au Québec (MIDI, 2017).

Cette réalité nouvelle amène son lot de défis, notamment en ce qui a trait à la dispensation de soins et services de santé au cours de laquelle la communication entre un intervenant et un usager est centrale. Ces défis se posent avec une acuité particulière dans un contexte d'intervention orthophonique où la langue de l'utilisateur est non seulement le véhicule de communication entre les parties, mais l'objet même de l'analyse et de l'intervention.

Soucieux de cette nouvelle réalité, le Conseil multidisciplinaire du CIUSSS de la Capitale-Nationale a mis en place, en 2016, un comité sur la pratique de l'orthophonie auprès de la clientèle allophone et anglophone. Ce comité a pour objectif de répondre aux préoccupations du comité de pairs des orthophonistes de l'établissement relatives à la qualité des services offerts à cette clientèle hétérogène, spécialement ceux destinés aux enfants âgés de 0 et 9 ans. Malgré certaines démarches menées pour doter les quelques 120 orthophonistes d'outils d'évaluation et d'intervention appropriés, de nombreux enjeux subsistent pour ce groupe d'intervenants habilités pour la plupart à intervenir en langue française uniquement. Parmi ces enjeux se trouve celui de l'application conforme du Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) qui stipule, notamment, que les intervenants se doivent, « avant d'accepter un mandat, de tenir compte de leurs limites, aptitudes, connaissances, normes et critères du domaine où ils exercent leur profession, ainsi que des moyens dont ils disposent » (Éditeur officiel du Québec, 2018p.3). Un autre enjeu concerne l'engagement de l'établissement à offrir des soins et des services qui soient adaptés linguistiquement et culturellement aux populations de son territoire. Désormais regroupés sous un seul conseil d'administration, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le Jeffery Hale – Saint Brigid's (JHSB), établissement responsable notamment du développement et de la dispensation des services de santé et des services sociaux à la communauté anglophone de la région de la Capitale-Nationale, travaillent actuellement de concert pour élargir le déploiement de la *Politique en matière de langue de service* adoptée par le JHSB en 2015. Celle-ci engage l'établissement à

¹ Les cinq principaux pays de naissance des personnes immigrantes admises au Québec entre 2006 et 2015 et résidant dans la région de la Capitale-Nationale en janvier 2017 sont la France, la Colombie, le Maroc, l'Algérie et le Cameroun (MIDI, 2017).

« offrir gratuitement, à tous ses points de service et dans un délai raisonnable, des soins de santé qui s'adaptent à la langue de sa clientèle, à sa compétence informationnelle en santé et à d'autres besoins liés à la communication. » (Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's, 2015 p. 5).

Afin de répondre à ces préoccupations et d'offrir aux orthophonistes du CIUSSS de la Capitale-Nationale les moyens de prodiguer des interventions de qualité aux enfants issus des communautés allophone et anglophone du territoire, la Direction des services multidisciplinaires (DSM) s'est tournée vers l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) de l'établissement. Le besoin exprimé est de déterminer les meilleures pratiques orthophoniques à mettre en place auprès d'enfants présentant des difficultés langagières et dont la langue maternelle est différente de celle de l'intervenant. Il est essentiel pour le CIUSSS de la Capitale-Nationale de favoriser un accès à des services d'orthophonie adaptés au besoin de chaque enfant allophone ou anglophone qui présente des difficultés langagières, et ce, avant son entrée à l'école.

C'est à partir des résultats de l'ETMI que la DSM pourra émettre des directives aux orthophonistes pour favoriser un changement de pratique et leur permettre de mettre en application des pratiques reconnues efficaces auprès de cette clientèle (volet clinique). Elle pourra aussi mettre en place les mesures et ressources nécessaires pour soutenir les orthophonistes dans l'implantation de ces pratiques basées sur les preuves scientifiques (volet administratif). Ces deux objectifs constituent les questions décisionnelles de ce projet d'ETMI.

2. Problématique

Les difficultés du langage chez les enfants peuvent apparaître à un très jeune âge et se présenter sous diverses formes. Dans certains cas, et selon des critères spécifiques, les difficultés du langage peuvent mener à un diagnostic de trouble du langage, qu'il soit développemental ou associé à une condition médicale ou encore acquis à la suite d'un traumatisme psychologique. Dans d'autres cas, les difficultés peuvent être liées à un trouble du développement des sons et de la parole (ex. : dysarthrie, dyspraxie verbale, trouble d'articulation) ou à un trouble de la communication sociale (pragmatique).

2.1. Trouble du langage

Le trouble du langage désigne des difficultés langagières ayant un impact sur la communication et les apprentissages des enfants (Bishop et al., 2017). Tel que spécifié dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), quatre critères permettent de poser le diagnostic de ce trouble (**encadré 1**) (*American Psychiatric Association*, 2015).

Encadré 1. Critères diagnostiques du trouble du langage selon le DSM-5

- **Critère A** : Difficultés persistantes d'acquisition et d'utilisation du langage dans ses différentes modalités (c.-à-d. langage parlé, écrit, langage des signes ou autre forme) dues à un manque de compréhension ou de production incluant un vocabulaire restreint, une carence de structuration de phrases et une déficience du discours;
- **Critère B** : Les capacités de langage sont, de façon marquée et quantifiable, inférieures au niveau escompté pour l'âge du sujet. Il en résulte des limitations fonctionnelles de la communication efficiente, de la participation sociale, des résultats scolaires, du rendement professionnel, soit de manière isolée, soit dans n'importe quelle combinaison;
- **Critère C** : Les symptômes débutent dans la période précoce du développement;
- **Critère D** : Les difficultés ne sont pas imputables à un déficit auditif ou à d'autres déficiences sensorielles, à un déficit moteur cérébral ou à une autre affection neurologique ou médicale, et elles ne sont pas mieux expliquées par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou par un retard global du développement.

Source : *American Psychiatric Association*, 2015

L'absence d'un lien de causalité avec une condition médicale (critère D)² est la principale caractéristique de ce qui est désormais convenu de nommer le *trouble développemental du*

² Un trouble du langage peut survenir dans le cadre d'une condition médicale associée incluant notamment : un traumatisme crânien, une aphasie épileptique, une déficience auditive, une paralysie cérébrale, la trisomie 21, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme. Dans ces cas, le trouble du langage fait partie d'un trouble plus complexe et plus large. Il est alors suggéré d'employer l'expression *Trouble du langage associé à X* (condition médicale en présence) (Bishop et al., 2017; Gingras, 2017).

*langage*³ (Bishop et al., 2017). Résultant des travaux d'un panel d'experts internationaux (groupe CATALISE) et recommandés par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ, 2017), cette nouvelle appellation remplace les termes *trouble spécifique du langage*, *trouble primaire du langage* et *dysphasie*^{4,5} largement utilisés au cours des dernières années (Bishop et al., 2017; Gingras, 2017). Le terme *trouble* a été privilégié par le panel pour indiquer que les difficultés ont un impact sur le développement de l'enfant et que le pronostic n'est pas favorable sans intervention. Il est donc raisonnable de penser que les difficultés vont persister à long terme et que les habiletés langagières de l'enfant ne seront pas équivalentes à celles des autres enfants de son âge si aucun service ne lui est offert. Le terme *développemental* indique quant à lui que les difficultés de langage émergent au cours du développement (par opposition à des difficultés de langage acquises ou associées à une condition médicale). Ces deux conditions réunies (impact sur le développement/pronostic non favorable et émergence au cours du développement) permettent de conclure à un trouble développemental du langage (Bishop et al., 2017; Gingras, 2017).

