

**UNE FENÊTRE D'OPPORTUNITÉS  
POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ AUX  
SERVICES D'ORTHOPHONIE DÉDIÉS À L'ENFANCE**

**Avis professionnel concernant les enfants ayant des besoins  
langagiers dans les Laurentides**

**Maryse Campeau, MOA  
Orthophoniste**

**Mars 2017**

## DÉCLARATION UNIVERSELLE DU DROIT À LA COMMUNICATION

La communication est la capacité humaine la plus fondamentale. Chaque personne a besoin de pouvoir communiquer afin de réaliser son potentiel social, éducatif, émotif et professionnel.

Les obstacles à la communication nuisent à la capacité de l'individu à :

- s'identifier et interagir avec les autres;
- comprendre;
- apprendre, partager et mettre en application ses connaissances;
- obtenir et maintenir une bonne santé physique et mentale;
- participer en toute sécurité et de façon appropriée à des activités utiles et des activités de loisirs;
- avoir accès à la justice et aux autres services publics de façon équitable.

La possibilité de communiquer est un droit fondamental humain. Chaque personne a le potentiel de pouvoir communiquer.

Nous, soussignés, nous engageons à garantir que les personnes souffrant de troubles de la communication reçoivent un soutien approprié. Nous nous engageons également à garantir que les troubles de la communication reçoivent et méritent l'attention appropriée et l'action de tous les organismes et systèmes compétents, notamment :

- législateurs et décideurs;
- organismes de financement et assureurs;
- secteur médical, de la santé, de l'éducation, des personnes handicapées, des personnes âgées et de la communauté;
- consommateurs et associations de défense des droits du consommateur;
- services sociaux, justice, services publics et médias.

### **Promesse publique de soutien**

Nous reconnaissons que la capacité à communiquer est un droit fondamental humain.

Nous reconnaissons que chacun a le potentiel de pouvoir communiquer.

En ajoutant nos noms à cette déclaration, nous apportons notre soutien aux millions de personnes à travers le monde qui ont des troubles de la communication les empêchant de s'épanouir et de participer de façon équitable et entière à la vie de leurs communautés.

Nous croyons fermement que les personnes handicapées par des troubles de la communication doivent avoir accès au soutien nécessaire pour réaliser leur plein potentiel.

Inclusive Communication Movement/International Communication ProJect<sub>1</sub>

# RECOMMANDATIONS POUR UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES D'ORTHOPHONIE DÉDIÉS À L'ENFANCE DANS LES LAURENTIDES

## Gouvernement du Québec

- Attendu que l'offre de services en orthophonie répondant aux besoins des enfants passe par un financement adéquat, dédié à ce service et piloté à partir de cibles populationnelles, nous recommandons que le Gouvernement du Québec, à l'instar de l'Ontario, finance un programme provincial de Développement de la parole et du langage pour les enfants de 0 à 17 ans, en octroyant aux CISSS et Commissions scolaires de la province les montants nécessaires au déploiement d'un plan de main-d'œuvre selon un ratio établi d'orthophonistes/100 000 enfants 0-17 ans et en ajustant le financement selon l'évolution démographique régionale, par exemple, tous les trois ans;

## Gouvernement du Québec et CISSS des Laurentides

- Attendu que le Gouvernement du Québec s'est donné comme cible d'ici 2025 d'augmenter à 80 % la proportion d'enfants qui commencent leur scolarité sans présenter de facteur de vulnérabilité pour leur développement;

Attendu que les données probantes de la recherche foisonnent quant à l'importance d'agir tôt dans le parcours de l'enfant, d'impliquer les parents ou toute personne significative dans les modalités d'intervention et ce dans le(s) milieu(x) de vie le(s) plus naturel(s) de l'enfant;

Attendu que l'INSPQ, dans son aide-mémoire de janvier 2014, indique dix conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants, par exemples :

être précoces et permettre une continuité jusqu'à 8 ans; permettre une intensité significative ou un cumul significatif;

Nous recommandons :

1. Que le déploiement de services d'orthophonie au CISSS des Laurentides, en promotion-prévention-intervention précoce, selon une approche populationnelle, communautaire et écosystémique, soit mis en œuvre dans toutes les MRC de la région des Laurentides, inspiré du *Concept d'orthophonie communautaire : vers un continuum de services concerté en développement de la communication et du langage en petite enfance*, développé par le Groupe de travail montérégien;
2. Qu'une attention particulière soit portée aux besoins des garçons en offrant, entre autres, des activités qui respectent leurs intérêts et encouragent le rôle parental du père (ou tout autre figure masculine significative pour l'enfant);

3. Qu'une cible d'intervention soit fixée pour rejoindre précocement les 15-20% d'enfants qui présenteront encore des vulnérabilités sur le plan du langage au début de leur scolarité (par exemple, que 50-60% des enfants accusant des retards/troubles de langage, identifiés précocement, aient reçu des services d'intervention, aient résorbé leur retard ou entrent à l'école avec un plan d'interventions ciblées à jour, d'ici 2025);
4. Que des services adaptés à la population anglophone et aux communautés immigrantes (contexte de bilinguisme et de plurilinguisme) soient intégrés à l'offre globale de services;
5. Et que des services de 1<sup>re</sup> ligne en ergothérapie soient aussi développés selon la même approche pour mieux répondre à tous les besoins de développement de ces enfants;

Gouvernement du Québec, CISSS des Laurentides et les quatre commissions scolaires du territoire des Laurentides

- Attendu que, malgré que de la pénurie de main-d'œuvre en orthophonie soit terminée, le recrutement et les remplacements de la main-d'œuvre demeurent difficiles, nous recommandons l'adoption de mesures d'attraction des nouveaux diplômés (modèle d'organisation des services novateur et attrayant, mentorat, augmentation du nombre de stagiaires en améliorant les conditions permettant leur accueil, emplois d'été étudiants rémunérés, conférences régionales à tarif réduit pour les étudiants, participation et appui à des projets de recherche de doctorants, etc.)
- Attendu qu'il a été démontré que des activités de littératie en petite enfance sont un gage de la réussite scolaire, nous recommandons que les orthophonistes communautaires de chaque MRC supportent et rehaussent au besoin la qualité des activités ciblant les meilleurs prédicteurs de la réussite en lecture et écriture, via, entre autres, la formation au programme de Lecture partagée enrichie, de Pascal Lefebvre, chercheur québécois en littératie;
- Attendu que les Tables jeunesse d'Argenteuil, des Laurentides et d'Antoine-Labelle sont déjà mobilisées sur la question des services à développer en petite enfance et particulièrement en orthophonie communautaire et que ces services sont peu disponibles localement, nous recommandons qu'un projet-pilote d'orthophonie communautaire au CISSS des Laurentides soit associé au développement des cliniques de pédiatrie sociale, d'autant plus que les enfants reçus à ces cliniques auront besoin d'être orientés vers des services de proximité non disponibles pour l'instant, du moins, pas de façon satisfaisante;
- Attendu que la démonstration a été faite des bénéfices économiques et de santé publique d'une intervention précoce dès les premières inquiétudes parentales, nous

recommandons à l'instar de l'OOAQ que l'échelle des temps d'attente proposée par les chercheurs Rvachew et Rafaat, 2014, soit adoptée et surveillée annuellement par tous les fournisseurs de services d'orthophonie dans la région des Laurentides;

- Attendu que les avancées de la recherche en orthophonie s'accélèrent, que les domaines d'expertises sont nombreux, que les nouvelles technologies posent un défi à nos modalités d'intervention, que le réseautage sur le terrain en santé-éducation faciliterait la concertation, nous recommandons que le soutien au maintien de l'expertise régionale en orthophonie soit assuré, entre autres, par des Journées cliniques régionales thématiques (ex. autisme, dyslexie, nouvelles technologies) et par une association avec un centre de recherche reconnu en formation pour les parents et les éducatrices aux meilleures stratégies en développement du langage (par exemple, un partenariat avec le Centre Hanen pourrait être envisagé);
- Attendu que des initiatives novatrices pour rejoindre les familles et les intervenants en petite enfance sont en partie répertoriées, nous recommandons qu'un comité de travail se penche sur le besoin d'outils d'information grand public et d'outils de dépistage uniformisés et accessibles, et sur l'hébergement d'un site internet régional dédié aux services en développement du langage;
- Attendu que l'offre de services diagnostiques en clinique de développement régionale ne suffit pas actuellement à la demande, nous recommandons que des équipes diagnostiques de 1<sup>re</sup> ligne, en conformité avec la Loi 21 et l'« Avis professionnel sur l'émission du diagnostic du trouble du spectre de l'autisme (TSA), février 2014, CRDITED MCQ - Institut universitaire » soient mises sur pied dans tous les territoires de MRC et dans les commissions scolaires (minimalement une ressource en orthophonie et en psychologie), que la clinique de développement régionale/pédopsychiatrie reçoive les cas complexes référés par ces différentes équipes, à l'instar du modèle d'organisation en Montérégie;
- Attendu que le Protecteur du citoyen, dans son rapport de mars 2015, avait identifié les lacunes de l'organisation des services en DI-TSA, nous appuyons sa recommandation visant l'amélioration de l'accès aux services de réadaptation ainsi que de la continuité et de la complémentarité des services entre la 1<sup>re</sup> ligne et la 2<sup>e</sup> ligne, soit en répondant rapidement aux besoins de l'enfant tout en poursuivant l'investigation pour préciser la nature des difficultés;
- Attendu que la continuité des services doit être assurée aussi avec le milieu scolaire au moins jusqu'à 9 ans (selon les avis de santé publique) et qu'une fois que la couverture de services en petite enfance sera améliorée, nous recommandons que les orthophonistes en

milieu scolaire répondent davantage à leur mandat de soutien à la réussite scolaire, soit par la prévention et l'intervention auprès des enfants à risque de difficultés d'apprentissage, particulièrement en lecture et écriture, difficultés souvent liées à des atteintes langagières qui se manifestent dans les modalités orales et écrites; aussi que des écoles ciblées participent à un projet-pilote basé sur le modèle d'intervention concertée « Cap sur la prévention » de la Commission scolaire des Phares, supporté par le chercheur en littératie, Pascal Lefebvre.

Le genre masculin est utilisé pour alléger le texte sauf pour les titres d'emplois occupés majoritairement par des femmes; dans ces cas, le féminin est utilisé.

## Table des matières

1. Nos réseaux en perpétuel changement : un survol de la situation
2. Des données qu'on ne peut plus ignorer : le développement du cerveau
3. Un pas dans la bonne direction et un peu plus d'ici 2025
4. Une première ligne forte
5. Un exercice de la planification de la main-d'œuvre
6. Une approche et une responsabilité populationnelle
7. Dépistage, identification et intervention précoce
8. Une approche communautaire et écosystémique
9. Vers la deuxième ligne
10. La deuxième ligne
11. Et maintenant du côté de l'éducation
12. Proposition d'un scénario du nombre de postes à pourvoir
13. Médiagraphie
14. Sigles et acronymes

## 1. NOS RÉSEAUX EN PERPÉTUEL CHANGEMENT

Actuellement, au Québec, les trois grands secteurs qui soutiennent le développement de nos enfants se trouvent à un tournant : pour la Santé, une réorganisation administrative du réseau en centres intégrés régionaux bat son plein depuis plus d'un an; pour la Famille, la consultation lancée par l'Association québécoise des centres de la petite enfance (AQCPPE) après 20 ans d'existence promet de cerner les améliorations souhaitées à l'organisation et au modèle éducatif en service de garde et en maternelle 4-5 ans; puis en Éducation, l'annonce d'un réinvestissement ainsi que les résultats de la consultation du Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur (MEES) sur la réussite éducative des jeunes sont salués et attendus avec intérêt.

