

## **La collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'intervention auprès d'enfants et adolescents ayant un Trouble Développemental du Langage - une scoping review**

**Auteur :** Schlosser, Anne

**Promoteur(s) :** Stassart, Céline

**Faculté :** bŷ Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

**Diplôme :** Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/24513>

---

### *Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---



La collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'intervention  
auprès d'enfants et adolescents ayant un Trouble Développemental du  
Langage – *une scoping review*

Mémoire présenté par Anne Schlosser  
en vue de l'obtention du grade de master en psychologie  
clinique

Promotrice : Céline Stassart

Lectrices : Treacy Martinez Perez et Pauline Menjot

Année académique 2024-2025

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à adresser mes premiers remerciements aux enfants et adolescents que j'ai pu accompagner ces deux dernières années, dans le cadre de du début de ma vie professionnelle en tant que logopède. Bien que ce mémoire, en tant que revue de la littérature, n'ait pas comporté de composante expérimentale ni de participants que j'aurais moi-même rencontrés, les allers-retours entre la recherche et la clinique ont été au cœur de mes réflexions à chaque étape. Je remercie aussi mes collègues, qui ont fait de ce début de professionnalisation une expérience nourrissante et pleine de joie. Nos échanges ont également nourri ce travail, en lui donnant du sens et de la couleur.

Je remercie Madame Céline Stassart, ma promotrice, pour m'avoir accompagnée tout au long de ce mémoire, en me faisant confiance pour explorer une thématique à la croisée de deux mondes passionnants. Cette recherche m'a permis d'élargir mes perspectives cliniques et de mieux affiner ma posture professionnelle. Merci pour cela.

Merci à Madame Romane Michaux pour ses conseils avisés, pratico-pratiques et toujours si proches de ma réalité du moment. Vos retours, vos mots rassurants et bienveillants ont été un précieux soutien.

Je tiens à remercier Madame Nancy Durieux pour avoir gardé un œil attentif sur l'avancement de ce mémoire, et pour les précieux conseils distillés tout au long du cours « Revues systématiques et mété-analyses ». Les balises posées avec clarté m'ont permis de rester confiante et sereine tout au long de cette démarche, malgré les embûches rencontrées.

Je remercie Madame Trey Martinez Perez, dans sa casquette de conseillère pédagogique, pour avoir encadré mon parcours académique avec clairvoyance et assurance. Vous m'avez aidée à me diriger vers ce deuxième master en sciences psychologiques, qui s'intègre si naturellement à mon parcours. Merci aussi pour l'intérêt porté à ce mémoire, en tant que lectrice, conjointement à Madame Pauline Menjot. À toutes les deux, j'espère que sa lecture vous sera agréable, et me réjouis d'avance de pouvoir échanger avec vous lors de la Défense.

Merci à mes parents et à mon « petit » frère pour votre soutien indéfectible tout au long de ces années (promis, je ne me lancerai pas dans un troisième master en septembre prochain). Vous avez toujours cru en moi, même en mes projets les plus fous. Je pense aussi à ma famille élargie, pour tous les encouragements qui m'ont régulièrement redonné du carburant. Merci Valentine d'avoir été là depuis toujours. Oui, tu rentres aussi dans la section « famille ».

Je souhaite remercier mes amies Marguerite et Océane, que je peux désormais fièrement appeler mes collègues, pour avoir relu ce mémoire et y avoir apposé des commentaires aussi pertinents qu'amusants. Ce soutien a été précieux et a renforcé ma résilience en cette fin de parcours. Merci aussi pour votre amitié sans faille.

Merci à mes amis de Liège et d'ailleurs, pour tous les moments partagés. Vous ne lirez probablement pas ce mémoire, mais vous m'avez donné (sans le savoir) une énergie incroyable, bien utile lors de certaines longues nuits de travail. Un merci tout particulier à Eduardo, qui a vu naître ce mémoire au fil des séances de « coworking » et des innombrables arbres virtuels que nous avons plantés ensemble. Merci d'avoir été présent tout au long de ce quadrimestre et d'avoir égayé mon quotidien comme tu le fais si bien.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**CIP :** Collaboration InterProfessionnelle

**CIF :** Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001)

**CIF-EA :** Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, dans son adaptation aux Enfants et aux Adolescents (OMS, 2007).

**JBI:** Joanna Briggs Institute

**OMS:** Organisation Mondiale de la Santé

**PRISMA:** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

**RE :** Régulation Emotionnelle

**TDAH :** Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

**TE :** Troubles du comportement externalisés (opposition, provocation, agression, etc.)

**TI :** Troubles du comportement internalisés (anxiété, dépression, plaintes somatiques, etc.)

**TDL :** Trouble Développemental du Langage

**TSA :** Trouble du Spectre de l'Autisme

**TSP :** Trouble des Sons de la Parole

## **NOTE SUR L'ECRITURE INCLUSIVE**

Dans une volonté de favoriser l'égalité et la représentativité, j'ai tenté, autant que possible, de recourir à une écriture inclusive tout au long de ce mémoire. Cela dit, pour des raisons de place, et parce qu'il n'existe pas, à ce jour, de directives académiques claires sur la question, j'ai parfois eu recours à des formes dites masculines génériques — en particulier lorsqu'il s'agissait de désigner certaines professions (ex. : enseignant, clinicien, chercheur, professionnel).

Je suis consciente que ces domaines, en particulier celui du TDL, sont très largement investis par des femmes, tant dans la pratique que dans la recherche. Il me semble important de le rappeler et de souligner leur contribution essentielle.

## **TABLE DES MATIERES**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	1
<b>II.</b>	<b>INTRODUCTION THEORIQUE .....</b>	2
1)	Le Trouble Développemental du Langage .....	2
a.	Qu'est-ce que le TDL ? .....	2
b.	Conséquences fonctionnelles du TDL.....	3
i.	Définitions .....	3
ii.	Conséquences émotionnelles et comportementales .....	5
iii.	Conséquences sociales.....	7
iv.	Un trouble dont l'invisibilité freine l'accès aux soins .....	8
2)	Collaboration interprofessionnelle en santé.....	9
a.	Quelles sont les différentes formes d'intervention ?.....	9
b.	CIP en santé : fondements, enjeux et intérêts .....	10
3)	La prise en charge du TDL : intérêts de la CIP et d'une approche globale en santé publique .	12
4)	Conclusions.....	14
<b>III.</b>	<b>OBJECTIFS DU MEMOIRE ET QUESTION DE RECHERCHE .....</b>	15
<b>IV.</b>	<b>METHODOLOGIE .....</b>	16
1)	Introduction.....	16
2)	Protocole et enregistrement.....	16
3)	Critères d'éligibilité.....	17
a.	Population : TDL, enfants et adolescents .....	17
b.	Concept : intervention en collaboration interprofessionnelle .....	18
c.	Contexte.....	18
d.	Types de sources .....	19
4)	Sources d'informations.....	19
5)	Stratégies de recherche.....	20
6)	Processus de sélection des articles.....	21
7)	Extraction des données.....	21
<b>V.</b>	<b>RESULTATS.....</b>	23
1)	Sélection des études.....	23
2)	Table d'extraction des données.....	26
3)	Synthèse narrative.....	35
a.	Caractéristiques des études sélectionnées .....	35
i.	Types de publications et dates de publication.....	35
ii.	Objectifs des études et designs expérimentaux .....	35
iii.	Description de l'échantillon .....	36

iv.	Lieux.....	38
b.	Description des interventions.....	39
i.	Quels sont les professionnels impliqués ? .....	39
ii.	Quelles sont les modalités thérapeutiques proposées ? .....	40
iii.	Quels types de prévention et quels objectifs pour l'intervention ?.....	42
	➤ Types de prévention.....	42
	➤ Objectifs des différentes interventions .....	42
iv.	Quelle forme prend la collaboration interprofessionnelle ? .....	44
	➤ Type de collaboration interprofessionnelle .....	44
	➤ Actions concrètes mises en place par les professionnels .....	46
v.	Qu'en est-il de l'efficacité de l'intervention ?.....	46
<b>VI.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	49
1)	Objectif initial de l'étude et rappel des questions de recherche .....	49
2)	Discussion des résultats par thématique.....	49
a.	Types de CIP rencontrées et actions concrètes mises en place .....	49
b.	Prise en charge précoce et prévention tertiaire ?.....	50
c.	Professionnels impliqués dans les interventions et facteurs contextuels.....	51
i.	La CIP logopède-enseignant .....	53
ii.	La CIP logopède-psychologue.....	54
d.	Les objectifs des différentes interventions.....	55
e.	Evaluation des interventions et résultats principaux des études.....	57
3)	Détour par les freins et facilitateurs de la CIP .....	59
4)	Recul méthodologique.....	60
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES.....</b>	62
1)	Conclusions générales .....	62
2)	Perspectives pour la recherche et pour la pratique .....	63
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		64
<b>ANNEXES .....</b>		78
Annexe 1:	Diagramme représentant les besoins en termes de parole, langage et communication....	78
Annexe 2 :	Schéma de diagnostic pour les troubles du langage.....	79
Annexe 3:	PRISMA-ScR checklist (Tricco et al., 2018).....	80
Annexe 4 :	Stratégie de recherche dans la base de données Medline/OVID (23/03/25).....	82
Annexe 5 :	Stratégie de recherche dans la base de données PsycINFO/OVID (23/03/25).....	83
Annexe 6 :	Stratégie de recherche dans la base de données Embase/Elsevier (23/03/25).....	84
<b>RESUME.....</b>		85

## **I. INTRODUCTION GENERALE**

Le Trouble Développemental du Langage (TDL) est un trouble du neurodéveloppement fréquent, touchant 7,58% de la population (Norbury et al., 2016) soit environ deux enfants par classe (Maillart, 2023). Ce trouble impacte et affaiblit le développement langagier, s'accompagnant ainsi d'impacts et de retentissements fonctionnels parfois conséquents dans la vie quotidienne de l'enfant et de son entourage (Bishop et al., 2017; Maillart et al., 2024; McKean & Reilly, 2023; McNeilly, 2018; Perichon et al., 2024; Salmon et al., 2016; Wilmot et al., 2024; Yew & O’Kearney, 2013). Il est en outre fréquemment comorbide avec d’autres types de troubles neurodéveloppementaux et peut constituer un obstacle à la participation sociale de la personne.

Le TDL — auparavant désigné sous l'appellation « dysphasie » — reste encore largement méconnu du grand public et même de certains cliniciens en santé mentale. Sa reconnaissance plus large et sa prise en compte dans les trajectoires de soins représentent aujourd’hui un enjeu majeur de santé publique (Law et al., 2013).

A l’heure où les recommandations internationales de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) insistent de manière croissante sur la nécessité d’appréhender le profil de nos patients de manière globale et intégrée (Buret, 2020; OMS, 1978, 1986, 2010b) et où la collaboration interprofessionnelle (CIP) est encouragée dans les différents systèmes de soins de santé, différentes questions se posent à nous :

*Qu’en est-il alors du traitement de ce trouble et des autres difficultés qui y sont associées ? Est-il uniquement l’apanage des logopèdes ou peut-il faire intervenir d’autres professionnels ? Quelle est la nature de ces pratiques et comment leur implémentation concrète est-elle documentée ?*

L’objectif de ce mémoire est de réaliser un état des lieux des prises en charge interprofessionnelles existantes pour les enfants et adolescents vivant avec un TDL. Pour parvenir à documenter les pratiques cliniques en la matière, nous avons décidé de mener une *scoping review*.

## **II. INTRODUCTION THEORIQUE**

### **1) Le Trouble Développemental du Langage**

#### **a. Qu'est-ce que le TDL ?**

Lorsque l'on s'intéresse au langage, on considère généralement cinq grands composants, à savoir : **la phonologie** (le niveau des sons), **le lexique** (le niveau des mots, des concepts et de leurs sens), **la morphosyntaxe** (le niveau des phrases), **le discours** (le niveau du récit) et enfin **la pragmatique** (l'utilisation du langage pour communiquer). Ces composants se retrouvent quant à eux sur deux grands versants. On distingue le versant **réceptif**, c'est-à-dire la perception et la compréhension ; du versant **productif**, à savoir le fait de parler (et au sens large, de communiquer). Le langage est une activité complexe, capitale sur le plan de l'élaboration de la pensée d'une personne et de ses relations interpersonnelles. Elle fait intervenir de nombreux processus cognitifs, métacognitifs et socio-émotionnels qui peuvent se retrouver impactés de diverses manières en cas de trouble (Maillart, 2020).

Le terme TDL désigne un trouble neurodéveloppemental fréquent, affectant, comme son nom l'indique, le développement du langage. Il touche 7,58% de la population (Norbury et al., 2016) c'est-à-dire plus ou moins deux enfants par classe (Maillart, 2023). La nature neurodéveloppementale de ce trouble implique qu'il s'agit d'une condition chronique, présente dès le plus jeune âge et tout au long de la vie des patients. Ils présentent alors « des troubles langagiers suffisamment sévères et persistants pour avoir un impact fonctionnel à long terme sur leurs vies quotidiennes et leurs apprentissages » (Maillart, 2018).

Bien que fréquent, le TDL est encore largement méconnu, pour plusieurs raisons. Premièrement, les manifestations cliniques du TDL sont hétérogènes, varient en fonction de l'âge de l'enfant, des composants langagiers touchés (phonologie, lexique, morphosyntaxe et/ou pragmatique), des versants impactés (versant réceptif et/ou productif) et de la sévérité de cet impact (voir Annexe 1). Ainsi, les difficultés peuvent être plus ou moins « visibles » en fonction du profil de trouble et des moyens de compensation mis en place par l'enfant. Si les profils les plus sévères sont plus facilement repérés ; il n'en reste pas moins que les profils moins sévères gagneraient à l'être eux aussi (Cohen et al., 1998; McKean & Reilly, 2023). Deuxièmement, le TDL présente un haut niveau de comorbidité avec d'autres troubles neurodéveloppementaux (ex : dyslexie, TDAH, etc.). Il est aussi fréquemment comorbide avec

des difficultés socio-émotionnelles et comportementales. Ainsi, les autres troubles étant généralement plus connus par le grand public et souvent plus visibles, ils viennent potentiellement « éclipser » les difficultés langagières alors reléguées au second plan (Maillart, 2022). Troisièmement, la terminologie faisant référence à ce trouble a longtemps manqué de clarté ; on faisait référence au « trouble primaire du langage », au « trouble spécifique du langage oral », à la « dysphasie » ou encore au « retard de langage » sans que les cliniciens et les chercheurs ne s'accordent sur une terminologie commune. Ces difficultés au niveau de la terminologie contribuaient elles aussi à invisibiliser le trouble. Positivement, le consensus Catalise a permis de remédier à cela en réunissant une soixantaine d'experts dans le but de définir le trouble et d'adopter une terminologie commune, celle de *DLD* (*Developmental Language Disorder*) en anglais, TDL en français (Bishop et al., 2016, 2017; Maillart, 2018). Cette terminologie doit désormais être diffusé auprès des professionnels mais également auprès du grand public.

D'un point de vue étiologique, comme c'est le cas pour la plupart des autres troubles du neurodéveloppement, il n'existe pas une cause unique au TDL mais certains facteurs de risques ont pu être identifiés. Plus précisément, il s'agit du fait d'être de sexe masculin, d'avoir un faible niveau d'éducation parentale, d'avoir des antécédents familiaux de troubles du langage et/ou des apprentissages et d'être l'un des plus jeunes enfants d'une grande fratrie (Bishop et al., 2017).

## b. Conséquences fonctionnelles du TDL

### i. Définitions

Les conséquences du TDL sont plurielles et dépendent de nombreux facteurs qui dépassent les compétences langagières. Elles peuvent se situer tant au niveau de la communication que des apprentissages scolaires, de l'intégration socio-professionnelle, mais aussi au niveau émotionnel et comportemental (Maillart et al., 2024; Reilly & McKean, 2023; Wilmot et al., 2024).

A ce sujet, Perichon et al. (2024), proposent une définition duelle des conséquences fonctionnelles d'un trouble. D'une part, ils définissent **l'impact fonctionnel** d'un trouble comme « les conséquences directes et/ou observables des difficultés d'une personne sur sa capacité à accomplir ou à participer à des activités courantes dans un environnement donné,

pouvant évoluer dans le temps ». D'autre part, ils évoquent le **retentissement fonctionnel** comme étant « la manière dont la personne perçoit subjectivement l'influence de ses limitations et restrictions (conséquences émotionnelles et comportementales) sur différents aspects de sa qualité de vie ».

Les fondements théoriques de référence sur lesquels se sont appuyés ces auteurs sont d'une part le modèle **Modèle de Développement Humain - Processus de Production du Handicap** (MDH-PPH) (Fougeyrollas, 2021) et d'autre part la **Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé** (CIF) (OMS, 2001) ainsi que son adaptation aux Enfants et aux Adolescents (CIF-EA) (OMS, 2007). Ces modèles étant très proches, nous les décrirons de manière conjointe. Ils permettent de conceptualiser et de caractériser une situation de handicap, envisagée comme un phénomène situationnel et dynamique résultant de l'interaction entre une personne (ses aptitudes, ses structures et fonctions organiques mais aussi son identité) et son environnement (physique, social et attitudinal). Délaissez un modèle traditionnel, causal et biomédical, ils s'appuient sur une perspective biopsychosociale (Engel, 1977) qui contribue à déconstruire le stigma souvent associé aux personnes en situation de handicap. Ils considèrent à la fois les leviers et les obstacles environnementaux qui influencent la participation sociale. Pour cela, ils tiennent compte des habitudes de vie de la personne, c'est-à-dire les activités courantes et rôles valorisés par la personne ou par son contexte socioculturel. Il s'agit ainsi de deux modèles multidimensionnels, rendant compte de la complexité mais également de la diversité des situations cliniques.

Ainsi, la prise en compte de ces conséquences fonctionnelles est essentielle dans l'évaluation et la prise en charge du TDL, mais ces aspects, allant au-delà des habiletés langagières pures, restent difficiles à documenter au niveau clinique. En effet, les résultats obtenus aux évaluations standardisées des compétences langagières ne prédisent pas nécessairement l'importance des limitations fonctionnelles perçues par l'enfant. En d'autres termes, le fait d'avoir un TDL qualifié de « sévère » au regard des tests langagiers ne prédit pas de manière certaine un impact et un retentissement sévères sur sa vie quotidienne (Perichon et al., 2024). De plus, lorsque l'on s'intéresse à des populations pédiatriques, les ressentis exprimés par les enfants et adolescents vivant avec un TDL ne convergent pas systématiquement avec les observations réalisées par leurs parents (les parents ont par exemple tendance à sous-estimer l'importance des troubles internalisés tels que l'anxiété au sein de cette population) ou leurs enseignants (Jelen et al., 2022).

Parmi la diversité des impacts du TDL, il nous semble intéressant de nous pencher, dans ce qui suit, sur les variables émotionnelles, comportementales et sociales.

## ii. Conséquences émotionnelles et comportementales

Avant de nous intéresser aux conséquences émotionnelles et comportementales du TDL, faisons un détour en considérant **le rôle du développement du langage dans le développement de la régulation émotionnelle**. Dès les premiers mois de vie, le langage permet de communiquer les émotions : les pleurs, sourires ou gazouillis expriment des états internes, ce qui participe déjà à la régulation. Plus tard, le partage émotionnel – avec des proches ou dans des contextes thérapeutiques – repose majoritairement sur la parole, avec des effets indirects comme la création de lien, la restructuration cognitive ou la distraction (Rimé & Moscovici, 2009). Ensuite, le langage facilite la compréhension des ressentis ; les mots donnent forme aux émotions, les rendent pensables. L'hypothèse de Sapir-Whorf (Pica et al., 2004; Whorf, 1940) souligne l'influence du langage sur nos perceptions de l'espace, du temps, des quantités, des couleurs ou encore des émotions. Pour Ricœur (1983) se raconter, mettre son vécu en mots, permet de prendre conscience de soi et de construire son identité. De Villiers (2007) relie également langage et théorie de l'esprit ; l'identification des états mentaux et émotionnels des autres se complexifiant progressivement sur base du langage (exemple de la tâche de fausse croyance de Sally et Ann : « Où est-ce que Sally va rechercher la balle ? Où pense-t-elle la trouver ? ») (Baron-Cohen et al., 1985). En outre, le langage revêt une fonction d'auto-régulation : l'auto-verbalisation, d'abord externe puis intérieurisée, aide à guider l'action, résoudre des problèmes ou gérer les émotions. Les enfants ayant un langage intérieur plus élaboré se régulent mieux, même si ce même langage peut parfois nourrir des ruminations (Cole et al., 2010). Finalement, d'autres facteurs comme les fonctions exécutives, le tempérament ou le lien parent-enfant jouent aussi un rôle dans ces processus (Henry et al., 2012). Qu'en est-il alors lorsque le langage est altéré ?

Yew et O'Kearney (2013) dans une revue systématique avec méta-analyse de 19 études, s'intéressent à la variété des conséquences émotionnelles et comportementales du TDL chez les enfants et adolescents. Cette étude a été effectuée selon un design robuste, avec un suivi des différentes cohortes sur des périodes allant de 2 à 12 ans, contrôlant de potentielles variables externes telles que le niveau socio-économique ou encore l'âge des participants (dont le TDL avait été identifié entre 3 et 8 ans). Les résultats révèlent que les enfants ayant un TDL sont

environ deux fois plus à risque que leurs pairs de vivre des niveaux cliniques de troubles internalisés (TI) (anxiété, dépression, plaintes somatiques, etc.) et un risque plus que doublé de développer des troubles externalisés (TE) (opposition, provocation, agression, etc.), par rapport à leurs pairs contrôles au développement langagier typique. Ces données soulignent le fait que ces difficultés peuvent s'exprimer dans une large gamme de symptomatologies psychologiques.

Une revue narrative (Salmon et al., 2016)) corrobore ces informations sur base de données longitudinales. De manière intéressante, les auteurs soulignent également que les conséquences psychologiques des difficultés langagières sont particulièrement marquées dans l'enfance et l'adolescence, avant que les individus ne parviennent à développer des stratégies compensatoires. Enfin, dans une revue systématique d'études transversales avec méta-analyse, Curtis et al. (2018) viennent confirmer ces résultats, mettant en évidence un taux plus élevé de troubles comportementaux et émotionnels chez les enfants ayant un TDL. Ils ne parviennent pas à trancher entre une association plus forte avec les TI ou les TE. En revanche, ils mettent en évidence un effet de l'âge : les enfants plus âgés et les adolescents ayant un TDL présenteraient un taux plus élevé de troubles émotionnels et comportementaux que leurs pairs plus jeunes, ce qui contraste avec l'étude de Salmon et al. (2016) décrite précédemment. Finalement, les auteurs insistent à nouveau sur l'importance du langage comme support de la régulation émotionnelle.

Particulièrement, d'autres approches consistent à investiguer les liens entre le TDL et certains troubles psychologiques spécifiques. Intéressons-nous à l'anxiété et à la dépression, deux psychopathologies fréquemment rencontrées par les psychologues cliniciens. Van den Bedem et al. (2018) ont par exemple étudié les liens entre TDL et dépression auprès de 328 enfants (114 avec diagnostic de TDL et 214 contrôles). De manière intéressante, ils ont relevé une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs chez les enfants TDL qui ne s'expliquait pas uniquement par la sévérité des troubles langagiers. De même, si l'on s'intéresse à l'anxiété, l'étude de Burnley et al., (2023) met en évidence des symptômes anxieux plus importants chez les enfants TDL que leurs pairs contrôles. D'après cette recherche, l'intolérance à l'incertitude et l'insistance sur la similitude (deux processus psychologiques fréquemment retrouvés notamment dans l'anxiété) se sont avérées pleinement médiatrices de la relation entre le diagnostic de TDL et l'anxiété. Ces données suggèrent la présence d'un réseau complexe de processus mentaux qui s'alimentent les uns les autres et entrent eux-mêmes en interaction avec les difficultés langagières.

### iii. Conséquences sociales

D'autres équipes de recherche ont mis l'accent sur les répercussions sociales du TDL, telles qu'une inclusion sociale moindre et davantage de difficultés d'intégration dans les groupes de pairs (Dockrell et al., 2014; Lloyd-Esenkaya et al., 2020). Ekström et al. (2023) interrogent par exemple des adolescents ayant un TDL au sujet de leurs expériences langagières et communicationnelles à l'école au moyen de méthodologies qualitatives. Ces jeunes évoquent un sentiment d'inadéquation et de manque de compétence, de comparaison avec les autres ainsi qu'un sentiment d'être mal jugé et incompris. Ils soulignent l'influence du contexte socio-émotionnel entourant les interactions : ils ont tendance à s'engager davantage dans les échanges avec des pairs qu'ils connaissent et avec lesquels ils se sentent en sécurité et à l'aise, tout particulièrement au sein de petits groupes. Les ajustements réalisés par les partenaires de communication – comme un ralentissement du débit de parole, l'usage de phrases plus simples ou, parfois, une forme d'infantilisation – influencent le vécu subjectif des jeunes et leur intégration sociale. D'autres aspects contextuels comme la durée des échanges ou encore les attentes de performances de la part des enseignants peuvent également influencer ces expériences. Positivement, les auteurs précisent que cela n'est pas l'apanage de tous les enfants TDL et rappellent la grande variété des profils socio-émotionnels au sein de cette population. Ces constats illustrent l'interaction dynamique entre caractéristiques individuelles et facteurs environnementaux, qui façonnent leur expérience sociale et scolaire.