Le trouble développemental du langage se présente de manière hétérogène et inclut un large éventail de profils langagiers. En effet, en présence de ce trouble, différentes composantes du langage peuvent présenter des déficits : phonologie, syntaxe, morphologie, sémantique, pragmatique, discours, mémoire verbale et apprentissage verbal (Figure 1). Jumelée à l'âge de l'enfant⁶, la multitude des composantes du langage qui sont atteintes permet de croire que les difficultés présentes risquent, sans intervention, de se maintenir dans le temps, et ce, jusqu'à l'âge adulte (Bishop et al., 2017; CIRRISS, 2018; Gingras, 2017).

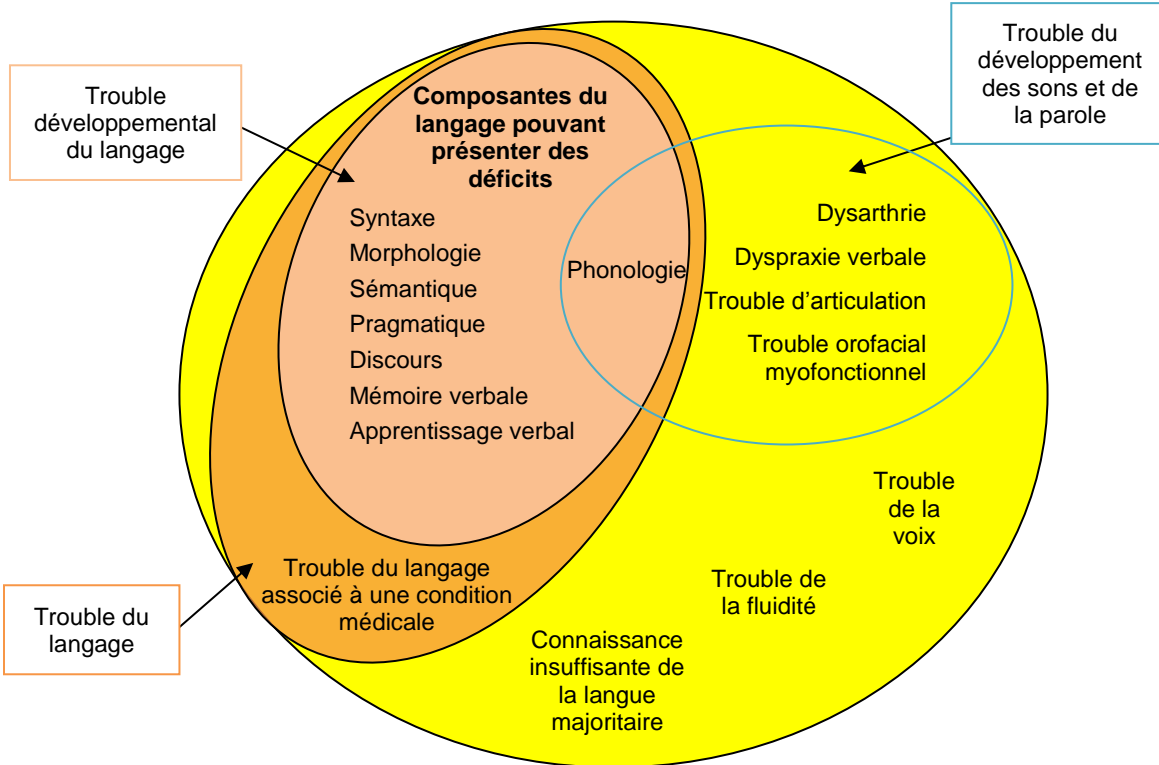
³ *Developmental Language Disorder* en anglais.

⁴ L'OOAQ recommande d'ajouter à la nouvelle appellation, entre parenthèses, un des anciens libellés du *trouble développemental du langage*; par exemple trouble développemental du langage (trouble primaire du langage).

⁵ En anglais *Specific Language Impairment, Primary Language Impairment, Speech Impairment, Dysphasia*.

⁶ Les difficultés de langage qui sont encore présentes chez un enfant de 5 ans ou plus sont grandement à risque de se maintenir dans le temps en comparaison des difficultés présentes chez un enfant de moins de 3 ans pour lequel il est particulièrement difficile d'établir un pronostic (Bishop et al., 2017; Gingras, 2017).

Figure 1. Difficultés de la parole, du langage et de la communication



Source : Traduction libre de Bishop, Snowling et coll., 2017

2.2. Situation des enfants allophones

Certains enfants, dont ceux issus de familles immigrantes, peuvent avoir des difficultés de langage en raison d'une exposition insuffisante à la langue majoritaire du milieu dans lequel ils vivent. Ceci est particulièrement vrai chez les enfants d'âge préscolaire qui n'apprennent que très rarement la langue majoritaire avant leur entrée à l'école. Ces derniers ne devraient en effet pas être identifiés comme ayant un trouble du langage (incluant un trouble développemental du langage), à moins que leurs habiletés langagières ne soient pas équivalentes à ce qui est attendu selon leur âge, ni dans leur langue maternelle, ni dans la langue majoritaire du pays d'accueil (Bishop et al., 2017; Gingras, 2017). Malgré une croyance largement véhiculée, il est maintenant reconnu que les difficultés de langage ne sont ni causées ni exacerbées par le multilinguisme (Sanson, 2010; Thordardottir, Weismer et Smith, 1997). Ce dernier présenterait, au contraire, plusieurs avantages aux plans cognitif, linguistique et social (Bialystok, 2009; Lutz et Crist, 2009; Vuorenkoski, Kuure, Moilanen, Penninkilampi et Myhrman, 2000). La prévalence des troubles du langage chez les enfants bilingues n'est de surcroît pas plus élevée que chez les enfants monolingues (Kohl et al., 2008; Paradis, Crago, Genesee et Rice, 2003).

Chez les enfants bilingues ou évoluant dans un milieu où leur langue maternelle diffère de la langue majoritaire, l'évaluation des difficultés de langage et la conclusion d'un trouble du langage, qu'il soit développemental ou associé à une condition médicale, doivent être menées avec prudence. Il est important dans un premier temps de documenter le profil linguistique de

l'enfant de même que son histoire d'acquisition de la langue maternelle et des autres langues en recourant, notamment, à un questionnaire destiné aux parents (Gutiérrez–Clellen et Kreiter, 2003; MacLeod, 2015b; Meziane, 2018; Paradis, Emmerzael et Duncan, 2010; Tuller, 2015). Les informations recueillies par ce questionnaire permettent au professionnel de déterminer si de faibles résultats aux tâches d'évaluation sont liés à un trouble du langage ou à une utilisation ou exposition insuffisante à la langue majoritaire. Les éléments du profil linguistique à considérer sont entre autres, et pour chacune des langues : l'âge d'exposition, l'intensité de l'exposition hebdomadaire, le type d'exposition (passive ou active⁷), l'intensité de l'utilisation de chacune des langues et leur degré de valorisation dans l'environnement immédiat de l'enfant (Bohman, Bedore, Peña, Mendez-Perez et Gillam, 2010; de Almeida et al., 2016; Meziane, 2018). Pour reconnaître un trouble du langage chez un enfant bilingue, il importe aussi d'évaluer les habiletés de l'enfant dans les deux langues. Des erreurs de même type y seront probablement observées puisque les difficultés de langage ne proviennent pas de la langue elle-même, mais des difficultés d'abstraction des patrons d'une langue (MacLeod, 2015b).