De plus, en 2020, après dix ans de partenariat public-privé entre le Gouvernement du Québec et la Fondation André et Lucie Chagnon, le relais de cette grande aventure doit être pris par le Gouvernement.

D'ici son retrait, la Fondation Chagnon souhaite appuyer le leadership et s'adapter aux dynamiques des partenaires en soutenant « un regroupement régional, une table de partenaires dans un quartier urbain ou un territoire de MRC. »<sup>2</sup>

Également, les cliniques de pédiatrie sociale développées par la Fondation du Dr Julien essaient dans plusieurs régions : chez nous, des cliniques sont en développement à Lachute, Ste-Agathe et Mont-Laurier.

**Les Tables jeunesse des MRC d'Argenteuil, des Laurentides et d'Antoine-Labelle ne pourraient-elles soumettre, de concert avec le CISSS des Laurentides, un projet-pilote en orthophonie communautaire? Un modèle qui pourrait être déployé dans toutes les MRC de la région des Laurentides par la suite.** Certains CLSC ont déjà des activités d'orthophonie en promotion-prévention, mais elles sont continuellement rognées en raison du manque d'effectifs pour répondre aux besoins de services spécifiques (listes d'attente pour une première évaluation).

Dans ce contexte, cet avis a pour but de contribuer à la réflexion sur l'accessibilité des services publics en orthophonie, au développement d'une vision commune, d'orientations à moyen et long termes, à la recherche de solutions en exposant des modèles de services expérimentés ailleurs au Québec, ou encore, en Ontario, au Nouveau-Brunswick et en Floride, pour ne nommer que ceux-là. **Considérant que les**



meilleures pratiques s'appuient sur les données probantes de la recherche, et particulièrement en ce qui concerne la promotion-prévention-intervention précoce, l'adoption d'une approche populationnelle, communautaire et écosystémique s'avère la meilleure avenue à prendre à long terme pour renverser le phénomène d'allongement des listes d'attente. Un investissement majeur sera nécessaire pour opérer la transition.

Cette mission était traditionnellement dévolue aux CLSC. Voyons le chemin parcouru : « Quand le local et le social sont menacés en CLSC, le défi de maintenir le cap sur la prévention, une entrevue avec Michel Asselin, directeur général du CLSC La Pommeraie, Doris Baril, directrice générale du CLSC La Presqu'île et Michelle Laverdure, directrice générale du CLSC St-Hubert » par Lucie Fréchette, 1996<sup>3</sup>.

**Cette entrevue réalisée il y a maintenant vingt ans est troublante d'actualité.** Les principaux enjeux actuels y sont débattus (déterminants de la santé, facteurs de risque, intervention précoce, concertation des partenaires locaux, communauté mobilisée, services accessibles localement, décrochage scolaire, pression du curatif sur le préventif, etc.). Un texte à relire pour mesurer l'ampleur des changements apportés à notre système de santé. On comprendra mieux aussi l'opinion de Michèle Laverdure (ex-dg d'un CLSC, ex-membre du conseil médical du MSSS, ex-membre du CA de la Fédération des CLSC, ex-coprésidente d'un Congrès international des services de première ligne), exprimée dans les pages du Devoir, le 17 mars 2016 : « **Contre le démantèlement des CLSC** ».4

**Comment assurer l'espace nécessaire à la promotion-prévention-intervention précoce dans nos organisations en 2017?**

## 2. DES DONNÉES QU'ON NE PEUT PLUS IGNORER

**L'intervention précoce doit se faire sans délai dès la naissance et avant 3 ans, prioritairement.**

« Les auteurs de *l'Étude sur la petite enfance* se sont d'abord penchés sur les observations recueillies par les chercheurs de diverses disciplines, dont la sociologie, les neurosciences, la pédiatrie, l'épidémiologie et la psychologie du développement, pour ce qui est de :

- ♦ l'importance cruciale du développement, et particulièrement du développement cérébral, dans la petite enfance, et la manière dont il influe sur l'apprentissage, le comportement et la santé tout au long du cycle de vie; et

♦ l'influence majeure des expériences et des environnements, dont la participation active des parents, sur le développement du jeune enfant.

La fusion des connaissances neuroscientifiques et des connaissances sur le développement nous permet de mieux comprendre à quel point les premières années de la vie sont déterminantes pour l'avenir de l'enfant. Nous commençons à percevoir les liens entre la façon dont le cerveau se développe et les mécanismes neurologiques et biologiques qui influent sur l'apprentissage, le comportement et la santé tout au long de la vie. (p.24) ... À l'heure actuelle, la recherche tend à montrer que l'éducation à la petite enfance est bénéfique au développement social et à la future réussite scolaire des enfants. De plus, **l'implantation de bases solides dans l'éducation à la petite enfance permettra de réduire le recours ultérieur à des programmes de rattrapage scolaire et à d'autres types d'interventions coûteuses.** » p.207, avril 1999<sup>5</sup>

### 3. UN PAS DANS LA BONNE DIRECTION

La politique gouvernementale de prévention en santé, déposée le 26 octobre 2016, annonce « des cibles ambitieuses pour soutenir la vision d'un Québec en santé. » En tête de liste, « **d'ici 2025, augmenter à 80 % la proportion d'enfants qui commencent leur scolarité sans présenter de facteur de vulnérabilité pour leur développement.** »<sup>6</sup>

Il faut comprendre, que cet objectif sera possible en ciblant la stimulation des enfants de milieux vulnérables : pour ceux qui répondront à la stimulation, l'objectif sera atteint. Par contre, parmi ces enfants, ceux qui présentent un retard ou un trouble du langage nécessitant des interventions plus ciblées, dont l'incidence reconnue est de 15-20%, ne seront pas rejoints par cet objectif.

**Que prévoit le Gouvernement pour 20% d'enfants qui se présenteront à l'école avec des vulnérabilités en 2025?** Une cible ultra ambitieuse serait que 80% des enfants commencent leur scolarité sans présenter de vulnérabilité dans leur développement et que, **parmi les autres enfants (le dernier 20%), ceux accusant des retards/troubles de langage, identifiés précocement, aient reçu des services d'intervention, aient résorbé leur retard ou entrent à l'école avec un plan d'interventions ciblées à jour, dans une proportion de 50-60% d'ici 2025.**

On rappelle qu'il a été démontré par le prix Nobel d'économie James Heckman **qu'un dollar investi en prévention sauvera 7 à 10 dollars plus tard** : études citées par AQCPÉ dans son mémoire à la Commission sur l'éducation à la petite enfance, p.4-5<sup>7</sup>

Selon une étude longitudinale réalisée à partir d'une évaluation du développement à 3 ans, puis d'un contrôle à 35 ans, par le professeur Terrie Moffitt, du King's College à Londres, et de l'Université Duke en Caroline du Nord<sup>8</sup>, il a été démontré que 20% des individus présentant des difficultés dans leur développement à l'âge de 3 ans consommeront 80% des services publics une fois devenus adultes (ex. nombre de jours d'hospitalisation, séjours en prison, prestations d'aide sociale, surpoids, tabagisme, etc.)

En Ontario, Dr James Fraser Mustard, chercheur qui a mis en lumière le développement neurobiologique du cerveau, a cherché à influencer les décideurs publics : le Gouvernement a octroyé les fonds nécessaires pour que **chaque région développe son Programme de services de rééducation de la parole et du langage (de la promotion-prévention à la rééducation-réadaptation)**. Le Gouvernement ontarien a contracté les services du Centre Hanen<sup>9</sup>, un organisme à but non lucratif reconnu internationalement pour ses programmes de formation pour parents et éducatrices en stimulation du langage, offerts par des orthophonistes formées et accréditées. Leurs programmes sont basés sur des principes andragogiques, avec vidéo rétroaction, et continuellement mis à jour selon les données les plus récentes de la recherche. Partout en Ontario, les orthophonistes œuvrant dans les centres équivalents à nos CLSC reçoivent une formation continue du Centre Hanen, financée par le Gouvernement. Les éducatrices en service de garde reçoivent également de la formation à partir de ces programmes.

**Une entente de service avec le Centre Hanen, pour diffuser ses programmes en français au Québec, pourrait-elle voir le jour?**

Le programme provincial de rééducation du langage, pour lequel le Gouvernement a établi des cibles, est piloté et ajusté au besoin. Par exemple, en **décembre 2014**, le Gouvernement ontarien a annoncé un ajout de **7 millions \$ sur deux ans pour réduire les temps d'attente** à l'échelle de la province<sup>10</sup>. Cette année-là, 58 000 enfants avaient reçu des services et cet ajout de fonds visait à en aider 10 000 de plus. Notons qu'en 2016, l'Ontario a dépassé sa cible de diplomation à la fin du secondaire, établie à 85%; le taux atteint était de 85,5%, comparé à celui du Québec, soit 77,7%.

Des investissements semblables ont eu lieu en Europe : en 2001, en France, le triste constat de l'illettrisme affectant cinq à six millions de Français a conduit le gouvernement à répondre aux besoins de la population. Jack Lang, **ministre de l'Éducation nationale**, Bernard Kouchner, **ministre délégué à la Santé**, et Dominique Gillot, alors **secrétaire d'État aux Handicapés**, ont annoncé le « **plan d'action pour les enfants atteints d'un trouble spécifique du langage.**»<sup>11</sup>

**À quand un tel programme au Québec, avec un financement et un pilotage ministériel?**

« Selon un sondage mené par l'Observatoire des tout-petits en juillet 2016, ... **près de neuf Québécois sur dix sont en faveur d'un investissement accru en petite enfance.** »<sup>12</sup>

Au Québec, Égide Royer, chercheur à l'Université Laval en adaptation scolaire incite aussi le Gouvernement à faire de la **prévention et de l'intervention précoce pour la réussite scolaire**. Il attire également l'attention de toute la communauté éducative sur la **situation des garçons. Le décrochage des garçons résiste aux mesures déployées**. Ajoutons que nous constatons depuis toujours que la clientèle des services en orthophonie, tout comme celle de l'adaptation scolaire, est constituée de trois garçons pour une fille.

Sexe des élèves en classe d'adaptation scolaire

Préscolaire	2002-2003	2006-2007
Féminin	28,6	23,6
Masculin	71,4	76,4

Source : MELS, Déclaration des effectifs scolaires (EDM) <sup>13</sup>

En Ontario, des documents intéressants sont produits pour aider les pères, des modèles masculins positifs pour leurs enfants : « Papa et moi en mouvement » 0-6 ans<sup>14</sup>

Un autre guide qui se démarque pour aider les enseignants selon M. Royer, produit par le Ministère de l'éducation de l'Ontario : « **Moi lire, tu blagues!** » Guide pratique pour aider les garçons en matière de littérature.<sup>15</sup>

À ce sujet, un mot de Camil Bouchard, auteur du rapport *Un Québec fou de ses enfants*, dans La Presse+ du 3 janvier 2017 :

« Ce que nous ne savions pas, cependant, **c'est que cette différence garçons-filles apparaît avant l'entrée à l'école**. La toute récente Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) révèle que 24,6 % des enfants de maternelle sont vulnérables dans au moins un domaine de leur développement.