Dans leur revue systématique de 15 articles, Dubois et al., (2020) se sont intéressés à différents domaines de vie chez de jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans présentant un TDL : l'éducation, l'emploi et la vie autonome. Sur le plan scolaire, ces jeunes dépendent plus souvent du soutien institutionnel, quittent parfois l'école plus tôt et obtiennent en moyenne de moins bons résultats que leurs pairs sans TDL. Sur le plan professionnel, ils rencontrent davantage de difficultés dans la recherche d'emploi, connaissent des périodes de chômage plus longues, occupent des postes moins qualifiés et sont plus à risque d'avoir des revenus inférieurs à long terme. En ce qui concerne l'autonomie, l'indépendance financière représente souvent un défi, tout comme l'accès à un logement autonome, l'établissement de relations amicales ou encore l'obtention du permis de conduire. Pour nuancer ces résultats, les auteurs soulignent que certaines dimensions ne montrent pas de différence significative entre les groupes, comme le taux d'emploi (lorsqu'un emploi est trouvé), les relations avec les collègues, le soutien social perçu ou encore les mariages.

#### iv. Un trouble dont l'invisibilité freine l'accès aux soins

Finalement, la méconnaissance du TDL par le grand public et les cliniciens constitue un frein à l'accès aux soins. La porte d'entrée la plus classique dans le parcours de soins du TDL est celle des difficultés scolaires. Néanmoins, une autre porte d'entrée, lorsque le trouble n'est pas correctement identifié, est celle des facteurs émotionnels ou comportementaux, qui sont généralement plus visibles que le TDL en lui-même. Lorsque l'on étudie par exemple les capacités langagières d'enfants et adolescents référés en psychiatrie, on retrouve un pourcentage non-négligeable d'enfants ayant un trouble du langage qui n'avait pas été suspecté ou identifié préalablement. De même, certains auteurs montrent qu'une mauvaise compréhension des messages verbaux peut être prise à tort pour de l'opposition (Griffiths et al., 2024).

L'intensité des difficultés est un autre facteur participant à l'invisibilité de ce trouble. En effet, les enfants présentant un TDL moins sévère sur le plan langagier sont plus à risque de ne pas recevoir de diagnostic, de ne pas être repérés et pris en charge plus tôt et de vivre plus intensément les conséquences fonctionnelles du trouble (Cohen et al., 1998; Hollo et al., 2014). De même, la mise en place de comportements dits de « *masking* » ou de « *camouflage* » (imitation des pairs, évitements, limitation des activités, etc.) a été documentée chez les enfants TDL et peut contribuer à une sous-détection des troubles (Maillart et al., 2024) mais aussi venir éroder les ressources et constituer un facteur de risque pour le développement de troubles psychologiques (Wilmot et al., 2024). Soulignons enfin que de nombreux outils diagnostiques en psychologie incluent l'utilisation de langage complexe et n'ont pas fait l'objet d'une validation empirique auprès des personnes présentant un TDL (Griffiths et al., 2024).

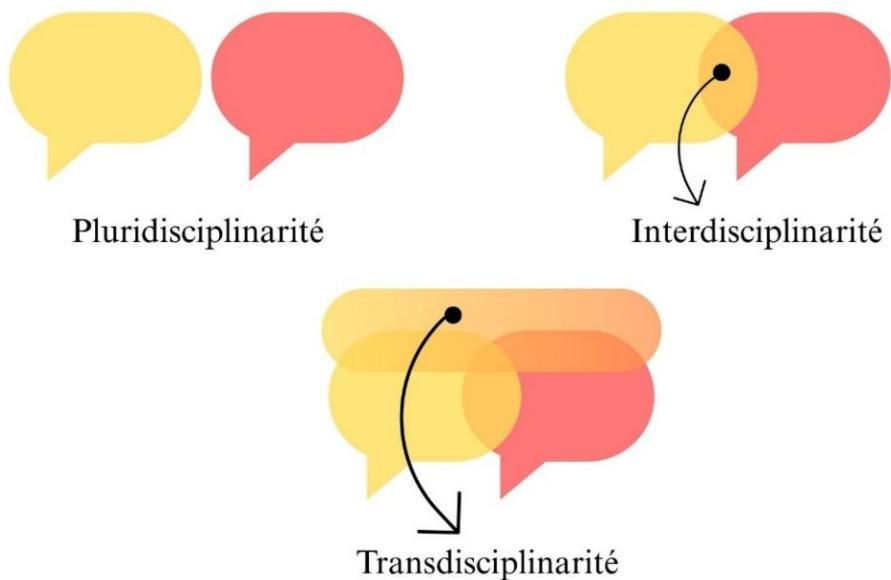
Etant donné la diversité des impacts et retentissements fonctionnels du TDL, tant sur le plan scolaire, émotionnel que social, il semble judicieux d'envisager une approche qui tient compte du patient dans sa globalité. Cette complexité justifie le recourt à la notion de collaboration interprofessionnelle, que nous allons aborder à présent.

## 2) Collaboration interprofessionnelle en santé

### a. Quelles sont les différentes formes d'intervention ?

Selon Buret (2020), la collaboration interprofessionnelle (CIP) correspond à la collaboration entre professionnels de plusieurs disciplines. Elle se décline en trois branches : la pluridisciplinarité, l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité. Les définitions proposées dans ce qui suit constituent des catégories conceptuelles discrètes, avec un niveau d'intégration croissant. Il n'en reste que sur le terrain, elles prennent davantage la forme d'un continuum de pratiques et de réflexions. En outre, le type de collaboration est déterminé par une variété de facteurs tels que le contexte de travail, la situation et les besoins du patient (Buret, 2020).

*Figure 1 : Représentation schématique des trois grandes formes de CIP (adapté de Wagener (2025)*



Les équipes **pluridisciplinaires** (également connues comme équipes multidisciplinaires ou polydisciplinaires) comprennent une « association de disciplines qui concourent à une réalisation commune, mais sans que chaque discipline ait à modifier sa propre vision des choses et ses propres méthodes » (Glykos, 1999). Il s'agit d'additionner, de juxtaposer les savoirs de plusieurs professionnels de champs différents, en gardant des frontières importantes entre les disciplines. Les professionnels travaillent chacun de leur côté et le partage de l'information se réalise sans synthèse collective (Buret, 2020; De La Tribonnière & Gagnayre, 2013; Kleinpeter, 2013).

Ensuite, dans les équipes dites **interdisciplinaires**, l'idée est que les professionnels travaillent conjointement, mais toujours sur une base disciplinaire spécifique, pour résoudre un problème commun (Rosenfield, 1992). Il s'agit d'intégrer un savoir à partir de plusieurs savoirs, au sein d'une équipe soudée de plusieurs professionnels (De La Tribonnière & Gagnayre, 2013). Ce type de collaboration nécessite des moments dédiés à l'analyse et à la synthèse et se base sur une harmonisation, une intégration des différentes disciplines en un tout cohérent. La définition des problèmes est collective et les objectifs thérapeutiques sont définis de manière conjointe par les différents professionnels. Ce partage de savoirs permet d'envisager le patient et les soins prodigués de manière globale (Buret, 2020).

Enfin, dans la **transdisciplinarité**, on dépasse les deux niveaux précédents, tout en s'appuyant sur eux ; « l'objet n'appartient plus à aucune discipline, il les dépasse [...] » il s'agit d'un choix de pensée qui ne va pas de soi et qu'il convient d'entretenir par une motivation soutenue, faute de redescendre vers les routines rassurantes du disciplinaire » (Claverie, 2010). En d'autres mots, la transdisciplinarité fait référence à la création d'un système conceptuel commun entre professionnels ainsi que d'une certaine « transgression » des barrières disciplinaires (Kleinپeter, 2013). Les savoirs et pratiques des différentes disciplines s'enchevêtrent pour répondre au besoin d'un même patient. Dans le domaine de la santé, cette intégration peut aller jusqu'à intégrer d'autres disciplines paraissant plus éloignées comme les sciences naturelles ou encore les sciences sociales (Buret, 2020).

Quelles sont les conditions pour que ce travail en équipe soit efficace ? L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) cite les compétences suivantes : **travail d'équipe** (savoir être à la fois *leader* et membre d'une équipe, être conscient des obstacles potentiels à la collaboration) ; **connaissance des rôles et des responsabilités** des différents membres de l'équipe ; **habiletés communicationnelles** ; **compétences réflexives** (prendre du recul sur sa propre pratique), collaboration avec le patient et sa famille, confiance et respect mutuels (OMS, 2010b).

#### b. CIP en santé : fondements, enjeux et intérêts

Cette idée de collaboration interprofessionnelle trouve ses origines dans les révoltes de Mai 1968 qui sont venues contester la suprématie du modèle médical. Les revendications formulées à ce moment-là insistaient sur l'importance d'adopter une vision globale et intégrée du patient et de ses droits, sur le respect de son auto-détermination et sur un arrêt de la

pathologisation à l'excès, au profit de l'empouvoirement. Deux textes fondateurs de l'OMS viennent corroborer ces réflexions. D'une part, la déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) insistant notamment sur le caractère multi déterminé du concept de santé et l'importance des soins de santé primaires (première ligne de soins). D'autre part, la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) soulignant l'importance de promotion de la santé et des actions développées directement au sein des communautés dans lesquelles vivent les patients. De manière intéressante, ce second texte officiel insiste également, dans son axe cinq, sur l'idée de « réorienter les services de santé ». Cette notion fait référence à l'idée d'un secteur sanitaire qui doit dépasser la seule prestation des soins médicaux en se recentrant sur les besoins du patient dans son intégralité, et cela en mettant à contribution des acteurs présents à différents niveaux : citoyens, professionnels de la santé, institutions, communautés et gouvernements (Buret, 2020; Mormont, 2024).

Ces différents textes de référence convergent dans la mesure où ils abordent des enjeux liés au concept de santé publique, qu'il convient de définir. Selon l'OMS (1952), la santé publique désigne « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par les moyens d'une action collective concertée » (Breslow, 2002). Cette définition met l'accent sur la prévention plus que le simple traitement, sur la dimension collective et le travail en CIP. La santé publique est un domaine scientifique à part entière, qui est d'intérêt ici parce qu'il permet de relier les niveaux de santé individuels et collectifs, faisant intervenir une multitude d'acteurs différents, allant des patients eux-mêmes aux cliniciens, des chercheurs jusqu'aux décideurs politiques (Fawcett et al., 2010). En effet, les réformes de santé publique sont souvent formulées à l'échelle nationale, et viennent ainsi dessiner les contours contextuels des différentes professions de soins de santé. A titre d'exemple, au sein du paysage belge et du domaine de la santé mentale, nous pourrions citer la réforme Psy 107 qui, outre l'accent mis sur les soins de première ligne, fait ressortir l'importance de la collaboration entre les différents acteurs du réseau de soins (cliniciens de première ligne, équipes mobiles, personnel hospitalier, etc.) (Conférence interministérielle Santé publique, 2009).

Les preuves sont nombreuses pour indiquer que la pratique collaborative constitue un levier d'optimisation des soins de santé. Les patients ainsi que leurs aidants se déclarent plus satisfaits, acceptent mieux les soins, adhèrent davantage aux traitements qui leur sont proposés et obtiennent de meilleurs résultats thérapeutiques après avoir été pris en charge par une équipe de professionnels. En outre, cette collaboration améliore l'accès et la coordination des soins, ce

qui se répercute sur les résultats cliniques. Les soins sont également moins coûteux car moins redondants entre eux et plus efficaces, constituant un bénéfice économique non-négligeable. Les travailleurs se déclarent eux-mêmes plus satisfaits, évoquant une diminution de leur fardeau de soignant lorsque la collaboration est fluide (Buret, 2020; OMS, 2010b). Qu'en est-il alors des approches recommandées dans la prise en charge du TDL ?

### 3) La prise en charge du TDL : intérêts de la CIP et d'une approche globale en santé publique

Historiquement, le TDL a été abordé selon un modèle médical centré sur un diagnostic et une remédiation logopédique directe et individuelle, axée sur les aspects plus formels du langage (compréhension et production correcte des sons, des phrases, etc.). Ces derniers sont considérés comme faisant partie des facteurs personnels (sous-catégorie « fonctions organiques ») dans la CIF et la CIF-EA. Ce modèle de soins traditionnel s'inscrit dans un contexte donné, il est déterminé par les politiques de sécurité sociale et les remboursements adoptés par les différents pays. Néanmoins, ce modèle interroge quant à sa capacité à répondre à la complexité des besoins des personnes concernées. Bien que les aspects formels du langage soient au cœur du diagnostic de TDL, ils doivent être considérés conjointement aux **activités** de la personne et à la notion de **participation**, mais aussi à **l'environnement**, comme le soulignent les modèles de la CIF, de la CIF-EA. En d'autres termes, il s'agit de les dépasser pour envisager le langage dans une acception plus large, incluant ses aspects socio-cognitifs et fonctionnels, en d'autre mots, l'utilisation du langage dans la vie quotidienne (McLeod & Threats, 2008).

Cette évolution dans les conceptions du TDL appelle aussi à réfléchir aux modèles de soins actuels, pour tenter de recourir à une approche globale, biopsychosociale et intégrée (Engel, 1977; Law et al., 2013). Celle-ci reprendrait à la fois des interventions de prévention  **primaire** (permettant d'informer de larges populations et d'intercepter l'émergence des premières difficultés langagières), **secondaire** (visant à proposer des interventions auprès de populations à risque) et **tertiaire** (auprès de jeunes dont le trouble est déjà avéré, s'assimilant au modèle de soins le plus classique dans la prise en charge du TDL). Au sein de ces réflexions émerge la nécessité d'une CIP : face à la complexité des interventions à mener, aucun acteur ne peut agir seul.

L'utilisation de ces modèles et l'emploi d'une terminologie commune, comme celle de la CIF et de la CIF-EA constituent d'ailleurs un facilitateur à la CIP dans la mesure où elles permettent aux professionnels de santé de disposer d'un cadre de référence commun, que ce soit en termes d'évaluation et/ou de sélection d'objectifs thérapeutiques dits « fonctionnels » (McNeilly, 2018). Ce cadre de référence spécifique est d'ailleurs particulièrement intéressant dans la mesure où il accorde une grande importance aux barrières et facilitateurs à la participation sociale présents dans le contexte de l'enfant.

Les nouvelles approches de la prise en soins du TDL tentent de dépasser les seuls aspects langagiers et de développer des partenariats intersectoriels entre le milieu de la santé, les milieux communautaires et associatifs ou encore au sein des municipalités. Parmi les cibles de notre intervention se retrouvent les déterminants sociaux du développement du langage, qui constituent une extension de la notion de déterminants sociaux de la santé (OMS, 2010a) et représentent les environnements et expériences qui influencent le développement langagier précoce (Di Sante & Potvin, 2022). Les approches visant à améliorer les interactions parent-enfant attestent également de cette volonté d'agir sur l'environnement dans lequel évolue l'enfant. L'idée est d'agir sur ses différents milieux de vie, de prendre en compte ses différents partenaires de communication. Le mot d'ordre est d'intervenir le plus tôt possible, de multiples manières et de s'entourer (Avenir d'enfants, 2014; Sylvestre, 2025). On situe alors tout l'enjeu de la CIP.

Dans leur recherche, Law et al., (2013) évoquent à leur tour les déterminants sociaux de la santé. Ils rappellent que l'accès aux soins est socialement et géographiquement déterminé et soulignent le rôle des systèmes de santé et de soins dans la compensation des inégalités, en identifiant de manière précoce les enfants étant à risque de difficultés communicationnelles. La difficulté ici réside dans le fait que le repérage desdites difficultés par les professionnels de l'enfance n'est pas systématique. Cela nous ramène à la notion d'invisibilité du TDL et à la nécessité de sensibiliser ces intervenants. De manière intéressante, les auteurs reprennent la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) l'appliquant spécifiquement aux compétences communicationnelles, élaborant des questions à destination des cliniciens. Ils questionnent notamment 1) la manière dont les services prennent en compte les déterminants sociaux, environnementaux et émotionnels de la communication 2) les processus existants pour s'assurer que les recommandations et actions entraînent des changements durables (aux niveaux individuel et communautaire) et enfin 3) les acteurs en position d'influence qui pourraient promouvoir la communication pour tous.

Pour articuler ces différents angles d'intervention les uns avec les autres, nous pouvons nous aider du modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979). La personne vivant avec un TDL constituerait **l'ontosystème** ancré dans son **chronosystème**; l'ensemble des personnes et milieux (professionnels du soins et de l'éducation, lieu d'habitation, famille, etc.) feraient référence au **microsystème**; la CIP se retrouverait alors au niveau du **mésosystème** (interrelations entre les différents microsystèmes) ; les règles et normes de vie (travail et conditions socio-économiques de la famille, règlement scolaire) feraient référence à **l'exosystème** et les politiques de santé publique en place se situeraient au niveau du **macrosystème**. Les interventions peuvent se faire à ces différents niveaux, impliquant, comme nous l'avons déjà évoqué, une pluralité d'acteurs.

#### 4) Conclusions

Premièrement, cette revue de la littérature nous a permis de mettre en lumière le fait que le TDL s'accompagne très souvent de difficultés comorbides et de répercussions connues sous le nom d'impact et de retentissement fonctionnel, qui se manifestent tant au niveau émotionnel qu'au niveau comportemental et social (Bishop et al., 2017; Maillart et al., 2024; McKean & Reilly, 2023; McNeilly, 2018; Perichon et al., 2024; Salmon et al., 2016; Yew & O'Kearney, 2013). Le caractère invisible de ce trouble constitue un obstacle à sa prise en soins (Maillart, 2023).

Deuxièmement, nous avons pu clarifier le concept de CIP et la pertinence de son utilisation dans les nouvelles perspectives de soins (Buret, 2020; OMS, 1978, 1986, 2010b) . Cette collaboration apparaît de plus en plus essentielle et s'avère bénéfique à la fois du côté des patients et du côté des professionnels, permettant une réduction des coûts liés à la santé. Nous avons élargi ces réflexions aux notions de santé publique ainsi qu'aux déterminants sociaux et à l'accès aux soins (OMS, 2010a).

Troisièmement, nous avons approfondi ces réflexions en cherchant à comprendre comment elles s'appliquent à la prise en charge du TDL (Avenir d'enfants, 2014; McLeod & Threats, 2008; Sylvestre, 2025). Celle-ci tend à s'affranchir progressivement d'un modèle médical « classique » en tenant compte des dynamiques systémiques, dépassant le seul individu et les atteintes répertoriées au niveau de ses capacités (Law et al., 2013).

### **III. OBJECTIFS DU MEMOIRE ET QUESTION DE RECHERCHE**

A présent, intéressons-nous aux pratiques documentées au sein de la littérature scientifique. Comment la CIP s'applique-t-elle à la prise en charge du TDL ? De quelle manière les soins peuvent-ils être articulés ? Les interventions sont-elles de nature pluridisciplinaire, interdisciplinaire, transdisciplinaire ? Quelles formes peuvent-elles prendre en termes de prévention primaire, secondaire ou tertiaire ? Quelles sont les cibles d'intervention ? Quels sont les recoupements et les divergences entre les interventions proposées au sein des différentes disciplines ? Existe-t-il un écart entre les pratiques idéales que nous avons décrites dans l'introduction théorique et les pratiques retrouvées sur le terrain ? Ces interventions bénéficient-elles d'un support empirique ? Il n'y a, à notre connaissance, aucune synthèse récente de la littérature ayant été menée sur ce type d'interventions.

Le premier objectif de ce mémoire est donc de faire un état des lieux de la littérature existante pour en tirer les conclusions nécessaires à de futures recherches et expérimentations cliniques. La seconde vocation de ce travail est d'exister comme support de discussion entre acteurs issus de disciplines différentes mais complémentaires.

Ainsi, la question de recherche qui guidera ce mémoire est la suivante : **Quelles sont les pratiques existantes en termes de collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'intervention auprès d'enfants et adolescents ayant un TDL ?**

Cette question de recherche se veut très large afin d'englober de multiples possibilités d'intervention, ce qui est cohérent avec l'esprit des *scoping reviews*. Précisons tout de même que s'agissant ici d'un mémoire en sciences psychologiques, un des questionnements sous-jacents à cette recherche concerne la place du psychologue dans ces interventions ainsi que la prise en compte des variables psychologiques dans les cibles thérapeutiques envisagées. La démarche de *scoping review* est exploratoire par nature et n'inclut pas d'étape de formulation d'hypothèses. Il s'agit plutôt d'établir un état des lieux de la littérature scientifique par rapport à une problématique donnée (Peters et al., 2024).

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1) Introduction**

Il existe différents types de revue de la littérature : revue systématique, revue narrative, revue rapide, revue parapluie, etc. Parmi ces derniers, c'est le design de la *scoping review*, qui se veut exploratoire et très large, qui semblait le plus pertinent par rapport à notre question de recherche.

Plus précisément, une *scoping review* peut répondre à différents objectifs : 1) servir de base pour l'élaboration subséquente d'une revue systématique, 2) identifier le type d'évidences disponibles dans un domaine en particulier, 3) examiner un domaine de recherche de manière plus large, 4) clarifier des concepts-clés et leurs caractéristiques relativement à une thématique en particulier ou encore 5) identifier et analyser les lacunes présentes dans la littérature scientifique (Peters et al., 2024). Dans le cadre de ce mémoire, ce sont essentiellement les objectifs 2) et 5) qui ont orienté notre choix vers ce type de méthodologie.

La réalisation de ce travail s'est appuyée sur le cadre théorique et les recommandations du *Joanna Briggs Institute (JBI)* (Aromataris et al., 2024). Au niveau de la rédaction, nous avons suivi les critères issus de la liste de contrôle (checklist) PRISMA 2020 (Page et al., 2021) et son extension PRISMA-ScR (Peters et al., 2024; Tricco et al., 2018) spécifiquement dédiée à la réalisation de *scoping reviews*. Pour chaque section de cette liste de contrôle présentée dans la colonne de gauche, le numéro de page correspondant dans ce travail a été indiqué dans la colonne de droite (voir Annexe 3). Etant donné que la présente revue de la littérature s'inscrit dans le cadre d'un mémoire, certaines de ces recommandations ont néanmoins été adaptées au cadre de la faculté.

Par rapport à la composante éthique du projet, le présent mémoire a reçu un avis favorable par le comité d'éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education, en date du 13/05/24 (dossier numéro 11362, projet de mémoire 5986).

### **2) Protocole et enregistrement**

Selon les recommandations du *JBI* et la liste de contrôle PRISMA-Src (Peters et al., 2024; Tricco et al., 2018), les chercheurs réalisant une *scoping revue* sont tenus de rédiger un

protocole et de l'enregistrer dans un registre en ligne. Cette démarche est effectuée dans un objectif de transparence et de reproductibilité de l'étude. Etant donné que cette revue a été réalisée dans le cadre d'un travail de fin d'études, nous n'avons pas élaboré ni publié de protocole en tant que tel. La section « Méthodologie » de ce travail présente cependant l'ensemble des étapes de réalisation de la *scoping review* et devrait permettre de reproduire cette étude si cela s'avérait pertinent.

Une recherche bibliographique préliminaire a été effectuée en date du 15/11/24 dans deux bases de données fréquemment utilisées dans le domaine de la psychologie (Medline/OVID (de 1946 à nos jours) et PsycINFO/OVID (de 1806 à nos jours)) afin de vérifier qu'aucune étude similaire n'avait été publiée récemment. De plus, nous avons consulté, en date du 06/01/25, les bases de données Prospero (*Prospero*, s. d.) et OSF (*OSF*, s. d.) qui reprennent des protocoles de revues de la littérature ayant été publiés et/ou enregistrés, afin de vérifier qu'aucune revue similaire n'était en cours de réalisation. Cette première recherche bibliographique s'est avérée infructueuse et a donc corroboré la pertinence de la présente étude.

### 3) Critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité correspondent aux critères d'inclusion et (si nécessaire) d'exclusion qui permettent de sélectionner les références bibliographiques utiles et pertinentes par rapport à la question de recherche. Pour ce faire, le *JBI* recommande l'utilisation du canevas PCC (population, concepts, contexte) (Peters et al., 2024). Etant donné que toutes les études ne sont pas publiées et que certaines études peuvent donner lieu à plusieurs publications, nous avons veillé à définir à la fois les caractéristiques des **études** sélectionnées et les caractéristiques des **publications**.

#### a. Population : TDL, enfants et adolescents

Au niveau de la population, nous avons décidé de sélectionner les études évoquant des cas de patients diagnostiqués TDL sur base des critères définis par le consensus Catalise (repris en Annexe 2) (Bishop et al., 2017; Maillart, 2018) mais également ceux de patients à risque de développer un TDL. Cela revient à exclure les patients présentant un trouble du langage associé avec une condition biomédicale : traumatisme crânien, aphasicité épileptique acquise de

l'enfance, paralysie cérébrale, déficience auditive, syndrome génétique, TSA ou déficience intellectuelle.