⁷ Une exposition passive à la langue, comme regarder la télévision, offre une stimulation langagière moins importante qu'une exposition active au cours de laquelle l'enfant interagit avec un locuteur de cette langue (Meziane, 2018).

2.3. Interventions orthophoniques auprès des enfants allophones

Prodiguer une intervention orthophonique auprès d'enfants bilingues est un processus qui demande un grand investissement en temps et en ressources (Girolametto et Cleave, 2010; Kritikos, 2003). Nombreux sont en effet les obstacles à une évaluation et à une intervention adéquates auprès de ces enfants qui parlent une langue autre que celle de l'intervenant : contraintes de temps et de ressources financières dans un contexte d'offre de soins publics, diversité des langues sur lesquelles il faut intervenir, rareté des outils culturellement appropriés, manque d'orthophonistes bilingues et d'interprètes qualifiés pour ce type de travail (Boerma et Blom, 2017; Paradis, Schneider et Duncan, 2013).

Dans un contexte où peu d'études existent sur les interventions thérapeutiques à privilégier lorsqu'il y a divergence entre la langue maternelle de l'enfant et celle de l'intervenant, études qui de surcroît portent principalement sur les compétences liées au vocabulaire (et non sur l'ensemble des composantes du langage) (Thordardottir, 2017), les orthophonistes adoptent une variété de stratégies : stratégies collaboratives (par exemple le recours aux interprètes), stratégies qui favorisent le développement du langage en général (en mettant à profit l'aide des parents ou des pairs) ou stratégies qui conduisent à la généralisation et au transfert entre les langues (Kohnert, Yim, Nett, Kan et Duran, 2005; Williams et McLeod, 2012). L'effet de ces différentes stratégies sur les compétences langagières des enfants est toutefois rarement mesuré. Au-delà des défis linguistiques qu'une intervention bilingue implique, des lacunes en ce qui concerne les compétences culturelles des intervenants qui ont à côtoyer des systèmes de valeurs et des visions du monde différentes des leurs peuvent rendre difficile la dynamique de l'intervention et compromettre son efficacité (McLeod, Verdon et Bowen, 2013).

Malgré une grande volonté des intervenants de faire autrement, la majorité des enfants allophones qui présentent des difficultés du langage reçoivent une intervention uniquement dans la langue majoritaire du milieu où ils habitent (Jordaan, 2008; Marinova-Todd et al., 2016; Williams et McLeod, 2012). Ainsi, la nécessité de définir les interventions reconnues efficaces pour intervenir de façon optimale auprès de ces enfants est manifeste.

3. Projet D'ETMI

La méthodologie proposée vise à répondre aux questions décisionnelles formulées par le demandeur du projet. Tel qu'abordé dans la section présentant le contexte du projet d'ETMI abrégée, ces questions sont formulées ainsi :

« Quelles sont les directives qui devraient être émises aux orthophonistes pour favoriser un changement de pratique et leur permettre de mettre en application des pratiques reconnues efficaces (volet clinique) auprès des enfants allophones ou anglophones ? »

« Quelles mesures et ressources seraient nécessaires pour soutenir les orthophonistes dans l'implantation de ces nouvelles pratiques basées sur les preuves scientifiques (volet administratif) ? »

3.1. Critères PICOTS

La typologie PICOTS (Samson et Schoelles, 2012) aide à circonscrire l'évaluation en fonction des besoins décisionnels du demandeur. Elle permet la formulation de questions d'évaluation claires et aide à la définition de la stratégie de recherche documentaire et à la définition des critères de sélection des études. Pour cette ETMI, les critères PICOTS sont présentés au **tableau 1**.

Tableau 1. Définition des critères PICOTS

Critères	Définition
P (Population)	<ul style="list-style-type: none">• Enfants de 0 à 9 ans allophones ou anglophones présentant des difficultés d'acquisition ou de développement du langage• Orthophonistes
I (Intervention)	<ul style="list-style-type: none">• Interventions orthophoniques• Modes d'intervention (contexte, stratégies d'intervention)• Outils et ressources adaptés
C (Comparateur)	<ul style="list-style-type: none">• Mode d'intervention usuel• Aucune intervention• Mesures avant l'intervention• Aucun comparateur
O (<i>Outcomes</i>)	<ul style="list-style-type: none">• Habiletés langagières des enfants• Adhésion au traitement orthophonique• Sentiment de compétence (professionnelle et culturelle) des orthophonistes• Satisfaction des usagers ou de leurs parents
T (Temporalité)	<ul style="list-style-type: none">• Au cours de l'intervention• Après l'intervention (court et moyen termes)
S (<i>Setting</i>)	<ul style="list-style-type: none">• En milieu de garde• En milieu scolaire• Dans un établissement de santé ou de services sociaux public, privé ou communautaire• À domicile

3.2. Question d'évaluation

La question d'évaluation formulée à partir des critères PICOTS (**tableau 1**) porte sur la dimension de l'efficacité et la dimension organisationnelle :

« Quelles sont les approches adaptées aux enfants allophones ou anglophones présentant des difficultés d'acquisition ou de développement du langage qui favorisent :

- Une amélioration de leurs habiletés langagières;
- Une meilleure adhésion au traitement orthophonique;
- Un sentiment de compétence accru (professionnelle et culturelle) des orthophonistes;
- Une plus grande satisfaction des usagers ou de leurs parents ? »

3.3. Méthodologie

Une revue de la littérature utilisant une approche systématique sera réalisée dans le cadre d'une ETMI abrégée pour laquelle la recherche documentaire est limitée à quelques bases de données bibliographiques et couvre une période de temps limitée. La recherche de la littérature grise est également limitée à quelques sites Internet sélectionnés selon leur pertinence. Des messages clés/constats sont élaborés, basés sur une synthèse et une analyse de la littérature consultée (**annexe 1**).

La recherche documentaire sera effectuée en collaboration avec une bibliothécaire. L'ensemble du processus et les détails qui s'y rapportent seront documentés par la bibliothécaire et la stratégie de recherche sera annexée au rapport d'ETMI.

3.4. Stratégie de recherche documentaire

3.4.1. Recherche dans les bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche sera élaborée à partir d'une liste de concepts et de mots clés, dont une partie a été identifiée lors de la recherche documentaire exploratoire (**encadré 2**). Les bases de données bibliographiques *PubMed*, *Embase* et *CINAHL* seront interrogées. Les bibliographies des publications retenues seront consultées afin de trouver des études pertinentes qui n'auraient pas été repérées par la stratégie de recherche documentaire.

Encadré 2. Concepts et exemples de mots clés qui seront utilisés pour la recherche documentaire

Concept 1	Concept 2	Concept 3	Concept 4
Trouble du langage <i>Language</i> <i>Speech</i> <i>Impairment</i> <i>Delay</i> ...	Intervention <i>Intervention</i> <i>Treatment</i> <i>Approach</i> <i>Practice</i> ...	Enfant <i>Child</i> <i>Infant</i> <i>School-age</i> <i>Toddler</i> ...	Allophone/Multilingue <i>Allophon</i> <i>Bilingual</i> <i>Multilingual</i> <i>Polyglot</i> ...

3.4.2. Recherche dans la littérature grise

La littérature grise correspond à « tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale. » (Schöpfel, 2012)

Une recherche exploratoire a permis de repérer des sites Internet susceptibles de fournir des données probantes relatives au sujet d'intérêt (**annexe 2**). Les mots-clés utilisés, la date de consultation ainsi que les résultats de la recherche seront documentés, et ce, pour chacun des sites consultés et des moteurs de recherche utilisés. De plus, les bibliographies des documents de littérature grise retenus seront consultées.