Mais ce taux est beaucoup plus élevé chez les garçons que chez les filles : **32,6 % versus 18,5 %**. Et cet écart garçons-filles se manifeste pour **chacun des cinq domaines de développement évalués** : santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, développement cognitif et langagier, habiletés de communication et connaissances générales. »<sup>16</sup>

Dans le secteur de l'Éducation, mentionnons entre autres les recherches menées en littérature par Pascal Lefebvre. Il a développé un programme de stimulation des meilleurs prédicteurs de réussite en lecture et écriture. Dès 4 ans, la **Lecture partagée enrichie**<sup>17</sup>; et le modèle de services concertés **Cap sur la prévention**<sup>18</sup> des difficultés d'apprentissage en lecture et écriture, tel que développé à la Commission scolaire des Phares. Ce modèle de services devrait être déployé dans toutes nos commissions scolaires, modèle en accord avec la philosophie de **Réponse à l'intervention**<sup>19</sup>.

Ce modèle se résume à offrir très tôt une gamme de services de degrés hiérarchisés de spécialisation selon la réponse obtenue aux interventions courantes (basées sur les données probantes diffusées auprès des enseignants) qui suffisent pour 80% des jeunes. Ainsi, il faudra généralement offrir de l'intensité à 20% des jeunes qui auront résisté aux interventions générales. Pour 15%, cette intensité suffira, et il faudra finalement offrir le niveau le plus spécialisé et intensif de services à 5% des jeunes chez qui un trouble sera suspecté. L'équipe-école exerce une surveillance des cohortes de maternelle et 1re année dans le but d'identifier rapidement les élèves à risque et leur offrir au moment opportun l'évaluation, puis l'intensité et la spécialisation des interventions requises dans un va-et-vient souple entre les différents niveaux d'intervention. Et il faut surtout éviter de confiner les orthophonistes au seul niveau le plus spécialisé; leur rôle-conseil est crucial dans la qualité des interventions des niveaux 1 et 2.

#### 4. UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE

Les services d'orthophonie en CLSC au Québec ont été développés de façon inégale depuis 1996. Deux décennies plus tard, certains territoires de CLSC (ou MRC), n'ont toujours pas de services locaux : c'est par exemple le cas d'Argenteuil dans notre région. C'est maintenant une communauté qui se prend en main avec le développement d'une clinique de pédiatrie sociale qui ouvrira bientôt ses portes, projet supporté par la Table jeunesse qui a démontré les besoins de sa population.<sup>20</sup>

Cependant, cette clinique devra avoir accès à des services en orthophonie qui, actuellement, ne sont pas disponibles localement. Une portion de la population se

déplace en Ontario pour recevoir ses services à l'Hôpital d'Hawkesbury. Selon nos données, **335\$/consultation** sont facturés au Gouvernement du Québec. Ces fonds devraient être investis sur notre territoire. Certains enfants reçoivent un service, mais la communauté éducative n'enrichit pas son expertise en langage comme elle le ferait si une orthophoniste prenait part aux activités locales. **Bref, l'accès aux services en Ontario est une solution de moindre mal mais qui est loin de répondre adéquatement aux besoins de la population, tout en contribuant à l'enrichissement des services de l'Hôpital d'Hawkesbury au détriment de ceux du CSSS d'Argenteuil.**

**Un financement du Gouvernement, adéquat et dédié aux services en orthophonie, est nécessaire** tout comme l'a été le financement des services de psychologie en Santé mentale dans les CLSC, avec un ratio de professionnels financé et ciblé par 100 000 habitants. Un psychologue expert mandaté par son Ordre a participé aux travaux du comité ministériel qui a déposé son rapport en avril 2004.<sup>21</sup> Les travaux ont abouti au **Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS**. Services de base pour les enfants et les jeunes suicidaires ou aux prises avec un trouble mental (par population de 100 000 personnes) Tableau 4, p.83 <sup>22</sup>

Quant aux services en orthophonie, en mai 2003, un groupe d'experts, incluant des représentants des trois Ministères en santé, éducation et famille, avait produit **Un rapport pour l'élaboration d'un plan d'action en déficience du langage et de la parole pour les jeunes de 0 à 18 ans-Document de travail** (non publié). La pénurie de main-d'œuvre de l'époque et le changement de gouvernement ont probablement mis un frein à la mise en place du plan de développement de toute la gamme des services prévue sur cinq ans. La proposition, encore à jour, pourrait être reprise et actualisée dans un court délai.

Un autre rapport bien documenté : en avril 2004, dans le Rapport du **Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille**, le groupe d'experts réunis rappelait «...**l'importance d'un financement conséquent et équitable**, permettant l'adoption des orientations proposées. Dans toute la mesure du possible, les **iniquités interrégionales** devront ainsi être corrigées afin de mieux répondre aux services dont la population visée a besoin. Il importe en effet d'offrir des services adéquats, traduisant ainsi concrètement l'intérêt collectif de la société vis-à-vis de ses enfants. **Cet intérêt, déjà bien reflété dans les lois, souffre encore trop souvent des lacunes du système, puisqu'on ne dispose pas toujours, sur le terrain, de l'ensemble des moyens**

**conformes aux principes** énoncés et aux mesures déjà prévues sur le plan juridique. p.40 Il ne faut pas se cacher que la mise en place de services intégrés ne constitue pas une panacée et sûrement pas un moyen d'économiser ou de rogner sur les services. **Les problèmes de sous-financement du réseau de la jeunesse sont majeurs et doivent clairement constituer une priorité.** » p. 69 Le comité souhaite une mobilisation sur l'ensemble des fronts, dans le but de consolider la totalité des services sociaux et de santé destinés aux enfants et aux jeunes du Québec. **Le plan d'action proposé ne s'inscrit pas du tout dans une logique de rattrapage ou de gestion de listes d'attente à la petite semaine. Il demande à être implanté selon des paradigmes centrés sur les services requis, basés sur l'efficience et l'efficacité des établissements...**» p. 70<sup>23</sup>

## 5. UN EXERCICE DE PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Pendant la période de pénurie de main-d'œuvre en orthophonie qui a sévi au Québec pendant plus d'une dizaine d'années, **plusieurs postes ouverts et non-comblés ont été abolis.** Ces dernières années, d'une part, les **besoins de la population grandissants** (montée fulgurante des cas d'autisme, identification des enfants en milieu de garde, reconnaissance plus rapide des indicateurs de troubles vs retards, accroissement de la vulnérabilité de certaines populations, démographie croissante dans les Laurentides), **les listes d'attente ont pratiquement doublé.** D'autre part, l'austérité imposée aux établissements ne leur a pas permis d'ajouter des ressources maintenant disponibles sur le marché de l'emploi pour répondre à ces besoins sans cesse plus grands.

**Notre région est la seule au Québec à connaître une très forte augmentation démographique,** et qui se maintiendra encore pour 10 et peut-être même 20 ans. « La migration interrégionale au Québec en 2014-2015, la région des Laurentides sort grande gagnante »<sup>24</sup>

« Perspectives de la population selon le groupe d'âge et le sexe »<sup>25</sup>

Nous sommes la quatrième région la plus peuplée après Montréal, Québec et la Montérégie. À cause du déplacement interrégional important, l'accroissement se fait surtout pour les tranches des 5-9 ans et les 25-34 ans, correspondant aux jeunes familles qui emménagent sur notre territoire.

Les projections démographiques indiquent qu'en 2026, la population 0-9 ans (clientèle majoritairement desservie en orthophonie) sera de 71 799 comparé à 65 211 en 2016, soit 6 588 enfants de plus. On peut appliquer le taux d'incidence

conservateur de 15% de retard/trouble du langage : ce qui nous donne un accroissement des demandes de service pour 988 enfants, soit **tout près de 1000 enfants de plus par année à desservir d'ici 10 ans et probablement plus si on prend un taux d'incidence de 20% de problèmes de langage.**

Dans les Laurentides, déjà durant la dernière décennie, l'accroissement du nombre d'orthophonistes n'a pas suivi l'évolution démographique (en augmentation constante) et a même stagné au niveau du ratio moyen de pénurie provinciale établi par l'OOAQ en 2001, soit un orthophoniste pour 7000 habitants<sup>26</sup> (Montréal était alors à 1/4500 et l'Ontario à 1/4200). Il y a un urgent besoin de rattrapage de la main-d'œuvre en orthophonie dans la région : voir plus loin le calcul de notre ratio 1/6180 hab. (Attention aux ratios fournis par les organismes gouvernementaux ou les ordres professionnels : ils incluent aussi souvent le secteur privé).

Même les services au privé n'arrivent pas à répondre à la demande, il y a de l'attente là aussi. Les parents consultent souvent pour une évaluation diagnostique qui leur donnera accès aux services de 2<sup>e</sup> ligne du secteur public. Aussi, bien des parents n'arrivent pas à poursuivre la thérapie au privé compte tenu de leurs revenus, les assurances ne remboursant qu'un montant maximal vite atteint (ex. 500\$/an).

Le groupe *Médecins québécois pour le régime public (MQRP)* a documenté la situation des services publics : «En orthophonie, la liste d'attente est tellement longue dans le public que les parents vont payer jusqu'à 2000 \$ pour que leur enfant ne perde pas son année scolaire. Des parents s'endettent pour offrir ces services à leur enfant», dénonce la Dre Leblanc.<sup>27</sup>

Pour un calcul objectif des besoins de main-d'œuvre : l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) et Orthophonie et Audiologie Canada (OAC) sont les organisations partenaires du projet d'outil interdisciplinaire de gestion du nombre de cas, **subventionné par Santé Canada**. Le portrait des territoires avec les incidences des difficultés langagières permettent de prévoir le nombre d'enfants qui auront besoin de services en orthophonie. **L'Outil de gestion prévisionnelle du nombre de cas (OGPNC)**<sup>28</sup> est une approche innovatrice en gestion du nombre de cas ou de la charge de travail. Il y a aussi le **Guide de standards de pratique de 1<sup>re</sup> ligne au soutien à domicile** du CSSS Vielle Capitale (p. 42).<sup>29</sup> **Des outils à consulter.**

La charge de cas en approche communautaire est d'environ 150 enfants/an.



(Ex. Ottawa « Premiers mots » : 175 enfants/an, mais on cherche à diminuer cette charge)

La charge de cas en intervention spécifique de 1<sup>re</sup> ligne : environ 50-60 enfants/an

La charge de cas rééducation/réadaptation en 2<sup>e</sup> ligne : environ 25-35 enfants/an; parfois seulement 10 enfants/an en 3<sup>e</sup> ligne, (ex. Institut Raymond Dewar en déficience auditive).