En termes d'âges des sujets, notre population d'intérêt est la population pédiatrique. Il s'agit **d'enfants et adolescents** de 0 à 18 ans (présentant un TDL). Concernant le TDL, bien qu'il soit difficile de poser un diagnostic avant l'âge de 3 ou 4 ans, on peut déjà repérer certains indicateurs de développement communicationnel atypique avant cet âge ; cela fait référence aux enfants « à risque de développer un TDL » (Maillart, 2019). Cette tranche d'âge nous a permis en outre de sonder l'existence de références bibliographiques évoquant ou testant les interventions précoces, qui sont systématiquement évoquées par les différents guides de pratique clinique pour leur impact crucial sur le reste du développement de l'enfant (voir par exemple Neumann et al., 2024).

b. Concept : intervention en collaboration interprofessionnelle

Cette *scoping review* inclut différentes études évoquant le concept d'intervention en collaboration interprofessionnelle. Il s'agit d'interventions de prévention primaire, secondaire et tertiaire dans lesquelles sont impliqués des professionnels d'au moins deux disciplines différentes. Nous avons envisagé les aspects liés à la pluridisciplinarité, mais également à l'interdisciplinarité et à la transdisciplinarité, telles qu'elles ont été définies dans la section « Revue de la littérature ». Pour être retenues, les références devaient aborder des aspects cliniques concrets : objectifs des interventions, stratégies mises en place, etc.

c. Contexte

Nous avons choisi d'inclure des articles reprenant ou évoquant des interventions dans tous les types de contextes et localisations géographiques, dans le domaine plus global de l'éducation et des soins de santé, qu'ils soient administrés à l'école, en ambulatoire ou en institution.

#### d. Types de sources

Concernant les **types de recherches**, nous avons décidé d'inclure tous les types de méthodologies, c'est-à-dire à la fois des études primaires (études de cas, études quantitatives ou qualitatives) et secondaires (synthèses de la littérature). La synthèse de données combinées provenant d'études primaires et secondaires peut fournir une large perspective sur l'ensemble de la littérature disponible sur un sujet, à la manière d'une cartographie. C'est l'un des atouts principaux de la méthodologie d'une *scoping review* (Kolaski et al., 2023).

Au sujet des **types de publications**, nous avons accepté tous types de ressources, qu'il s'agisse d'articles publiés ou de littérature grise (thèses de doctorat, articles de congrès, etc.) pour autant que les documents soient disponibles et accessibles dans leur intégralité. Concernant la langue de publication, nous n'avons pas appliqué de restriction particulière. Concernant les publications écrites dans une autre langue que le français, l'anglais et l'espagnol (langues maîtrisées par l'étudiante), nous avons envisagé de les traduire via le site internet DeepL, dans sa version gratuite (*DeepL*, s. d.). En outre, aucune limite n'a été appliquée en termes de date de publication.

### 4) Sources d'informations

Concernant notre question de recherche, les bases de données bibliographiques qui nous semblaient les plus pertinentes sont Medline/OVID (de 1946 à nos jours) PsycINFO/OVID (de 1806 à nos jours) et Embase/Elsevier (de 1947 à nos jours). L'Université de Liège dispose d'un abonnement institutionnel nous permettant d'y accéder.

**Medline** (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) est une base de données bibliographiques gérée par la bibliothèque américaine de médecine, reprenant plus de 31 millions de références d'articles publiés dans 5 200 journaux scientifiques internationaux dans le domaine des sciences biomédicales. Cette base de données dispose d'un thésaurus dont les descripteurs sont les termes Mesh (*Medical Subject Headings*) (*Medline*, s. d.). Il s'agit d'une base de données fréquemment utilisée dans la recherche en psychologie et en logopédie.

**Embase** est quant à elle considérée comme le concurrent européen de Medline. Cette base de données développée par l'éditeur néerlandais Elsevier, dispose d'une indexation via le thésaurus Emtree. Elle reprend plus de 45 millions de publications, issues de plus de 8000

journaux scientifiques (*Embase*, s. d.). Cette base de données est également très plébiscitée dans la recherche en santé.

Enfin, **PsycINFO** est une base de données bibliographiques gérée par l'American Psychological Association (APA). C'est la base de données de référence lorsque l'on mène une recherche dans le domaine de la psychologie ou de la logopédie, qui reprend plus de 5,7 millions de publications issues de 2 400 journaux scientifiques (*APA PsycInfo*, s. d.). Elle dispose elle aussi d'un thesaurus.

### 5) Stratégies de recherche

Les stratégies de recherche ont été élaborées séparément pour chacune des bases de données afin de tenir compte de leurs thesaurus respectifs et combinent langage contrôlé et langage libre. Le langage contrôlé varie donc d'une équation à l'autre, tandis que le langage libre reste identique dans les trois équations.

Les différentes composantes du canevas PCC ont été articulées à l'aide de différents opérateurs booléens et troncatures, l'outil de recherche avancée nous a en outre permis d'affiner notre recherche en définissant des limites. Dans l'élaboration de ladite stratégie, il convient d'accepter un minimum de bruit (beaucoup de résultats non-pertinents) dans le but d'éviter le silence (peu de résultats pertinents).

L'élaboration des trois stratégies de recherche a été réalisée sur base du canevas général ci-après : (« population pédiatrique » → langage contrôlé, langage libre) **AND** (« TDL » → langage contrôlé, langage libre) **AND** (« intervention pluridisciplinaire » → langage contrôlé, langage libre). Nous avons complété cette stratégie par la combinaison ((« TDL » → langage contrôlé, langage libre) **AND** (« intervention pluridisciplinaire » → langage contrôlé, langage libre)) à laquelle nous avons appliqué la limite d'âge correspondant à une population pédiatrique (de 0 à 18 ans).

Le détail des trois équations de recherche peut être retrouvé dans les Annexes 4, 5 et 6.

## **6) Processus de sélection des articles**

Une fois que la recherche a été lancée dans les trois bases de données, nous avons obtenu nombre de références bibliographiques, que nous avons exportées au format .ris vers la plateforme en ligne « Covidence » (*Covidence*, s. d.). Il s'agit d'un outil en ligne de gestion et de tri des références dans le cadre de la réalisation de synthèses de la littérature. Nous avons débuté par une étape de suppression automatique des doublons (c'est-à-dire des références bibliographiques communes obtenues dans plusieurs bases de données différentes). Nous avons ensuite pu procéder à la sélection des articles en deux temps, sur base des critères d'éligibilité mentionnés précédemment. La **première sélection** a été menée sur base de la lecture du titre et du résumé des articles. En cas de doute quant à la sélection ou non d'une référence, celle-ci a été sélectionnée pour être ré-évaluée à l'étape suivante. La **seconde sélection** a quant à elle été réalisée sur base de la lecture des articles sélectionnés dans leur intégralité. Pour les articles éliminés, les raisons d'exclusion ont été précisées et expliquées. Bien que cette étape doive normalement être réalisée par deux personnes indépendantes, avec mise en commun après chaque étape, cela n'a pas été le cas ici puisqu'il s'agit d'un mémoire individuel. Madame Stassart, promotrice de ce mémoire, a cependant été interrogée en cas de besoin.

## **7) Extraction des données**

L'étape d'extraction des données a donné lieu à la réalisation d'une table qui reprend à la fois les caractéristiques des publications et les caractéristiques des études. Plus précisément, les rubriques suivantes ont été définies, dans le but d'extraire les données pertinentes par rapport à notre question de recherche :

- **Caractéristiques des études**

- Références de l'étude : auteur principal, année de publication
- Objectif
- *Design expérimental*
- Description de l'échantillon
- Lieu

- **Description de l'intervention**

- Professionnels impliqués
- Modalités thérapeutiques

- Type de prévention : primaire (I), secondaire (II), tertiaire (III) ; objectifs de l'intervention
- Type de CIP rapporté par les auteurs et actions concrètes mises en place
- Evaluation de l'intervention
- Résultats principaux

Une synthèse narrative a été rédigée pour complémenter cette table d'extraction, dans le but de rassembler les informations obtenues, de les comparer entre elles et de les discuter par rapport à la question de recherche. Les résultats obtenus ont ensuite été mis en lien avec la littérature existante dans le domaine. Si la lecture des articles sélectionnés avait révélé des informations manquantes ou incomplètes, les auteurs concernés auraient été contactés par courrier électronique afin de solliciter les données nécessaires. Cette étape d'extraction des données a été menée individuellement par la mémorante, avec le soutien Madame Stassart.

Enfin, il convient de préciser que la réalisation de la revue de la littérature pourrait inclure une étape supplémentaire consistant en une évaluation critique de chaque article, accompagnée d'une cotation à l'aide d'une grille de lecture critique (Peters et al., 2024). Cette étape n'est cependant pas obligatoire dans le cadre des *scoping reviews*. En raison des contraintes temporelles et organisationnelles liées à la rédaction du mémoire, elle n'a donc pas été opérée. Toutefois, les limites des différents articles seront abordées dans la section Discussion.

## V. RESULTATS

### 1) Sélection des études

Les trois bases de données ont été consultées en date du 23 mars 2025. Au total, 2008 références bibliographiques ont été identifiées. 1126 provenaient d'Embase, 522 de Medline et 360 de PsycInfo. Une étude a été ajoutée manuellement à cet ensemble via un processus de recherche de citation. L'ensemble de ces références a été importé sur Covidence (*Covidience*, s. d.), plateforme spécialisée dans la gestion de ressources bibliographiques.

Sur les 2008 références initiales, 445 références ont été supprimées car il s'agissait de doublons (15 doublons identifiés manuellement et 430 doublons identifiés par Covidence).

**La première phase de sélection des références s'est effectuée sur base de leur titre et de leur résumé :** 1564 références ont donc été examinées, dont 1434 ont été exclues car elles ne correspondaient pas aux critères d'éligibilité. Parmi les références trouvées, nombre d'entre elles se concentraient sur d'autres pathologies que le TDL : elles étudiaient d'autres pathologies comme le trouble du spectre de l'autisme, les fentes labio-palatines, la dysphagie, la surdité ou encore le bégaiement. D'autres articles approfondissaient davantage la notion de CIP dans ses aspects non-cliniques, financiers, législatifs, organisationnels.

**La deuxième phase de sélection a consisté en un screening sur base du texte intégral :** parmi les 130 études recherchées pour extraction, 3 ont dû être exclues car nous n'avons pas eu accès aux documents originaux (l'Université de Liège ne disposant pas d'abonnement aux journaux en question). Ainsi, 127 références ont été évaluées pour l'éligibilité. 108 d'entre elles ont été exclues sur base des critères d'éligibilité (canevas PCC) décrits dans la partie « Méthodologie ». Plus précisément :

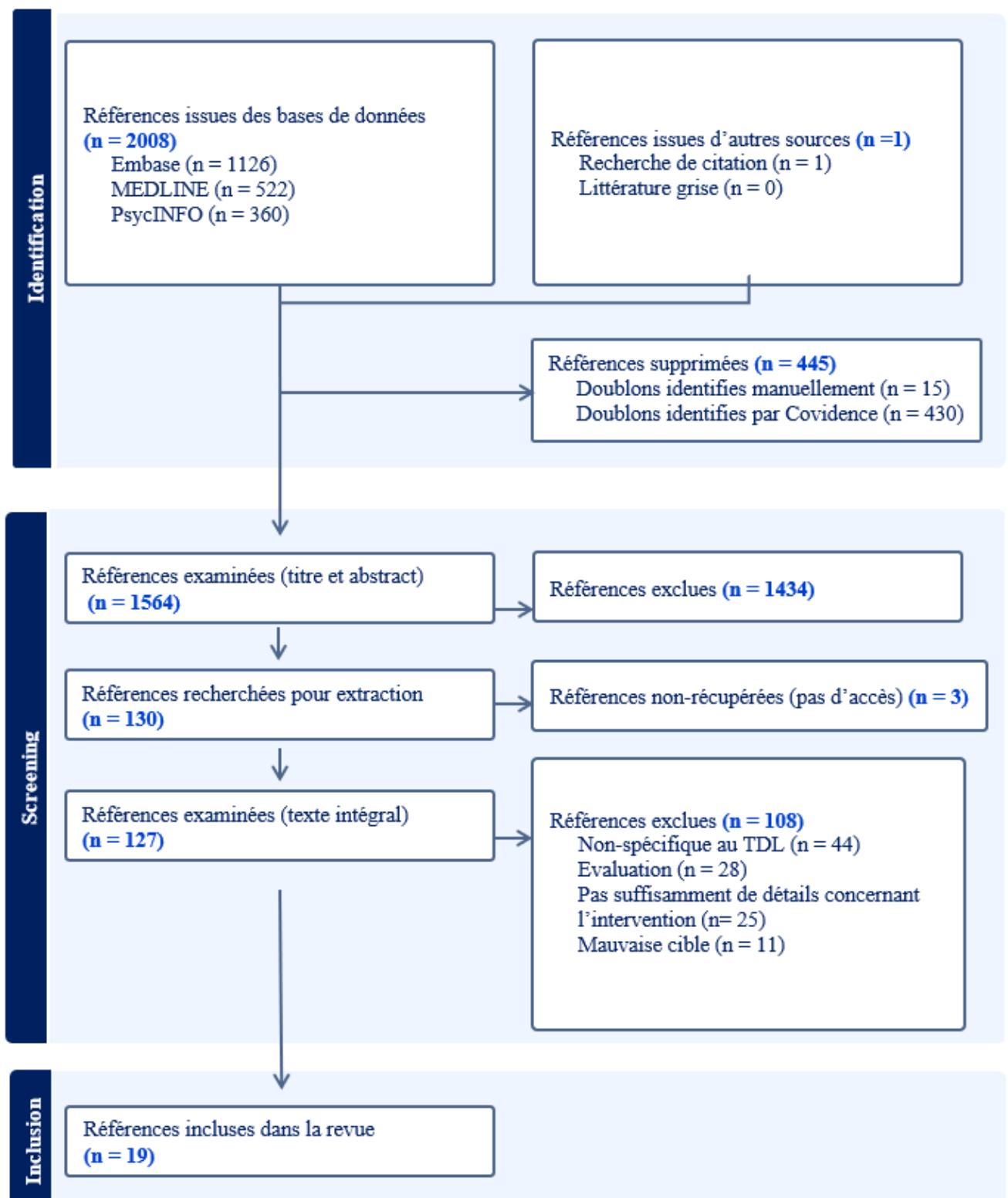
- 44 références ont été retirées car elles faisaient bien référence à la CIP, mais leur **contenu était trop large et non-spécifique à la thématique du TDL** (ex : études incluant un trop grand nombre de troubles langagiers et communicationnels hétérogènes, programmes d'éducation à la CIP pour étudiants en santé)
- 28 références ont été exclues car elles concernaient principalement **l'évaluation** du TDL plutôt que les aspects liés à son traitement
- 25 références ont été éliminées car leur contenu n'incluait **pas assez de détails sur les interventions** et les aspects cliniques (objectifs, stratégies) abordés par les professionnels

- 11 références ont été retirés car la **cible de l'intervention** ne correspondait pas (ex : collaboration logopède-parent sans intervention d'autres professionnels, variables ciblées uniquement langagières)

L'étude de Moitel et al. (2021) a été ajoutée manuellement, car elle n'était pas ressortie via notre équation de recherche. Nous en avons pris connaissance en approfondissant nos lectures, en particulier à partir d'un article très proche sur le plan thématique, rédigé par la même équipe de recherche (Kouba Hreich et al., 2020). Celui-ci avait bien été identifié grâce à notre équation, mais il ne présentait pas suffisamment de données cliniques pour être retenu. En revanche, l'article de Moitel et al. (2021) bien que non repéré initialement, apportait des informations cliniques plus complètes, tout en portant sur un projet de recherche très similaire.

A l'issue de ce processus, 19 études ont pu être incluses et analysées à l'aide de notre grille d'extraction. L'intégralité de ce processus de sélection des articles est décrit ci-après (voir figure 2).

Figure 2 : Diagramme de flux PRISMA



## 2) Table d'extraction des données

La table d'extraction ci-après présente l'ensemble des études sélectionnées pour cette revue de la littérature, classées par ordre alphabétique selon le nom du premier auteur. Afin d'en faciliter la lecture, nous proposons ces éléments de légende :

- **NR** : non-renseigné dans l'article
- **Modèle « *pull-out* »** : l'élève est retiré de son milieu éducatif le temps de la séance (qui a souvent lieu dans un local au sein de l'établissement). Les objectifs thérapeutiques sont individualisés en fonction des résultats obtenus aux épreuves langagières du bilan initial. Il s'agit du modèle d'intervention classique décrit dans la partie Introduction théorique.
- **Types de prévention** : I = primaire ; II = secondaire ; III = tertiaire ; bien que le type de prévention n'ait pas été précisé dans les articles, nous avons attribué à chaque intervention une catégorie, suivant la typologie présentée dans l'Introduction Théorique.

Table 1: Table d'extraction des données

Caractéristiques des études					Description de l'intervention					
	Objectif	Design expérimental	Description de l'échantillon	Lieu	Professionnel s impliqués	Modalités thérapeutiques	Type de prévention (I, II, III) Objectifs de l'intervention	Type de CIP rapporté par les auteurs et actions concrètes mises en place	Evaluation de l'intervention	Résultats principaux
1. Abdoola et al. (2019)	Relever les perceptions des éducateurs par rapport au coaching reçu par les étudiants en logopédie	Etude exploratoire	n= 15 éducateurs  Enfants ciblés par le dispositif : enfants de 3 mois à 5 ans à risque de troubles de la communication; anglais comme seconde langue pour la plupart) (classes comprenant de 5 à 35 enfants)  Sexe: NR	Trois écoles maternelles précarisées Afrique du Sud	Etudiants en logopédie et éducateurs de jeunes enfants	Intervention indirecte : -Dosage: 15 sessions de coaching de 45min proposées aux éducateurs par des étudiants en logopédie (fréquence variable selon les établissements) -Stratégies et matériel inspirés du programme <i>Learning Language and loving it</i>	Prévention II	NR  Implémentation des stratégies de stimulation du langage par les éducateurs	Evaluation quantitative: questionnaire ad hoc administré aux éducateurs (4 questions ouvertes)  Evaluation qualitative: entretiens semi-dirigés avec les éducateurs pour évaluer les représentations	Utilité : Très utile (50%), utile (37%) assez utile (13%)  Interactions: amélioration de la réceptivité (50%), meilleure anticipation des routines (20%), meilleure communication lors des routines (20%)  Utilisation plus fréquente des stratégies de stimulation du langage.
2. Adams et al. (2012)	Décrire un programme, étudier sa mise en œuvre en milieu scolaire ordinaire et déterminer la fidélité de l'implémentation	NR	n=57  Enfants d'âge scolaire (5;11 ans à 10;8 ans) ayant des difficultés pragmatiques  Sexe: NR	Ecole ordinaires Royaume-Uni	Logopèdes et enseignants	The Social Communication Intervention Project (SCIP); 3 séances de 30min par semaine en face à face enfant-logopède (20 sessions au total) dans un local en-dehors de la classe ; activités transmises aux enseignants et aux parents	Prévention III  Aspects socio-cognitifs du langage : Compétences conversationnelles, schéma narratif, vérification de la compréhension, compréhension des indices sociaux et conscience métapragmatique	NR  Interventions suivant un modèle <i>pull-out</i> + échanges logopèdes-enseignants et transmission de matériel de rééducation pour favoriser le transfert	Questionnaire "School Therapy Alliance Checklist" (STAC) pour évaluer la collaboration logopèdes-enseignants-parents  Tests standardisés en pré-intervention; pas de données post-intervention	STAC: Taux élevés d'échanges d'informations logopèdes-enseignants et logopèdes-parents. Temps d'échange plus ou moins formalisé selon les structures.  Révision des exercices proposés par la logopède très variable d'une classe à l'autre.

Caractéristiques des études					Description de l'intervention					
	Objectif	Design expérimental	Description de l'échantillon	Lieu	Professionnel s impliqués	Modalités thérapeutiques	Type de prévention (I, II, III) Objectifs de l'intervention	Type de CIP rapporté par les auteurs et actions concrètes mises en place	Evaluation de l'intervention	Résultats principaux
3. Capobianco et al. (2024)	Etudier l'efficacité d'un modèle d'intervention multimodal de prise en charge du mutisme sélectif	Etude de cas unique	n=1  Patiente présentant un mutisme sélectif + un TDL, suivie de ses 7 à ses 11 ans	Centre pluridisciplinaire  Italie	Psychologue, logopède et enseignants	Prévention III  -Logopédie : aspects formels du langage - travail sur la compréhension lexicale et morphosyntaxique, compétences visuomotrices et communication alternative et augmentative (dosage : NR) -TCC individuelle (1h/semaine) : réduction de l'anxiété, restructuration des cognitions liées au mutisme -Psychothérapie avec un pair : aspects cognitifs et émotionnels des interactions -Psychoéducation (parents/école) : information sur le trouble et sa gestion (dosage : NR)	Pluridisciplinarité  Peu d'informations précises sur l'organisation de cette collaboration	Administration de tests standardisés avant et après l'intervention (QI, langage oral et écrit, cognition mathématique) Données observationnelles de la psychologue	Amélioration progressive de ses compétences linguistiques et des apprentissages scolaires  Légère réduction de l'anxiété ; davantage de communication non verbale, parfois verbale. Patiente décrite comme plus autonome, parle à certains enseignants, répond à des questions orales et participe davantage aux activités partagées avec ses pairs.	
4. Cleary et al. (2001)	Promouvoir la collaboration entre enseignants et logopèdes en milieu scolaire	Projet pilote	Enfants de maternelle et de première primaire avec TDL et/ou trouble des sons de la parole ; 16 écoles différentes  Sexe : NR	Ecole ordinaires  Royaume-Uni	Logopèdes et enseignants	Visites bimensuelles des logopèdes:  -Phase de screening et d'évaluation des difficultés langagières. -Mise en place d'activités langagières en petits groupes d'enfants. -Présentation de ressources documentaires, d'outils d'évaluation et de stratégies de stimulation langagièrre à l'enseignant.	Prévention III  Aspects formels du langage (pas de précisions supplémentaires)  Mise en place des stratégies de stimulation du langage par les enseignants au sein de leurs interactions avec les enfants	NR  Regards croisés pour l'identification des enfants en difficultés et co-intervention au sein des petits groupes. Sensibilisation des enseignants à l'importance de réorienter vers une logopède, même en cas d'incertitude.	Questionnaire administré aux enseignants avant, pendant et après l'intervention + entretiens semi-structurés  Retours enseignants : -Plus de confiance et de connaissances sur le langage -50 % jugent la fréquence des visites (2/mois) insuffisante -Meilleure connaissance du réseau et de l'offre de soins logopédiques -Collaboration facilitée dans les petites écoles (un seul interlocuteur)	

Caractéristiques des études					Description de l'intervention					
	Objectif	Design expérimental	Description de l'échantillon	Lieu	Professionnel s impliqués	Modalités thérapeutiques	Type de prévention (I, II, III) Objectifs de l'intervention	Type de CIP rapporté par les auteurs et actions concrètes mises en place	Evaluation de l'intervention	Résultats principaux
5. Cross et al. (2001)	Etudier l'efficacité d'une approche intégrée visant les compétences communicationnelles.	Etude de cas unique	n=1  Adolescent de 14 ans ayant un psychotraumatisme (maltraitance émotionnelle) + un TDL	Organisation regroupant différents types de professionnels médicaux et paramédicaux spécialisés dans la prise en charge des enfants  Royaume-Uni	Famille d'accueil, enseignant, logopède et psychologue	Psychothérapie : jeu, peinture, dessins, discussions (dosage : 1 séance par semaine)  Logopédie : séances individuelles + groupe d'habiletés sociales (dosage : 1 séance par semaine)  Intervention pédagogique : aménagement de la scolarité (dosage : au quotidien)	Prévention III  Cibles spécifiques à chaque traitement (ex: accès lexical en logopédie, sécurité émotionnelle en psychologie) + cibles transversales (ex: vocabulaire émotionnel, techniques de communication, écoute active, narration)	Pluridisciplinarité  -Co-construction des cibles thérapeutiques en équipe (incluant le patient) + exploitation de ces objectifs dans les différents settings thérapeutiques (logo + psy) mais aussi à la maison et à l'école -Echanges réguliers entre les membres de l'équipe.	Administration de tests langagiers standardisés en pré et post intervention (CELF, TOWK) + recueil qualitatif des observations des différents professionnels	-Simon : Meilleure capacité à réfléchir et parler de lui-même, prise en compte accrue des autres, réduction des comportements-défis.  -Historique de psychotraumatisme relationnel peut freiner la CIP. La "famille professionnelle positive" soutient l'estime de soi du patient.
6. Davis et al. (1990)	Développer un programme de musicothérapie .	NR	n=NR;  Deux groupes-classes d'enfants d'âge préscolaire Groupe médical (enfants avec déficiences physiques); Groupe langagier (TDL, trouble des sons de la parole, aphasic, bégaiement, troubles pragmatiques)  Sexe : NR	Centre de rééducation privé  Etats-Unis	Musicothérapeute, enseignants et leurs assistants, logopède, ergothérapeute, kinésithérapeute, assistant social	1 ou 2 sessions de musicothérapie de 20-30min par semaine (2 à 4 enfants par groupe)  Chants, découverte des instruments, mouvements, écouter et créer de nouvelles paroles, lecture de notations musicales simples	Prévention III  Compétences musicales, motrices, cognitives  Aspects sociocognitifs du langage : initiation d'échanges verbaux avec des pairs, maintenir un contact visuel, répondre à des questions "wh" (quoi, qui, où, etc.)	Interdisciplinarité  -Co-intervention musico-thérapeute + logopède. -Réunions thérapeutes et enseignants une ou 2 fois/semaine + échanges informels -Partage de matériel de rééducation -Echanges via le plan individuel d'apprentissage de l'enfant	NR	"Traitement et épanouissement de l'enfant dans sa globalité, en l'aïdant à devenir un être humain plus intégré"