3.5. Sélection des documents

Les documents répertoriés par la recherche documentaire seront ensuite sélectionnés en fonction de leur pertinence pour répondre à la question d'évaluation, à l'aide des critères PICOTS. D'autres critères liés à la langue, au pays, à la date de publication et au type de publication seront également considérés (**tableau 2**).

Tableau 2. Critères de sélection des documents

PICOTS	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<p>Population</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants de 0 à 9 ans allophones (aucune langue ni dialecte n'est exclu) ou anglophones présentant des difficultés d'acquisition ou de développement du langage : <ul style="list-style-type: none"> ○ Trouble développemental du langage ○ Trouble du langage associé à une condition médicale spécifiée ○ Trouble du langage acquis à la suite d'un traumatisme psychologique (ex. mutisme) ○ Trouble de la communication sociale (pragmatique) ○ Trouble du développement des sons et de la parole tel que : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dysarthrie ✓ Dyspraxie verbale ✓ Trouble d'articulation • Orthophonistes 	<p>Enfants qui présentent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un trouble de la voix • Un trouble de la résonance • Un trouble de la prosodie • Un trouble de la fluidité (bégaiement) • Un trouble orofacial myofonctionnel • Tous troubles acquis du langage, à l'exception des troubles acquis à la suite d'un traumatisme psychologique (ex. mutisme) • Des difficultés de langage parce qu'ils ont une connaissance insuffisante de la langue majoritaire du milieu dans lequel ils vivent

PICOTS	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions orthophoniques • Modes d'intervention (contexte, stratégies d'intervention) • Outils et ressources adaptés 	<ul style="list-style-type: none"> • Services d'évaluation orthophonique • Services de prévention, promotion, dépistage
Comparateur	<ul style="list-style-type: none"> • Mode d'intervention usuel • Aucune intervention • Mesures avant l'intervention • Aucun comparateur 	
Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> • Habiletés langagières des enfants • Adhésion au traitement orthophonique • Sentiment de compétence (professionnelle et culturelle) des orthophonistes • Satisfaction des usagers ou de leurs parents 	
Temporalité	<ul style="list-style-type: none"> • Au cours de l'intervention • Après l'intervention (court et moyen terme) 	
Setting	<ul style="list-style-type: none"> • En milieu de garde • En milieu scolaire • Dans un établissement de santé ou de services sociaux public, privé ou communautaire • À domicile 	
Autres critères d'inclusion ou d'exclusion		
Type de publication	<ul style="list-style-type: none"> • Études primaires (tous types de devis) • Tous types de revues systématiques⁸ incluant les méta-analyses • Rapports d'ETMI • Guides de pratique clinique • Rapports gouvernementaux ou d'organisations savantes (pratiques exemplaires) • Mémoires de maîtrise/thèses de doctorat 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous types de revues narratives⁹ • Résumés de conférences • Livres • Chapitres de livres • Lettres • Notes • Actes de congrès • Éditoriaux
Langues de publication	Français, anglais	
Période de publication	2008-2018	
Pays de publication	Pays membres de l'OCDE	

L'étape de sélection sera réalisée en deux phases : la phase 1, à la lecture des titres et des résumés, et la phase 2, à la lecture complète des documents retenus à la phase 1.

Deux professionnelles en ETMI se partageront la sélection des documents (phases 1 et 2) après s'être assurées d'une compréhension commune des critères de sélection. Cette étape préalable

⁸ https://www.bibl.ulaval.ca/fichiers_site/portails/education/comparaison-des-types-de-revues-de-litt%C3%A9rature-final.pdf.

⁹ *Ibid.*

consistera à réaliser un accord interjuge pour les 200 premiers titres (pour la phase 1) et les 50 premiers documents retenus en phase 1 (pour la phase 2). Pour les documents exclus en phase 2, les raisons d'exclusion seront documentées afin de faciliter le suivi du processus de sélection.

3.6. Extraction des données

Deux professionnelles en ETMI se partageront l'extraction des données après avoir effectué une validation interjuge pour les cinq premiers documents. Les données pertinentes pour répondre à la question d'évaluation seront extraites à l'aide d'une grille structurée et incluront, pour les études (incluant les mémoires et les thèses), l'auteur, l'année de publication, le pays où l'étude a été réalisée, le devis de recherche, les caractéristiques des participants, la description de l'intervention, le comparatif, les outils de mesure et les résultats. Les études faisant l'objet de plusieurs publications seront regroupées et considérées comme une seule étude. Les données recueillies pour les guides de pratique clinique incluront la référence du document (organisation, titre, pays et année de publication), la population visée, la source de la preuve, les objectifs et les énoncés développés. Les extractions des autres documents de littérature grise, comme les rapports gouvernementaux incluront la référence du document (organisation, titre, pays et année de publication), la population visée, la description de l'intervention, les instruments de mesure et les données relatives à cette intervention. Dans le cas où les mêmes résultats font l'objet de plusieurs publications, la version la plus récente sera considérée. Les tableaux d'extraction seront annexés au rapport d'ETMI abrégée.

3.7. Évaluation de la qualité des documents

L'évaluation de la qualité méthodologique des études, des revues systématiques et des guides de pratique clinique retenus ainsi que la crédibilité des sites d'où proviennent les autres documents sera réalisée par une professionnelle en ETMI après avoir effectué un accord interjuge pour les cinq premiers documents. Le *QualSyst* (Kmet, Lee et Cook, 2004), un outil développé pour évaluer la qualité méthodologique des études primaires de tous types de devis, sera utilisé. La qualité des revues systématiques sera évaluée avec l'outil AMSTAR 2 (Shea et al., 2017). La grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (AGREE II) sera utilisée pour évaluer la qualité des guides de pratique clinique (Brouwers et al., 2010a, 2010b). L'évaluation de la crédibilité des autres documents identifiés sur Internet sera menée à l'aide de critères spécifiques (Couture, 2015).

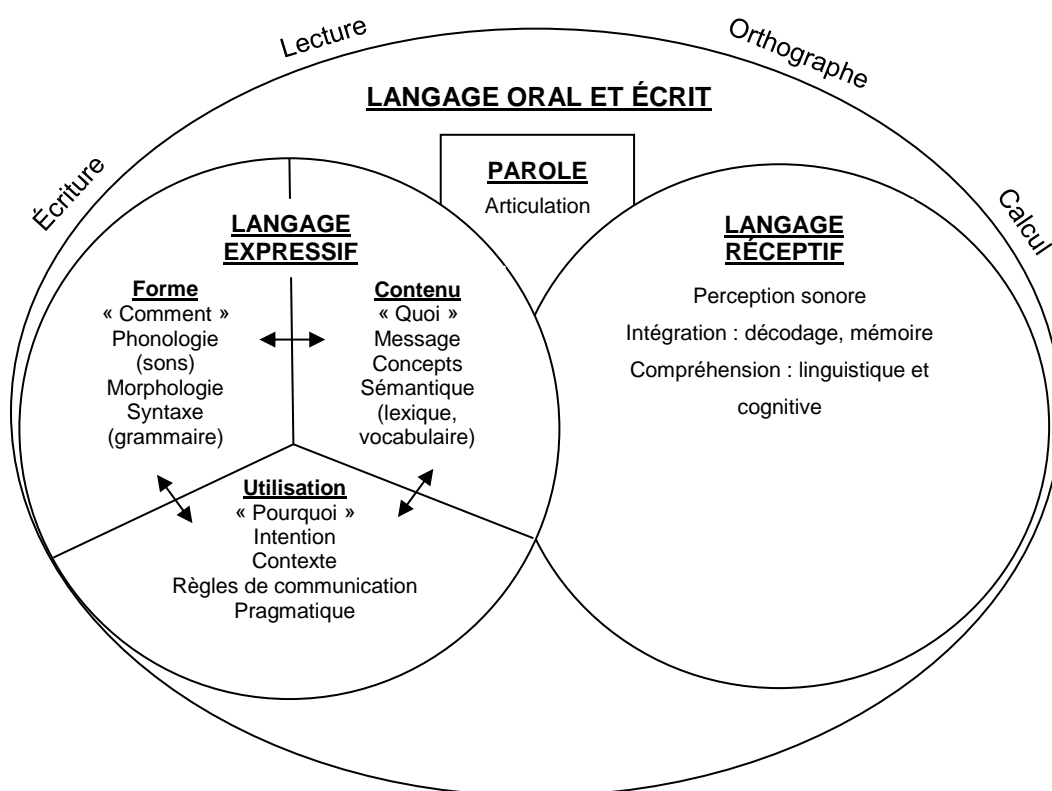
3.8. Synthèse et analyse des données probantes