### En 2017, la main d'œuvre en orthophonie du secteur public des Laurentides :

Commission scolaire Sir Wilfrid Laurier (anglophone):	1 ÉTC
Commission scolaire Pierre-Neveu :	2 ÉTC
Commission scolaire des Laurentides :	4 ÉTC
Commission scolaire de la Rivière-du-Nord :	13,8 ÉTC
Commission scolaire Seigneurie des Mille-Îles :	22,7 ÉTC
CISSS des Laurentides ( <b>enfants et adultes</b> ):	52,4 ÉTC (dont 33,6 en enfant)

**Total pour le secteur public des Laurentides: 95,9 ÉTC**

Sources : orthophonistes syndiquées des Laurentides

Population totale (2015) 592 683 hab. <sup>30</sup>

Le ratio actuel serait moins de **16,2 ÉTC** orthophonistes par 100 000 hab. (enfants et adultes) : calculé à partir de 95,9 ÉTC (2017) pour 592 683 hab. (2015); dû à l'accroissement démographique annuel, ce ratio serait logiquement inférieur en 2017. Un ratio fort probablement plus faible que de **1/6180 hab.** qui correspond au niveau moyen de pénurie en 2001 mentionné plus haut.

Au Québec en 2016, plus de 30% des orthophonistes travaillent à Montréal, où l'on compte 37 orthophonistes pour 100 000 habitants, le taux le plus bas concernant le nord du Québec avec seulement 9 orthophonistes pour 100 000 habitants, selon MQRP.<sup>31</sup>

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (CIHI)<sup>32</sup>, le Québec a dépensé **30%** de son budget en santé en 2016. Seulement les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le Yukon ont un taux plus bas. L'Ontario y a investi **41%** de son budget. Et pour le taux de croissance (par rapport à l'année précédente), le Québec figure aussi parmi les plus bas (3<sup>e</sup> de la queue de peloton). C'est une bonne chose de vouloir contrôler les coûts en santé, mais une moins bonne idée de priver nos futures générations des moyens de s'émanciper.

Le contrôle des coûts des médicaments et de la rémunération des médecins, et particulièrement des spécialistes, doit être au programme. Comment ne pas se scandaliser des révélations des journalistes d'Enquête sur les « Médecins millionnaires »<sup>33</sup>. Ne devrait-on pas, comme on l'a fait pour l'industrie de la construction, instaurer un office d'auto signalement pour les médecins qui auraient abusé du laxisme du système et une incitation à rembourser le gouvernement sans pénalité?

En 2000, en Ontario, le ratio était: **14,39** ÉTC par 100 000 h. (tous âges confondus) Pour 2010, il était projeté que la province aurait besoin de **56,99** ÉTC orthophonistes/ 100 000 **enfants 0-17 ans**.<sup>34</sup>

Et n'oublions pas de répandre la bonne nouvelle : **il n'y a plus de pénurie d'orthophonistes au Québec**. Quatre universités offrent un programme francophone, soit Laval, Trois-Rivières, Montréal et Ottawa, et McGill offre un programme anglophone. La difficulté de recrutement est davantage liée aux conditions d'exercice de la profession dans le réseau public. Le Québec aurait environ la même proportion d'orthophonistes que l'Ontario (CIHI)<sup>32</sup> sauf qu'ici, 40% exercent en pratique privée ou mixte (MQRP)<sup>35</sup>, et donc moins accessibles à l'ensemble de la population

À cet effet, des mesures d'attraction se sont montrées efficaces dans d'autres régions. Au Saguenay-Lac-St-Jean, dès 2001, l'Agence de santé et des services sociaux, par son comité régional de planification de la main-d'œuvre (CRPDMO) a financé des emplois d'été pour étudiantes en orthophonie, à 100% pendant deux ans, puis à 50% (l'autre 50% étant assumé par l'établissement recevant la subvention) pendant les années suivantes. La presque totalité des étudiantes reçues en emploi d'été a été recrutée par les établissements en santé et en éducation, une fois ces dernières ayant leur diplôme en main.<sup>36</sup>

## 6. UNE APPROCHE ET UNE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Les différences entre l'approche clientèle et **l'approche populationnelle** en santé <sup>37</sup> : on doit non seulement desservir les personnes qui cognent à la porte des services (approche clientèle), mais aussi planifier et adapter l'offre de services pour rejoindre les personnes dans le besoin selon les données statistiques, les caractéristiques de la population et la configuration géographique du territoire.

Actuellement, malgré tous les efforts déployés au CISSS des Laurentides, l'offre de services en orthophonie en 0-5 ans ne rejoint qu'une portion de la population des enfants ayant des besoins langagiers.

Regardons les calculs faits par les orthophonistes de la Commission scolaire de la Rivière-du-Nord (CSRDN) pour les années scolaires 2014-2015 et 2015-2016. Les enfants ayant des besoins langagiers significatifs à l'entrée en maternelle 5 ans (nécessitant une évaluation après stimulation par l'enseignante), pour la grande majorité, n'avaient pratiquement pas reçu de service de 1re ligne du Réseau de la santé (les enfants recevant des services en 2e ligne ont souvent été évalués au privé ou en milieu scolaire). Pour la MRC Rivière-du-Nord, 18% de ces enfants avaient été vus pour au moins une évaluation (sommaire ou détaillée), mais seulement 3% avaient obtenu un suivi, interrompu lors du passage en milieu scolaire. Pour la MRC d'Argenteuil, c'est 12% en évaluation et un maigre 1% en suivi. Ainsi, la grande majorité des enfants ayant des besoins en langage n'ont pas vu d'orthophoniste avant leur entrée en maternelle 5 ans (document interne).

Sachant qu'en 2017, il y a toujours **20 mois d'attente**, pour un suivi direct en orthophonie de 1re ligne (service régional de réadaptation) pour un enfant présentant des atteintes modérées à sévères. Logiquement, il faut en plus que cet enfant ait été identifié avant ses 3 ans (+20 mois d'attente = 4 ans, 8 mois et l'entrée en maternelle se fait à 5 ans au 30 septembre de l'année) pour avoir accès moindrement à un suivi sur une période de 6 mois avant son entrée en maternelle 5 ans. **L'urgence d'augmenter les effectifs des services n'est plus à démontrer.**

## 7. DÉPISTAGE, IDENTIFICATION ET INTERVENTION PRÉCOCE

Voici l'exposé de position d'Orthophonie et Audiologie Canada sur l'Identification précoce des troubles de la parole et du langage, octobre 2013 : « L'OAC préconise une stratégie nationale, officialisée et normalisée, d'identification précoce des problèmes de la parole et du langage. **L'OAC est convaincue que si on réalise un investissement considérable en ce moment au Canada dans un plan scientifique d'identification précoce des problèmes de la parole et du langage, ou des risques de tels problèmes, on jettera les fondements de la réussite future de nos enfants.**<sup>38</sup> »

En novembre 2016, lors de la consultation sur la réussite éducative, l'OOAQ a donné, entre autres, ses recommandations de temps d'attente pour l'évaluation et le suivi des enfants.

« Des recherches ont établi des balises de temps maximal pour l'évaluation et le traitement des enfants avec des difficultés de langage expressif (Rvachew et Rafaat, 2014). **La période écoulée entre la référence et la première évaluation ne devrait jamais excéder deux mois.** Par la suite, le délai entre l'évaluation et le traitement, tant sur le plan orthophonique qu'audiologique, devrait se situer entre un et huit mois dépendamment de l'âge et du niveau de risque.

Les chercheurs (Rvachew et Rafaat 2014) proposent l'échelle suivante pour le **temps d'attente pour le traitement** :

Pour les enfants à risque élevé :

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

Pour les enfants à risque faible :

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

Voir l'ensemble des recommandations de l'OOAQ<sup>39</sup>

Qu'en est-il de la surveillance des Late-Talkers (émergence tardive du langage)? Le mot d'ordre « Watch and see (surveiller l'évolution sans intervention) » a été déconstruit par de nouvelles analyses des études faites auprès des enfants ayant ce profil. **Cette approche ne fait que retarder l'intervention qui pourrait faire une énorme différence pour un enfant qui en a besoin,** Centre Hanen.<sup>40</sup>

Sur le Portail enfance : « En effet, l'orientation vers **des services d'évaluation suite à la présence de préoccupations parentales fait partie des pratiques exemplaires pour les TSA en matière de surveillance. Les inquiétudes parentales devraient trouver une réponse sans délai** puisqu'une approche « attendons pour voir » n'est pas acceptable (Nachshen et al, 2008). »<sup>41</sup>

Par ailleurs, l'accroissement du nombre de classes en maternelle 4 ans au cours des prochaines années nécessitera que les deux Réseaux de la santé et de l'éducation s'entendent quant à la façon de desservir ces enfants, traditionnellement pris en charge par le Réseau de la santé.

En plus des enfants inscrits sur les listes d'attente, il y a tous ceux dont les parents n'auront sollicité aucun service, conscients ou non des retards qu'accuse leur enfant, et que la responsabilité populationnelle nous prescrit de desservir, de là la nécessité d'avoir une approche communautaire en orthophonie.

Dans le rapport du Directeur de santé publique des Laurentides 2014 : « Prévenir et réduire les inégalités sociales de santé dans les Laurentides. Faisons équipe pour

changer les choses. »<sup>42</sup> **Il y a cinq défis bien nommés!** Le quatrième nous rejoint particulièrement :

**« Intervenir le plus rapidement possible dans la trajectoire de vie et assurer aux enfants et aux jeunes des transitions réussies. »**

L'Institut national en santé publique du Québec précise les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants (INSPQ, janvier 2014)<sup>43</sup> :

1. Favoriser la collaboration et l'engagement des acteurs
2. Répondre aux besoins des enfants et des familles
3. Renforcer les facteurs de protection et diminuer les facteurs de risque
4. Posséder des caractéristiques de qualité
5. Tendre vers l'universalisme proportionné
6. Cibler l'enfant et tous les niveaux d'influence
- 7. Être précoces et permettre une continuité jusqu'à 8 ans**
- 8. Permettre une intensité significative ou un cumul significatif**
9. Être complémentaires et cohérentes
10. Tenir compte des caractéristiques des enfants et des familles visés

L'identification précoce nécessite un minimum de connaissances du grand public et des intervenants en petite enfance. La présence des orthophonistes en promotion-prévention est nécessaire pour diffuser les données à jour. Par exemple, le CLSC de la Jonquière offre **un service de consultation téléphonique par prise de rendez-vous pour les intervenantes en petite enfance** sur son territoire.<sup>44</sup>

Les opérations, outils et activités de dépistage (systématiques ou ciblées) sont aussi nombreux. L'INSPQ a analysé quelques-uns des outils les plus connus. Aucun n'est parfait, chacun a son utilité selon l'objectif poursuivi.<sup>45</sup>

Le **NIPISSING**<sup>46</sup> (retenu en Ontario), dont un extrait est en ligne sur le site Premiers mots de la région d'Ottawa : il est intéressant en périnatalité pour donner rapidement **quelques conseils aux parents** dans toutes les sphères du développement.

Dans les Laurentides, l'**ASQ**<sup>47</sup> est utilisé à l'**inscription** en orthophonie pour les services de 1<sup>re</sup> ligne de réadaptation régionale pour identifier **les besoins dans les autres sphères du développement**.