Caractéristiques des études					Description de l'intervention					
	Objectif	Design expérimental	Description de l'échantillon	Lieu	Professionnels impliqués	Modalités thérapeutiques	Type de prévention (I, II, III) Objectifs de l'intervention	Type de CIP rapporté par les auteurs et actions concrètes mises en place	Evaluation de l'intervention	Résultats principaux
7. Davis et al. (2021)	Mettre en œuvre d'une thérapie combinant jeu et langage.	NR	n=NR Enfants d'âge préscolaire présentant un TDL ET des troubles du comportement externalisés  Sexe : NR	Ecole ordinaire  Etats-Unis	"Play therapists" et logopèdes	Intervention semi-indirecte "Play and language therapy": Partie "jeu": dans un contexte de jeu symbolique, refléter les émotions, poser un cadre approprié, utiliser les encouragements plutôt que les félicitations Partie "langage": mise en place des stratégies de stimulation du langage (reformulations, expansions, etc.)	Prévention III  Aspects formels du langage Troubles du comportement externalisés	Pluridisciplinarité -Deux journées au cours desquelles les "play therapists" forment les logopèdes à l'utilisation du jeu dans leur sessions, conjointement aux stratégies de stimulation du langage -Par la suite, supervision des logopèdes par les "play therapists"	-Enregistrement et visionnage des sessions a posteriori  -Suggestion de pré et post-tests additionnels (PLS-5, SCSPC, CBCL)	NR
8. Dodge (2004)	Présenter un programme de communication (tutoriel à destination des logopèdes scolaires)	NR	Groupe-classe en école maternelle et primaire  Sexe : NR	Ecole ordinaire  Etats-Unis	Logopèdes et enseignants	Programme de groupe "Communication Lab" (8 semaines) : -Instruction explicite, jeux de rôles, discussions, modeling -8 séances au total, à raison d'1 par semaine (de 15min à 40min selon l'âge)	Prévention I  Aspects sociocognitifs du langage : contact visuel, analyse de la situation de communication, utilisation du langage non-verbal et para-verbal, écoute active, tour de rôle, etc.	NR  Co-intervention dans le choix des thématiques abordées et l'implémentation des séances	NR	NR
9. Gregg et al. (2021)	Evaluer les effets d'une intervention multidisciplinaire intensive sur la préparation à l'école ( <i>school readiness</i> )	Essai ouvert	n=91 (14 à 16 enfants par groupe) Enfants d'âge préscolaire à risque de TDL ou ayant un TDL avéré ainsi que des troubles du comportement externalisés  76% de garçons et 24% de filles	Type de structure : NR  Etats-Unis	Enseignants, conseillers comportementaux, logopèdes (ratio personnel / élèves d'environ 1:2)	Programme intensif sur 8 semaines Séances logopédiques individuelles suivant un modèle <i>pull-out</i> (4 séances de 30 minutes par semaines, objectifs définis en fonction du profil unique de chaque enfant) + Intervention en environnement naturel (classe, pas d'autres informations dans l'article)	Prévention II et III  School readiness : mesures langagières, comportementales, académiques, sociales et d'autorégulation	Pluridisciplinarité  -Supervisions cliniques hebdomadaires pour discuter des objectifs communs -Formation aux techniques de stimulation du langage par les logopèdes à destination des conseillers comportementaux	Tests standardisés pré et post intervention. -Langage : PLS-5 -Comportement : BASC-2; IRS -Fonctionnement académique : BSRA ; WJ III -Fonctionnement social : BASC-2 ; SSRS -Régulation émotionnelle : ERC -Fonctionnement exécutif : HTKS	Améliorations, avec des tailles d'effet variables (faibles à importantes) observées dans les divers domaines de la <i>school readiness</i> : langage, comportement, résultats académiques, compétences sociales et autorégulation

Caractéristiques des études					Description de l'intervention					
	Objectif	Design expérimental	Description de l'échantillon	Lieu	Professionnels impliqués	Modalités thérapeutiques	Type de prévention (I, II, III) Objectifs de l'intervention	Type de CIP rapporté par les auteurs et actions concrètes mises en place	Evaluation de l'intervention	Résultats principaux
10. Harvey et Spencer (2019)	Mettre en lumière l'expérience vécue dans une classe de langage, à travers le regard des enfants, des parents et des enseignants.	Etude qualitative	n=15 6 enfants d'âge préscolaire (3 garçons et 3 filles âgés de 3;0 à 4;10 ans) ayant des difficultés langagières 6 parents (5 mères et 1 père) 3 professionnels (enseignant, assistant enseignant et coordinateur)	Classes de langage dans les écoles ordinaires Royaume-Uni	Enseignants (et leurs assistants) et logopèdes	Programme quotidien (9h-12h) alliant jeu libre, rituels de groupe, activités physiques/culinaires, suivi logopédique individuel (30 min/semaine) et ateliers en petits groupes, comprenant des moments d'intégration avec les enfants de la classe ordinaire.	Prévention III  Variables académiques et langagières (pas de précisions supplémentaires)	Pluridisciplinarité  Les membres du personnel se forment mutuellement à leurs compétences respectives et co-interviennent auprès des enfants.	Entretiens semi-structurés avec qualitative des perceptions des différents participants.	Classe de langage perçue comme offrant des expériences éducatives et sociales précoces positives. Ingrédients actifs rapporté : taille de la classe (ratio encadrants/enfants élevé) routine quotidienne cohérente, interaction soutenue avec les pairs.
11. Hirst et Britton (1998)	Présenter, tester et évaluer un service de logopédie spécialisé pour les enfants avec TDL, intégré aux écoles.	NR	n=39 enfants d'âge préscolaire et scolaire ayant un TDL inclus dans l'étude (sur les 60 ayant bénéficié du service)  Sexe : NR	Ecole ordinaires Royaume-Uni	Enseignant, enseignant assistant et logopède	3 ans d'intervention, visites de la logopède toutes les 2 semaines. Mise en place de :  -intervention directe lors de séances individuelles ( <i>pull-out</i> ) -entraînement communicationnel avec les pairs -aménagement de l'environnement éducatif (adaptation du cursus scolaire, supports visuels, etc.)	Prévention III  Aspects formels du langage Aspects sociocognitifs du langage Capacités d'adaptation à l'environnement scolaire	NR  -La logopède forme l'enseignant et son assistant aux enjeux du TDL -Les soutient dans l'implémentation et le monitoring du programme -Met à disposition du matériel et des activités	Evaluation pré et post-intervention : 1. Implémentation du programme -> audit d'activité + analyse des données cliniques. 2. Qualité du service -> questionnaires adressés aux parents et au personnel de l'école 3. Atteinte des objectifs -> échelle d'évaluation parentale + évaluations par la logopède	Service perçu comme efficace et de qualité par parents, écoles et logopèdes. Un suivi individuel n'est pas toujours nécessaire si une CIP étroite est mise en place. Le modèle élargit l'accès au soutien langagier pour davantage d'enfants.
12. Larroudé (2004)	Présenter un projet d'intervention bilingue en milieu scolaire.	NR	n=NR Enfants en maternelle (3;0 à 5;11 ans) en situation de bilinguisme espagnol-anglais (avec ou sans TDL)  Sexe : NR	Ecole ordinaire Etats-Unis	Enseignants et logopèdes	Intervention bilingue s'étendant sur trois ans: Temps d'apprentissage individuel élève-enseignant ou élève-logopète Sessions de groupes hebdomadaires avec mise en place de projets (culinaires, artistiques, jeux de rôles)	Prévention III  Aspects formels du langage Aspects sociocognitifs du langage	NR  Co-création du programme langagier bilingue, co-intervention au sein des sessions de groupes	NR	« Retours positifs des parents »

Caractéristiques des études					Description de l'intervention					
	Objectif	Design expérimental	Description de l'échantillon	Lieu	Professionnel s impliqués	Modalités thérapeutiques	Type de prévention (I, II, III) Objectifs de l'intervention	Type de CIP rapporté par les auteurs et actions concrètes mises en place	Evaluation de l'intervention	Résultats principaux
13. Moitel et al (2021)	Evaluer l'implémentation d'un dispositif d'intervention indirecte.	Etude de cas unique à mesures répétées avec ligne de base	2 logopèdes 4 éducatrices de garderie Enfants ciblés par le dispositif : enfants d'âge préscolaire (avec ou sans TDL)	Ecole ordinaires Liban	Logopèdes et éducatrices de garderie	Les logopèdes ont appris aux éducatrices des stratégies de soutien langagier, en combinant plusieurs modalités d'apprentissage (partage d'information, modelage, pratique guidée et rétroaction). Stratégies visées : dénomination, langage parallèle, questions, répétitions, allongements.	Prévention I  Mise en place des stratégies de stimulation du langage à une fréquence importante par les éducatrices au sein de leurs interactions avec les enfants	NR  Dispositif de développement professionnel proposé par les logopèdes à destination des éducatrices au cours d'un temps formalisé	Recensement de la fréquence d'utilisation des stratégies lors des interactions spontanées entre les éducatrices et les enfants (séquences filmées). Echelle CLASS-Toddler.	Après l'intervention, améliorations significatives et spécifiques (davantage de stratégies proposées aux enfants et spécifiquement celles travaillées avec les logopèdes) chez trois des quatre participantes. Ces résultats confirment l'efficacité d'intervention langagière indirecte à destination des éducateurs.
14. Peebles (1998)	Présenter le fonctionnement de la clinique, l'illustrer avec deux cas cliniques.	NR	n=2 (une fille et un garçon) Enfants de 3 ans présentant des troubles psychiatriques et/ou langagiers	Clinique psychiatrique ambulatoire Etats-Unis	Pédopsychiatres, psychologue assistants sociaux, spécialiste comportemental, logopèdes	Thérapie d'interaction parent-enfant, coaching parental, groupe de parents + groupe d'habiletés sociales, pharmacothérapie, logopédie (individuelle ou en groupes)	Prévention III  Interactions sociales (parent-enfant, enfants-enfants), régulation émotionnelle Aspects formels du langage Aspects sociocognitifs du langage	Pluridisciplinarité  Chaque professionnel travaille dans son champ d'expertise regards croisés possibles lors des réunions d'équipe hebdomadaires.	NR	NR

Caractéristiques des études					Description de l'intervention					
	Objectif	Design expérimental	Description de l'échantillon	Lieu	Professionnel s impliqués	Modalités thérapeutiques	Type de prévention (I, II, III) Objectifs de l'intervention	Type de CIP rapporté par les auteurs et actions concrètes mises en place	Evaluation de l'intervention	Résultats principaux
15. Perrotti et al (2024)	Explorer les obstacles du système judiciaire juvénile des Etats-Unis pour les jeunes ayant un TDL. Le réimaginer en s'inspirant des systèmes internationaux.	Revue narrative	Mineurs en cours de procédure de justice juvénile et présentant des troubles langagiers (TDL et autres étiologies)	Milieu judiciaire (commissariat tribunal, établissements pénitentiaires)  (Comparaison internationale USA, Canada, Australie, Nouvelle Zélande, Royaume-Uni)	Logopèdes et professionnels de la justice (officiers de police, avocats, juges, éducateurs)	Prévention III  Inclusion des logopèdes à chaque étape, de l'arrestation à la décision finale : 1) Évaluation langagière dès l'arrivée + explication des droits en langage simplifié 2) Facilitation de la communication pendant les auditions et le procès 3) Intervention logopédique en détention (modèle de réponse à l'intervention) 4) Sensibilisation du personnel juridique aux enjeux du TDL, aux comportements associés et à l'usage d'un vocabulaire adapté	Interdisciplinarité  Chaque professionnel travaille dans son champ d'expertise, regards croisés possibles lors des temps forts du processus judiciaire.	NR	Mineurs en cours de procédure de justice juvénile et présentant des troubles langagiers (TDL et autres étiologies)	
16. Sanger et al (2002)	Fournir des suggestions aux logopèdes par rapport à leur rôle dans l'intervention auprès des adolescents impliqués dans la violence.	NR	Mineurs délinquants présentant des troubles langagiers (TDL et autres étiologies)	Milieu judiciaire (commissariat tribunal, établissements pénitentiaires)  Sexe : NR	Logopèdes, enseignants, éducateurs en milieu carcéral  Pays : Etats-Unis	Evaluation langagière précoce et multidimensionnelle, mise en place d'aménagements dans l'environnement de vie du jeune, intervention logopédique en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire.	Prévention III  Stratégies conversationnelles, vocabulaire émotionnel, capacités d'écoute, métacognition, compétences narratives, résister à la pression du groupe, affirmation de soi	Pluridisciplinarité/ Interdisciplinarité ( <i>utilisation des deux termes de manière interchangeable</i> )  Diversité des modalités d'administration des soins possibles (inclusion totale, co-intervention, consultation, <i>pull-out</i> ou collaboration).	NR	NR

Caractéristiques des études					Description de l'intervention					
	Objectif	Design expérimental	Description de l'échantillon	Lieu	Professionnels impliqués	Modalités thérapeutiques	Type de prévention (I, II, III) Objectifs de l'intervention	Type de CIP rapporté par les auteurs et actions concrètes mises en place	Evaluation de l'intervention	Résultats principaux
17. Swenson (2000)	Comparer l'intervention collaborative (CWC) à l'intervention pull-out*. Accent mis par les auteurs sur le modèle CWC, décrit ici dans ce qui suit.	Etude de cas unique	n=1 Garçon ayant un TDL, suivi de ses 8;8 ans à ses 11;11 ans.	Ecole ordinaires Etats-Unis	Logopèdes et enseignants	The Class Within the Class model (CWC) (5 mois) -2 sessions hebdomadaires de 30min co-animées par l'enseignante et la logopède directement au sein de la classe -Instruction stratégique basée sur les travaux de Vygotsky (fonctions mentales sociales, zone proximale de développement, activités intégratives)	Prévention III  Aspects formels du langage Aspects sociocognitifs du langage Processus métacognitifs	NR  Partage d'expertise Co-construction du programme pédagogique général Co-enseignement dans le contexte naturel de l'élève	Ligne de base de type "AB" avec trois coups de sonde au total (évaluation-intervention pull-out-évaluation-intervention CWC-évaluation): Evaluation quantitative standardisée (CELF-R) Evaluation qualitative (stades narratifs d'Applebee, longueur moyenne des énoncés)	Modèle CWC plus efficace pour cet élève (davantage de progrès sur les mesures quantitatives et qualitatives en tenant compte de l'âge du sujet) que le modèle pull-out
18. Ullrich et al. (2014)	Suivi du parcours académique et social d'enfants avec TDL.	Série de cas longitudinale prospective	n=90 Enfants avec TDL d'âge préscolaire (61 garçons et 29 filles âgés de 4 - 4;5 ans au moment de l'admission) pour lesquels un suivi logopédique ambulatoire n'a pas été suffisant	Ecole maternelles avec dispositif spécialisé en logopédie Allemagne	Logopèdes, enseignants, kinésithérapeutes et psychologues	Intervention intensive donnée par une équipe pluridisciplinaire pendant 10 à 36 mois (médiane = 18 mois)	Prévention III  Aspects formels du langage confiance en soi, capacités attentionnelles, perception auditive et visuelle, motricité globale, habiletés sociales	Pluridisciplinarité  Pas d'informations précises sur l'organisation réelle de la collaboration.	-Quotient intellectuel (IQ-SON-R) -Traits de personnalité (observation par les professionnels) -Plus haut niveau d'études atteint + conscience du trouble (auto-rapportés par les sujets)	Ce type d'intervention semble augmenter les chances des enfants en ce qui concerne leur avenir social et scolaire à long terme.
19. Wolter et al. (2006)	Présentation d'une approche psychologique (thérapie narrative) pouvant être intégrée aux traitements logopédiques classiques	Revue narrative	Adolescents et adultes présentant un TDL. Sexe : NR	Consultations logopédiques ambulatoires Pays : Etats-Unis	Logopèdes (et psychologues)	Intégration de techniques psychologiques au suivi logopédique. Points-clés de l'approche narrative : -Extérioriser le problème. -Cartographier l'influence du problème sur la vie de la personne et celle de la personne sur le problème	Prévention III  Aspects formels du langage Estime de soi, perception du trouble par le patient, génération d'un récit alternatif du trouble et de son influence	NR  Importance d'une réflexion des cliniciens sur leurs limites professionnelles, savoir réorienter un patient, rechercher des informations.	NR	NR

### **3) Synthèse narrative**

#### **a. Caractéristiques des études sélectionnées**

##### **i. Types de publications et dates de publication**

Concernant les **types de publications**, toutes les références sélectionnées sont des articles scientifiques, reprenant des études primaires. Concernant leur **date de publication**, elles s'étalent de 1990 à 2024 (trois études ont été publiées dans les années 1990, cinq dans les années 2000, quatre au cours des années 2010 et 7 dans les années 2020). Cela semble suggérer que la thématique de l'intervention en CIP auprès des enfants ayant un TDL est explorée depuis plusieurs décennies, tout en demeurant un sujet de recherche actuel.

##### **ii. Objectifs des études et designs expérimentaux**

Les **objectifs** poursuivis par les auteurs sont variés. Nous avons toutefois identifié, pour chaque étude, un objectif principal. Nous avons ensuite regroupé les études en fonction de leur objectif principal respectif, présentés ci-après.

Plus précisément, onze études visent à **implémenter, mettre en œuvre, tester, mesurer l'efficacité ou comparer deux modalités de traitement** (Abdoola et al., 2019; Adams et al., 2012; Capobianco & Costa, 2024; Cleary & McFadden, 2001; Cross et al., 2001; Davis, 1990; Davis et al., 2021; Gregg et al., 2021; Hirst & Britton, 1998; Moitel et al., 2021; Swenson, 2000).

Trois des références sélectionnées ont davantage une **visée descriptive et se donnent pour objectif de présenter ou documenter** le fonctionnement d'une structure ou d'une équipe donnée à destination des lecteurs (Dodge, 2004; Larroudé, 2004; Peebles, 1997).

Ensuite, trois autres articles se veulent plus théoriques et réflexifs, les auteurs cherchant à **analyser les systèmes mis en place et leurs limites, proposant des pistes d'intervention** dans des contextes particuliers (intersection entre TDL et système judiciaire (Perrotti et al., 2024; Sanger et al., 2002) ou encore intégration de techniques psychothérapeutiques dans le cadre de la prise en charge logopédique (Wolter et al., 2006)). Ces trois articles sont rédigés dans une perspective narrative et réflexive, avec un point de vue plus « méta » et intégratif.

Ensuite, l'un des articles documente **les expériences et vécus des personnes impliquées dans les dispositifs thérapeutiques**. Plus précisément, Harvey & Spencer (2019) s'intéressent au fonctionnement d'une classe de langage, étudié à travers les perceptions des enfants qui la fréquentent, mais aussi de leurs parents et des enseignants.

Une dernière étude (Ullrich et al., 2014) vise à suivre à plus long terme le parcours académique et social d'enfants avec TDL ayant fréquenté une classe maternelle qui intégrait un dispositif logopédique spécialisé.

*Table 2 : Designs expérimentaux rapportés par les auteurs*

Design expérimental	N	Références
Non-renseigné	8	Adams et al. (2012); Davis et al. (1990); Davis et al. (2021); Dodge et al. (2004); Hirst et Britton (1998); Larroudé (2004); Peebles (1997); Sanger et al. (2002)
Etude de cas	5	Capobianco et al. (2024) ; Cross et al. (2001) ; Moitel et al. (2021) ; Swenson et al. (2000) ; Ullrich et al. (2014)
Revue narrative	2	Perrotti et al. (2024) ; Wolter et al. (2006)
Etude exploratoire	1	Abdoola et al. (2019)
Projet pilote	1	Cleary et al. (2001)
Essai ouvert	1	Gregg et al. (2021)
Etude qualitative	1	Harvey et Spencer (2019)
Total	19	

Au niveau des **designs expérimentaux** mobilisés pour parvenir à ces objectifs, ils ne sont pas systématiquement renseignés par les auteurs. Sur les 19 études, seuls 11 designs sont explicitement mentionnés, dont cinq correspondent à des études de cas uniques ou multiples. Parmi les autres designs recensés, nous retrouvons deux revues narratives, une étude exploratoire, un projet pilote, un essai ouvert ainsi qu'une étude qualitative.

### iii. Description de l'échantillon

Les échantillons des études analysées peuvent être abordés selon trois axes principaux : la nature des sujets concernés, la taille des groupes inclus, et la tranche d'âge ciblée. Nous présentons ci-dessous une synthèse selon chacun de ces prismes.

Le premier angle d'analyse des échantillons est celui du **type de sujets** concernés par les études. Bien que le point commun de ces différents articles soit d'évoquer la prise en charge des enfants et adolescents ayant un TDL, certains d'entre eux se sont intéressés aux interventions indirectes et au rôle joué par les différents professionnels les encadrant. Ainsi, nous pouvons distinguer les trois **études axées sur les professionnels de la santé et de l'éducation** (Abdoola et al., 2019; Davis et al., 2021; Moitel et al., 2021) de celles **axées directement sur les jeunes présentant un TDL** (les autres références). Notons enfin que l'étude de Harvey et Spencer (2019) se penche à la fois sur les professionnels, les parents et les jeunes ayant un TDL.

La deuxième perspective par laquelle nous pouvons nous intéresser aux différents échantillons est celui du **nombre de sujets inclus dans chaque étude**. Parmi les études axées sur les professionnels, nous relevons un nombre de sujets allant de trois à quinze. Parmi les études axées sur les jeunes ayant un TDL, quatre sont des études de cas uniques ou multiples, comprenant un ou deux participants (Capobianco & Costa, 2024; Cross et al., 2001; Peebles, 1997; Swenson, 2000). Parmi les autres études axées sur les enfants et les adolescents, seulement quatre études précisent clairement le nombre de sujets inclus : Adams et al. (2012) avec n=57 ; Gregg et al. (2021) avec n=91 ; Hirst et Britton (1998) avec n=39 ; Ullrich et al. (2014) avec n=71. Dans les articles restants, le nombre exact de sujets n'est pas indiqué : certains auteurs font référence à un ou plusieurs des groupes-classes, d'autres ne donnent aucune donnée chiffrée.

Le dernier axe auquel nous allons nous intéresser pour comprendre les échantillons de référence est celui de **l'âge des sujets**. Nous évoquerons ici des tranches d'âge plutôt que des âges précis, comme cela a été le cas dans la plupart des articles analysés. Neuf des dix-neuf articles s'intéressent à des populations d'âge préscolaire (Abdoola et al., 2019; Davis, 1990; Davis et al., 2021; Gregg et al., 2021; Harvey & Spencer, 2019; Larroudé, 2004; Moitel et al., 2021; Peebles, 1997; Ullrich et al., 2014). Trois études regroupent ensuite des populations hybrides d'âge préscolaire et scolaire (Cleary & McFadden, 2001; Dodge, 2004; Hirst & Britton, 1998). Trois autres références mettent l'accent sur les enfants d'âge scolaire (Adams et al., 2012; Capobianco & Costa, 2024; Swenson, 2000). Ensuite, nous comptabilisons deux articles (Cross et al., 2001; Wolter et al., 2006) qui font référence à l'intervention auprès d'adolescents ayant un TDL. Enfin, deux articles font référence à la notion de « mineurs » : il s'agit justement de ceux de Perrotti et al. (2024) et de Sanger et al. (2002) qui font référence

aux jeunes ayant un TDL et impliqués dans des démarches judiciaires, ce qui pourrait expliquer l'emploi de ce terme qui appartient davantage au domaine juridique.

Clôturons cette partie en évoquant la variable « sexe », qui représente elle aussi une donnée socio-démographique importante à analyser. Parmi les 19 études que nous avons analysées, seules sept mentionnent cette information, qu'il s'agisse d'études de groupe ou de cas unique. Il est dès lors difficile et peu pertinent de synthétiser et de généraliser de telles données. Les quelques données disponibles ont toutefois été reprises dans la table d'extraction.

#### iv. Lieux

Concernant les **types de structures** dans lesquelles ont lieu les interventions, celles-ci sont variées. Une première observation est que la majorité d'entre elles se déroulent dans le milieu éducatif : onze des dix-neuf études sont situées dans des écoles ordinaires, dont une au sein d'un établissement intégrant un dispositif spécialisé axé sur le langage. Quatre études se déroulent dans des centres de rééducation ou dans des structures réunissant divers professionnels de la santé. Une étude mentionne les consultations logopédiques ambulatoires comme principal lieu d'intervention. Deux articles traitent d'interventions s'inscrivant dans le contexte judiciaire. Dans la dernière étude (Gregg et al., 2021), le type de structure n'est pas clairement précisé, mais l'intervention prend la forme d'un stage estival intensif de huit semaines (*summer camp*) organisé par une université locale.