Le modèle de la communication orale et écrite sera utilisé pour guider la synthèse des résultats concernant les habiletés langagières des enfants (CIRRIS, 2018; Fiset, 2014). Selon ce modèle, le langage se divise en deux grandes catégories, soit le langage oral et le langage écrit. Le langage oral se compose du langage expressif, qui réfère à sa production, et du langage réceptif, qui réfère à sa compréhension. Il se subdivise par la suite en plusieurs composantes qui s'influencent mutuellement. Ces composantes, du côté du langage expressif, sont la forme, le contenu et l'utilisation, chacune de ces composantes se déclinant à nouveau en sous-composantes (**figure 2**). Du côté du langage réceptif se trouvent la perception sonore,

l'intégration du langage par le décodage et la mémoire de même que la compréhension linguistique et cognitive. Entre les deux sphères (expressive et réceptive) se trouve la composante de la parole considérée, soit l'articulation. Le langage écrit inclut pour sa part quatre composantes, à savoir l'écriture, la lecture, l'orthographe et le calcul (Schell, 2011).

Les résultats de l'ETMI abrégée seront présentés selon la composante du langage sur laquelle l'intervention pratiquée aura été expérimentée. Certaines interventions pourraient améliorer les habiletés langagières de l'enfant pour des composantes du langage particulières, et ainsi ne pas s'appliquer à toutes les difficultés du langage. Lorsque les interventions identifiées concerneront le traitement de l'ensemble des difficultés du langage, elles seront discutées hors de ce modèle.

Figure 2. Modèle de la communication orale et écrite



Source : Inspiré de CIRRIIS, 2018; Fiset, 2014; Schell, 2011

Les données concernant chacun des résultats d'intérêt (*outcomes*) seront ensuite analysées selon le niveau de preuve scientifique à l'aide de critères inspirés du système GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (GRADE Working Group, 2016) (**tableau 3**). Ce système permet de prendre en compte le nombre de documents, la cohérence des résultats, la robustesse des devis de recherche, le nombre de participants (en fonction du devis) de même que la qualité méthodologique ou la crédibilité des documents en ligne.

Tableau 3. Guide pour établir les niveaux de preuve

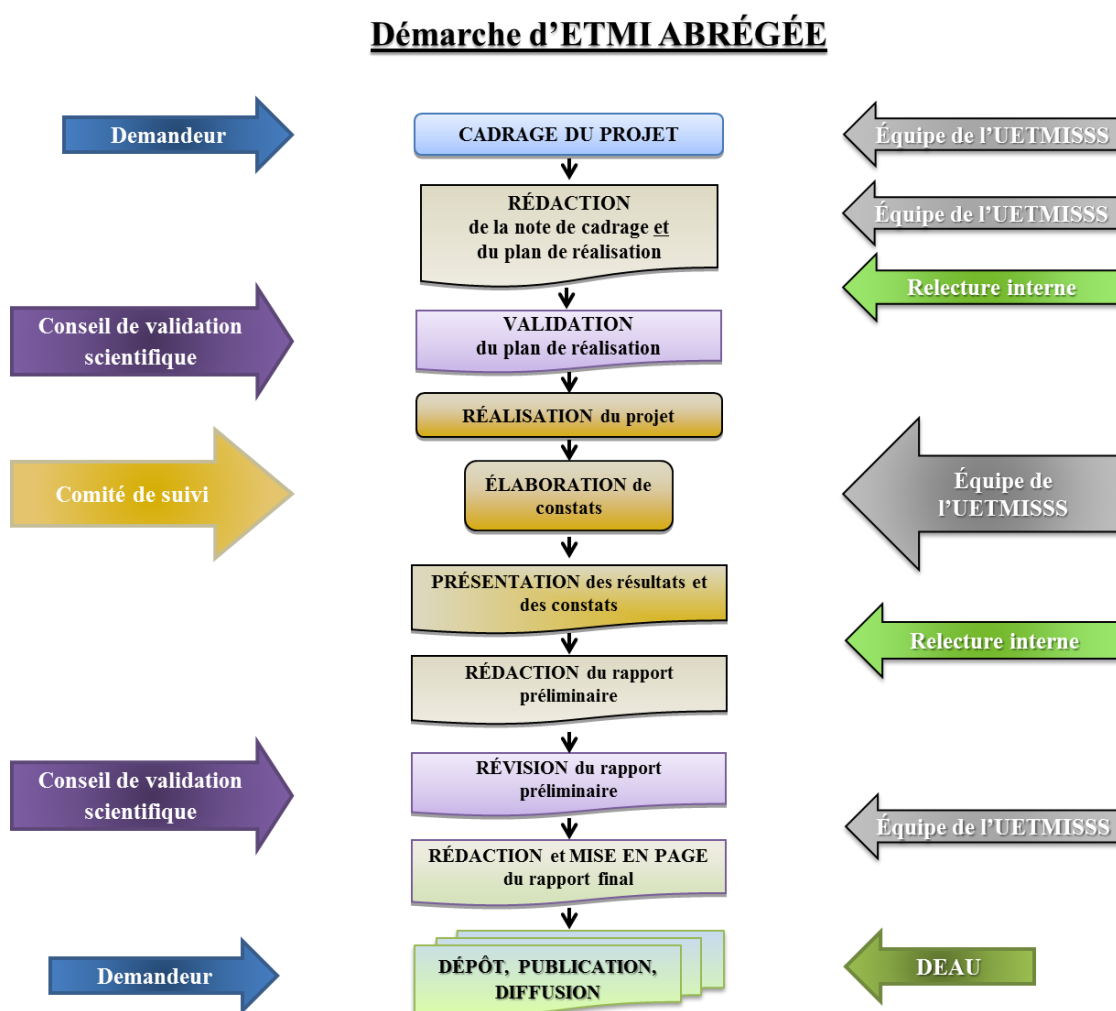
Qualité de la preuve scientifique	Description des critères
Élevée	<ul style="list-style-type: none"> - Données observées dans plus d'un article scientifique dont le score de qualité (SQ) est élevé. - Consensus fort entre les résultats des différentes études. - Consensus fort entre les résultats des données quantitatives et les données qualitatives. - Il existe une (des) méta-analyse(s) de bonne qualité ou plusieurs essais randomisés de bonne qualité dont les résultats sont cohérents. De nouvelles données ne changeront très probablement pas la confiance en l'effet estimé. - Nombre très élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).
Modérée	<ul style="list-style-type: none"> - Données observées dans un seul article scientifique dont le SQ est élevé ou dans plus d'un article scientifique dont le SQ est modéré. - Consensus moyen entre les résultats des données quantitatives et les données qualitatives. - Il existe des preuves de qualité correcte (essais randomisés ou études prospectives ou rétrospectives) avec des résultats dans l'ensemble cohérents. De nouvelles données peuvent avoir un impact sur la confiance dans l'estimation de l'effet et peuvent changer l'estimation. - Nombre plutôt élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).
Faible	<ul style="list-style-type: none"> - Données issues d'un seul article scientifique dont le SQ est modéré ou de plus d'un article scientifique dont le SQ est faible. - Consensus faible entre les résultats des données quantitatives et les données qualitatives. - Les études disponibles sont critiquables d'un point de vue méthodologique ou les résultats des essais ne sont pas toujours cohérents entre eux. De nouvelles données auront très probablement un impact important sur la confiance dans l'estimation de l'effet et changeront probablement l'estimation. - Nombre peu élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).
Preuve insuffisante	<ul style="list-style-type: none"> - Données issues d'un seul article scientifique dont le SQ est faible ou dans un ou plusieurs articles scientifiques sans SQ. - Pas de consensus entre les résultats des données quantitatives et les données qualitatives. - Seulement des séries de cas. Il existe une forte incertitude sur l'effet estimé. - Nombre très peu élevé de répondants dans le total des études considérées (en tenant compte du devis quantitatif ou qualitatif).