Regardons maintenant du côté de l'**Université de la Floride**. Dr Barry Prizant, travaille au **FIRST WORDS PROJECT** depuis plusieurs années. Son équipe a développé, il y a déjà plus de 10 ans, un outil de dépistage de la communication fort intéressant, le **Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile (CSBSDP)**<sup>48</sup>, qui est maintenant traduit en français et disponible gratuitement sur le site du programme. Le questionnaire simple peut être administré plusieurs fois dès l'âge de 6 mois jusqu'à 2 ans. Le parent, accompagné par l'infirmière de périnatalité ou le médecin de son enfant, ou encore l'éducatrice du service de garde qui connaît bien l'enfant peuvent répondre aux questions. Selon les résultats, différents corridors de services peuvent s'ouvrir.

### **Trois profils peuvent être dégagés:**

1. **Tous les indicateurs** attendus du développement de la communication pour l'âge **sont vulnérables** (verbal, non verbal, niveau de jeu, etc.): on suspectera possiblement un retard global de développement (RGD) ou un trouble dans le spectre de l'autisme (TSA).
2. Les indicateurs verbaux **réceptifs et expressifs** sont atteints: le risque d'un trouble du langage est davantage considéré.
3. Seulement les indicateurs verbaux **expressifs** sont atteints: retard ou trouble dont le pronostic est plus positif.

Également, du même centre, il y a le repère 16X16<sup>49</sup> :

**16 gestes à 16 mois** (pointer, hocher la tête, hausser les épaules, applaudir, souffler un baiser, etc.) : cet indicateur permet de devancer l'identification du risque de TSA de quelques mois. On n'attend plus seulement 10 à 50 mots à 18 mois ou la passation du M-CHAT au même âge, on stimule et surveille de nouveaux gestes chaque mois entre 9 et 16 mois.

L'organisation des services vise à donner du soutien à 9 mois, 12, 18 et 24 mois pour accompagner l'évolution du développement. Au moment voulu, l'enfant qui présente encore des besoins est pris en charge par les services d'intervention soutenue, reconnus plus efficaces avant l'âge de 3 ans. On parle ici de 2e ligne de services pour les enfants qui ne répondent pas suffisamment aux interventions de 1re ligne. On y reviendra.

## **8. UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE ET ÉCOSYSTÉMIQUE**

**Pour assurer le développement harmonieux de tous les enfants du territoire des Laurentides, une approche communautaire et écosystémique en orthophonie est incontournable.** En fait, c'est un modèle d'intervention qui tient compte des déterminants de la santé et des facteurs de risque, qui agit localement dans les

milieux de vie naturels de l'enfant (maison, milieu de garde et, plus tard, aussi en classe).

**Le Groupe de travail en montérégie<sup>50</sup> (GTM)**, financé par Avenir d'enfants, œuvre à améliorer l'accès aux services en orthophonie par la concertation des actions des différents partenaires (17 tables de concertation, 3 CISSS, des experts et des chercheurs) pour prendre le virage communautaire dans l'offre de services.

La **phase 1** du projet est terminée: un document servant de **cadre d'orientation** est maintenant disponible. Il constitue une mise à jour de l'offre de services, basée sur les données probantes de la recherche, en promotion-prévention-intervention précoce telle que développée dans un certain nombre de CLSC au Québec. Un des objectifs de la **phase 2** est de **mettre en place des services d'orthophonie communautaire en Montérégie**. Un modèle de développement régional concerté à suivre de près qui devrait être diffusé et implanté dans toutes les régions du Québec.

**Un tel projet-pilote pourrait-il être mis en œuvre dans Argenteuil (Lachute), Des Laurentides (Ste-Agathe) et Antoine-Labelle (Mont-Laurier) avec des orthophonistes du CISSSL?**

Revenons à la région d'**Ottawa**, où **toute une gamme de services en orthophonie communautaire** y est disponible. Des cliniques de dépistage sont offertes dans les endroits fréquentés par les familles: centres pour l'enfance (nos Maisons de la famille), bibliothèques, centres d'achat; et des activités dans la communauté, des ateliers pour les parents, des capsules d'information à l'heure du dîner pour les éducatrices offertes par les orthophonistes, des conseils aux parents dans la langue d'origine (la traduction du site en 88 langues est en cours), des données de la recherche (fournies par le Centre Hanen), des repères sur les étapes du développement, et maintenant, depuis décembre 2016, un bilan de la communication à remplir en ligne et à soumettre pour analyse au bureau des orthophonistes; une séance d'information disponible en ligne (webinaire) pour les parents avant le début des services, etc.<sup>45</sup> Une banque de ressources inestimables et faciles d'accès. **Ce site pourrait nous servir en attendant de développer le nôtre.**

Le **Nouveau-Brunswick** a misé depuis près de 20 ans sur des services de promotion-prévention en stimulation du langage. Les orthophonistes en CLSC au Saguenay-Lac-St-Jean ont établi une collaboration avec l'orthophoniste en charge du programme *Parle-moi*. **Les feuillets d'information développés par Parle-moi ont été révisés**

par l'équipe du Québec et sont maintenant accessibles en ligne gratuitement<sup>51</sup>. En 2005, une subvention du Secrétariat québécois aux affaires intergouvernementales canadiennes<sup>52</sup> a permis de développer cette collaboration interprovinciale; cette subvention pourrait être demandée pour établir une collaboration avec le secteur francophone du programme « Premiers mots » à Ottawa et du Centre Hanen à Toronto.

Même dans les **Territoires du Nord-Ouest**, l'orthophonie est devenue une priorité : un projet-pilote avec ajout d'orthophonistes pour améliorer l'accessibilité aux services est en cours : Right From the Start.<sup>53</sup>

## 9. VERS LA DEUXIÈME LIGNE

Pour éviter les coupures de service entre les différents programmes, certains CSSS ont amélioré l'offre de services en intervention précoce et lors des transitions.

### Services offerts au CLSC de Matane : Clinique neuro développementale en CLSC

« Tous les bébés prématurés sont admis d'emblée à la clinique ainsi que les bébés de petit poids et toute clientèle à risque. Dès 3 mois, l'enfant est vu par la physiothérapeute et par l'ergothérapeute. À l'âge d'un an s'ajoute l'orthophoniste.»<sup>55</sup> (À notre avis, l'orthophoniste doit aussi être consultée dès le début des services).

Dans les Laurentides la santé des nouveau-nés au 4 octobre 2016, p.5<sup>56</sup> :

Naissances de faible poids (2010-2016) : 333

Naissances prématurées (2010-2016) : 448

Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine (2010-2016) : 463

**Un nombre suffisant d'enfants chez qui il faut surveiller l'évolution du langage (2010-2016): 1244**

Stimulation précoce et AMIS : Stimulation précoce et Approche multidisciplinaire intégrée en stimulation précoce au CSSS Ahuntsic-Montréal-Nord<sup>54</sup>

Une équipe composée d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et de psychoéducatrices intervient auprès des enfants âgés de 0-5 ans qui présentent des signes de retard de développement ou pour lesquels un **diagnostic** de RGD ou de TSA aurait été posé et qui sont **en attente de services de la 2e ligne**.

**Une idée à retenir** : des postes d'orthophonistes en stimulation, au service DI-TSA-DP de 1re ligne. Un besoin criant chez nous !



## 10. LA DEUXIÈME LIGNE

L'apport des centres de recherche spécialisés est essentiel pour le maintien de pratiques efficaces, basées sur les données probantes : IRDPQ, REPAR, AÉRDPQ et l'Institut universitaire en DI et en TSA (CIUSSS MCQ), entre autres, guident nos pratiques. Un autre exemple d'intérêt : le Consortium national de recherche sur l'intégration sociale de l'UQTR qui octroie des fonds de recherche pour des projets favorisant l'inclusion sociale en DI-TSA. Des résultats à consulter : « **La révision des services régionalisés en orthophonie et ergothérapie et son impact sur les pratiques de collaboration interprofessionnelle au CIUSSS de l'Outaouais** », par Mélanie Tremblay.<sup>57</sup>

### Pour une organisation efficace des services diagnostiques du TSA :

En Montérégie, chacun des anciens CSSS a son équipe interdisciplinaire diagnostique pour les retards modérés à sévères dans au moins deux sphères du développement; et la clinique régionale est une Clinique d'évaluation des **cas complexes** du développement (référés par les CSSS). Par ailleurs, depuis la Loi 21, les psychologues peuvent émettre un diagnostic de TSA. **Le but de la Loi est de faciliter un accès aux services de 2<sup>e</sup> ligne à un plus grand nombre d'enfants et plus tôt dans leur parcours (à cet effet des diagnostics provisoires sont acceptés).**

« Depuis janvier 2012, l'adoption du projet de Loi 21 modifiant notamment le Code des professions permet aux psychologues d'émettre des conclusions cliniques en matière d'évaluation du trouble du spectre de l'autisme (TSA) donnant ainsi un accès aux services spécialisés. Un avis demandé par le « sous-ministre adjoint aux services sociaux, M. Sylvain Gagnon au CRDITED MCQ - Institut universitaire, afin d'obtenir leur expertise sur plusieurs sujets, notamment à l'égard de l'impact de la Loi 21 sur le diagnostic TSA. Que ce soit dans la littérature ou par l'avis des experts, **tous s'entendent sur le fait que l'enfant présentant des caractéristiques du TSA doit avoir accès à une évaluation interdisciplinaire.** L'apport spécifique de chaque professionnel de l'équipe interdisciplinaire est un incontournable dans la compréhension des comportements de cet enfant.

### L'orthophoniste

- Est le seul professionnel qui détient l'expertise fine quant à tous les aspects de la communication;
- Sans son apport, il y a un risque significatif d'omettre le diagnostic d'une condition sous-jacente;
- L'importance de l'orthophoniste est primordiale quant à l'évaluation des besoins liés à la communication sociale;
- La contribution de l'orthophoniste doit être vue comme nécessaire dans le cas d'un diagnostic précoce, car les premières manifestations identifiées par les parents sont les retards et les difficultés de langage.»<sup>58</sup>

Voir l'apport des autres professionnels dans cet avis.

À la Commission scolaire de la Rivière-du-Nord, depuis janvier 2016, **une première équipe diagnostique du TSA, psychologue et orthophoniste, administre l'ADOS-2** (avec la supervision clinique de Rebecca Simon, psychologue à l'Hôpital de Montréal pour enfants, formatrice ADOS accréditée pour la recherche) en complément des évaluations disciplinaires. Les diagnostics (provisaires ou définitifs) sont posés pour les profils standards. Une référence en clinique de développement ou en pédopsychiatrie est maintenue pour les cas complexes. Une deuxième équipe est en formation.

Le développement de cette expertise devrait se faire dans tous les territoires de MRC des Laurentides, tant en santé qu'en éducation. Parallèlement, la 2<sup>e</sup> ligne doit aussi être prête à répondre à la demande de services d'intervention.