Les **pays** dans lesquels se situent les dispositifs étudiés, ainsi que les équipes de recherche les ayant documentés, sont variés, avec toutefois une forte prédominance anglo-saxonne. En effet, dix études ont été publiées aux États-Unis, cinq au Royaume-Uni, et une respectivement en Afrique du Sud, Italie, Allemagne et Liban. À noter que trois études adoptent une perspective géographique plus large. Par exemple, Perrotti et al., (2024) mènent une comparaison internationale (États-Unis, Canada, Australie, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni) dans le but d'en extraire des éléments transférables au système judiciaire américain. Les articles de Sanger et al., (2002) et de Wolter et al., (2006) adoptent également une approche généralisable : ils proposent des réflexions et recommandations sur les modes d'intervention adaptés aux enfants présentant un TDL, sans être réellement rattachés à un lieu particulier.

## b. Description des interventions

### i. Quels sont les professionnels impliqués ?

Par souci de lisibilité, nous avons décidé de regrouper dans une même catégorie les étudiants non-diplômés et les professionnels diplômés (ex : les étudiants en logopédie et les logopèdes ont été considérés conjointement). Cette décision a été motivée par le fait que les différents auteurs précisaien systématiquement dans leurs études que les étudiants qui menaient des interventions étaient étroitement supervisés par leurs directeurs de recherche, maîtres de stage, etc.

*Table 3 : Professionnels impliqués dans les interventions*

Professionnels impliqués	N	Références
Logopèdes + enseignants	7	Adams et al. (2012), Cleary et McFadden (2001), Dodge (2004), Harvey et Spencer (2019), Hirst et Britton (1998), Larroudé (2004), Swenson (2000)
Logopèdes + éducateurs	2	Abdoola et al. (2019), Moitel et al. (2021)
Logopèdes et potentiellement psychologues	1	Wolter et al. (2006)
Logopèdes + Enseignants + Psychologue/spécialistes comportementaux	2	Capobianco et Costa (2024), Gregg et al. (2021)
Logopèdes + Enseignant + Psychologues + Famille d'accueil	1	Cross et al. (2001)
Logopèdes + enseignant + psychologues + kinés	1	Ullrich et al. (2014)
Logopèdes + Psychologues + Assistants sociaux + Pédopsychiatres	1	Peebles (1998)
Logopèdes + Musicothérapeute + Enseignants + Ergothérapeute + Kiné + Assistant social	1	Davis (1990)
Logopèdes + <i>Play therapists</i>	1	Davis et al. (2021)
Logopèdes + Professionnels de la justice (juges, avocats, éducateurs... )	2	Perrotti et al. (2024), Sanger et al. (2002)
Total	19	

Dans chacun des dix-neuf articles sélectionnés, les logopèdes sont impliqués dans la prise en charge. La majorité des références sélectionnées documentent une collaboration entre les logopèdes et les professionnels du secteur éducatif. En effet, six études décrivent une collaboration en binôme logopèdes-enseignants tandis que deux d'entre elles étudient le duo

logopèdes-éducateurs de la petite enfance. Les autres références décrivent des collaborations avec des professionnels issus du secteur médico-social : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, assistants sociaux, etc. Deux références décrivent des collaborations entre logopèdes et thérapeutes s'appuyant sur le jeu ou encore sur la musique. Finalement, deux des références que nous avons trouvées font état d'une potentielle collaboration entre logopèdes et professionnels du milieu judiciaire.

Plus précisément, qu'en est-il de la collaboration entre logopèdes et psychologues, qui nous intéresse tout particulièrement dans le cadre de ce mémoire ? Hormis l'article de Wolter et al. (2006) qui mentionne une collaboration possible entre psychologues et logopèdes pour pouvoir intégrer des éléments appartenant à la thérapie narrative à l'intervention logopédique, aucun des articles que nous avons étudiés ne présente un duo logopède-psychologue comme modalité centrale. Les logopèdes et psychologues semblent être amenés à collaborer dans le cadre d'équipes plus larges reprenant une variété de professionnels, comme cela est montré dans la Table 3.

## ii. Quelles sont les modalités thérapeutiques proposées ?

Nous commencerons par nous intéresser à la modalité de prise en charge **directe versus indirecte**. Par intervention directe, nous entendons une prise en charge au cours de laquelle le ou les professionnels travaillent avec les enfants, souvent en face-à-face ou en groupe, sans qu'il n'y ait d'intermédiaire entre eux. Parmi les dix-neuf articles analysés, quinze présentent des interventions directes. Par intervention indirecte, nous entendons les prises en charge au cours desquelles un professionnel (ici un logopède) vient former un autre professionnel, un parent ou toute autre personne qui interagit avec l'enfant au quotidien. L'objectif est que ce partenaire de communication puisse lui-même mettre en place des stratégies visant à enrichir la compréhension du langage de l'enfant et à améliorer ses compétences. Deux des articles sélectionnés dans notre revue de la littérature présentent des interventions indirectes (Abdoola et al., 2019; Moitel et al., 2021). Ensuite, deux études présentent des interventions que nous avons qualifiées de semi-indirectes. Plus précisément, dans la première (Davis et al., 2021), les *play therapists* forment les logopèdes à l'utilisation de stratégies supplémentaires (axées sur le jeu et les émotions) qu'elles vont cependant intégrer à des stratégies langagières qu'elles mettent déjà en place dans leurs interventions auprès de ces enfants-là. Dans la seconde (Peebles, 1997), l'accent est mis sur l'entraînement des parents aux stratégies visant à la fois la

régulation émotionnelle et les aspects liés à la communication, avec toutefois une possibilité de mener en parallèle une intervention logopédique directe pour les enfants qui en auraient besoin.

Nous avons ensuite examiné la modalité **individuelle versus groupale**. Pour nous poser cette question, nous laissons de côté les quatre études qui font référence à des interventions indirectes ou semi-indirectes décrites précédemment ainsi qu'une étude pour laquelle nous n'avons pas pu trouver d'informations détaillées par rapport à cette question (Ullrich et al., 2014). Parmi les quatorze études restantes, cinq proposent des séances individuelles uniquement, le plus souvent selon un modèle dit « *pull-out* » au cours duquel l'enfant est amené dans un local calme et reçoit son intervention, qui est alors ajustée à son profil particulier. Quatre études présentent ensuite des traitements réalisés uniquement en groupes. Enfin, cinq études présentent une modalité hybride, combinant à la fois des séances individuelles et des séances de groupe. Ces chiffres indiquent que la plupart des interventions étudiées reposent sur des séances de groupe, seules ou en complément de prises en charge individuelles. Concernant le contenu de ces séances, ils sont souvent assez liés à la modalité de prise en charge : les séances individuelles ont tendance à porter davantage sur les aspects propres à une profession (ex : aspects formels du langage pour les séances de logopédie, croyances dysfonctionnelles en psychologie) alors que les séances de groupe permettent d'aborder des aspects plus larges et transversaux, dans le contexte dynamique que constituent les interactions avec les pairs.

Par ailleurs, certaines études mentionnent **des adaptations de l'environnement**. Il s'agit toutefois d'un paramètre difficile à isoler au sein des études et à comptabiliser car dès lors que l'on sensibilise une personne (professionnel ou parent) aux difficultés langagières, aux stratégies de stimulation du langage, on peut considérer que l'on vient modifier l'environnement communicationnel de l'enfant. Une autre manière d'envisager ces aménagements est de s'intéresser, par exemple en milieu scolaire, à la modification des techniques et supports pédagogiques employés, notamment en proposant des supports visuels aux enfants, en réduisant le nombre d'exercices proposés ou encore en accordant du temps supplémentaire lors des évaluations.

Concernant le « **dosage** » **des différentes interventions proposées** (nombre et fréquence des séances, durée totale du traitement), il est également difficile de procéder à un comptage ou à une synthèse précise, étant donné que les articles ne précisent pas systématiquement l'intégralité des informations à ce sujet et que certaines interventions aux dosages différents se chevauchent au sein d'un même dispositif. Les lecteurs pourront tout de

même trouver les informations auxquelles nous avons eu accès dans la table d'extraction. Nous pouvons néanmoins relever que la majorité des interventions proposées s'étalent sur une temporalité « longue ». La prise en charge la plus courte que nous avons relevée est un programme s'étendant sur huit semaines (intervention « *Communication Lab* » (Dodge, 2004)). Les plus longues, qui sont les interventions menées en milieu scolaire, se déroulent quant à elles sur trois ans (Hirst & Britton, 1998; Larroudé, 2004).

### iii. Quels types de prévention et quels objectifs pour l'intervention ?

#### ➤ Types de prévention

Intéressons-nous à présent aux **différents types de prévention** ( primaire, secondaire, tertiaire) mis en œuvre dans ces différentes études. Deux articles (Dodge, 2004; Moitel et al., 2021) documentent des interventions relevant de la prévention primaire. L'idée est bien d'agir en amont de la survenue des difficultés langagières. Ensuite, un article (Abdoola et al., 2019) documente une intervention relevant de la prévention secondaire. Plus précisément, il s'agit d'une intervention menée dans des écoles maternelles précarisées, auprès d'enfants considérés « à risque de développer des troubles de la communication ». L'étude de Gregg et collaborateurs (2021) relève quant à elle d'une forme hybride de prévention secondaire et tertiaire, dans la mesure où elle s'intéresse à des enfants considérés à risque de TDL (prévention secondaire) ou ayant un TDL (prévention tertiaire) avéré comorbide avec des troubles du comportement. Pour finir, la majorité des études – elles sont au nombre de quinze – documentent de la prévention tertiaire auprès d'enfants ayant un TDL.

#### ➤ Objectifs des différentes interventions

Concernant les objectifs de l'intervention, nous distinguons les interventions portant sur les **aspects formels du langage** (phonologie, lexique, morphosyntaxe, abordés conjointement au discours dans le cas des interventions proposées ici) des **aspects sociocognitifs** (pragmatique, utilisation du langage en contexte et interactions sociales de manière plus large). Cette distinction s'appuie sur des modèles reconnus de développement du langage (Bloom & Lahey, 1978; Le Normand, 2019) et nous permet de classifier plus efficacement les cibles thérapeutiques qui vont être présentées dans ce qui suit. Elle correspond également à deux

aspects qui sont classiquement abordés de manière relativement différente au sein de la pratique clinique. Nous aborderons également les **aspects psychoaffectifs et comportementaux** et enfin les **autres aspects**. Ces clusters thématiques ont été déterminés d'après les tendances générales que nous avons pu relever et vont être repris dans ce qui suit.

Les deux études abordant des interventions indirectes (Abdoola et al., 2019; Moitel et al., 2021) ont été exclues ici, leurs objectifs concernant essentiellement la formation des partenaires de communication des enfants. Ainsi, au sein des dix-sept articles inclus ici, nous comptabilisons douze prises en charge dans lesquelles sont abordés les aspects formels du langage. Les aspects sociocognitifs du langage sont quant à eux abordés dans dix d'entre elles (Adams et al., 2012; Capobianco & Costa, 2024; Cross et al., 2001; Davis, 1990; Dodge, 2004; Hirst & Britton, 1998; Larroudé, 2004; Peebles, 1997; Sanger et al., 2002; Swenson, 2000; Ullrich et al., 2014) dont huit correspondent à des modalités avec groupes d'habiletés sociales (Capobianco & Costa, 2024; Cross et al., 2001; Davis, 1990; Dodge, 2004; Harvey & Spencer, 2019; Hirst & Britton, 1998; Larroudé, 2004; Swenson, 2000).

Qu'en est-il des aspects émotionnels, sociaux et comportementaux? Ces derniers sont abordés dans sept études, et majoritairement (dans six cas sur sept) lorsqu'un psychologue est intégré à l'équipe de professionnels. Les objectifs travaillés sont alors les suivants : réduction de l'anxiété (Capobianco & Costa, 2024), instauration d'un sentiment de sécurité dans le lien à l'autre (Cross et al., 2001), réduction des troubles du comportement externalisés (Davis et al., 2021), apprentissage de stratégies de régulation émotionnelle (Peebles, 1997), confiance en soi (Ullrich et al., 2014), affirmation de soi (Sanger et al., 2002), modification de la représentation cognitive et affective du trouble (Wolter et al., 2006).

Outre les trois axes que nous venons d'aborder, d'autres aspects ont également fait l'objet des interventions, quoique de manière plus anecdotique. Il s'agit par exemple des compétences musicales, motrices et cognitives (Davis, 1990) de la préparation à l'entrée à l'école (*school readiness*, qui englobe des mesures langagières, comportementales, académiques, sociales et de régulation émotionnelle) (Gregg et al., 2021), des capacités d'adaptation à l'environnement scolaire (Hirst & Britton, 1998) ou encore de la métacognition (Swenson, 2000).

La majorité des prises en charge - douze des dix-sept articles analysés dans cette partie - abordent plus qu'un cluster d'objectifs thérapeutiques. Les combinaisons sont multiples. La plus fréquente d'entre elles est toutefois celle des aspects formels du langage avec celle des

aspects sociocognitifs que l'on comptabilise à sept reprises. Cette diversité d'objectifs reflète l'importance d'intégrer plusieurs dimensions du développement dans les prises en charge, dépassant les approches purement langagières, pour accompagner les enfants ayant un TDL de manière globale et contextualisée.

#### iv. Quelle forme prend la collaboration interprofessionnelle ?

##### ➤ Type de collaboration interprofessionnelle

Commençons par relever les différents types de collaboration identifiés par les auteurs eux-mêmes (et relevés ci-après dans la Table 4). Sept études mentionnent des interventions pluridisciplinaires. Deux des références analysées font état d'interventions interdisciplinaires et une des études évoque les notions de pluridisciplinarité et d'interdisciplinarité comme si elles faisaient référence au même concept et qu'elles étaient interchangeables. La transdisciplinarité n'est évoquée dans aucun des dix-neuf articles sélectionnés. Relevons en outre que dans la majorité des études, dix d'entre elles précisément, nous ne retrouvons aucune information sur le type de CIP à l'œuvre.

En prenant connaissance de cette table, les lecteurs pourraient être surpris de la terminologie employée par les auteurs (pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité) par rapport aux actions concrètes mises en place. Nous avons cependant souhaité rester fidèle aux mots employés par les auteurs mais nous aborderons ce flou terminologique dans la partie Discussion.

Table 4 : Type de CIP selon les auteurs et actions concrètes mises en place

Auteurs et type de CIP identifié		Actions concrètes mises en place
Abdoola et al. (2019)	NR	-Partage de connaissances d'un professionnel à l'autre et supervisions
Adams et al. (2012)	NR	-Regards croisés lors des échanges informels ou formels mais non intensifs -Séances en <i>pull-out</i> -Partage de matériel
Capobianco et al. (2024)	Pluridisciplinarité	NR
Cleary et al. (2001)	NR	-Co-intervention -Partage d'expertise et d'informations sur le patient
Cross et al. (2001)	Pluridisciplinarité	-Décision partagée concernant le choix des cibles d'intervention -Organisation régulière de réunions et/ou supervisions
Davis et al. (1990)	Interdisciplinarité	-Co-intervention -Partage de matériel -Organisation régulière de réunions et/ou supervisions
Davis et al. (2021)	Pluridisciplinarité	-Partage d'expertise et d'informations sur le patient -Organisation régulière de réunions et/ou supervisions
Dodge et al. (2004)	NR	- Décision partagée concernant le choix des cibles d'intervention -Co-intervention
Gregg et al. (2021)	Pluridisciplinarité	-Partage d'expertise et d'informations sur le patient -Décision partagée concernant le choix des cibles d'intervention -Partage de connaissances d'un professionnel à l'autre et supervisions
Harvey et Spencer (2019)	Pluridisciplinarité	-Partage d'expertise et d'informations sur le patient -Co-intervention
Hirst et Britton (1998)	NR	-Partage de connaissances d'un professionnel à l'autre et supervisions -Partage de matériel
Larroudé (2004)	NR	-Décision partagée concernant le choix des cibles d'intervention -Co-intervention
Moitel et al. (2021)	NR	-Partage de connaissances d'un professionnel à l'autre et supervisions
Peebles (1998)	Pluridisciplinarité	-Séances en <i>pull-out</i> -Regards croisés lors des échanges informels ou formels mais non réguliers
Perrotti et al. (2024)	Interdisciplinarité	-Séances en <i>pull-out</i> -Regards croisés lors des échanges informels ou formels mais non réguliers
Sanger et al. (2002)	Pluridisciplinarité/ interdisciplinarité	NR
Swenson et al. (2000)	NR	-Décision partagée concernant le choix des cibles d'intervention -Co-intervention -Partage d'expertise et d'informations sur le patient
Ullrich et al. (2014)	Pluridisciplinarité	NR
Wolter et al. (2006)	NR	NR

➤ Actions concrètes mises en place par les professionnels

Intéressons-nous à présent aux actions concrètement mises en place par les professionnels. Par souci de clarté et de lisibilité et pour pouvoir procéder à un comptage, nous avons décidé de regrouper ces actions concrètes au sein de différentes catégories, que nous avons définies sur base de nos connaissances théoriques et cliniques concernant les pratiques en matière de CIP. Voici les types de pratiques recensées dans les études analysées, regroupées par catégories :

- Co-intervention (n=6)
- Partage d'expertise et d'informations sur le patient (n=5)
- Décision partagée concernant le choix des cibles d'intervention (n=5)
- Partage de connaissances d'un professionnel à l'autre et supervisions (n=4)
- Regards croisés lors des échanges informels ou formels mais non réguliers (n=3)
- Séances en *pull-out* (n=3)
- Partage de matériel (n=3)
- Organisation régulière de réunions et/ou supervisions (n=3)
- Indéterminé (n=4) (*études ne fournissant aucune description des actions mises en œuvre*)

v. Qu'en est-il de l'efficacité de l'intervention ?

Outre les aspects purement organisationnels de ces interventions, nous nous intéressons à leur évaluation. L'objectif d'une *scoping review* n'est pas de tirer des conclusions sur l'efficacité des interventions, mais bien de dresser un état de l'art (Peters et al., 2024). Nous ne sommes donc pas en mesure de statuer à ce niveau (cela supposerait de rassembler des études aux designs comparables et rigoureux — souvent des essais contrôlés randomisés — ainsi que des informations sur les tailles d'effet, et de mener une méta-analyse, ce qui n'est pas le cas ici). Nous nous demanderons plutôt si cette efficacité a été évaluée, et si oui, de quelle manière.

*Table 5 : Méthodes d'évaluation des interventions*

Méthode d'évaluation de l'efficacité de l'intervention	Références
Tests standardisés (n=4)	Capobianco et Costa (2024) ; Cross et al. (2001) ; Gregg et al. (2021) ; Swenson (2000)
Questionnaires/échelles (n=1)	Abdoola et al. (2019)
Enregistrement et visionnage de vidéos (n=1)	Davis et al. (2021)
Entretiens semi-structurés (n=1)	Harvey et Spencer (2019)
Méthodologies mixtes (n=4)	Questionnaires + tests standardisées (Adams et al., 2012) Questionnaires + entretiens semi-structurés (Cleary & McFadden, 2001) Questionnaires + analyse de données cliniques (hors tests standardisés) (Hirst & Britton, 1998) Echelle + enregistrement et visionnage de vidéos (Moitel et al., 2021)

Au sein des dix-neuf études sélectionnées, onze ont mis en place un protocole d'évaluation de l'efficacité. Parmi les protocoles présentés, l'administration de tests standardisés avant et après l'intervention constitue une part importante des démarches évaluatives (quatre études), suivie par des méthodologies mixtes (quatre études également). D'autres manières de procéder sont également évoquées (questionnaires/échelles, enregistrement et visionnage de vidéos, entretiens semi-structurés, analyses de données cliniques).

Les autres articles ne font pas mention d'un tel protocole ou l'évoquent, ou le mentionnent de manière trop sommaire pour en permettre une analyse. Notons toutefois que les recherches de Perrotti et al. (2024), Sanger et al. (2002) et Wolter et al. (2006) suggèrent des interventions plutôt que de les mettre en place, ce qui pourrait expliquer que la notion d'évaluation de la prise en charge soit moins approfondie.

Les études restantes ne fournissant pas de précisions quant à l'évaluation de l'efficacité des interventions ont comme point commun d'être plus anciennes, publiées aux alentours des années 2000 (Davis, 1990; Dodge, 2004; Larroudé, 2004; Peebles, 1997). Cela dit, cette distinction n'est pas totalement franche, étant donné que deux autres études publiées à la même période (Cleary & McFadden, 2001; Hirst & Britton, 1998) ont quant à elle évalué cette efficacité.

La diversité des modalités de prise en charge présentées au travers de ces articles ainsi que le caractère non homogène des évaluations rend la synthétisation difficile. Globalement, chacune des onze études ayant évalué l'intervention rapporte des résultats jugés satisfaisants. De manière un peu surprenante, la présentation des différents paradigmes d'évaluation ne s'accompagne pas toujours d'un compte-rendu des données recueillies. Cela reste toutefois cohérent avec le fait qu'un certain nombre de ces travaux visait avant tout à décrire et documenter des interventions mises en place, plutôt qu'à les évaluer de manière systématique.

Si l'on adopte un **point de vue quantitatif**, parmi les études de groupes, une seule référence rapporte des données chiffrées sous forme de taille de l'effet (Gregg et al., 2021). Les auteurs décrivent des améliorations suite à l'intervention, avec des tailles d'effet variables (faibles à importantes) observées dans les divers domaines de la *school readiness* : langage, comportement, résultats académiques, compétences sociales et autorégulation. En ce qui concerne les études de cas unique ou multiples, une seule étude met en place des analyses statistiques (Moitel et al., 2021) mettant en évidence des améliorations significatives et spécifiques (davantage de stratégies proposées aux enfants et spécifiquement celles travaillées avec les logopèdes) chez trois des quatre participantes. Bien que d'autres études proposent des données chiffrées, elles restent souvent difficiles à interpréter ou peu contextualisées.

D'un **point de vue qualitatif**, les différentes évaluations décrites précédemment font état de retours globalement positifs par rapport à ces interventions, et ce tant du point de vue des professionnels que des parents. Cela dit, le vécu des jeunes eux-mêmes a été pris en compte dans une seule étude (Harvey & Spencer, 2019). Enfin, nous disposons de très peu de données qualitatives concernant les cibles thérapeutiques visées par ces interventions.

Maintenant que nous avons passé en revue de manière factuelle les résultats que nous avons obtenus, abordons-les d'un point de vue plus réflexif et à la lumière d'autres articles.

## **VI. DISCUSSION**

### **1) Objectif initial de l'étude et rappel des questions de recherche**

Au travers de ce mémoire, nous avons souhaité dresser un état des lieux des pratiques en matière de CIP dans le cadre de l'intervention auprès d'enfants et d'adolescents présentant un TDL, étant donné qu'aucune synthèse récente de la littérature n'avait émergé de nos recherches. Il s'agissait également de proposer une base de réflexion pour favoriser le dialogue entre les disciplines concernées. Nous avons accordé une attention particulière à la place du psychologue et à la prise en compte des variables psychologiques dans les interventions. La méthodologie de *scoping review* a donc été choisie et la question de recherche suivante a guidé nos investigations : **Quelles sont les pratiques existantes en termes de collaboration interprofessionnelle dans le cadre de l'intervention auprès d'enfants et adolescents ayant un TDL ?** Discutons à présent des résultats de notre recherche à la lumière de la littérature scientifique.

Dans cette partie, nous avons choisi de nous concentrer sur les axes principaux en lien avec notre question de recherche mais sur les enjeux actuels de l'intervention auprès des jeunes ayant un TDL (Maillart, 2022).

### **2) Discussion des résultats par thématique**

#### **a. Types de CIP rencontrées et actions concrètes mises en place**

Parmi les dix-neuf études sélectionnées, une majorité mentionne des interventions pluridisciplinaires ( $n=7$ ), d'après la terminologie utilisée par les auteurs eux-mêmes. Les prises en charge interdisciplinaires sont rares ( $n=2$ ) et les interventions transdisciplinaires sont totalement absentes ( $n=0$ ). De manière surprenante, nous constatons un manque de précision terminologique dans la majorité des études analysées : elles ne donnent pas de détails quant au type de CIP ( $n=10$ ).

De même, certaines pratiques, comme la co-intervention ou les séances en *pull-out*, sont classées différemment selon les études. Elles peuvent relever de la pluridisciplinarité selon certains auteurs, de l'interdisciplinarité selon d'autres. Difficile donc de trancher clairement, surtout lorsque l'on sait que ces formes de CIP s'inscrivent sur un continuum (Buret, 2020).

Différents modèles théoriques existent pourtant pour catégoriser ces modes d'exercice, ceux dont nous avons connaissance ont été présentés dans l'Introduction théorique.

Il serait donc également intéressant que les auteurs apportent davantage de précisions sur cet aspect de leur intervention, en précisant notamment :

- ✓ La fréquence des échanges entre professionnels, le degré de formalisation de ces échanges (échanges informels ponctuels ? Temps dédié chaque semaine ?)
- ✓ Les pratiques en termes de construction des objectifs thérapeutiques (sont-ils propres à chaque professionnel ou co-construits ?)
- ✓ La planification de l'intervention et les modalités en vigueur (*pull-out* ? Co-intervention ?)
- ✓ L'environnement dans lequel prend place l'intervention (les professionnels doivent-ils se déplacer entre différents lieux ?)
- ✓ La nature et la perméabilité des barrières disciplinaires
- ✓ La connaissance des rôles et des responsabilités des différents membres de l'équipe.

Il est également légitime de questionner l'influence du type de pathologie sur la manière de collaborer. A ce sujet, Buret (2020) précise que la collaboration pluridisciplinaire serait adéquate pour « des maladies non-récidivantes », que l'interdisciplinarité permet de répondre aux patients présentant une « situation complexe » et que la transdisciplinarité fait particulièrement sens « dans des situations palliatives et de fin de vie ». Pour revenir au TDL, nous avons vu précédemment qu'il est fréquemment associé à d'autres troubles. Nous pourrions alors nous demander si un niveau d'intégration plus important – interdisciplinarité ou transdisciplinarité - serait plus adapté pour un TDL, surtout quand il est associé à d'autres troubles. Qu'en est-il des autres troubles neurodéveloppementaux ? Les interventions prennent-elles des formes de collaboration plus intégrées ?

#### b. Prise en charge précoce et prévention tertiaire ?

En termes de tranche d'âge, les interventions sélectionnées s'adressaient à une population majoritairement préscolaire (n=9), suivie d'une population scolaire (n=3), et enfin d'une population mixte, préscolaire et scolaire (n=3). Deux études s'intéressaient à des adolescents ayant un TDL et deux autres faisaient référence plus largement à la notion de mineurs, dans un contexte judiciaire. Concernant les types de prévention, la grande majorité des articles relevaient de la prévention tertiaire (n=15). Deux études documentaient des

dispositifs de prévention  primaire, une étude relevait de la prévention secondaire, et une autre d'une forme hybride entre secondaire et tertiaire.

Ces observations mises côté à côté (tranche d'âge préscolaire et prévention tertiaire) sont quelque peu surprenantes : bien qu'il soit difficile de statuer formellement sur la présence d'un TDL avant l'âge de 4-5 ans, certaines études considèrent déjà ces prises en charge comme relevant de la prévention tertiaire. Cela peut s'expliquer par la présence de signes cliniques précoces qui inquiètent les professionnels — par exemple, un enfant qui ne répond pas à la parole ou aux sons vers un an, ou dont les interactions sont très limitées à 2 ou 3 ans (Bishop et al., 2016; Maillart, 2019). Ces signes ne permettent pas de poser un diagnostic, mais peuvent justifier une intervention ciblée. L'importance d'une prise en soins précoce a été abordée précédemment dans ce mémoire. Elle est largement reconnue dans la littérature, notamment en raison de la plasticité cérébrale des tout-petits et des effets positifs observés, même pour des interventions modestes (Neumann et al., 2024; Sylvestre et al., 2025).

Le faible nombre d'études portant sur les adolescents dans notre échantillon reflète également une tendance plus large observée dans la littérature scientifique sur le TDL. Peu d'écrits documentent les interventions destinées à cette tranche d'âge, alors même qu'une prise en charge en CIP, incluant les différents milieux de vie de l'adolescent, est recommandée. Les quelques références existantes soulignent l'importance de proposer à ces jeunes des services adaptés aux enjeux spécifiques de cette période : recherche d'autonomie, construction de l'identité, autodétermination, relations amicales ou amoureuses, préparation aux examens ou au permis de conduire, etc. (Falardeau et al., 2018).

#### c. Professionnels impliqués dans les interventions et facteurs contextuels

Dans chacun des articles sélectionnés, l'équipe comprend un ou plusieurs logopèdes, ce qui confirme leur rôle central dans la prise en soins du TDL. Quand il s'agit de travailler en binôme, nous retrouvons dans notre échantillon une proportion importante de collaborations entre **logopèdes et professionnels du secteur éducatif** : logopèdes-enseignants ( $n = 6$ ) ou logopèdes-éducateurs ( $n = 2$ ). En revanche, les collaborations **logopède-psychologue** apparaissent plus rarement : une seule étude de notre corpus les évoque comme possibilité, sans toutefois les mettre en œuvre de manière formelle. Lorsqu'elles existent, ces collaborations se font au sein d'équipes plus larges, pluridisciplinaires, incluant d'autres figures professionnelles.

Initialement, ce mémoire s'intéressait principalement à la CIP dans le domaine de la santé. Force est de constater que nous nous retrouvons ici au carrefour entre le champ de la santé et celui de l'éducation, qui ont des logiques de fonctionnement bien différentes. Ce résultat, qui au départ nous a semblé quelque peu surprenant (notre regard était très centré sur la gestion des comorbidités et des conséquences fonctionnelles, que nous avions tendance à associer aux missions des professionnels de santé), prend tout son sens : la scolarité constitue l'activité principale des enfants et adolescents. Intervenir dans le contexte scolaire est donc tout à fait pertinent.

Notons aussi que la quasi-totalité des interventions analysées dans notre revue de la littérature relevaient de contextes institutionnels plutôt que de prises en soin par des professionnels travaillant en tant qu'indépendants. Cela n'est pas surprenant, dans la mesure où le travail en institution favorise généralement la CIP en y allouant du temps et en regroupant les professionnels au sein d'un même espace. Bien que cette vision soit à nuancer (nous reviendrons ultérieurement aux freins et aux facilitateurs de la CIP), nous nous intéresserons donc tout particulièrement aux cadres institutionnels (écoles, centres interprofessionnels). A ce sujet, faisons un détour par l'importance des facteurs contextuels et institutionnels dans la réalisation de ces collaborations.

D'abord, Hixson (1993) dans un article ancien mais toujours d'actualité, propose une réflexion intéressante. L'auteur s'appuie sur des concepts liés à l'acquisition du langage pour interroger les pratiques d'intervention et propose des pistes d'action à plusieurs niveaux : enfants, parents, enseignants, logopèdes, administrateurs. Les logopèdes sont notamment invités à prendre de la distance par rapport aux modèles plus traditionnels qui isolent l'enfant de son environnement, et à réfléchir à une intervention qui intègre les différents contextes dans lesquels il évolue. Les équipes pluridisciplinaires, quant à elles, devraient co-construire les objectifs de l'intervention et en assurer le suivi dans les différents milieux de vie de l'enfant, via des échanges réguliers. Enfin, le rôle des administrateurs est aussi souligné : ils sont encouragés à offrir un cadre suffisamment souple pour permettre l'articulation d'interventions directes et indirectes, et à encourager la CIP.

D'Amour et al., (2008) proposent quant à eux un modèle plus structuré pour penser la CIP dans le champ de la santé. Ils distinguent quatre grands facteurs : deux d'ordre interpersonnel (vision partagée, confiance mutuelle) et deux d'ordre organisationnel (degré de formalisation de la collaboration, gouvernance institutionnelle). Tous ces facteurs sont eux-mêmes influencés par des variables externes comme les ressources disponibles ou les politiques

en vigueur. Ces deux articles nous rappellent que les dynamiques de CIP se jouent dans un cadre institutionnel et organisationnel plus large.

Maintenant que nous avons réfléchi au cadre dans lequel s'inscrit la CIP, approfondissons deux formes de CIP plus spécifiques : d'une part, la collaboration logopède–enseignant, de loin la plus fréquente dans notre échantillon d'études ; d'autre part, la collaboration logopède–psychologue, qui était au cœur de notre questionnement initial.

### i. La CIP logopède-enseignant

Comme évoqué précédemment, la CIP entre logopèdes et enseignants est décrite dans une majorité des études analysées, ce qui reflète à la fois les pratiques courantes sur le terrain et les recommandations officielles : « Il est essentiel [que les logopèdes puissent] travailler avec les administrateurs, les enseignants et le personnel des services de soutien pour identifier et répondre aux besoins des élèves » (American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), 2010). La loi IDEA (*Individuals with Disabilities Education Act*, 2004) adoptée aux États-Unis dès 1975 et révisée par la suite, permet elle aussi de contextualiser nos réflexions. Elle vise à garantir un accès équitable à l'éducation, en assurant un accompagnement pour les enfants à besoins spécifiques – accompagnement qui passe, entre autres, par la mise en place de CIP. Dix études de notre corpus étant issues du contexte nord-américain, il n'est pas étonnant que cette législation soit fréquemment évoquée. Cela dit, des initiatives similaires émergent aussi dans d'autres contextes, comme le projet SOLEM en Belgique francophone, qui propose une CIP entre logopèdes et enseignants en maternelle pour soutenir le développement langagier (Maillart et al., 2023).

Les travaux de Gallagher et ses collègues (Gallagher et al., 2019a, 2019b, 2021) permettent de mieux cerner les dynamiques en jeu dans cette collaboration. La première étude (Gallagher et al., 2019a) montre que logopèdes et enseignants peuvent avoir des visions différentes du TDL : les premiers le considèrent souvent comme un déficit auquel remédier via des interventions ciblées ; les seconds, comme un trouble d'apprentissage à inscrire dans une logique inclusive. Ce constat renforce l'importance d'un dialogue entre professionnels autour de leurs conceptions respectives (et rejoue la notion de "vision partagée" de D'Amour et al., 2008). Dans une deuxième étude (Gallagher et al., 2019b), les auteurs donnent la parole aux enfants, parents, enseignants et logopèdes pour imaginer ensemble un service scolaire idéal. Les enfants insistent sur le fait d'être écoutés et de pouvoir participer aux décisions ; les parents

soulignent quant à eux l'importance de créer des ponts entre les différents intervenants. Enfin, la troisième étude (Gallagher et al., 2021), basée sur un processus Delphi, aboutit à des recommandations concrètes, affirmant que la CIP peut – et devrait – devenir un levier d'inclusion, en accordant une réelle place à la voix de l'enfant.

Par ailleurs, plusieurs modèles permettent de penser spécifiquement cette collaboration entre enseignants et logopèdes. Un premier (Castejón Fernández & España Ganzarain, 2004) distingue cinq niveaux progressifs : a) **activité parallèle** b) **échange curriculaire** c) **accompagnement ou conseil**, d) **collaboration externe** e) **collaboration interne**, qui progresse d'une absence totale de collaboration entre les intervenants à une co-intervention dans la classe elle-même, dans une logique d'inclusion et d'adaptation pour tous les élèves. Un deuxième modèle, plus récent, a été proposé par Mander et Moore (2015) et distingue trois types d'approches a) **adaptative** b) **intégrée** et c) **collaborative**. A nouveau, ces situations s'échelonnent en fonction de l'intensité des échanges entre professionnels et la co-construction des interventions. Un dernier modèle présente un continuum dont les différents jalons seraient a) la **coopération ponctuelle**, b) la **coordination planifiée**, c) la **consultation active** d) la **co-intervention intégrée** (Mitchell et al. 2020 cité par El Kouba, 2025).

Bien que plusieurs des études recensées dans notre échantillon évoquent des dispositifs de co-intervention ou des ajustements dans l'environnement scolaire, elles restent souvent peu explicites sur les modalités concrètes de mise en œuvre. De même, les auteurs ne précisent généralement pas s'ils s'inscrivent dans l'un ou l'autre de ces modèles. Cela rend l'analyse plus difficile, mais souligne aussi l'intérêt de structurer et de détailler davantage ces pratiques.

## ii. La CIP logopède-psychologue

Dans notre échantillon d'études, les logopèdes et psychologues semblent être davantage amenés à collaborer dans le cadre d'équipes plus larges reprenant une variété de professionnels qu'en binôme exclusif. Seul l'article de Wolter et al. (2006) mentionne une CIP *possible* entre psychologues et logopèdes, via l'intégration d'éléments de thérapie narrative à l'intervention logopédique. D'aucuns se demanderont si cet article relève donc réellement de la CIP... Bien qu'il ait été difficile de le déterminer avec certitude, nous avons souhaité garder cette référence et l'analyser davantage, dans la mesure où elle proposait une pratique innovante et différente de celles documentées dans les autres interventions de notre sélection.

Au vu de l'importance des conséquences fonctionnelles du TDL, notamment sur la sphère socio-émotionnelle et comportementale, nous nous attendions à retrouver un plus grand nombre d'articles documentant la collaboration entre logopèdes et psychologues dans notre échantillon. Si notre revue de la littérature initiale n'était pas centrée sur un type de professionnel en particulier, nous avons, dans un second temps, effectué une recherche plus ciblée autour de cette dyade spécifique. Celle-ci s'est révélée peu fructueuse, confirmant le caractère encore peu documenté de ce type de CIP dans le champ du TDL.

Les quelques études recensées vont dans le même sens : cette collaboration reste peu fréquente, notamment en raison d'organisations de services encore très cloisonnées, aux logiques de fonctionnement et aux sources de financement distinctes (Hancock et al., 2023). Le manque de formation en santé mentale pour les logopèdes et en langage pour les psychologues constitue également un frein important à la mise en place d'interventions en CIP (Griffiths et al., 2024). À cela s'ajoutent d'autres facteurs, comme des approches divergentes en matière de confidentialité ou de temporalité (par exemple, la fréquence des séances). Pourtant, tous soulignent l'intérêt d'un travail plus articulé, et la pertinence clinique d'approches combinées. Giddan et al., (1989) plaident déjà il y a bien longtemps pour une place plus active des logopèdes dans les équipes pédopsychiatriques, en tant que facilitateurs de communication. Ces enjeux restent d'actualité.

#### d. Les objectifs des différentes interventions

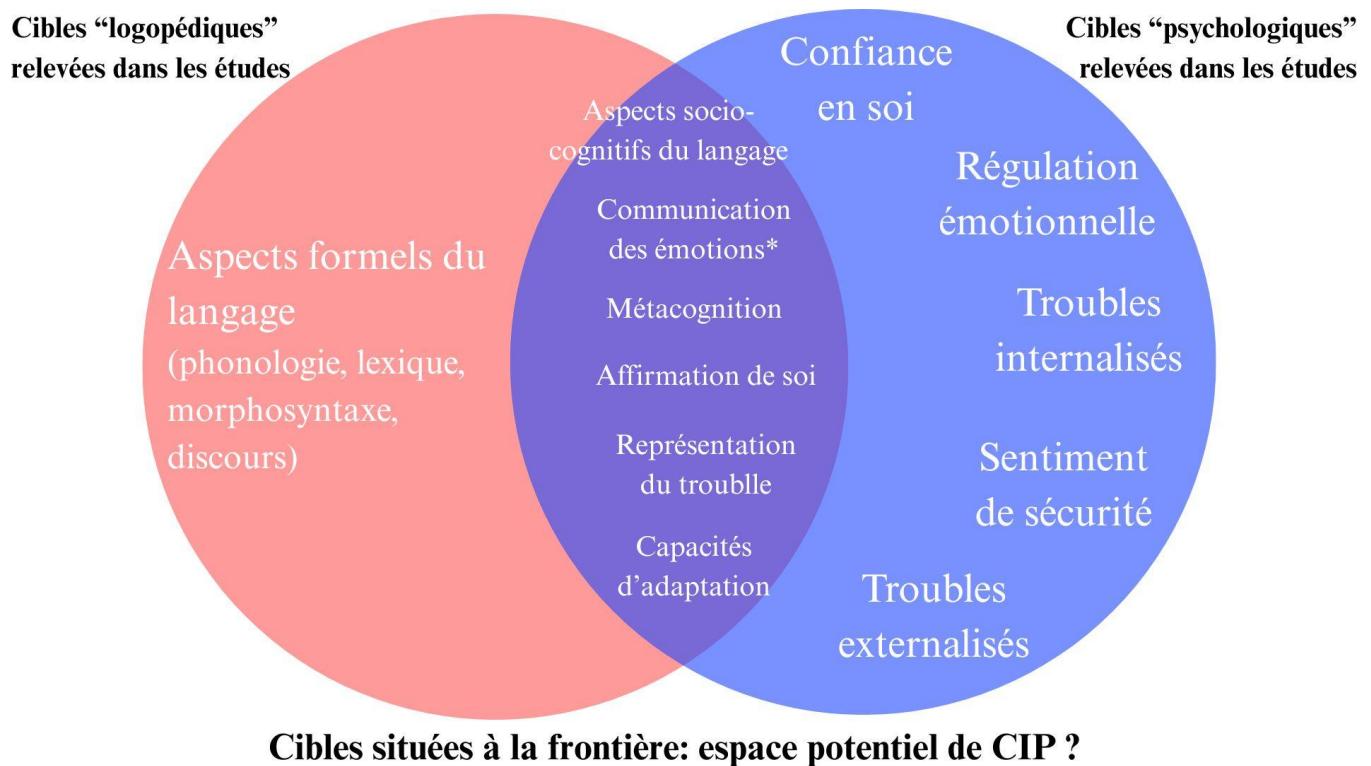
Comme nous l'avons évoqué précédemment, la plupart des interventions documentées dans notre échantillon combinaient des objectifs multiples. Deux grands ensembles d'objectifs ont toutefois émergé de nos analyses. D'une part, nous retrouvons les objectifs liés aux aspects formels du langage (compréhension et production correcte des sons, des phrases, etc.) abordés dans 12 études de notre échantillon. Cela n'est pas très étonnant dans la mesure où ces aspects se retrouvent généralement au premier plan des interventions logopédiques dans le cadre du TDL. D'autre part, figurent les aspects socio-cognitifs du langage (pragmatique du langage ou son utilisation contextualisée) (abordés dans 10 des interventions décrites, notamment par le biais de groupes d'habiletés sociales, dans 8 d'entre elles). Un troisième ensemble d'objectifs, moins fréquent, concerne les aspects émotionnels, sociaux et comportementaux, abordés dans sept études, et majoritairement lorsqu'un psychologue est intégré à l'équipe de professionnels. Pour rappel, ces aspects regroupaient la réduction de l'anxiété, l'instauration d'un sentiment de

sécurité dans le lien à l'autre, la réduction des troubles du comportement externalisés, l'apprentissage de stratégies de régulation émotionnelle, la confiance en soi, l'affirmation de soi ou encore la représentation que le jeune se fait de son TDL.

Le langage et la communication sont, par essence, des compétences sociales (Ekström et al., 2023) façonnées au cœur des interactions et en lien étroit avec les aspects émotionnels. Le modèle transdiagnostique de l'ouverture émotionnelle (Reicherts et al., 2012) met justement en avant cette articulation entre émotions et langage, à travers la notion de “communication émotionnelle”. Celle-ci fait référence à la capacité à nommer finement son vécu émotionnel et à le partager via les canaux verbaux et non-verbaux. D'autres auteurs, comme Griffiths et al., (2021, 2024) montrent quant à eux comment certaines composantes formelles du langage peuvent soutenir activement les processus de régulation émotionnelle, en s'appuyant sur la notion de régulation cognitive. Développer un vocabulaire émotionnel riche permet d'affiner la compréhension des nuances et subtilités lexicales (ex. : faire la différence entre être « vexé » ou « embarrassé »). La syntaxe – en particulier l'usage de temps verbaux – aide à prendre du recul sur l'instant présent (ex. : « après l'école, je ne serai plus fâché »). Les compétences narratives, enfin, aident à mettre en sens les émotions en articulant leurs causes et leurs conséquences.

Si l'on revient aux cibles thérapeutiques abordées dans les études de notre échantillon, il nous semble pertinent de les analyser également à travers le prisme des professionnels impliqués. L'objectif est ici de mettre en évidence le potentiel de chevauchement entre les champs d'action du logopède et du psychologue, et de souligner à nouveau l'intérêt d'un travail conjoint. La représentation schématique suivante a été pensée dans ce but. Il s'agit d'une proposition de lecture, et non d'un modèle validé (*la dimension « communication des émotions » a été ajoutée a posteriori sur base des références supplémentaires que nous venons d'aborder*).

*Figure 3 : Représentation schématique des chevauchements disciplinaires observés dans les cibles thérapeutiques*



#### e. Evaluation des interventions et résultats principaux des études

Comme nous l'avons vu, seules onze des dix-neuf études sélectionnées décrivent un protocole d'évaluation de l'efficacité de l'intervention, que ce soit via l'administration de tests standardisés en pré et post, ou par le biais d'autres méthodologies (questionnaires/échelles, enregistrement et visionnage de vidéos, entretiens semi-structurés, analyses de données cliniques). Au vu de la grande hétérogénéité des approches utilisées, il nous est difficile de proposer une synthèse claire de ces évaluations.

Les résultats positifs documentés dans la plupart des articles doivent être lus avec un certain recul. En effet, seule une partie de ces retours paraît réellement pertinente et spécifique par rapport aux variables thérapeutiques ciblées (par exemple, les aspects formels ou socio-cognitifs du langage). Les données portant sur la satisfaction des professionnels ou les retours globalement positifs des parents sont certes intéressants, mais restent finalement peu indicatives des progrès réels du jeune. Comme tout être humain, les professionnels et parents peuvent être

influencés par des biais cognitifs leur donnant une impression d'efficacité ou d'efficience de l'intervention, d'où l'importance de recourir à des designs expérimentaux plus robustes (Martinez Perez et al., 2021).

Les études de cas unique ou multiples présentent l'intérêt de fournir une analyse approfondie de situations cliniques dans toute leur complexité. Toutefois, il pourrait être pertinent d'y ajouter une ligne de base, afin de mieux cerner la spécificité des effets observés. Les études de groupes permettent quant à elles de quantifier l'efficacité d'une intervention, en estimant notamment une taille d'effet qui pourra être agrégée dans le cadre d'une revue systématique avec méta-analyse. L'inclusion d'un groupe contrôle pourrait quant à elle permettre d'investiguer plus précisément la spécificité de l'intervention, bien que cela reste difficilement envisageable dans certaines situations. Les approches qualitatives pourraient en outre permettre d'enrichir ces données, en mettant en lumière les processus en jeu et le vécu des personnes impliquées. Bien que situés à des niveaux différents de la pyramide des preuves, ces différents types d'études sont complémentaires. Leur combinaison permettrait dès lors de tirer des conclusions plus nuancées et plus solides afin de construire des recommandations de bonne pratique clinique adressées aux professionnels.

Ces limites méthodologiques ont été mises en évidence dans plusieurs recherches antérieures (Cirrin et al., 2010; Haring Biel et al., 2020; Smith et al., 2017). Ces trois revues systématiques n'ont pas été trouvées grâce à notre équation de recherche initiale, probablement car elles ne se recouvrent que partiellement avec notre thématique (n'abordant pas la notion de CIP de manière approfondie) mais nous fournissent néanmoins de précieuses informations. Elles concernent des interventions logopédiques préventives chez les tout-petits et constatent, elles aussi, après avoir analysé un échantillon d'études comme nous l'avons fait dans ce mémoire, la grande hétérogénéité retrouvée au niveau des pratiques de terrain. Elles insistent sur la nécessité d'une standardisation plus importante des descriptions d'interventions, que ce soit pour leur réPLICATION ou pour l'intérêt porté aux ingrédients actifs. La rédaction de rapports plus détaillés permettrait de mieux comprendre les ressources, le temps et les stratégies nécessaires à une mise en œuvre efficace dans différents contextes tout en rendant possible une potentielle tentative de réPLICATION de ces interventions.

### 3) Détour par les freins et facilitateurs de la CIP

Même si cette thématique n'a pas été abordée explicitement dans l'analyse des dix-neuf études, elle reste incontournable dès lors qu'on s'intéresse à la CIP. C'est pourquoi nous avons choisi de l'évoquer ici, en lien avec le deuxième objectif de ce mémoire : **exister comme support de discussion entre acteurs issus de disciplines différentes mais complémentaires.** Il est important de rappeler qu'un même facteur (ex : le temps alloué aux échanges entre professionnels) peut, selon les contextes, agir comme **frein ou facilitateur.**

Plusieurs études récentes nous apportent des données à ce sujet en se centrant spécifiquement sur la pratique logopédique ou sur la CIP en contexte scolaire. DeLuca et al. (2023) soulignent l'importance des **connaissances des professionnels** (tant sur les troubles langagiers que sur la CIP elle-même) et de leur **attitude vis-à-vis du travail en équipe.** Birch et al. (2023) insistent quant à eux sur le rôle central de la **communication**, de la **qualité des relations** et de l'**engagement dans un projet commun.** Ils identifient également plusieurs freins structurels : **réduction des effectifs, manque de ressources ou réorganisations liées à l'austérité.** Leur modèle propose d'analyser ces facteurs à différents niveaux : **sociétal, organisationnel, interprofessionnel et intraprofessionnel.**

Dow et al. (2018) rappellent que, malgré les discours valorisant la CIP, les pratiques restent souvent parallèles plutôt qu'intégrées. Ils mettent en avant le potentiel des logopèdes pour assurer un rôle de coordination entre les différents intervenants et soulignent l'importance de la formation à la CIP, dès le cursus initial et tout au long de la vie professionnelle.

Enfin, McKean et al. (2017) proposent un cadre intéressant basé sur une thématique généralement moins abordée dans les études portant sur la CIP : celui du **capital social**, c'est-à-dire les dynamiques interpersonnelles entre professionnels. Leur modèle relève une série de facteurs (freins et facilitateurs) analysés à trois niveaux : macro (contexte global), méso (cadre institutionnel) et micro (pratiques professionnelles). Ces propositions font écho aux recommandations de la British Psychology Society (2017) qui mettent l'accent sur l'importance d'une **vision commune**, d'une **communication ouverte**, d'une **prise de décision partagée** et d'un **respect mutuel.**

#### **4) Recul méthodologique**

Notre *scoping review* a été élaborée en suivant les recommandations méthodologiques de la liste de contrôle PRISMA-ScR (Peters et al., 2024; Tricco et al., 2018). Nous nous appuierons également sur cette grille pour identifier les limites de ce travail.

D'abord, en ce qui concerne les **critères d'éligibilité**, certains choix peuvent être questionnés. Nous n'avons formulé aucune limite en termes d'année de publication. Cela nous a mené à l'inclusion de certains articles datant des années 1990. Ces publications plus anciennes n'étaient finalement pas les plus rigoureuses dans leurs descriptions des interventions ou dans l'évaluation de ces dernières. Par ailleurs, nous n'avons pas retenu de critère relatif à la relecture par les pairs (*peer-reviewed studies*) ce qui peut avoir un impact sur la qualité méthodologique globale de notre échantillon d'études.

Concernant **l'équation de recherche**, nous avons fait le choix de l'élaborer en anglais, langue de référence pour l'indexation des articles dans les bases de données que nous avons sélectionnées. Or, certaines publications francophones pertinentes, comme celles relatives au projet SOLEM (Maillart et al., 2023) auraient peut-être pu être identifiées si nous avions élargi notre équation de recherche pour y inclure des termes en français. Le fait de n'avoir retenu que dix-neuf études soulève également une question importante : ce nombre relativement restreint – faisant référence à la notion de « silence » - reflète-t-il un réel manque de données sur la CIP dans le champ du TDL, ou plutôt les limites de notre stratégie de recherche ?

Sur le plan des **sources consultées**, certaines bases de données complémentaires auraient pu enrichir notre recherche. Google Scholar (s. d.) par exemple, intègre de la littérature grise (mémoires, thèses, prépublications, rapports techniques) qui aurait pu accroître la sensibilité de notre recherche. Étant donné le grand nombre de collaborations logopèdes–enseignants relevées dans les études sélectionnées, une recherche complémentaire dans la base de données ERIC (*Education Resources Information Center* (s. d.) aurait également pu s'avérer pertinente.

Notre processus de **sélection d'articles et d'extraction des données** comporte lui aussi des limites méthodologiques. Idéalement, ces étapes devraient être menées par deux chercheurs, afin de renforcer la fiabilité des décisions opérées. Cela n'a pas été possible ici.

Par ailleurs, certaines limites sont inhérentes à **la méthodologie de la scoping review** elle-même. Ce type de revue n'inclut pas d'analyse critique de la qualité des études, ni

d'ajustement statistique en cas de biais de publication. Or, la majorité des études incluses rapportent des résultats positifs, ce qui interroge la possibilité d'un biais de publication. Ce type de biais aurait pu être mesuré et corrigé si nous avions mené une revue systématique avec métanalyse (à condition, à nouveau, d'être en possession de données chiffrées suffisamment rigoureuses).

Pour finir, rappelons que la liste de contrôle PRISMA-ScR (Peters et al., 2024; Tricco et al., 2018), bien qu'elle favorise une conduite plus transparente et rigoureuse de l'étude, ne garantit pas la qualité réelle de la mise en œuvre de chaque étape. En d'autres termes, elle permet de s'assurer que les étapes sont décrites, mais pas nécessairement qu'elles sont bien réalisées.

## VII. **CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES**

### 1) Conclusions générales

Cette *scoping review* avait pour objectif de cartographier les pratiques existantes en matière de CIP dans le cadre des interventions menées auprès d'enfants et d'adolescents présentant un TDL.

Notre stratégie de recherche a permis d'identifier 19 études, illustrant une diversité d'interventions, majoritairement situées en contexte institutionnel (écoles, centres interprofessionnels, etc.). Ces interventions concernaient principalement une population préscolaire et relevaient surtout de la prévention tertiaire.

Parmi les CIP identifiées, le binôme logopède–enseignant apparaît comme le plus fréquemment mobilisé. En dépit des conséquences fonctionnelles importantes du TDL sur les sphères sociale, émotionnelle et comportementale, les psychologues semblent intervenir moins souvent en binôme exclusif avec les logopèdes, et davantage dans des équipes élargies, aux côtés d'autres professionnels des secteurs de la santé et de l'éducation. La forme de CIP la plus fréquemment mentionnée au travers de notre échantillon est la pluridisciplinarité, même si un certain flou semble persister autour de la terminologie employée et des actions concrètes qui y sont associées.

En ce qui concerne les cibles thérapeutiques, les interventions repérées visent principalement les aspects formels et socio-cognitifs du langage. Un troisième ensemble de cibles, moins fréquent, porte sur des dimensions sociales, émotionnelles ou comportementales. Un recouvrement entre les cibles « logopédiques » et « psychologiques » s'observe d'ailleurs (entre autres) au niveau de ces aspects socio-cognitifs.

Enfin, notre revue met en évidence un écart entre les principes théoriques et la réalité de terrain. Si la littérature soutient largement les bénéfices de la CIP, en particulier dans le champ du TDL, la rigueur méthodologique des études analysées reste variable. La description des interventions et l'évaluation de leur efficacité sont souvent trop peu détaillées que pour permettre de conclure de manière solide quant aux effets observés chez les jeunes concernés.

## 2) Perspectives pour la recherche et pour la pratique

Nous avons choisi d'aborder conjointement les implications pour la recherche et celles pour la pratique, notre travail se situant à la croisée de ces deux mondes. Ce parti pris est à la fois rédactionnel et idéologique : il reflète l'idée d'une pratique plus intégrée, d'une démarche de santé publique où décideurs politiques, chercheurs et professionnels de terrain dialoguent davantage et où chaque acteur porte une part de responsabilité (JBI, s. d.).

Concernant les études interventionnelles, qu'il s'agisse d'études de cas ou de groupes, la qualité des descriptions des prises en charge et de leur évaluation mériterait d'être renforcée. Mieux documenter les protocoles et les outils utilisés permettrait d'aboutir à des données plus solides, utiles pour informer les recommandations de bonne pratique clinique. Par ailleurs, les termes désignant les formes de CIP (pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité) et les différentes actions concrètes qui y sont associées sont encore souvent employés de manière interchangeable, ce à quoi il conviendrait de remédier.

La CIP entre logopèdes et psychologues dans le cadre du TDL reste peu explorée à ce jour. Pourtant, les recouplements possibles entre certaines de leurs cibles thérapeutiques ouvrent des perspectives intéressantes. Les conséquences fonctionnelles du TDL, dans leurs dimensions langagières et psychologiques, invitent également à imaginer des approches plus intégrées. À ce titre, on peut citer le modèle OPFI (Observed and Perceived Functional Impacts) tout récemment proposé par Perichon et al., (2025) - non publié au moment de la rédaction de notre Introduction théorique - qui vient enrichir les réflexions actuelles en questionnant certaines limites des modèles de la CIF et du PPH. Ce modèle, encore en développement, propose une approche plus dynamique et contextualisée de ces impacts et retentissements fonctionnels, en mettant l'accent sur a) le profil de l'enfant, b) les facteurs environnementaux, c) ses activités quotidiennes et significatives d) ses relations. Les notions de fonctionnement, de bien-être et d'intégration y sont centrales.

Enfin, rappelons que les *scoping reviews* visent à cartographier un champ de manière large. Elles ne permettent donc pas, à elles seules, de formuler des recommandations cliniques spécifiques. Les cliniciens à la recherche de données plus directement transposables à leur pratique devront se tourner vers des revues systématiques d'efficacité accompagnées de méta-analyses, ou encore vers des guides de pratiques cliniques (Peters et al., 2024).

## **BIBLIOGRAPHIE**

Les 19 articles analysés au cours de cette *scoping review* sont précédés par des astérisques (\*).

- \*Abdoola, S. S., Mosca, R., & Pillay, B. S. (2019). Responsive communication coaching for early childhood practitioners in underserved South African contexts : Clinical perspectives. *South African Journal of Communication Disorders*, 66(1). <https://doi.org/10.4102/sajcd.v66i1.608>
- \*Adams, C., Lockton, E., Gaile, J., Earl, G., & Freed, J. (2012). Implementation of a manualized communication intervention for school-aged children with pragmatic and social communication needs in a randomized controlled trial : The Social Communication Intervention Project. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(3), 245-256. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00147.x>
- American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2010). *Roles and responsibilities of speech-language pathologists in schools [Position Statement]*. <https://www.asha.org/policy/PI2010-00317/#sec1.1>
- APA PsycInfo. (s. d.). [Https://Www.Apa.Org](https://Www.Apa.Org). Consulté 12 janvier 2025, à l'adresse <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Éds.). (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Avenir d'enfants. (2014). *Démarche partenariale écosystémique—Guide à l'intention des regroupements locaux de partenaires*. [https://agirtot.org/media/192307/guide\\_web-ecosystemie\\_AE\\_final.pdf](https://agirtot.org/media/192307/guide_web-ecosystemie_AE_final.pdf)
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind” ? *Cognition*, 21(1), 37-46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- Birch, S., Bow, S., Lang, J., & Dunsmuir, S. (2023). Interprofessional collaboration between educational psychologists and speech and language therapists in the UK : Facilitators and barriers. *European Journal of Special Needs Education*, 38(6), 735-750. <https://doi.org/10.1080/08856257.2023.2172890>

- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & and the CATALISE-2 consortium. (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. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & CATALISE consortium. (2016). CATALISE : A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *PLOS ONE*, 11(7), e0158753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>
- Bloom, L., & Lahey, M. (avec Internet Archive). (1978). *Language development and language disorders*. New York : Wiley. [http://archive.org/details/languagedevelopm0000bloo\\_b0a5](http://archive.org/details/languagedevelopm0000bloo_b0a5)
- Breslow, L. (2002). *Public Health : An Introduction to the Science and Practice of Population Health*. Springer.
- British Psychology Society, (BPS). (2017). *Practice Guidelines*, third edition. <https://doi.org/10.53841/bpsrep.2017.inf115>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Buret, L. (2020). *Interdisciplinarité en Santé : Analyse et perspectives d'avenir pour les professionnels de la première ligne*. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/257502>
- Burnley, A., St Clair, M., Bedford, R., Wren, Y., & Dack, C. (2023). Understanding the prevalence and manifestation of anxiety and other socio-emotional and behavioural difficulties in children with Developmental Language Disorder. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 15(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s11689-023-09486-w>
- \*Capobianco, M., & Costa, A. (2024). Selective Mutism and Comorbidity with Specific Learning Disorders : Evaluation and Multimodal Intervention in a Clinical Case of a Female Child from 7 to 11 Years of Age. *Children*, 11(6), 746. <https://doi.org/10.3390/children11060746>
- Castejón Fernández, L. A., & España Ganzarain, Y. (2004). La colaboración logopeda-maestro : Hacia un modelo inclusivo de intervención en las dificultades del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 24(2), 55-66. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(04\)75781-2](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(04)75781-2)

Cirrin, F. M., Schooling, T. L., Nelson, N. W., Diehl, S. F., Flynn, P. F., Staskowski, M., Torrey, T. Z., & Adamczyk, D. F. (2010). Evidence-based systematic review : Effects of different service delivery models on communication outcomes for elementary school-age children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 41(3), 233-264. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2009/08-0128\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2009/08-0128))

Claverie, B. (2010). Pluri-, inter-, transdisciplinarité : Ou le réel décomposé en réseaux de savoir: *Projectics / Proyéctica / Projectique*, n° 4(1), 5-27. <https://doi.org/10.3917/proj.004.0005>

\*Cleary, P., & McFadden, S. (2001). Helping Children with Communication Difficulties in the Classroom. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(supplement), 31-34.

Cohen, N. J., Barwick, M. A., Horodezky, N. B., Vallance, D. D., & Im, N. (1998). Language, Achievement, and Cognitive Processing in Psychiatrically Disturbed Children with Previously Identified and Unsuspected Language Impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(6), 865-877. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00387>

Cole, P. M., Armstrong, L. M., & Pemberton, C. K. (2010). The role of language in the development of emotion regulation. In *Child development at the intersection of emotion and cognition* (p. 59-77). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12059-004>

Conférence interministérielle Santé publique. (2009). *Réforme « Psy 107 » (Article 107 de la loi sur les hôpitaux)*. SPF Santé publique, Belgique. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/article-107-loi-hopitaux-et-autres-etablissements-de-soins-taskforce-soins-de-sante>

*Covidence*. (s. d.). Consulté 6 janvier 2025, à l'adresse <https://www.covidence.org/>

\*Cross, M., Blake, P., Tunbridge, N., & Gill, T. (2001). Collaborative working to promote the communication skills of a 14-year-old student with emotional, behavioural, learning and language difficulties. *Child Language Teaching and Therapy*, 17(3), 227-246. <https://doi.org/10.1177/026565900101700304>

Curtis, P. R., Frey, J. R., Watson, C. D., Hampton, L. H., & Roberts, M. Y. (2018). Language Disorders and Problem Behaviors : A Meta-analysis. *Pediatrics*, 142(2), e20173551. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3551>

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>

\*Davis. (1990). A Model for the Integration of Music Therapy Within Preschool Classrooms for Children with Physical Disabilities or Language Delays. *Music Therapy Perspectives*, 8(1), 82-84. <https://doi.org/10.1093/mtp/8.1.82>

\*Davis, Loeb, & Lee, T. (2021). Implementing play and language therapy to work with preschool children with language and behavioral issues. *International Journal of Play Therapy*, 30(2), 157-166. <https://doi.org/10.1037/pla0000148>

De La Tribonnière, X., & Gagnayre, R. (2013). L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : Du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 5(1), 163-176. <https://doi.org/10.1051/tpe/2013027>

DeepL. (s. d.). Consulté 6 janvier 2025, à l'adresse <https://www.deepl.com/fr/translator>

DeLuca, T., Komesidou, R., Pelletier, R., & Hogan, T. (2023). What Works in Collaboration? Identifying Key Ingredients to Improve Service Delivery in Schools. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 54(4), 1103-1116. [https://doi.org/10.1044/2023\\_lshss-22-00180](https://doi.org/10.1044/2023_lshss-22-00180)

de Villiers, J. (2007). The Interface of Language and Theory of Mind. *Lingua. International review of general linguistics. Revue internationale de linguistique générale*, 117(11), 1858-1878. <https://doi.org/10.1016/j.lingua.2006.11.006>

Di Sante, M., & Potvin, L. (2022). We Need to Talk About Social Inequalities in Language Development. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(4), 1894-1897. [https://doi.org/10.1044/2022\\_AJSLP-21-00326](https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-21-00326)

Dockrell, J., Lindsay, G., Roulstone, S., & Law, J. (2014). Supporting children with speech, language and communication needs : An overview of the results of the Better Communication Research

Programme. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(5), 543-557.

<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12089>

\*Dodge, E. P. (2004). Communication Skills : The Foundation for Meaningful Group Intervention in

School-Based Programs. *Topics in Language Disorders*, 24(2), 141-150.

<https://doi.org/10.1097/00011363-200404000-00007>

Dow, A. W., Ivey, C. K., & Shulman, B. B. (2018). The Future of Pediatric Speech-Language Pathology

in a More Collaborative World. *Pediatric Clinics of North America*, 65(1), 171-177.

<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2017.08.029>

Dubois, P., St-Pierre, M.-C., Desmarais, C., & Guay, F. (2020). Young Adults With Developmental

Language Disorder : A Systematic Review of Education, Employment, and Independent Living

Outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 63(11), 3786-3800.

[https://doi.org/10.1044/2020\\_JSLHR-20-00127](https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00127)

Ekström, A., Sandgren, O., Sahlén, B., & Samuelsson, C. (2023). ‘It depends on who I’m with’ : How

young people with developmental language disorder describe their experiences of language and

communication in school. *International Journal of Language & Communication Disorders*,

58(4), 1168-1181. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12850>

El Kouba, E. (2025, mai 24). *L'intervention auprès des personnes avec un TDL – de l'enfance à l'âge*

*adulte Les débuts de la scolarisation (3 – 6 ans) : L'intervention indirecte en*

*orthophonie/logopédie.*

Embase. (s. d.). [Www.Elsevier.Com](http://www.elsevier.com/products/embase/content). Consulté 12 janvier 2025, à l'adresse

<https://www.elsevier.com/products/embase/content>

Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine. *Science*,

196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

ERIC - Education Resources Information Center. (s. d.). Consulté 23 juillet 2025, à l'adresse

<https://eric.ed.gov/>

Falardeau, S., Lanthier, M., Tétreault, V., Gauthier-Chamard, L., Morin, F., & Desmarais, C. (2018).

Trouble développemental du langage à l'adolescence et à l'âge adulte : Recension des écrits sur

les difficultés persistantes et l'intervention. In *Transition de l'école à la vie active pour les*

*jeunes ayant des incapacités* (CRIRES: Centre de Recherche et d'Intervention sur la Réussite Scolaire).

Fawcett, S., Schultz, J., Watson-Thompson, J., Fox, M., & Bremby, R. (2010). Building multisectoral partnerships for population health and health equity. *Preventing Chronic Disease*, 7(6), A118.

Fougeyrollas, P. (2021). Classification internationale ‘Modèle de développement humain-Processus de production du handicap’ (MDH-PPH, 2018). *Kinésithérapie, la Revue*, 21(235), 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.04.003>

Gallagher, A. L., Murphy, C. A., Conway, P. F., & Perry, A. (2021). Establishing premises for inter-professional collaborative practice in school : Inclusion, difference and influence. *Disability and Rehabilitation*, 43(20), 2909-2918. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1725154>

Gallagher, A. L., Murphy, C., Conway, P., & Perry, A. (2019a). Consequential differences in perspectives and practices concerning children with developmental language disorders : An integrative review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54(4), 529-552. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12469>

Gallagher, A. L., Murphy, Ca., Conway, P. F., & Perry, A. (2019b). Engaging multiple stakeholders to improve speech and language therapy services in schools : An appreciative inquiry-based study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4051-z>

Giddan, J. J., Trautman, R. C., & Hurst, J. B. (1989). The role of the speech and language clinician on a multidisciplinary team. *Child Psychiatry and Human Development*, 19(3), 180-185. <https://doi.org/10.1007/BF00706041>

Glykos, A. (1999). *Approche communicationnelle du Dialogue Artiste/Scientifique. Note de synthèse pour l'Habilitation à diriger des recherches*. Université Diderot Paris 7.

*Google Scholar*. (s. d.). Consulté 23 juillet 2025, à l'adresse <https://scholar.google.com/>

\*Gregg, D. E., Hart, K. C., Vaquerano, S., Cuervo, S., Suarez, M., & Graziano, P. A. (2021). Multidisciplinary Early Intervention for Preschoolers with Externalizing Behavior Problems and Language Impairment : Results from an Open Trial. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(3), 506-517. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09865-w>

Griffiths, S., Goh, S. K. Y., Boyes, M. E., Hill, E., Viding, E., & Norbury, C. (2024). Addressing Inequity in Mental Health Provision for Children and Adolescents With Developmental Language Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.07.923>

Griffiths, S., Suksasilp, C., Lucas, L., Sebastian, C. L., Norbury, C., & the SCALES team. (2021). Relationship between early language competence and cognitive emotion regulation in adolescence. *Royal Society Open Science*, 8(10), 210742. <https://doi.org/10.1098/rsos.210742>

Hancock, A., Northcott, S., Hobson, H., & Clarke, M. (2023). Speech, language and communication needs and mental health : The experiences of speech and language therapists and mental health professionals. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(1), 52-66. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12767>

Haring Biel, C., Buzhardt, J., Brown, J. A., Romano, M. K., Lorio, C. M., Windsor, K. S., Kaczmarek, L. A., Gwin, R., Sandall, S. S., & Goldstein, H. (2020). Language interventions taught to caregivers in homes and classrooms : A review of intervention and implementation fidelity. *Early Childhood Research Quarterly*, 50, 140-156. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.12.002>

\*Harvey, H., & Spencer, S. (2019). Specialist provision for language disorder : Staff and service user views of a preschool language unit. *Child Language Teaching and Therapy*, 35(2), 93-111. <https://doi.org/10.1177/0265659019849455>

Henry, L. A., Messer, D. J., & Nash, G. (2012). Executive functioning in children with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 37-45. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02430.x>

\*Hirst, E., & Britton, L. (1998). Specialised Service to Children with Specific Language Impairment in Mainstream Schools. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 33(S1), 593-598. <https://doi.org/10.3109/13682829809179491>

Hixson, P. K. (1993). An integrated approach to program development. *Topics in Language Disorders*, 14(1), 41-57. <https://doi.org/10.1097/00011363-199311000-00006>

Hollo, A., Wehby, J. H., & Oliver, R. M. (2014). Unidentified Language Deficits in Children with Emotional and Behavioral Disorders : A Meta-Analysis. *Exceptional Children*, 80(2), 169-186.  
<https://doi.org/10.1177/001440291408000203>

*Individuals with Disabilities Education Act.* (2004). Individuals with Disabilities Education Act.  
<https://sites.ed.gov/idea/>

JBI. (s. d.). *JBI Model of EBHC*. Consulté 23 juillet 2025, à l'adresse <https://jbi.global/jbi-model-of-EBHC>

Jelen, M., Griffiths, S., Lucas, L., Saul, J., & Norbury, C. (2022). *The role of language in mental health during the transition from primary to secondary education*. OSF.  
<https://doi.org/10.31234/osf.io/4w98m>

Kleinpeter, É. (2013). Taxinomie critique de l'interdisciplinarité. *Hermès, La Revue*, 67(3), 123-129.  
<https://doi.org/10.4267/2042/51898>

Kolaski, K., Logan, L. R., & Ioannidis, J. P. A. (2023). Guidance to best tools and practices for systematic reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 21(9), 1699-1731. <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00139>

Kouba Hreich, E., Moitel Messarra, C., Martinez-Perez, T., Richa, S., & Maillart, C. (2020). Supporting language development in Lebanese preschools : SLT and pre-KT practice and perception of roles. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(6), 988-1004.  
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12576>

\*Larroudé, B. (2004). Multicultural-Multilingual Group Sessions : Development of Functional Communication. *Topics in Language Disorders*, 24(2), 137-140.  
<https://doi.org/10.1097/00011363-200404000-00006>

Law, J., Reilly, S., & Snow, P. C. (2013). Child speech, language and communication need re-examined in a public health context : A new direction for the speech and language therapy profession. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(5), 486-496.  
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12027>

Le Normand, M.-T. (2019). Chapitre 2. Les prérequis du langage. In *Le développement du langage chez le jeune enfant* (p. 53-66). De Boeck Supérieur; Cairn.info. <https://www.cairn-sciences.info/le-developpement-du-langage-chez-le-jeune-enfant--9782807320543-p-53.htm>

Lloyd-Esenkaya, V., Russell, A. J., & Clair, M. C. S. (2020). What Are the Peer Interaction Strengths and Difficulties in Children with Developmental Language Disorder? A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093140>

Maillart, C. (2018). Le projet CATALISE, phase 2 « Terminologie ». Impacts sur la nomenclature des prestations de logopédie en Belgique. *UPLF-Info*, XXXV(2). <https://orbi.uliege.be/handle/2268/221974>

Maillart, C. (2019). *Quand le langage démarre difficilement*. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/236220>

Maillart, C. (2020). *LOGO5005-1 Acquisition du langage oral*.

Maillart, C. (2022). Introduction. Le trouble développemental du langage : Enjeux actuels. *Enfance*, 1(1), 5-23. <https://doi.org/10.3917/enf2.221.0005>

Maillart, C. (2023, septembre 11). *Le trouble développemental du langage : Un handicap invisible*. Le trouble développemental du langage : mise à jour théorique et pistes cliniques pour la prise en charge. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/307131>

Maillart, C., Desmottes, L., Bergeron-Morin, L., & Leroy, S. (2023). SOLEM (Soutenir et Observer le Langage de l'Enfant en Maternelle). Présentation et développements. *ANAE: Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 1. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/289171>

Maillart, C., Vangeebergen, Z., & Leclercq, A.-L. (2024). Trouble développemental du langage : Identifier les impacts fonctionnels et les stratégies déployées pour les atténuer. *ANAE: Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 190(juin). <https://orbi.uliege.be/handle/2268/318860>

Mander, D., & Moore, N. (2015). Speech-language service delivery model in low socio-economic status preschools : An exploratory evaluation. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 39(3), 214-.

Martinez Perez, T., Geurten, M., & Willems, S. (2021). Collecter des données sur l'évolution du patient pour augmenter son efficacité thérapeutique en orthophonie. *ANAE: Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 173. <https://orbi.uliege.be/handle/2268/260676>

McKean, C., Law, J., Laing, K., Cockerill, M., Allon-Smith, J., McCartney, E., & Forbes, J. (2017). A qualitative case study in the social capital of co-professional collaborative co-practice for children with speech, language and communication needs. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(4), 514-527. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12296>

McKean, C., & Reilly, S. (2023). Creating the conditions for robust early language development for all : Part two: Evidence informed public health framework for child language in the early years. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(6), 2242-2264. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12927>

McLeod, S., & Threats, T. T. (2008). The ICF-CY and children with communication disabilities. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(1-2), 92-109. <https://doi.org/10.1080/17549500701834690>

McNeilly, L. G. (2018). Using the International Classification of Functioning, Disability and Health Framework to Achieve Interprofessional Functional Outcomes for Young Children : A Speech-Language Pathology Perspective. *Pediatric Clinics of North America*, 65(1), 125-134. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2017.08.025>

Medline. (s. d.). Consulté 6 janvier 2025, à l'adresse [https://www.nlm.nih.gov/medline/medline\\_overview.html](https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html)

\*Moitel, C., El Kouba, E., Martinez Perez, T., & Maillart, C. (2021). Accompagner des éducateurs pour soutenir le développement langagier de jeunes enfants : Une intervention indirecte menée au Liban. *ANAE: Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 33(TomeIV). <https://orbi.uliege.be/handle/2268/265648>

Mormont, M. (2024). *Maisons médicales : Des soins de première ligne pour toutes et tous*. Prospective Jeunesse. <https://prospective-jeunesse.be/articles/maisons-medicales-des-soins-de-premiere-ligne-pour-toutes-et-tous/>

- Neumann, K., Kauschke, C., Fox-Boyer, A., Lüke, C., Sallat, S., & Kiese-Himmel, C. (2024). Clinical practice guideline : Interventions for Developmental Language Delay and Disorders. *Deutsches Arzteblatt International*, 121(5), 155-162. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0004>
- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G., & Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder : Evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1247-1257. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>
- OMS. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*. Organisation mondiale de la santé. [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- OMS. (2001). *International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)*. World Health Organization.
- OMS. (2007). *International classification of functioning, disability and health : Children and youth version: ICF-CY*. 322.
- OMS. (2010a). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. 76.
- OMS. (2010b). *Cadre d'action pour la formation interprofessionnelle et la pratique collaborative*. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- OSF. (s. d.). Consulté 6 janvier 2025, à l'adresse <https://osf.io/>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement : An updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- \*Peebles, C. D. (1997). The infant and preschool psychiatry clinic : A model of evaluation and treatment. *Infant Mental Health Journal*, 18(2), 221-230. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199722\)18:2<221::AID-IMHJ10>3.0.CO;2-0](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199722)18:2<221::AID-IMHJ10>3.0.CO;2-0)

Perichon, J., Paul, M. J., Chabanal, D., & Maïonchi-Pino, N. (2025). A Scoping Review of the Observed and Perceived Functional Impacts Associated With Language and Learning Disorders in School-Aged Children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 60(4), e70086. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.70086>

Perichon, J., Paul, M., Maionchi-Pino, N., & Chabanal, D. (2024). *Les concepts d'impact et de retentissement fonctionnel : Analyse comparative et élaboration de définitions à partir d'une revue de la portée | Acfas*. <https://www.acfas.ca/evenements/congres/91/contribution/concepts-impact-retentissement-fonctionnel-analyse-comparative-0>

\*Perrotti, A. M., Martinez, S. J., Chappell, A., Baker, B. D., & Jayarathna, S. (2024). Reimagining From Abroad : Speech-Language Pathologists as Interprofessional Partners Supporting Justice-Involved Youth in America. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 33(2), 693-706. [https://doi.org/10.1044/2023\\_AJSLP-23-00218](https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-23-00218)

Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). Scoping reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Éds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>

Pica, P., Lemer, C., Izard, V., & Dehaene, S. (2004). Exact and Approximate Arithmetic in an Amazonian Indigene Group. *Science*, 306(5695), 499-503. <https://doi.org/10.1126/science.1102085>

Prospero. (s. d.). Consulté 6 janvier 2025, à l'adresse <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>

Reichert, M., Genoud, P. A., & Zimmermann, G. (2012). *L'ouverture émotionnelle : Une nouvelle approche du vécu et du traitement émotionnels*. Mardaga [diff. Sodis].

Reilly, S., & McKean, C. (2023). Creating the conditions for robust early language development for all—Part 1 : Evidence-informed child language surveillance in the early years. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(6), 2222-2241. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12929>

Ricœur, P. (avec Internet Archive). (1983). *Temps et récit*. Paris : Éditions du Seuil. <http://archive.org/details/tempsetrcit0000ricu>

Rimé, B., & Moscovici, S. (2009). *Le partage social des émotions*. Presses universitaires de France.

Rosenfield, P. L. (1992). The potential of transdisciplinary research for sustaining and extending linkages between the health and social sciences. *Social Science & Medicine*, 35(11), 1343-1357.

[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90038-R](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90038-R)

Salmon, K., O’Kearney, R., Reese, E., & Fortune, C.-A. (2016). The Role of Language Skill in Child Psychopathology : Implications for Intervention in the Early Years. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19(4), 352-367. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0214-1>

\*Sanger, D., Moore-Brown, B. J., Montgomery, J. K., & Larson, V. L. (2002). Service delivery framework for adolescents with communication problems who are involved in violence. *Journal of Communication Disorders*, 35(3), 293-303. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(02\)00066-7](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(02)00066-7)

Smith, C., Williams, E., & Bryan, K. (2017). A systematic scoping review of speech and language therapists’ public health practice for early language development. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(4), 407-425. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12299>

\*Swenson, N. C. (2000). Comparing Traditional and Collaborative Settings for Language Intervention. *Communication Disorders Quarterly*, 22(1), 12-18.  
<https://doi.org/10.1177/152574010002200103>

Sylvestre, A. (2025, mai 24). *L’intervention auprès des personnes avec un TDL – de l’enfance à l’âge adulte Quelles interventions favoriser pour les enfants âgés de moins de 3 ans ?*

Sylvestre, A., Di Sante, M., & Julien, C. (2025, mai 24). *Quelles interventions favoriser pour les enfants âgés de moins de 3 ans?*

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O’Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) : Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

\*Ullrich, D., Ullrich, K., & Marten, M. (2014). A longitudinal assessment of early childhood education with integrated speech therapy for children with significant language impairment in Germany.

*International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(5), 558-566.

<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12092>

van den Bedem, N. P., Dockrell, J. E., van Alphen, P. M., de Rooij, M., Samson, A. C., Harjunen, E. L., & Rieffe, C. (2018). Depressive symptoms and emotion regulation strategies in children with and without developmental language disorder : A longitudinal study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(6), 1110-1123. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12423>

Wagener, A. (2025). *PSYC5916-1 Approche intégrée de la pratique en psychologie clinique*.

Whorf, B. L. (1940). *Science and linguistics*. Technology Review.

Wilmot, A., Boyes, M., Sievers, R., Leitão, S., & Norbury, C. (2024). Impact of developmental language disorders on mental health and well-being across the lifespan : A qualitative study including the perspectives of UK adults with DLD and Australian speech-language therapists. *BMJ Open*, 14(10), e087532. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087532>

\*Wolter, J. A., DiLollo, A., & Apel, K. (2006). A Narrative Therapy Approach to Counseling : A Model for Working With Adolescents and Adults With Language-Literacy Deficits. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37(3), 168-177. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2006/019\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2006/019))

Yew, S. G. K., & O’Kearney, R. (2013). Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments : Meta-analyses of controlled prospective studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 516-524. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12009>

## ANNEXES

Annexe 1: Diagramme représentant les besoins en termes de parole, langage et communication

(Bishop et al., 2017; Maillart, 2018)

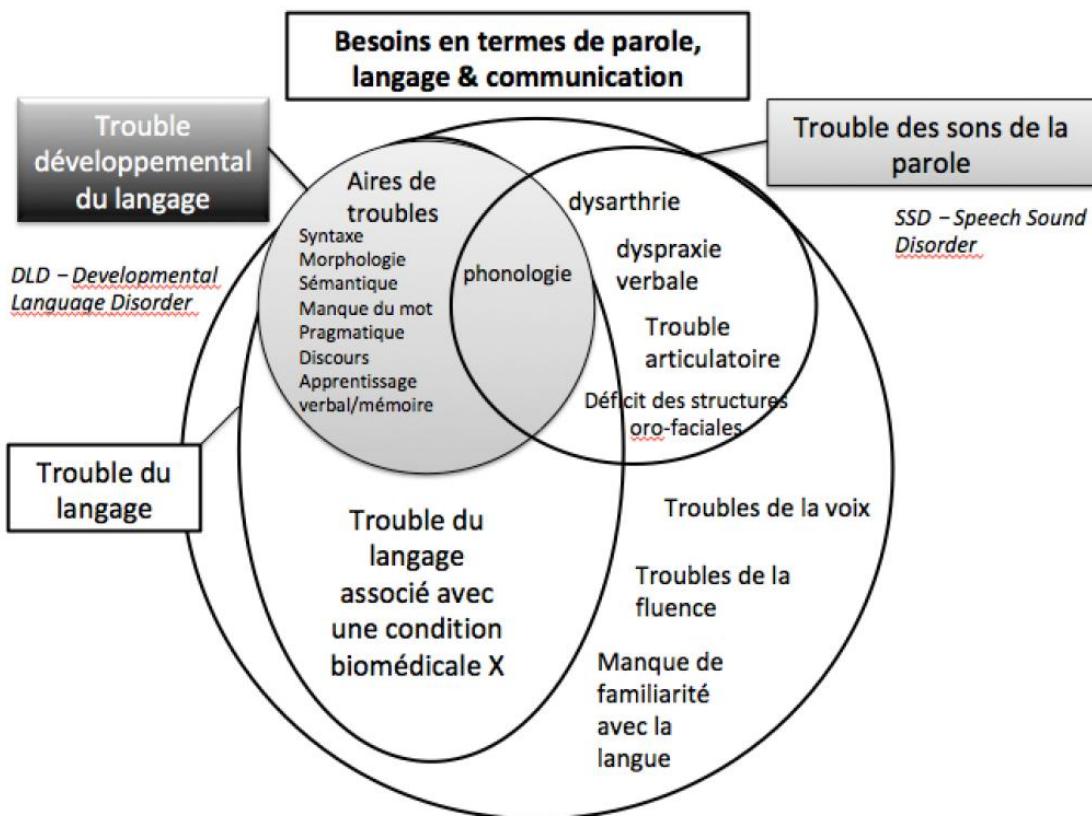


Figure 2. Diagramme illustrant les relations entre les différents termes diagnostiques. Traduit de Bishop et al., 2017 (figure 2).

Annexe 2 : Schéma de diagnostic pour les troubles du langage

(Bishop et al., 2017; Maillart, 2018)

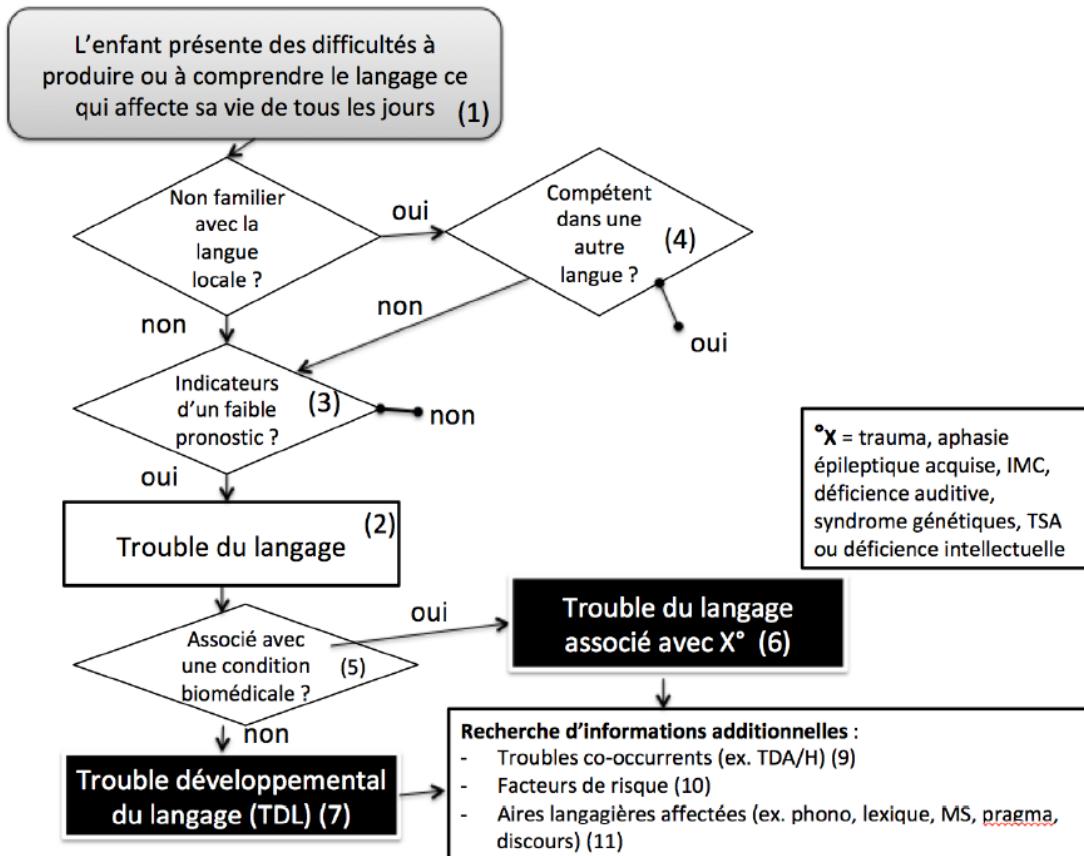


Figure 1. Schéma de diagnostic pour les troubles du langage. Les chiffres entre parenthèses font référence aux affirmations reprises en gras dans le texte. Traduit et adapté de Bishop et al., 2017 (figure 1).

Remarque : sur ce diagramme, le terme « *trauma* » fait référence aux *traumatismes crâniens*, c'est-à-dire aux lésions cérébrales, et non aux *traumatismes psychologiques*, *X°* étant une condition biomédicale (pour plus de précisions, voir dans l'article de Maillart, 2018).

### Annexe 3: PRISMA-ScR checklist (Tricco et al., 2018)

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	Page de garde
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	85
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	15
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	15
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	16
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	17
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	19
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	Annexes 4, 5, 6
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	21
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	21
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	21
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	Non réalisé
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	22
<b>RESULTS</b>			

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	23
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	25
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	Non réalisé
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	35
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	35
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	49
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	60
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	62
<b>FUNDING</b>			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	/

JBI = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

\* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JBI guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

**Annexe 4 : Stratégie de recherche dans la base de données Medline/OVID (23/03/25)**

**Database: Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to March 21, 2025>**

**Search Strategy:**

- 1 pediatrics/ (59593)
- 2 child, preschool/ (1030102)
- 3 child/ (2012133)
- 4 adolescent/ (2315432)
- 5 child\*.ti,ab,kf. (1822446)
- 6 p?ediatr\*.ti,ab,kf. (538876)
- 7 juvenile.ti,ab,kf. (92462)
- 8 adolescen\*.ti,ab,kf. (417813)
- 9 youth\*.ti,ab,kf. (119725)
- 10 teen\*.ti,ab,kf. (38787)
- 11 young people.ti,ab,kf. (42274)
- 12 infan\*.ti,ab,kf. (588708)
- 13 preschool\*.ti,ab,kf. (39701)
- 14 school age\*.ti,ab,kf. (31823)
- 15 elementary school\*.ti,ab,kf. (13172)
- 16 high school\*.ti,ab,kf. (45256)
- 17 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 (4656856)
- 18 specific language disorder/ (76)
- 19 Language Development Disorders/ (7706)
- 20 ((Primar\* or specific or development\*) adj3 language adj3 (impairment\* or disorder\* or delay\* or problem\* or difficult\* or need\* or disab\* or patholog\*).ti,ab,kf. (5093)
- 21 ((expressive or receptive or mixed receptive expressive) adj3 language adj3 (impairment\* or disorder\* or delay\* or problem\* or difficult\* or need\* or patholog\*).ti,ab,kf. (754))
- 22 (Language adj1 (impairment\* or disorder\* or delay\* or problem\* or difficult\* or need\* or disab\* or development or patholog\*).ti,ab,kf. (24322))
- 23 Dysphas\*.ti,ab,kf. (1587)
- 24 Late talker\*.ti,ab,kf. (204)
- 25 DLD.ti,ab,kf. (3525)
- 26 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 (32394)
- 27 Patient care team/ (71572)
- 28 ((multidisciplinar\* or interdisciplinar\* or transdisciplinar\* or interprofession\* or integrated) adj3 (intervention\* or treat\* or therap\* or train\* or program\* or support\* or service\* or car\* or team\*).ti,ab,kf. (132498))
- 29 ((Prof\* or clinician\* or practic\* or provider\* or therap\*).ti,ab,kf. (17571))
- 30 patient care team\*.ti,ab,kf. (1098)
- 31 27 or 28 or 29 or 30 (204684)
- 32 17 and 26 and 31 (520)
- 33 26 and 31 (926)
- 34 limit 33 to ("all infant (birth to 23 months)" or "all child (0 to 18 years)" or "newborn infant (birth to 1 month)" or "infant (1 to 23 months)" or "preschool child (2 to 5 years)" or "child (6 to 12 years)" or "adolescent (13 to 18 years)") (377)
- 35 32 or 34 (522)

Annexe 5 : Stratégie de recherche dans la base de données PsycINFO/OVID (23/03/25)

**Database: APA PsycInfo <1806 to March 2025 Week 3>**

**Search Strategy:**

- 1 pediatrics/ (34826)
- 2 preschool students/ (14466)
- 3 elementary school students/ (46574)
- 4 high school students/ (38432)
- 5 child\*.ti,ab,id. (841258)
- 6 p?ediatr\*.ti,ab,id. (52000)
- 7 juvenile.ti,ab,id. (28479)
- 8 adolescen\*.ti,ab,id. (315807)
- 9 youth\*.ti,ab,id. (134508)
- 10 teen\*.ti,ab,id. (26942)
- 11 young people.ti,ab,id. (39533)
- 12 infan\*.ti,ab,id. (107757)
- 13 preschool\*.ti,ab,id. (52796)
- 14 school age\*.ti,ab,id. (26073)
- 15 elementary school\*.ti,ab,id. (38775)
- 16 high school\*.ti,ab,id. (92201)
- 17 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 (1262415)
- 18 specific language impairment/ (2549)
- 19 Language Delay/ (1136)
- 20 Language Disorders/ (7768)
- 21 Speech Language Pathology/ (1996)
- 22 ((Primar\* or specific or development\*) adj3 language adj3 (impairment\* or disorder\* or delay\* or problem\* or difficult\* or need\* or disab\* or patholog\*)).ti,ab,id. (6013)
- 23 ((expressive or receptive or mixed receptive expressive) adj3 language adj3 (impairment\* or disorder\* or delay\* or problem\* or difficult\* or need\* or patholog\*)).ti,ab,id. (729)
- 24 (Language adj1 (impairment\* or disorder\* or delay\* or problem\* or difficult\* or need\* or disab\* or development or patholog\*)).ti,ab,id. (32728)
- 25 Dysphas\*.ti,ab,id. (729)
- 26 Late talker\*.ti,ab,id. (252)
- 27 DLD.ti,ab,id. (803)
- 28 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 (35965)
- 29 interdisciplinary treatment approach/ (8348)
- 30 ((multidisciplinar\* or interdisciplinar\* or transdisciplinar\* or interprofession\* or integrated) adj3 (intervention\* or treat\* or therap\* or train\* or program\* or support\* or service\* or car\* or team\*)).ti,ab,id. (36743)
- 31 ((Prof\* or clinician\* or practic\* or provider\* or therap\*) adj3 (collaborat\* or cooperat\* or co-intervention\*)).ti,ab,id. (11527)
- 32 interdisciplinary treatment approach.ti,ab,id. (70)
- 33 29 or 30 or 31 or 32 (51139)
- 34 17 and 28 and 33 (346)
- 35 28 and 33 (654)
- 36 limit 35 to ("100 childhood (birth to age 12 yrs)" or "120 neonatal (birth to age 1 mo)" or "140 infancy (2 to 23 mo)" or "160 preschool age (age 2 to 5 yrs)" or "180 school age (age 6 to 12 yrs)" or "200 adolescence (age 13 to 17 yrs)") (219)
- 37 34 or 36 (359)

## Annexe 6 : Stratégie de recherche dans la base de données Embase/Elsevier (23/03/25)

### Embase session results (23 Mar 2025)

No.	Query	Results
#49	#46 OR #48	1126
#48	#36 AND #45 AND ([newborn]/lim OR [infant]/lim OR [child]/lim OR [preschool]/lim OR [school]/lim OR [adolescent]/lim)	901
#47	#36 AND #45	2620
#46	#25 AND #36 AND #45	1118
#45	#37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44	512649
#44	((multidisciplinar* OR interdisciplinar* OR transdisciplinar* OR interprofession* OR integrated) NEAR/3 (intervention* OR treat* OR therap* OR train* OR program* OR support* OR service* OR car* OR team*)):ti,ab,kw	208483
#43	((prof* OR clinician* OR practic* OR provider* OR therap*) NEAR/3 (collaborat* OR cooperat* OR 'co intervention*)):ti,ab,kw	23988
#42	'health care personnel'/de	279874
#41	'patient care team'/de	1341
#40	'multidisciplinary team'/de	38830
#39	'interdisciplinary care'/de	26
#38	'collaborative care team'/de	4679
#37	'collaborative care team'/de	4679
#36	#26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35	73813
#35	'dld':ti,ab,kw	4497
#34	'late talker*':ti,ab,kw	229
#33	'dysphas*':ti,ab,kw	3089
#32	'language' NEAR/1 ('impairment*' OR 'disorder*' OR 'delay*' OR 'problem*' OR 'difficult*' OR 'need*' OR 'disab*' OR 'development' OR 'patholog*')	64849
#31	('expressive' OR 'receptive' OR 'mixed receptive expressive') NEAR/3 language NEAR/3 ('impairment*' OR 'disorder*' OR 'delay*' OR 'problem*' OR 'difficult*' OR 'need*' OR 'patholog*')	944
#30	('primar*' OR 'specific' OR 'development*') NEAR/3 'language' NEAR/3 ('impairment*' OR 'disorder*' OR 'delay*' OR 'problem*' OR 'difficult*' OR 'need*' OR 'disab*' OR 'patholog*')	7468
#29	'dysphasia'/de	4071
#28	'language disability'/de	19296
#27	'language delay'/de	2864
#26	'developmental language disorder'/de	2538
#25	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24	5218438
#24	'high school*':ti,ab,kw	58997
#23	'elementary school*':ti,ab,kw	15677
#22	'school age*':ti,ab,kw	40794
#21	'preschool*':ti,ab,kw	54219
#20	'infan*':ti,ab,kw	686521
#19	'young people':ti,ab,kw	60075
#18	'teen*':ti,ab,kw	54292
#17	'youth':ti,ab,kw	128075
#16	'adolescen*':ti,ab,kw	531733
#15	'juvenile':ti,ab,kw	118808
#14	'p?ediatr*':ti,ab,kw	166606
#13	'child*':ti,ab,kw	2391090
#12	'infant'/de	854719
#11	'child health'/de	39173
#10	'juvenile'/de	59125
#9	'school child'/de	462349
#8	'preschool child'/de	738876
#7	'adolescent health'/de	11908
#6	'adolescence'/de	63793
#5	'adolescent'/de	2070077
#4	'child health care'/de	41446
#3	'childhood'/de	92992
#2	'child'/de	2488622
#1	'pediatrics'/de	107472

## **RESUME**

Le Trouble Développemental du Langage (TDL) est un trouble neurodéveloppemental fréquent mais encore trop peu reconnu, alors qu'il toucherait environ deux enfants par classe. Il affecte durablement les compétences langagières et peut entraîner des conséquences fonctionnelles importantes dans différents domaines de vie. Dans un contexte où la collaboration interprofessionnelle (CIP) est de plus en plus encouragée dans les systèmes de soins, ce mémoire s'intéresse aux pratiques existantes en matière de CIP, spécifiquement dans le cadre des interventions menées auprès d'enfants et d'adolescents ayant un TDL.

Pour cela, nous avons mené une *scoping review* dans trois bases de données bibliographiques (Medline, PsycInfo et Embase), qui a permis d'identifier 19 études. Celles-ci décrivent des interventions variées, majoritairement en milieu institutionnel, auprès d'enfants d'âge préscolaire, et relevant surtout de la prévention tertiaire. Le binôme logopède–enseignant est le plus fréquemment mobilisé, tandis que les collaborations logopèdes–psychologues restent plus rares et souvent intégrées dans des équipes plus larges. Parmi les différentes formes de CIP (pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité), c'est la pluridisciplinarité qui revient le plus souvent, même si la terminologie et les actions concrètes associées restent floues et peu systématisées.

Les cibles thérapeutiques concernent principalement les aspects formels et socio-cognitifs du langage, avec, plus ponctuellement, des dimensions sociales, émotionnelles ou comportementales. Certains recoupements entre les champs logopédique et psychologique sont perceptibles, mais encore peu documentés. Enfin, bien que les bénéfices de la CIP soient régulièrement mis en avant, les interventions décrites restent hétérogènes, et leur méthodologie souvent trop peu rigoureuse pour permettre de tirer des conclusions solides.

Cette revue propose une première cartographie des pratiques actuelles et met en lumière certains manques dans la littérature. Elle invite à mieux décrire les interventions, à évaluer leur efficacité, à clarifier les notions mobilisées, et à renforcer les liens entre recherche et pratique, pour penser des soins plus cohérents et intégrés.