4. Implication des parties prenantes et diffusion des résultats

4.1 Implication des parties prenantes

Les parties prenantes incluent tous les acteurs présentant un intérêt pour la problématique, touchés par celle-ci ou qui, en raison de leur fonction, pourraient influencer le processus de prise de décision (Varvasovszky et Brugha, 2000). Il peut s'agir d'utilisateurs partenaires, de représentants d'associations ou d'organisations, de gestionnaires, de professionnels, d'experts et de décideurs. Les parties prenantes sont impliquées tout au long de la réalisation du projet d'ETMI en tant que membres du comité de suivi ou membres du conseil scientifique, tel qu'indiqué dans la **figure 3** qui présente la démarche d'ETMI abrégée. Les personnes qui participeront à ces comités sont identifiées en début de document.

Figure 3. Illustration de la démarche d'ETMI abrégée



4.1.1. Conseil scientifique

Le conseil scientifique est constitué de trois experts de la méthodologie d'ETMI ou de la problématique étudiée. En jugeant de la valeur scientifique du projet d'ETMI décrit dans le plan de réalisation, les membres du conseil ont le mandat de s'assurer de sa pertinence et de sa faisabilité. À la fin du projet, le rapport préliminaire leur est soumis pour l'évaluation de ses qualités méthodologique et scientifique. Les membres du conseil ne font pas partie du comité de suivi pour une raison d'objectivité. Le conseil est consultatif et n'a aucun pouvoir décisionnel.

4.1.2. Comité de suivi

Le comité de suivi regroupe des représentants des parties prenantes, incluant le demandeur et deux usagers partenaires. Son mandat est d'accompagner l'équipe d'ETMI tout au long du projet. Les membres sont invités à se prononcer sur la problématique, les questions d'évaluation, les sources de données permettant d'y répondre, la stratégie de recherche documentaire, les données à recueillir ainsi que leur analyse. Sans être décisionnel, le comité de suivi a le pouvoir d'influencer la réalisation de certaines étapes du projet d'ETMI.

4.2. Diffusion des résultats et activités de communication

Outre l'implication de parties prenantes tout au long de la réalisation du projet, différentes stratégies de diffusion des résultats et activités de communication seront mises de l'avant, dont :

- Publication du rapport d'ETMI abrégée dans un journal scientifique avec comité de pairs;
- Publication du plan de réalisation, du rapport d'ETMI abrégée et d'un résumé en anglais sur les sites Internet du CIUSSS de la Capitale-Nationale, de l'INESSS, de l'ACMTS et de l'INAHTA;
- Présentations ciblées auprès d'instances locales, régionales et nationales;
- Présentations lors de congrès ou colloques nationaux;
- Présentations lors de forums scientifiques ou de conférences spécialisées.

5. Échéancier

Tableau 4. Calendrier initial prévisionnel (autre version mise à jour en décembre 2018)

ÉTAPES DU PROJET	2018												2019		
	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	
Étape du cadrage															
Formation du conseil scientifique															
Formation et rencontres du comité de suivi															
Rédaction du plan de réalisation															
Révision du plan de réalisation par le conseil scientifique															
Correction du plan de réalisation et réponse aux réviseurs															
Recherche documentaire															
Sélection des documents															
Extraction des données et évaluation de la qualité															
Synthèse et analyse des données															
Élaboration des messages clés															
Rédaction du rapport préliminaire															
Révision du rapport par le conseil scientifique															
Rédaction du rapport final et réponse aux réviseurs															
Dépôt et diffusion du rapport final															
Diffusion des résultats et activités de communication															

Annexe 1. Produits offerts par l'UETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale

ETMI classique :	<ul style="list-style-type: none"> • Revue systématique de la littérature et, le cas échéant, collecte de données probantes d'autres sources (données contextuelles, bases de données administratives, données expérientielles) • Les données probantes sont synthétisées puis analysées. • Des recommandations sont élaborées à la suite de l'analyse des résultats; en cas d'incertitude, des recommandations préliminaires sont élaborées puis soumises à un comité délibératif composé d'experts qui mènera à une version finale des recommandations.
ETMI abrégée :	<ul style="list-style-type: none"> • Revue de la littérature utilisant une approche systématique et, le cas échéant, collecte de données probantes d'autres sources (données contextuelles, bases de données administratives, données expérientielles) • Les données probantes sont synthétisées puis analysées. • Des messages clés/constats sont élaborés.

ÉTAPES	ETMI CLASSIQUE	ETMI ABRÉGÉE
Recherche de littérature dans les bases de données bibliographiques indexées Stratégie de recherche élaborée en collaboration avec une bibliothécaire	Toutes les bases de données pertinentes	Nombre limité de bases (environ 3) Limite de la fenêtre de publication
Recherche de la littérature grise Recherche effectuée par le professionnel en ETMISSS	Tous les sites web pertinents (organisations savantes, gouvernements, ordres professionnels, etc.)	Quelques sites sélectionnés selon leur pertinence (consultation du comité de suivi)
Sélection des documents	Indépendamment par 2 professionnels en ETMI Consensus (pour tous les documents) En cas de désaccord, consultation de la responsable scientifique	1 professionnel effectue le travail seul ou 2 professionnels en ETMI se divisent la tâche (selon le projet) Validation interjuge (dans tous les cas) (phase 1 : les 200 premiers titres; phase 2 : les 50 premiers documents retenus en phase 1) En cas de désaccord, consultation de la responsable scientifique
Extraction des données Grille structurée validée par le comité de suivi	Indépendamment par 2 professionnels en ETMI Consensus (pour tous les documents) En cas de désaccord, consultation de la responsable scientifique	1 professionnel effectue le travail seul ou 2 professionnels en ETMI se divisent la tâche (selon le projet) Validation interjuge (dans tous les cas) (les 5 premiers documents) En cas de désaccord, consultation de la responsable scientifique
Évaluation de la qualité méthodologique/risque de biais Outils validés	Indépendamment par 2 professionnels en ETMI Consensus (pour tous les documents) En cas de désaccord, consultation de la responsable scientifique	1 professionnel effectue le travail seul ou 2 professionnels en ETMI se divisent la tâche (selon le projet) Validation interjuge (dans tous les cas) (les 5 premiers documents) En cas de désaccord, consultation de la responsable scientifique
Collecte de données probantes d'autres sources (données administratives, expérientielles, contextuelles)	Selon le projet	Selon le projet
Résultats	Synthèse et analyse : selon le cadre théorique et selon le niveau de preuve Élaboration de recommandations (selon le niveau de preuve)	Synthèse et analyse : selon le cadre théorique et selon le niveau de preuve Élaboration de Messages clés/constats (selon le niveau de preuve)