**Une journée annuelle régionale sur le TSA** permettrait le réseautage entre les différentes équipes et la mise à jour commune par des conférences choisies. Ce type de journée existe ailleurs. Par exemple, au Saguenay-Lac-St-Jean, le Dr Marc-Yves Leclerc, pédopsychiatre, a initié, il y a plus de 20 ans, une journée annuelle de pédopsychiatrie : tous les intervenants de tous les milieux y sont conviés sur des enjeux concernant les jeunes, enjeux qui préoccupent la région.<sup>59</sup>

Ouvrons une parenthèse concernant la **formation continue**. Un réel besoin de mise à jour et de formation presse nos milieux, compte tenu des avancées de la recherche en orthophonie qui s'accélèrent, que les domaines d'expertise sont nombreux, que les nouvelles technologies posent un nouveau défi à nos modalités d'intervention, entre autres, dans le **domaine des aides techniques de suppléance à la communication orale ou écrite**. À ce sujet, en novembre 2016, le Conseil interprofessionnel du

Québec (CIQ) et le Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations (Cefrio) ont publié les résultats de leur enquête sur : « **La percée du numérique dans la pratique professionnelle en santé et en relations humaines** », auprès des membres de 12 ordres professionnels, dont celui des orthophonistes et audiologistes. Un développement qui prend du retard dans nos organisations publiques comparé au secteur privé!<sup>60</sup>

Pour ce qui est du **trouble primaire du langage**, ne devrait-on pas permettre aussi des **conclusions provisoires « à risque de trouble » dès 3 ans** pour donner accès plus rapidement aux services de 2<sup>e</sup> ligne en Déficience de la parole et du langage au CR Le Bouclier? Ne devrait-on pas assurer une certaine **gamme de services de première ligne** en orthophonie dans **l'attente de la prise en charge en 2<sup>e</sup> ligne**? Ne devrait-on pas repenser **le cheminement de l'enfant dans la cascade** des services pour éviter le retour sur une liste d'attente à chacun des passages?

« Selon une étude réalisée par Julie Mongrain, UQTR, à l'automne 2014, à travers le Québec, la grande **majorité des parents d'enfants dysphasiques (trouble primaire du langage), soit 93 %, estiment que l'offre de services orthophoniques devrait être améliorée dans la province.**»<sup>61</sup>

Dans son essai *Les services orthophoniques offerts aux enfants dysphasiques québécois : le point de vue des parents*, avril 2015, Mme Mongrain rapporte que « l'analyse par région **montre qu'en CLSC, les régions de la Montérégie et des Laurentides font particulièrement piètre figure** à ce titre. p.75

Et du côté des Centres de réadaptation en déficience physique, de grandes différences quant au nombre de mois d'attente sont observables : 6 mois ou moins en Abitibi, au Saguenay-Lac-St-Jean, au Centre-du-Québec, à Laval et en Mauricie; et **15 mois ou plus dans Laurentides** et Lanaudière. »p.80<sup>62</sup>

Un autre portrait de situation récent et très détaillé : Trouble primaire du langage au Québec, mai 2016.<sup>63</sup> On y trouve de nombreuses recommandations pour tous les secteurs.

Également pour répondre aux recommandations du Protecteur du citoyen de mars 2015, ne devrait-on pas avoir **une plus grande fluidité** entre les services offerts par le CRDP et le CRDI-TSA selon les besoins de l'enfant?

De l'avis du Protecteur du citoyen, **ces enfants doivent pouvoir accéder aux services requis pour répondre à leurs besoins, sans être limités par des critères rigides liés à la nature de leurs déficiences.**

Le rapport traite donc de l'amélioration de l'accès aux services de réadaptation ainsi que de la continuité et de la complémentarité entre les services de 1<sup>re</sup> ligne des centres de santé et de services sociaux (CSSS), les services de deuxième ligne des centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) et des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (CRDI-TSA)<sup>64</sup> - et nous ajoutons le milieu scolaire.

N'oublions pas les besoins de service de 1<sup>re</sup> ligne :

- **en ergothérapie** (si peu développés), puisque les enfants avec une vulnérabilité en langage ont aussi souvent des difficultés dans leur développement perceptivo-moteur, praxique et sensoriel, affectant leur autonomie, leur alimentation, leur socialisation et leurs apprentissages;
- **en audiologie**, pour le dépistage néonatal, la nécessité d'écarter une cause sensorielle au problème de langage et d'y répondre le cas échéant, le suivi dans les cas d'otites à répétition, les surdités unilatérales non détectées, les troubles de traitement auditif, etc.
- **en psychologie**, entre autres, pour les services diagnostiques du TSA;
- **pour la population anglophone et plurilingue immigrante en étape de francisation;**
- **et les jeunes et moins jeunes adultes**, car selon les statistiques officielles sur l'analphabétisme des Québécois en 2016: **53 % de la population est analphabète fonctionnelle.**

## 11. ET MAINTENANT DU CÔTÉ DE L'ÉDUCATION

Les besoins : un ajout substantiel de financement et des pratiques à améliorer

On ne peut passer sous silence l'impact des coupes en éducation des dernières années. L'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS) a compilé sur son site les coupures et leurs effets pour les années 2014-2015 et 2015-2016, entre autres, pour tout le réseau scolaire primaire et secondaire.<sup>65</sup>

À titre d'exemples :

- **265 postes professionnels** coupés dans 72 commissions scolaires;

- **5 millions \$** coupés aux organismes **en alphabétisation**;
- **25 millions \$** de coupures au programme **Réunir-Réussir**, dont 600 000\$ au Conseil régional de **prévention de l'abandon scolaire (CRÉPAS)** au Saguenay-Lac-St-Jean. Le premier organisme du genre au Québec qui a réuni tous les milieux concernés pour développer un plan annuel d'actions concertées, **dont le développement des services en orthophonie dans la région** dans l'optique de prévenir le décrochage scolaire, et ce, dès 1996; un organisme alimenté scientifiquement par le groupe de recherche **ÉCOBES** du Cégep de Jonquière;
- des coupures appliquées à **l'aide aux devoirs** (réduction parfois de 50% du financement ou jusqu'à l'abolition de l'activité);
- des fermetures de classes d'adaptation scolaire : **800 élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (ÉHDAA)** réintégrés au secteur régulier à la CS de Laval (tout un défi de mettre en place rapidement toutes les mesures nécessaires à leur intégration harmonieuse);
- **réduction ou annulation des achats de livres** dans les **bibliothèques scolaires**.

En Ontario en 2002-2016, le gouvernement a augmenté les dépenses par élève de 50%.

Au Québec, de 1998 à 2012, le gouvernement aurait augmenté ses dépenses par élèves de 38%, mais les syndicats soutiennent que ce sont plutôt des coupures d'un milliard \$ au cours des 10 dernières années subies en éducation.<sup>66</sup>

Quelle position, maintenant, la société québécoise souhaite-t-elle adoptée quant à la valorisation et au financement de l'éducation?

Dans la thèse Pratiques évaluatives des orthophonistes à l'égard des élèves issus de minorités culturelles, Corina Borri-Anadon, février 2014<sup>67</sup>, des constats des problèmes récurrents sont rapportés.

« Il n'est donc pas étonnant que les parents et les intervenants soient unanimes à déplorer l'insuffisance de ressources attribuées aux élèves identifiées ÉHDAA, notamment le manque de financement et par conséquent, de ressources professionnelles, la pénurie de certaines catégories de professionnels, **tels les orthophonistes**, l'insuffisance de services, le manque de continuité, de suivi, de temps pour l'intervention individuelle, pour la préparation et la concertation entre les intervenants-es. Ces insuffisances marquent autant le soutien à l'enseignant que l'appui à l'élève (Gaudreau et al. dans Gingras et al, 2006, p. 69).

Selon Tardif et Levasseur (2010), l'adaptation scolaire s'est trouvée, dans les dernières années, confrontée à « l'échec du modèle professionnel » (p. 189). En effet, ces auteurs évoquent différentes limites du travail des PNE (professionnels non enseignants) face aux ÉHDAA qui ont nourri, selon eux, l'avènement du travail technique : « **Leur présence trop peu nombreuse dans les établissements et leur rattachement professionnel aux commissions scolaires, leurs méthodes cliniques de travail et leur faible impact** sur les problèmes vécus par les enseignants face à l'intégration des ÉHDAA, enfin les coûts que représentait leur rémunération comme professionnels de haut niveau ont constitué et constituent toujours des freins à l'extension de ces groupes de PNE au sein de l'école publique (p.80). »

### Un concert de voix unanimes

D'autres joueurs d'importance se sont commis dans un mémoire déposé à la Commission sur la consultation publique pour une politique de la réussite éducative. Dans son mémoire de novembre 2016, le **Conseil supérieur de l'éducation (CSÉ)** nous prie de mettre le **cap sur l'équité p.3, de soutenir les précurseurs à la littératie p.16**, « d'améliorer le soutien aux enfants du préscolaire qui semblent présenter des **difficultés d'adaptation, de langage ou d'apprentissage...** Ainsi, il met en lumière l'importance d'une **action concertée systématique** en faveur des services éducatifs à la petite enfance à l'échelle de l'État. Ce faisant, il invite les ministères qui interviennent dans le champ de l'enfance et leurs partenaires de la société civile à **réfléchir à la continuité éducative, en particulier de la naissance à l'âge de 8 ans** ». Et l'étude de « l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)...bien que la qualité des services de garde « est jugée satisfaisante au regard des principes du programme éducatif québécois *Accueillir la petite enfance* », **tous les poupons et tous les enfants de 18 mois à 5 ans ne bénéficient pas de la même qualité d'interactions avec les éducatrices.** » p. 17

Une cible d'amélioration que l'expertise en orthophonie communautaire permettrait d'atteindre.

On y aborde aussi **l'urgence d'agir** p.24

On recommande : « **une réorganisation des services spécialisés qui interviennent de plus en plus en classe et en soutien au personnel enseignant régulier, sans renoncer toutefois à une intervention plus spécifique (rééducation) auprès d'élèves ciblés** » p. 25

Un constat quant à la « **médicalisation des difficultés scolaires...et l'attribution des ressources en vigueur dans les milieux scolaires contribuent encore**

aujourd'hui à alimenter une approche diagnostique centrée sur l'individu et sur la notion de déficit. Or, ce type d'approche constitue plutôt un frein dans le développement d'une école inclusive...on risque de limiter son parcours scolaire à ce qui peut être attendu, a priori, de tel ou tel type d'élèves...Le fait que l'offre de services additionnels soit encore très souvent assujettie au diagnostic génère des effets non souhaités comme un délai déraisonnable avant que l'élève en difficulté puisse recevoir le service dont il a besoin. Dans ce contexte, les élèves à risque ne répondent pas aux critères d'admissibilité des services complémentaires et sont trop souvent laissés pour compte jusqu'à ce qu'ils soient en échec. » p. 26...Dans un tel contexte, où le nombre d'acteurs augmente et où les espaces de collaboration sont toujours aussi rares, il est difficile de faire de la réussite des élèves une responsabilité collective. Le partage d'une vision commune de la réussite dans le contexte d'un système scolaire inclusif constitue en soi un défi. » p. 27<sub>68</sub>

**800 000 enfants et adultes au Québec ont un trouble de l'apprentissage qui est invisible (site de l'ITA)**

Dans son mémoire de novembre 2016, l'Institut des troubles d'apprentissage (ITA) souligne l'importance de : « la **consolidation des programmes d'éveil à la lecture auprès des familles avec enfants d'âge préscolaire**. La nécessité de la mise en œuvre de ces conditions renforce, encore une fois, l'importance du soutien aux parents et de la qualité de la formation des enseignants. » Une cible d'intervention de plus en orthophonie communautaire.

L'ITA souhaite aussi : « La mise en place d'un **continuum fonctionnel en matière de prévention des difficultés et troubles d'apprentissage** entre les divers réseaux, ordres d'enseignement, établissements, intervenants et enseignants **auprès des 0-4 ans, puis des 5-7 ans** afin de favoriser le **dépistage et l'intervention précoces**. Afin de favoriser la collaboration entre les intervenants dans le milieu scolaire, il faut **faire disparaître la barrière traditionnelle entre l'enseignement régulier et les services complémentaires**. La **séparation actuelle entre l'enseignement régulier et les services complémentaires** réduit l'investissement des enseignants dans des actions à caractère préventif. Il arrive fréquemment qu'on dirige des élèves qui éprouvent des difficultés d'apprentissage vers le service d'orthopédagogie, alors que **c'est l'efficacité de l'enseignement qui est en cause**. Ce délestage a pour conséquences **l'encombrement des services d'orthopédagogie**, l'accumulation d'élèves qui ne présentent pas de véritables difficultés

d'apprentissage, l'investissement forcé des orthopédagogues dans un rôle qui revient aux enseignants et une disponibilité réduite des orthopédagogues à l'endroit des élèves qui présentent de véritables troubles d'apprentissage. » p.369

Sur ce dernier point, Pascal Lefebvre dans *Les dyslexies-dysorthographies : L'ABC de l'apprentissage de l'écrit pour mieux prévenir les difficultés*<sup>70</sup> : « Clay (1987) ainsi que Vellutino et ses collègues (1996) soutiennent que **la très grande majorité des difficultés de lecture et d'écriture des élèves sont plutôt liées à des lacunes expérientielles et éducatives**. Il ne fait aucun doute que la prévention des difficultés en lecture et écriture demeure la clé pour dénouer cette impasse, et que **le rehaussement des pratiques éducatives au préscolaire et au primaire est un passage obligé et prioritaire** pour que cette prévention soit efficace. » p. 7

Pour sa part, la **Fondation pour l'alphabétisation** détaille sur son site que :

« 19 % des Québécois sont analphabètes (niveaux -1 et 1 de littératie) et 34,3 % éprouvent de grandes difficultés de lecture et se situent au niveau 2 de littératie. Ces derniers seront souvent qualifiés d'analphabètes fonctionnels.

✚ 10 % ont de 16 à 25 ans

✚ 39 % ont de 26 à 46 ans (en âge d'être parents)

✚ 51 % ont de 46 à 65 ans

**La dyslexie, comme la dysorthographie et les autres troubles d'apprentissage peuvent conduire à l'analphabétisme si les personnes ne sont pas adéquatement appuyées pour développer des mécanismes qui leur permettent de lire. »**

Nous ajoutons : encore un besoin de service en orthophonie.

« **Un enfant dont les parents sont sous-scolarisés ou analphabètes est plus susceptible de l'être à son tour**. Cependant, si ces parents sont sensibilisés à l'importance de la lecture en bas âge et qu'ils **obtiennent le soutien nécessaire** (nous ajoutons : en orthophonie communautaire) **pour participer à la stimulation de leur enfant à la maison**, ce dernier arrivera à l'école mieux outillé et aura de meilleures chances de réussir. **L'entourage de l'enfant (amis, gardiennes, famille élargie) ainsi que le personnel de l'école auront également une grande influence sur sa réussite scolaire.** »<sup>71</sup>

Un moyen peu connu : l'utilisation d'un **système d'amplification en champ libre** en classe qui a fait ses preuves. Tous les élèves entendants profitent de cette mesure assurant des conditions d'écoute optimales, un outil non seulement nécessaire en cas de surdité permanente mais aussi aux enfants qui ont des otites, discriminent mal dans le bruit, ont des difficultés attentionnelles, sont en apprentissage du français,



ont des troubles du langage et de la communication. Voir les recommandations de l'ASHA : « Guidelines for Addressing Acoustics in Educational Settings » Appendix : Use of Hearing Assistive Technology by Children to Overcome Acoustic Barriers to Classroom Learning, 2005<sup>72</sup>

Et le **Guide de rédaction pour une information accessible**, publié en 2011 par la Ville de Gatineau et des chercheurs de l'UQO est un outil indispensable qui « regroupe différents critères de lisibilité, d'intelligibilité et de langage simplifié. »<sup>73</sup>

Dans la population, **les personnes considérées analphabètes fonctionnels présentent souvent encore des besoins en langage oral et écrit non traités ou non résorbés ou compensés**, à cause de différentes conditions neurologiques (dyslexies, dysorthographe, dyscalculie, TDAH, TSA, etc.) ou autres syndromes ou troubles de santé mentale, ou acquis dus à un traumatisme crânien ou un AVC, à cause de maladies dégénératives musculaires (dystrophies, etc.) ou neurocognitives (Parkinson, Alzheimer, etc.) ou encore, dus aux effets à long terme de la toxicomanie. Ces personnes se retrouvent dans les Cégeps, les Centres de formation pour adultes, dans les Centres de détention, dans les services de psychiatrie, en URFI, en CHSLD, décrocheurs au chômage ou à l'aide sociale, fréquentant des organismes communautaires ou vivant de l'isolement ou de l'itinérance, et tristement, ils décèdent plus souvent prématurément<sup>38</sup>. Et surtout, **ils sont aussi pour plusieurs, des parents de jeunes enfants, à leur tour devenus vulnérables en raison de la situation de leurs parents**. On revient donc à la case départ et au financement de notre panier de services.

À cet effet, la Chaire de recherche Politiques Connaissances Santé (POCOSA) a déposé en janvier 2016 un mémoire dans le cadre de la consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux : son avis est très explicite, entre autres, concernant l'accès aux soins en orthophonie au Québec.<sup>74</sup> Une attente de deux ans pour recevoir des services d'orthophonie en 0-5 ans équivaut dans les faits à l'absence de couverture de ce service par le régime public.



Maryse Campeau, MOA  
Orthophoniste  
Membre OOAQ # 0060

## 12. PROPOSITION D'UN SCÉNARIO DU NOMBRE DE POSTES À POURVOIR

Le ratio actuel laurentien est de 17,8 orthophonistes/100 000 habitants. Ce ratio est composé des postes d'orthophonistes du secteur public de l'éducation et de la santé, secteur enfant et adulte, 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> lignes.

Scénario : 30 orthophonistes/ 100 00 hab.

Les ajouts d'effectifs permettront d'équilibrer l'offre dans chacune des MRC, de réduire les temps d'attente selon les recommandations de l'OOAQ et d'offrir un minimum de services à la population adulte.

Des ratios comparatifs en Équivalents temps complet (ÉTC) : Montréal 37/100 000 hab. et É.-U. 48/100 000 hab.

Le calcul du financement des ajouts de postes est basé sur le salaire moyen des recrues en début de carrière : 50 000 \$/an

Données démographiques 2015 selon l'Institut de la statistique du Québec				Scénario proposé
MRC	Nombre d'habitants	Nombre actuel d'ÉTC	Nombre ÉTC ratio 16,2	Nombre ÉTC ratio 30
Antoine-Labelle	34 985	3 ÉTC : ratio 8,6	5,7 ÉTC	10,5 ÉTC
Argenteuil	32 803	3 ÉTC : ratio 9,1	5,3 ÉTC	9,8 ÉTC
Deux-Montagnes	101 043		16,4 ÉTC	30,3 ÉTC
Rivière-du-Nord	127 225		20,6 ÉTC	38,2 ÉTC
Les Laurentides	42 112		6,8 ÉTC	12,7 ÉTC
Les Pays-d'en-Haut	42 351		6,9 ÉTC	12,7 ÉTC
Mirabel	48 954		7,9 ÉTC	14,7 ÉTC
Thérèse-de-Blainville	159 210		25,8 ÉTC	47,8 ÉTC
Total Laurentides	592 683		95,9 ÉTC	176,6 ÉTC
Ajout d'effectifs				+ 80,7 ÉTC
Salaire 50 000 \$				4 035 000\$

Note : il reste à ventiler les 95,9 ÉTC actuels selon la MRC; les Commissions scolaires couvrent plus d'une MRC

**Répartition des effectifs actuels qui devraient être attribués par % du nombre d'enfants 0-14 ans**

	Total	0-14 ans	ÉTC	%
Laurentides	559 700	94 790	77,1	100%
Antoine-Labelle	35 155	4 625	3,8	4,9%
Argenteuil	32 115	4 615	3,8	4,9%
Deux-Montagnes	95 670	17 055	13,9	18,0%
La Rivière-du-Nord	115 165	18 750	15,3	19,8%
Les Laurentides	45 155	6 135	5,0	6,5%
Les Pays-d'en-Haut	40 330	4 705	3,8	5,0%
Mirabel	41 960	9 440	7,7	10,0%
Thérèse-De Blainville	154 145	29 500	23,9	31,0%

**77.1 ÉTC pour 94 790 habitants 0-14 ans dans les Laurentides**

1<sup>re</sup> colonne : population totale, 2011

2<sup>e</sup> colonne : population 0-14 ans, 2011

3<sup>e</sup> colonne : répartition mathématique des postes actuels en enfance selon la proportion de la population 0-14 ans

4<sup>e</sup> colonne : % d'enfants 0-14 ans sur le total de la région, par MRC

(Les 0-19 ans comptent pour 20,7 % de la population régionale; la moyenne provinciale est de 20,7; et es 65 ans + comptent pour 16,6 % de la population régionale; la moyenne provinciale est de 17,6)

15% de problèmes de langage pour 94790 hab. 0-14 ans = **14 219 enfants à traiter**

Entre 40 et 100 enfants / ÉTC / an selon le secteur ; retenons une médiane estimée de 60 enfants 0-14 ans/ ÉTC / an

= **237 ÉTC orthophonistes**

Alors même le ratio 30 ÉTC / 100 000 habitants, soit **176,6 ÉTC**, serait largement en dessous des besoins.