Annexe 2. Sites Internet qui seront consultés dans le cadre de la recherche dans la littérature grise*

Acronyme	Nom	Pays (province)	Site internet
AESQ	Association des éducatrices et éducateurs spécialisés du Québec	Canada (Québec)	http://aesq.ca/
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>	États-Unis	https://www.ahrq.gov/
ASHA	<i>American Speech-Language-Hearing Association</i>	États-Unis	http://www.asha.org/
CIRIS	Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale	Canada (Québec)	http://www.cirris.ulaval.ca/fr
CRIR	Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain	Canada (Québec)	http://www.crir.ca/
IALP	<i>International Association of Logopedics and Phoniatrics</i>	International	http://ialpasoc.info/
OAC	Orthophonie et Audiologie Canada	Canada	http://oac-sac.ca/
OATD	<i>Open Access Thesis and Dissertations</i>	International	https://oatd.org/
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec	Canada (Québec)	https://www.oeq.org/index.fr.html
OOAQ	Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec	Canada (Québec)	http://www.ooaq.qc.ca/index.html
OPPQ	Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec	Canada (Québec)	http://www.ordrepsed.qc.ca/
PQDT Global	<i>Proquest Dissertations & Theses Global</i>	International	https://search.proquest.com/pqdtglobal
RCSLT	<i>Royal College of Speech and Language Therapists</i>	Royaume-Uni	https://www.rcslt.org/
---	<i>Open grey</i>	Europe	http://www.opengrey.eu/
Recherche complémentaire			
Google	http://www.google.ca/	100 premiers résultats examinés	

*Possibilité d'ajouts

Références bibliographiques

- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (Traduit par M. A. Crocq & J. D. Guelfi, 5^e éd.). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Definitions of communication disorders and variations. *ASHA Suppl*, 35(3 Suppl 10), 40-41.
- AQNP (2018). *La dysphasie : trouble spécifique du langage et de la communication*. Repéré à <https://aqnp.ca/documentation/developpemental/dysphasie/>
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E. et Ananeh-Firempong, O., 2nd. (2003). Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Rep*, 118(4), 293-302. doi: 10.1093/phr/118.4.293
- Bialystok, E. (2009). Bilingualism: The good, the bad, and the indifferent. *Bilingualism: Language and Cognition*, 12(1), 3-11. doi: 10.1017/S1366728908003477
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A. et Greenhalgh, T. (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068-1080. doi: doi:10.1111/jcpp.12721
- Boerma, T. et Blom, E. (2017). Assessment of bilingual children: What if testing both languages is not possible? *J Commun Disord*, 66, 65-76. doi: 10.1016/j.jcomdis.2017.04.001
- Bohman, T. M., Bedore, L. M., Peña, E. D., Mendez-Perez, A. et Gillam, R. B. (2010). What you hear and what you say: language performance in Spanish–English bilinguals. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 13(3), 325-344. doi: 10.1080/13670050903342019
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . Makarski, J. (2010a). Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *Canadian Medical Association Journal*, 182(10), 1045.
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., . . . Makarski, J. (2010b). Development of the AGREE II, part 2: assessment of validity of items and tools to support application. *Canadian Medical Association Journal*, 182(10), E472-478. doi: 10.1503/cmaj.091716
- CHU Sainte-Justine. (2015). Dyspraxie verbale. Repéré à <https://www.chusj.org/soins-services/D/Dyspraxie-verbale>
- CHU Sainte-Justine. (2017). Définitions : communication et langage. Repéré à <https://www.chusj.org/soins-services/T/Trouble-du-spectre-de-l-autisme/La-communication/Definitions>

- CIRRIIS (2018). *L'enfant présente des difficultés langagières tôt dans son développement et celles-ci persistent jusqu'à l'âge adulte*. Repéré à <http://www.cirris.ulaval.ca/fr/enfant-presente-des-difficultes-langagieres-tot-dans-son-developpement-et-celles-ci-persistent>
- Commission scolaire des Hauts-Cantons. (2015). *Dysphasie ou trouble primaire du langage*. Repéré à http://www.cshc.qc.ca/upload/home/dysphasie_ou_trouble_primaire_du_langage.pdf
- Couture, M. (2015). *L'évaluation de la crédibilité des documents en ligne*. Repéré à <http://benhur.telug.ca/ST/sciences/sci1021/evalweb.htm>
- de Almeida, L., Ferré, S., Morin, E., Prévost, P., dos Santos, C., Tuller, L. et Zebib, R. (2016). *L'identification d'enfants bilingues avec Trouble Spécifique du Langage en France*. *SHS Web of Conferences*, 27.
- Éditeur officiel du Québec. (2018). *Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/C-26,%20R.%20184.pdf>
- Fiset, C. (2014). *Troubles du langage et de la parole chez l'enfant: Parlons-en*. Communication présentée Forum en médecine familiale, Québec, Québec. Repéré à <https://fmf.cfpc.ca/wp-content/uploads/2014/03/V55319-Troubles-du-langage-et-de-la-parole-chez-l---enfant-parlons-en.pdf>
- Gingras, M.-P. (2017). *Le nouveau « Trouble du langage développemental » : 57 experts se prononcent sur la terminologie entourant les troubles du langage*. Repéré à <https://cuitdanslebec.wordpress.com/2017/07/23/le-nouveau-trouble-du-langage-developpemental-57-experts-se-prononcent-sur-la-terminologie-entourant-les-troubles-du-langage/>
- Girolametto, L. et Cleave, P. L. (2010). *Assessment and intervention of bilingual children with language impairment*. *J Commun Disord*, 43(6), 453-455. doi: 10.1016/j.jcomdis.2010.07.006
- Gouvernement du Québec. (2018). *Portail Québec - Services Québec*. Repéré à <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/taq/terme.do?id=878>
- GRADE Working Group. (2016). *Criteria for applying or using GRADE*. Repéré à http://www.gradeworkinggroup.org/docs/Criteria_for_using_GRADE_2016-04-05.pdf
- Gutiérrez–Clellen, V. F. et Kreiter, J. (2003). *Understanding child bilingual acquisition using parent and teacher reports*. *Applied Psycholinguistics*, 24(2), 267-288. doi: 10.1017/S0142716403000158
- Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's (2015). *Politique en matière de langue de service de l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's*. Repéré à http://www.jhsb.ca/assets/official_docs/politique_langue_service.pdf
- International Expert Panel on Multilingual Children's Speech (2012). *Multilingual Children with Speech Sound Disorders: Position Paper*. Repéré à http://www.csu.edu.au/_data/assets/pdf_file/0010/392977/MultilingualSSDPositionPaper.pdf

- Jordaan, H. (2008). Clinical intervention for bilingual children: an international survey. *Folia Phoniatr Logop*, 60(2), 97-105. doi: 10.1159/000114652
- Kmet, L. M., Lee, R. C. et Cook, L. S. (2004). *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields* (n° HTA Initiative #13). Edmonton, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Repéré à <https://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1471-2393-14-52-s2.pdf>
- Kohl, M., Beauquier-Maccotta, B., Bourgeois, M., Clouard, C., Donde, S., Mosser, A., . . . Robel, L. (2008). Bilinguisme et troubles du langage chez l'enfant : étude rétrospective. *La psychiatrie de l'enfant*, 51(2), 577-595. doi: 10.3917/psy.512.0577
- Kohnert, K., Yim, D., Nett, K., Kan, P. F. et Duran, L. (2005). Intervention with linguistically diverse preschool children: a focus on developing home language(s). *Lang Speech Hear Serv Sch*, 36(3), 251-263.
- Kritikos, E. P. (2003). Speech-Language Pathologists' Beliefs About Language Assessment of Bilingual/Bicultural Individuals. *Am J Speech Lang Pathol*, 12(1), 73-91. doi: 10.1044/1058-0360(2003/054)
- Lutz, A. et Crist, S. (2009). Why do bilingual boys get better grades in English-only America? The impacts of gender, language and family interaction on academic achievement of Latino/a children of immigrants. *Ethnic and Racial Studies*, 32(2), 346-368. doi: 10.1080/01419870801943647
- MacLeod, A. (2015a). Les troubles du développement des sons de la parole. *Rééducation orthophonique*(263), 3-5.
- MacLeod, A. (2015b). *Pratique de l'orthophonie avec les enfants bilingues*. Document inédit.
- Marinova-Todd, S. H., Colozzo, P., Mirenda, P., Stahl, H., Kay-Raining Bird, E., Parkington, K., . . . Genesee, F. (2016). Professional practices and opinions about services available to bilingual children with developmental disabilities: An international study. *J Commun Disord*, 63, 47-62. doi: 10.1016/j.jcomdis.2016.05.004
- McLeod, S., Verdon, S. et Bowen, C. (2013). International aspirations for speech-language pathologists' practice with multilingual children with speech sound disorders: development of a position paper. *J Commun Disord*, 46(4), 375-387. doi: 10.1016/j.jcomdis.2013.04.003
- Meziane, S. (2018). Enfants bilingues : problèmes de langage ou difficultés liées à l'apprentissage d'une autre langue? Repéré à <https://parlonsapprentissage.com/enfants-bilingues-problemes-de-langage-ou-difficultes-liees-a-lapprentissage-dune-autre-langue/>
- MIDI (2017). *Présence et portraits régionaux des personnes immigrantes admises au Québec de 2006 à 2015*. Repéré à http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence2017_admisQc.pdf
- OAC (2018). *Les adultes*. Repéré à <https://www.oac-sac.ca/public/les-adultes>

- OOAQ (2012). *L'orthophonie au Québec*. Repéré à <http://www.ooaq.qc.ca/profession/orthophonie>
- OOAQ (2017). *État de la situation sur le trouble développemental du langage (TDL)*. Repéré à <http://ooaqvousinforme.com/tcl-sept2017/>
- OQLF (1979). *Fiche terminologique - langue maternelle*. Repéré à http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17571288
- OQLF (1990). *Fiche terminologique - dysarthrie*. Repéré à http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17029206
- OQLF (2009). *Fiche terminologique - prosodie*. Repéré à http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26503551
- OQLF (2013). *Fiche terminologique - allophone*. Repéré à http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8359640
- Paradis, J., Crago, M., Genesee, F. et Rice, M. (2003). French-English bilingual children with SLI: how do they compare with their monolingual peers? *J Speech Lang Hear Res*, 46(1), 113-127.
- Paradis, J., Emmerzael, K. et Duncan, T. S. (2010). Assessment of English language learners: Using parent report on first language development. *J Commun Disord*, 43(6), 474-497. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.01.002>
- Paradis, J., Schneider, P. et Duncan, T. S. (2013). Discriminating children with language impairment among English-language learners from diverse first-language backgrounds. *J Speech Lang Hear Res*, 56(3), 971-981. doi: 10.1044/1092-4388(2012/12-0050)
- Pelletier, E. et Léger, C. (2004). *Les troubles d'apprentissage - Guide pour les enseignants*. Repéré à http://www.langagequebec.ca/asofiles/troubles_dapprentissage_guide_enseignants.pdf
- Saindon, J. (2002). *Réseau individuel de contacts linguistiques et développement psycholinguistique chez les membres d'un groupe linguistique majoritaire*. (Université Laval, Québec).
- Samson, D. et Schoelles, K. M. (2012). Chapter 2: medical tests guidance (2) developing the topic and structuring systematic reviews of medical tests: utility of PICOTS, analytic frameworks, decision trees, and other frameworks. *J Gen Intern Med*, 27 Suppl 1, S11-19. doi: 10.1007/s11606-012-2007-7
- Sanson, C. (2010). Troubles du langage, particularités liées aux situations de bilinguisme. *Enfances & Psy*, 48(3), 45-55. doi: 10.3917/ep.048.0045
- Schell, S. (2011). *Les troubles du langage écrit*. Repéré à <http://www.amiform.com/web/documentation-troubles-app-enfant/orthophoniste/langage-ecrit-5bmode-de-compatibilite5d.pdf>

- Schöpfel, J. (2012). Vers une nouvelle définition de la littérature grise. *Cahiers de la Documentation*, 66(3), 14-24. Repéré à https://www.abd-bvd.be/wp-content/uploads/2012-2013_Schopfel.pdf.
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., . . . Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358. doi: 10.1136/bmj.j4008
- Statistique Canada (2017). *Profil de recensement. Recensement de 2016*. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2423027&Geo2=CSD&Code2=2423027&Data=Count&SearchText=quebec&SearchType=Begin&SearchPR=01&B1=Language#tabs1>
- Thordardottir, E. (2017). Implementing evidence based practice with limited evidence: The case of language intervention with bilingual children. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 37(4), 164-171. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rfa.2017.08.001>
- Thordardottir, E. T., Weismer, S. E. et Smith, M. E. (1997). Vocabulary learning in bilingual and monolingual clinical intervention. *Child Language Teaching and Therapy*, 13(3), 215-227. doi: 10.1177/026565909701300301
- Tuller, L. (2015). Clinical use of parental questionnaires in multilingual contexts. Dans S. Armon-Lotem, J. de Jong & N. Meir (dir.), *Assessing Multilingual Children: Disentangling Bilingualism from Language Impairment* (p. 299-328). Bristol, UK: Multilingual Matters.
- Varvasovszky, Z. et Brugha, R. (2000). A stakeholder analysis. *Health Policy and Planning*, 15(3), 338-345.
- Vuorenkoski, L., Kuure, O., Moilanen, I., Penninkilampi, V. et Myhrman, A. (2000). Bilingualism, school achievement, and mental wellbeing: a follow-up study of return migrant children. *J Child Psychol Psychiatry*, 41(2), 261-266. doi: 10.1111/1469-7610.00607
- Williams, C. J. et McLeod, S. (2012). Speech-language pathologists' assessment and intervention practices with multilingual children. *Int J Speech Lang Pathol*, 14(3), 292-305. doi: 10.3109/17549507.2011.636071

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