### 13. MÉDIAGRAPHIE

1. <http://www.internationalcommunicationproject.com/wp-content/uploads/2014/09/French-Declaration.pdf>
2. <http://www.fondationchagnon.org/fr/politique-de-financement.aspx>
3. <http://id.erudit.org/iderudit/301363ar>
4. <http://www.ledevoir.com/societe/sante/465677/contre-le-demantelement-des-clsc>
5. <http://pointsurlapetiteenfance.org/media/uploads/more-files/early-years-study-fr.pdf>
6. <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/politique-prevention-sante/>
7. <https://www.aqcpe.com/content/uploads/2016/12/memoire-de-laqcpe-pour-la-commission-sur-leducation-a-la-petite-enfance.pdf>
8. <http://www.lapresse.ca/vivre/famille/sante-des-enfants/201612/14/01-5051290-savoir-des-lage-de-3-ans-si-un-enfant-sera-un-fardeau-pour-la-societe.php>
9. <http://www.hanen.org>
10. <https://news.ontario.ca/mcys/fr/2014/12/reduire-les-listes-dattente-pour-le-programme-de-services-de-reeducation-de-la-parole-et-du-langage.html>
11. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2001-4-page-150.htm>
12. [http://www.fondationchagnon.org/media/125772/Memoire-Fondation-Chagnon\\_Commission\\_petite\\_enfance\\_VF.PDF](http://www.fondationchagnon.org/media/125772/Memoire-Fondation-Chagnon_Commission_petite_enfance_VF.PDF)
13. [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/PSG/recherche\\_evaluation/ALaMemeEcoleEHDAA\\_f.pdf](http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/PSG/recherche_evaluation/ALaMemeEcoleEHDAA_f.pdf)
14. [http://www.beststart.org/resources/hlthy\\_chld\\_dev/BSRC\\_Daddy\\_and\\_Me\\_FR.pdf](http://www.beststart.org/resources/hlthy_chld_dev/BSRC_Daddy_and_Me_FR.pdf)
15. <http://edu.gov.on.ca/fre/document/brochure/merread/merreadf.pdf>
16. [http://plus.lapresse.ca/screens/046f929a-0f36-4a35-b258-a11951e8e2aa%7C\\_0.html](http://plus.lapresse.ca/screens/046f929a-0f36-4a35-b258-a11951e8e2aa%7C_0.html)
17. [https://www.youtube.com/playlist?list=PLIOEMJTvpMNpEcit3HJumS\\_TB637NLuMc](https://www.youtube.com/playlist?list=PLIOEMJTvpMNpEcit3HJumS_TB637NLuMc)
18. <http://www.csphares.qc.ca/capsurlaprevention/>
19. <http://edu1014.telug.ca/mes-actions/modele-rai/>
20. [http://www.argenteuil.qc.ca/database/Image\\_usager/2/0-5-30/MADA-PFM/2015-09-21%20Document%20portrait%20%C3%A9cosyst%C3%A9mique%20de%20la%20Table%20jeunesse.pdf](http://www.argenteuil.qc.ca/database/Image_usager/2/0-5-30/MADA-PFM/2015-09-21%20Document%20portrait%20%C3%A9cosyst%C3%A9mique%20de%20la%20Table%20jeunesse.pdf)
21. [http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04\\_comite\\_experts\\_suicides.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04_comite_experts_suicides.pdf)
22. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>
23. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-rapportcontinuum-juin04.pdf>
24. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bulletins/coupdoeil-no46.pdf>
25. [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil15/societe/demographie/pers\\_demo/pers\\_demo15.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil15/societe/demographie/pers_demo/pers_demo15.htm)

26. Cadre de référence pour l'organisation des services en orthophonie pour les enfants de 0-6 ans. Régie régionale de la santé et des services sociaux. Saguenay-Lac-St-Jean, novembre 2003, p.9
27. <http://www.journaldequebec.com/2016/07/20/explosion-des-services-de-sante-privés-au-quebec>
28. <http://www.oac-sac.ca/oac-%C3%A0-loeuvre/loutil-de-gestion-pr%C3%A9visionnelle-du-nombre-de-cas>
29. [http://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/standards\\_de\\_pratique\\_-version\\_finale-dec.\\_2014\\_1.pdf](http://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/standards_de_pratique_-version_finale-dec._2014_1.pdf)
30. [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region\\_15/region\\_15\\_00.htm](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/region_15/region_15_00.htm)
31. <http://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2016/06/M%C3%A9moire-2016-acc%C3%A8s-professionnel.pdf>
32. <https://www.cihi.ca/fr/depenses-et-main-doeuvre-de-la-sante/depenses/tendances-des-depenses-nationales-de-sante/bdds2016-sujet6>
33. <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1014346/medecins-millionnaires-institut-oeil-laurentides-quebec-ophtalmologiste>
34. [http://www.cjslpa.ca/files/2003\\_JSLPA\\_Vol\\_27/No\\_02\\_93-140/Vis\\_Dube\\_JSLPA\\_2003.pdf](http://www.cjslpa.ca/files/2003_JSLPA_Vol_27/No_02_93-140/Vis_Dube_JSLPA_2003.pdf)
35. <http://www.journaldequebec.com/2016/07/20/explosion-des-services-de-sante-privés-au-quebec>
36. Agence de la santé et services sociaux Saguenay-Lac-St-Jean, CRPDMO, correspondance, mai 2003, février 2004 : Confirmation des montants alloués
37. [http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/RAP\\_JRetJS\\_2013-04-03-Final.pdf](http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/RAP_JRetJS_2013-04-03-Final.pdf)
38. <http://www.oac-sac.ca/sites/default/files/resources/EarlyID-PositionPaper-FRENCH.pdf>
39. <http://www.ooaq.qc.ca/publications/OO AQ-ConsultationReussiteEducativ e-Final.pdf>
40. <http://www.hanen.org/helpful-info/articles/a-closer-look-at-the-late-talker-study--why-parent.aspx>
41. <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/troubles-du-developpement/surveillance-et-depistage/>
42. [http://www.santelaurentides.qc.ca/fileadmin/documents/Rapports/DA\\_2014-11-17\\_Rapport\\_inegalite\\_Final.pdf](http://www.santelaurentides.qc.ca/fileadmin/documents/Rapports/DA_2014-11-17_Rapport_inegalite_Final.pdf)
43. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1756\\_CondSucActDeventEnfant\\_AideMemoir e.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1756_CondSucActDeventEnfant_AideMemoir e.pdf)
44. Vu sur le site Facebook de Commun'Enfant [ae.jonquiere@gmail.com](mailto:ae.jonquiere@gmail.com)
45. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1143\\_ChoixOutilMesureDevEnfantsSIPPE.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1143_ChoixOutilMesureDevEnfantsSIPPE.pdf)
46. <http://firstwords.ca/fr/>
47. [http://www.portailenfance.ca/wp/wp-content/uploads/2015/08/ASQ-3\\_VG.pdf](http://www.portailenfance.ca/wp/wp-content/uploads/2015/08/ASQ-3_VG.pdf)
48. [http://firstwords.fsu.edu/pdf/CSBSDP\\_ITC\\_French.pdf](http://firstwords.fsu.edu/pdf/CSBSDP_ITC_French.pdf)
49. <http://www.interveningearly.org/downloads/16x16-handout.pdf>

50. [http://www.premierspaschamplain.org/uploads/2/2/6/9/2269023/cadre\\_theorique-pratique-ortho-communautaire-vfweb\\_1.pdf](http://www.premierspaschamplain.org/uploads/2/2/6/9/2269023/cadre_theorique-pratique-ortho-communautaire-vfweb_1.pdf)
51. <http://www.dsfno.ca/petite-enfance/service-parle-moi>
52. <http://www.saic.gouv.qc.ca/francophonie-canadienne/soutien-financier/index.asp>
53. <http://www.hss.gov.nt.ca/sites/www.hss.gov.nt.ca/files/resources/early-childhood-intervention-pilots-fr.pdf>
54. <https://www.csssamn.ca/soins-et-services/grossesse-enfants-parents-et-famille/parents-et-enfants-0-a-5-ans/>
55. [cosmoss.qc.ca/file\\_download/35/ressources-csss-et-clsc.pdf](http://cosmoss.qc.ca/file_download/35/ressources-csss-et-clsc.pdf)
56. [http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Sante\\_publique/SPER/Tableaux\\_Coup\\_dOeil/Tableau\\_CO\\_region\\_Laurentides.pdf](http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Sante_publique/SPER/Tableaux_Coup_dOeil/Tableau_CO_region_Laurentides.pdf)
57. [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC2566/F428518147\\_D\\_cembre2016.pdf](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC2566/F428518147_D_cembre2016.pdf)
58. <http://www.crditedmcq.qc.ca/download.asp?18369>
59. <https://journeepedopsychiatrique.com/inscription/>
60. <http://www.cefrio.qc.ca/media/uploader/Rapport-synthse-enqueteordresprofessionnelsfinal.pdf>
61. <http://blogue.uqtr.ca/2015/06/23/les-parents-denfants-dysphasiques-souhaitent-lamelioration-de-loffre-de-services-orthophoniques/>
62. <http://www.langagequebec.ca/asofiles/Essai%20Mongrain%20version%20finale.pdf>
63. [https://www.parlonsdysphasie.com/files/projets/2016/Le\\_trouble\\_primaire\\_du\\_langage.pdf](https://www.parlonsdysphasie.com/files/projets/2016/Le_trouble_primaire_du_langage.pdf)
64. [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/communiqués/2015-03-24\\_autisme-deficiences-intellectuelle.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/communiqués/2015-03-24_autisme-deficiences-intellectuelle.pdf)
65. <http://austerite.iris-recherche.qc.ca/education-primaire-et-secondaire#accompagnement-pour-ehdaa-a-la-commission-scolaire-de-laval-12-2016>
66. <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/781432/education-diplomation-decrochage-ontario-quebec>
67. <http://www.archipel.uqam.ca/6351/1/D2628.pdf>
68. <http://www.cse.gouv.qc.ca/fichiers/documents/publications/Avis/50-0498.pdf>
69. <http://institutta.com/wp-content/uploads/2015/10/MEMOIRE-Pour-une-politique-de-la-r%C3%A9ussite-%C3%A9ducative-Institut-TA-Novembre-2016.pdf>
70. **Les dyslexies-dysorthographies** : sous la direction de Brigitte Stanké, PUQ, 2016, chapitre 1, Pascal Lefebvre
71. <https://www.fondationalphabetisation.org/fondation/analphabetisme-les-causes/fausses-croyances/>
72. <http://www.asha.org/uploadedFiles/elearning/jss/6173/6173Article4.pdf>
73. [http://w3.uqo.ca/litteratie/documents/guide2011\\_000.pdf](http://w3.uqo.ca/litteratie/documents/guide2011_000.pdf)
74. <http://pocosa.ca/wp-content/uploads/2016/01/TexteFinalDIN.pdf>

#### 14. Liste des sigles et acronymes

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
ACP	Association canadienne des physiothérapeutes
AÉRDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
ASQ	Ages and Stages Questionnaire
AVC	Accident vasculaire cérébral
CÉFRIO	Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CIQ	Conseil interprofessionnel du Québec
CISSSL	Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
CIUSSSMCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CNRIS	Centre national de recherche en intégration sociale
CRDI-TSA	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRÉPAS	Conseil régional de prévention de l'abandon scolaire
CRPDMO	Comité régional de planification de la main d'œuvre
CSRDN	Commission scolaire de la Rivière-du-Nord
CSE	Conseil supérieur de l'éducation
DI	Déficience intellectuelle
EHDA	Élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage
EQDEM	Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle
ÉTC	Équivalent temps complet
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRIS	Institut de recherche et d'informations socioéconomiques
MELS/MESS	Ministère de l'éducation, du sport et des loisirs/Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur
MQRP	Médecins québécois pour le régime public
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OAC	Orthophonie et Audiologie Canada
OGPNC	Outil de gestion prévisionnelle du nombre de cas
OOAQ	Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
REPAR	Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation
RGD	Retard global de développement
TED/TSA	Trouble envahissant du développement/Trouble du spectre de l'autisme
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive