

CHEIKH BAMBA DIEYE GUEYE

**FACTEURS ASSOCIÉS À LA SATISFACTION DES
PARENTS AU REGARD DU PROGRAMME
DE 1^{RE} LIGNE EN ORTHOPHONIE DE LA RÉGION
DE QUÉBEC**

Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de maîtrise en épidémiologie
pour l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)

Département de médecine sociale et préventive

FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

2010

RÉSUMÉ

Les objectifs de cette étude étaient d'identifier les caractéristiques des parents et de l'enfant qui influencent la satisfaction des parents au regard du programme de 1^{re} ligne en orthophonie de la région du Québec. Une cohorte de 102 enfants âgés entre 18 et 36 mois a été constituée entre novembre 2005 et février 2006. La satisfaction générale des parents a été évaluée aux trois étapes du programme (à la séance d'information, à la séance de rencontres des parents et à la séance d'évaluation par l'orthophoniste du CLSC) à l'aide du *Client Satisfaction Questionnaire*. Des instruments validés ont été administrés afin d'évaluer les caractéristiques des parents et des enfants. La régression logistique multiple a permis d'estimer les rapports de cotes de satisfaction ajustés (RC) et leur intervalle de confiance à 95 % (IC). Les facteurs associés positivement à la satisfaction générale des parents au regard de la séance d'information étaient l'âge du parent répondant (RC=1,33 pour l'augmentation d'un an; IC: 1,12-1,58) et le fait d'avoir des antécédents de fausse-couche pour la mère (RC=9,63; IC : 1,96-47,43). Par contre, les parents dont les enfants avaient eu un problème de santé important à la naissance étaient moins satisfaits (RC=0,14; IC : 0,03-0,82). La satisfaction générale au regard des rencontres des parents était inversement associée au fait d'habiter une maison individuelle (RC =0,22; IC : 0,07-0,77), à la détresse psychologique du parent répondant (RC=0,92 pour l'augmentation d'une unité; IC : 0,85-0,99) et le fait que l'enfant cible soit l'aîné (RC=0,37; IC : 0,14-0,99). À la séance d'évaluation par l'orthophoniste du CLSC, les répondants étaient moins satisfaits si la mère de l'enfant cible avait consommé des médicaments prescrits durant la grossesse (RC=0,34; IC : 0,13-0,88), si l'enfant avait un problème d'attention (RC=0,90; IC : 0,83-0,98), si l'enfant avait été référé vers d'autres professionnels ou ressources (RC=0,29; IC : 0,10-0,81) et si l'enfant avait un bon développement cognitif (RC=0,93; IC : 0,88-0,98). Globalement, ces résultats suggèrent que les parents les moins satisfaits sont ceux dont l'enfant a d'autres problèmes de santé. Une attention particulière devrait être apportée afin que ces enfants soient référés rapidement vers une équipe multidisciplinaire.

AVANT-PROPOS

Je saisis cette occasion particulière pour remercier chaleureusement et sincèrement ma directrice de recherche, Dre Isabelle Bairati pour sa supervision de qualité à toutes les étapes de la réalisation de ce mémoire, le partage des connaissances ainsi que les travaux antérieurs réalisés sur ce projet qui m'ont servi de sources d'information (protocole, conception des questionnaires, collecte des données, etc.). Je la remercie aussi pour sa compréhension, ses conseils et son soutien moral aux moments difficiles que j'ai traversés.

Je désire aussi remercier le Dr François Meyer qui a travaillé sur la conception des questionnaires et la collecte des données. Je le remercie pour les connaissances qu'il m'a transmises en tant que maître, aussi bien dans le cadre des cours du programme d'épidémiologie qu'au niveau de son encadrement dans ce travail. Veuillez recevoir, Maître, toute ma gratitude.

Je remercie les autres membres de l'équipe de recherche notamment, Mme Audette Sylvestre, Mme Chantal Desmarais, Mme Nancie Rouleau, pour les travaux antérieurs qui m'ont permis de réaliser ce mémoire (protocole, collecte des données...). En particulier, je remercie également Mme Chantal Desmarais pour sa disponibilité à évaluer ce travail.

Finalement, je remercie le Dr Daouda Cissé pour son soutien moral et ses conseils éclairés. Je remercie mes camarades de promotion notamment, Charles Sounan Touré, Romain Dacko.

Je dédie ce travail à mes filles : Aminata et Fatou Bintou. Je dédie ce travail à toute ma famille au Sénégal. Je remercie mes parents pour l'éducation qu'ils m'ont donnée. Mes pensées à ma mère et à mon père qui sont au ciel que la terre leur soit légère.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
AVANT-PROPOS	iii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
Chapitre I Introduction	1
Chapitre II État des connaissances	3
2.1 Développement du langage	3
2.1.1. Développement normal du langage	3
2.1.2. Retard du langage	4
2.1.2.1 Définition du retard de langage	4
2.1.2.2 Mesures du retard de langage	5
2.1.2.2.1 Language Development Survey (LDS)	5
2.1.2.2.2 MacArthur Communicative Development Inventories (MCDI)	6
2.1.2.2.3 Constitution du groupe d'enfants avec un retard de langage.....	8
2.1.2.3. Facteurs associés au retard de langage	9
2.1.2.4. Conséquences du retard de langage.....	10
2.2. Intervention précoce	11
2.2.1. Approches d'interventions.....	12
2.2.1.1 Approche passive.....	12
2.2.1.2. Approche active.....	12
2.2.2 Stratégies utilisées	13
2.2.2.1. Intervention directe.....	14
2.2.2.2. Intervention indirecte.....	14
2.2.3. Efficacité des interventions	14
2.3. Programme de 1 ^{re} ligne en orthophonie.....	16
2.3.1. Objectifs	16
2.3.2. Description du programme	17
2.3.2.1. Mesures préventives d'application universelle	17
2.3.2.2 Mesures préventives d'application sélective.....	18
2.3.2.3. Mesures préventives indiquées.....	18
2.3.3. Bilan de l'évaluation d'implantation	19
2.4. Satisfaction au regard des services de santé	20
2.4.1. Définition et concept de la satisfaction.....	22
2.4.2. Dimensions de la satisfaction	27
2.4.3. Méthodes de mesure et déterminants de la satisfaction.....	29
2.4.3.1. Méthodes de mesure de la satisfaction	29
2.4.3.2. Déterminants de la satisfaction.....	32
2.4.4. Études portant sur la satisfaction des parents	33
2.4.5. Problèmes méthodologiques dans les études de satisfaction.....	37
Chapitre III Objectifs de l'étude	40
Chapitre IV Méthodologie	41
4.1 Devis de l'étude et considération éthique.....	41
4.2. Population à l'étude	42

4.3.	Recueil des données.....	42
4.3.1.	Programme de 1re ligne en orthophonie des CLSC	42
4.3.1.1.	Brève description du programme	42
4.3.1.2.	Évaluation orthophonique réalisée dans le programme.....	43
4.3.2.	Première visite à domicile	43
4.3.3.	Entrevue téléphonique	45
4.4.	Questionnaires et instruments utilisés pour la collecte de données.....	45
4.4.1.	Instrument évaluant la satisfaction générale des parents.....	45
4.4.2	Questionnaires et instruments évaluant les caractéristiques des parents et de l'enfant.....	46
4.4.2.1.	Questionnaire général	46
4.4.2.2.	Autres instruments utilisés.....	47
4.4.2.2.1.	Perception des stress parentaux	47
4.4.2.2.2.	Inventaire des connaissances	48
4.4.2.2.3.	Ressources	48
4.4.2.2.4.	Comportement de l'enfant.....	48
4.4.2.2.5.	Stimulation du langage	49
4.4.2.2.6.	Développement cognitif et moteur	50
4.4.2.2.7	Mac Arthur communicative development inventorie	50
4.5.	Analyses statistiques.....	50
4.5.1.	Description des données	50
4.5.2.	Variables d'intérêt	51
4.5.3.	Variables explicatives.....	51
4.5.3.1.	Variables caractérisant les parents.....	52
4.5.3.1.1.	Composition et stabilité de la maisonnée	52
4.5.3.1.2.	Caractéristiques socio-économiques et sanitaires.....	52
4.5.3.1.3.	Perception des stress parentaux	53
4.5.3.1.4.	Inventaire des connaissances	54
4.5.3.1.5.	Ressources	54
4.5.3.1.6.	Stimulation du langage	54
4.5.3.2.	Variables caractérisant l'enfant	55
4.5.3.2.1.	Questionnaire général	55
4.5.3.2.2.	Variables caractérisant la santé de l'enfant	55
4.5.3.2.3.	Comportement de l'enfant.....	56
4.5.3.2.4.	Développement cognitif et moteur	56
4.5.4.	Analyses bivariées et multivariées	57
4.5.4.1.	Analyses bivariées	57
4.5.4.2.	Modèles multivariés	57
Chapitre V	Résultats	60
5.1	Description de la population de l'étude.....	60
5.1.1.	Caractéristiques socio-économiques et état de santé du répondant.....	62
5.1.1.1.	Caractéristiques générales	62
5.1.1.2.	Description de l'état de détresse et des ressources des parents au moment de l'entrevue	62
5.1.2.	Caractéristiques sociodémographiques des enfants et leur état de santé.....	65
5.1.2.1.	Caractéristiques générales	65

5.1.2.2.	Description du développement de l'enfant et de ses difficultés au moment de l'entrevue	65
5.1.3.	Description des scores de la satisfaction générale.....	67
5.2.	Association entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des parents et de l'enfant.....	69
5.2.1.	À la séance d'information.....	69
5.2.1.1	Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des parents.....	69
5.2.1.2	Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des enfants.....	73
5.2.1.3.	Facteurs associés à la satisfaction au moment de la séance l'information ...	73
5.2.2.	À la séance de rencontre des parents	76
5.2.2.1	Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des parents.....	76
5.2.2.2	Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des enfants.....	76
5.2.2.3.	Facteurs associés à la satisfaction au moment de la rencontre des parents ...	77
5.2.3.	À la séance d'évaluation.....	82
5.2.3.1	Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des parents.....	82
5.2.3.2.	Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des enfants.....	82
5.2.3.3.	Facteurs associés à la satisfaction au moment de la séance d'évaluation	83
	Chapitre VI Discussion	88
	Chapitre VII Conclusion	104
	BIBLIOGRAPHIE	105
	ANNEXES	119

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1: Description de la population d'étude.....	61
Tableau 2: Caractéristiques socio-économiques du répondant.....	63
Tableau 3: Description selon les seuils préétablis du niveau de stress du répondant et de ses ressources, de l'état développemental et comportemental de l'enfant au moment de l'entrevue	64
Tableau 4: Caractéristiques sociodémographiques des enfants et leur état de santé.....	66
Tableau 5: Description des scores de satisfaction générale.....	68
Tableau 6: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'information associés à certaines caractéristiques parentales	71
Tableau 7: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'information associés à certaines caractéristiques des parents	72
Tableau 8: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'information associés à certaines caractéristiques de l'enfant	74
Tableau 9: Rapports de cotes (RC) ajustés de la satisfaction à la séance d'information associés à certaines caractéristiques des parents et de l'enfant	75
Tableau 10: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction aux rencontres des parents associés à certaines caractéristiques parentales	78
Tableau 11: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction aux rencontres des parents associés à certaines caractéristiques des parents et de l'enfant	79
Tableau 12: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction aux rencontres des parents associés à certaines caractéristiques de l'enfant	80
Tableau 13: Rapports de cotes (RC) ajustés de la satisfaction aux rencontres des parents associés à certaines caractéristiques des parents et de l'enfant	81
Tableau 14: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'évaluation associés à certaines caractéristiques parentales	84
Tableau 15: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'évaluation associés à certaines caractéristiques des parents et de l'enfant	85
Tableau 16: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'évaluation associés à certaines caractéristiques de l'enfant	86
Tableau 17: Rapports de cotes (RC) ajustés de la satisfaction à la séance d'évaluation associés à certaines caractéristiques des parents et de l'enfant	87

Annexe A: Description des items utilisés pour évaluer la satisfaction générale des parents au regard de la séance d'information et l'échelle Likert associée	120
Annexe B: Description des items utilisés pour évaluer la satisfaction générale des parents au regard des rencontres de formation des parents en petits groupes et l'échelle Likert associée	121
Annexe C: Description des items utilisés pour évaluer la satisfaction générale des parents au regard de l'évaluation du langage de l'enfant par l'orthophoniste et l'échelle Likert associée	122

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CSQ : ‘‘Client Satisfaction Questionnaire’’

ERS : ‘‘Evaluation Ranking Scale’’

FCS : ‘‘Family Centred Service’’

LDS : ‘‘Language Development Survey’’

LGI : ‘‘Language and gesture Inventory’’

MCDI : ‘‘MacArthur Communicative Development Inventories’’

MCDI-WG : ‘‘MCDI-Words and Gestures’’

MCDI-WS : ‘‘MCDI-Words and Sentences’’

MPOC : ‘‘Measure of Processes of Care’’

PQ : Parent Questionnaire

PSQ : Patient Satisfaction Questionnaire

SAS : ‘‘Statistical Analysis System’’

Chapitre I

Introduction

Le retard du langage chez les enfants constitue un problème de santé publique. La prévalence du retard de langage expressif dans une population générale de 1189 enfants américains a été estimée à 13,5 % chez les enfants âgés de 18 à 23 mois et à 17,5 % chez les jeunes de 30 à 36 mois⁴³. Rescola⁸¹ a estimé à 18 %, la prévalence du retard de langage expressif. Cette prévalence a été obtenue dans une population générale de 500 enfants âgés de 24 mois, qui ont des statuts socio-économiques variés et qui ont consulté les services de pédiatrie dans certaines villes des États-Unis⁸¹.

Les problèmes du langage peuvent avoir des conséquences importantes sur les apprentissages scolaires et sur la socialisation de l'enfant^{16,27,69,82,83,85}. Les enfants qui souffrent du retard de langage font souvent face à un défaut de prise en charge rapide et précoce³⁷. C'est pourquoi, dans la région de Québec, un programme de première ligne en orthophonie a été implanté depuis 1999 dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC), pour prendre en charge les enfants qui accusent un retard du langage. Ce programme a pour but, de rendre accessible et rapide la prise en charge de ces enfants, de diminuer l'incidence des problèmes de langage et de communication chez les enfants, de réduire les conséquences de ce problème sur le développement global des enfants et enfin de répondre aux préoccupations des parents.

Pertinence de l'étude

Parmi les raisons de consultations pour des retards de développement, le retard du langage occupe une place importante. Les orthophonistes reçoivent la plupart du temps des parents qui sont inquiets du sort de leur enfant. D'après certaines études, environ la moitié des enfants qui présentent un retard du langage à l'âge de 2 ans va se rattraper vers l'âge de 3 ans^{69, 82, 83, 85, 27, 16}.

L'intervention précoce est le moyen le plus utilisé par les orthophonistes pour prévenir le retard du langage et ses conséquences chez l'enfant.

Comme un programme de 1^{re} ligne en orthophonie a été mis en place récemment dans la région de Québec, il apparaît donc pertinent d'une part, d'évaluer la satisfaction des parents au regard de ce programme d'intervention précoce et d'autre part, d'identifier si cette satisfaction varie selon certaines caractéristiques des parents et de leurs enfants.

Chapitre II

État des connaissances

2.1 Développement du langage

Les problèmes liés au développement de l'enfant en bas âge font souvent l'objet d'inquiétude auprès des parents qui, à cet effet, consultent les professionnels de la santé qui œuvrent dans ce domaine. Parmi ces problèmes, le retard du langage occupe généralement une place prépondérante dans les consultations pédiatriques, psychiatriques^{81, 83}. Ces problèmes peuvent se manifester sous forme de retard ou de troubles. Dans le cas du retard de langage, l'enfant peut accuser un déficit dans l'acquisition, la compréhension, la production ou la combinaison de mots. Dans certains cas, le retard de langage peut être rattrapé par l'enfant avant son entrée à l'école. Dans d'autres cas, ce problème peut demeurer et donner suite à des troubles du langage avec des conséquences néfastes sur l'enfant à long terme^{69, 82, 83, 85, 27, 16}.

2.1.1. Développement normal du langage

Le développement et l'acquisition du langage chez l'enfant ont fait l'objet de beaucoup d'études. Dans les séquences de développement normal et de l'acquisition du langage, les habiletés langagières de l'enfant augmentent au fur et à mesure qu'il grandit en âge. Par exemple, entre 8 et 15 mois, il est noté une phase de communication non verbale caractérisée par des gestes et du babillage de la part de l'enfant. Les premiers mots sont exprimés aux environs de 12 mois^{97, 70}. Durant la période comprise entre 12 et 18 mois, il y a une phase d'acquisition lente dans la production et la combinaison de mots. Les mots produits par l'enfant dans cette tranche d'âge sont d'environ 50 mots. Ces mots sont souvent produits isolément et sans combinaison. Entre 18 et 24 mois, il y a une forte

croissance de la taille du vocabulaire. Le nombre de mots produit par l'enfant est égal ou supérieur à 150 mots à 20 mois et à 200 mots ou plus à 24 mois. A cet âge, il est noté que l'enfant est capable de combiner deux ou trois mots^{81, 15, 70, 69, 26}.

2.1.2. Retard du langage

2.1.2.1 Définition du retard de langage

Dans la littérature anglo-saxonne, les enfants qui accusent un retard du langage sont communément appelés « Late talkers ». Ce groupe d'enfants est caractérisé par « *un retard dans la production de leurs premiers mots¹⁰⁰, un niveau de développement faible de leur vocabulaire, autrement dit, une compétence limitée dans leur langage expressif* »^{111,97}.

Ce groupe d'enfants qui souffre d'un retard du langage a fait l'objet d'investigation et d'un intérêt marqué chez certains chercheurs. Certains auteurs ont défini le retard du langage selon un certain nombre de critères. Rescola⁸¹ a établi trois types de critères basés sur l'outil de mesure du langage « *Language Development Survey (LDS)* ». Ces critères tiennent compte du nombre de mots produit par l'enfant et de l'absence de combinaison de mots à l'âge de 24 mois. Selon le critère le moins restrictif, l'auteur⁸¹ considère l'enfant comme ayant « *un retard du langage à 24 mois s'il produit moins de 50 mots et ne combine pas de mots* »⁸¹.

Paul, en utilisant le même outil de mesure du langage « *LDS* » a établi des critères selon le nombre de mots compréhensibles et de l'absence de combinaison de mots produit par l'enfant en fonction de sa tranche d'âge. Ainsi, il considère que l'enfant a « *un retard du langage s'il produit moins de 10 mots compréhensibles entre 18 à 23 mois ou bien s'il produit moins de 50 mots ou ne combine pas deux mots entre 24 et 34 mois* »⁶⁹.

Thal et Bates ont utilisé l'outil « *Language and Gesture Inventory (LGI)* » pour évaluer le retard du langage chez les enfants. C'est une liste préétablie de mots et le parent coche les mots qui sont souvent utilisés par leur enfant pour communiquer. Cet outil est la version

antérieure du « *MacArthur Development Communicative Inventories (MCDI)* ». Les auteurs ont d'abord classifié les enfants selon leur groupe d'âge entre 18 et 32 mois. Ensuite, ils ont établi des critères qui tiennent compte du score de mots produit par l'enfant selon son groupe d'âge (en percentile) et de la capacité de l'enfant à combiner deux mots. Selon les auteurs⁹⁹, l'enfant est considéré comme ayant « *un retard du langage si sa production de mots est en dessous du 10^e percentile en fonction de son groupe d'âge et s'il ne combine pas deux mots* »⁹⁹.

2.1.2.2 Mesures du retard de langage

Deux outils sont les plus fréquemment utilisés pour mesurer le développement du langage chez l'enfant. Il s'agit du *Language Development Survey (LDS)* et du *MacArthur Communicative Development Inventories (MCDI)*. Ces deux outils de mesures permettent d'évaluer le développement normal et le retard de langage dans la population générale d'enfants à des âges différents. Ces deux outils ont des utilités en clinique et dans la recherche.

2.1.2.2.1 Language Development Survey (LDS)

L'outil LDS a été développé par Rescola⁸¹ pour évaluer le développement normal et le retard du langage chez les enfants âgés de 24 mois. Dans l'une de ses premières versions, l'outil LDS était constitué d'une liste de 242 mots regroupés selon 17 catégories sémantiques. Les parents étaient appelés à cocher sur cette liste préétablie, les mots que leur enfant utilisait aisément. Les parents devaient aussi rapporter l'utilisation de mots combinés par leur enfant. Dans ce cas, ils étaient invités à écrire au moins trois phrases complètes dont l'enfant faisait souvent usage lors de sa communication. Par ailleurs, cet outil comprenait un questionnaire concernant les caractéristiques socioéconomiques, démographiques, familiales et sanitaires des parents. Cette première version du LDS a été administrée à 351 enfants âgés de 22 à 26 mois venus consulter en pédiatrie. Le recrutement était effectué dans cinq différentes unités pédiatriques privées et publiques aux États-Unis (Connecticut, New York, Philadelphie).

Trois critères ont été utilisés pour évaluer le retard du langage :

- 1- *L'enfant utilise moins de 30 mots et n'utilise pas de combinaison de mots.*
- 2- *L'enfant utilise moins de 30 mots ou n'utilise pas de combinaison de mots.*
- 3- *L'enfant utilise moins de 50 mots ou n'utilise pas de combinaison de mots.*

Pour chaque critère, l'auteur rapportait une prévalence du retard du langage dans cette population d'enfant. Selon les critères utilisés, qui allaient du plus restrictif (critère 1) au plus large (critère 3), la prévalence du retard du langage dans cette population d'enfants variait de 7 % à 18 %⁸¹.

Le LDS peut être utilisé comme un outil épidémiologique pour détecter le retard du langage chez les enfants à l'âge de 24 mois⁸⁴. La validité et la fiabilité de cet outil ont fait l'objet d'une étude portant sur 81 enfants âgés de 24 à 34 mois. L'outil LDS utilisé comprenait 279 mots regroupés selon 14 catégories sémantiques. Le vocabulaire total dans cette population d'enfants a été évalué entre 128 et 169 mots. Les auteurs⁸⁴ ont trouvé que l'outil avait une excellente consistance interne (Alpha de Cronbach de 0,99), une bonne sensibilité (89 %) et une bonne spécificité (86 %) ^{81, 83, 86}. Des corrélations de Pearson de 0,87 ont été observées entre le LDS et le « Bayley Mental Development Scale »⁴ et de 0,87 entre le LDS et le « Reynell Expressive and Receptive Languages Scale »⁸⁹.

2.1.2.2.2 MacArthur Communicative Development Inventories (MCDI)

L'outil MacArthur Communicative Development Inventories (MCDI) a été développé pour la première fois par Fenson et ses collaborateurs²⁴. Il s'agit d'une liste de mots destinés aux parents d'enfants âgés entre 8 et 30 mois. Cette liste permet d'évaluer les habiletés du langage chez les enfants, notamment la compréhension et la production du vocabulaire à un jeune âge.

Dans la première version, l'outil MCDI est constitué de deux listes complémentaires: *le MCDI-Words and Gestures (MCDI-WG)* et *le MCDI-Words and Sentences (MCDI-WS)*. *Le MCDI-Words and Gestures (MCDI-WG)* est la forme destinée aux enfants âgés de 8 à 16

mois. Cette forme comprend deux parties : une première partie constituée par 396 items qui est destinée à évaluer le vocabulaire réceptif et expressif et une deuxième partie qui permet d'évaluer l'intention de l'enfant à communiquer à travers les gestes et les symboles. *Le MCDI-Words and Sentences (MCDI-WS)* est la forme destinée aux enfants âgés de 16 à 30 mois. Elle est constituée par une liste de 680 mots. Elle permet d'évaluer, entre autres, la production du vocabulaire, le développement morphologique, syntaxique et grammatical de l'enfant. Les données qui ont permis de valider l'outil MCDI portaient sur une population générale de 689 enfants pour la forme MCDI-WG et une population générale de 1130 enfants pour la forme MCDI-WS. Les données ont été collectées à travers des questionnaires postaux. Ces données concernaient trois villes des États-Unis : New Haven, Seattle et San Diego. Les auteurs²⁴ se sont basés sur l'expérience qu'ont les parents sur le langage de leurs enfants pour développer l'instrument MacArthur. En plus de la liste préétablie destinée à évaluer les habiletés langagières des enfants et des jeunes enfants, le MacArthur contient un questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques des parents comme le groupe ethnique, l'éducation. La forme MCDI-WS contient en plus, des items qui demandent aux parents d'écrire trois meilleures phrases dont l'enfant fait souvent usage lors de sa communication. Les auteurs²⁵ ont trouvé une bonne consistance interne de l'outil (alpha de Cronbach pour la forme MCDI-WS est de 0,96). Les corrélations parmi les sous-échelles de phrases complexes variaient entre 0,80 à 0,91²⁵. La corrélation entre le test et le retest des sous-échelles du MCDI-WS à un mois d'intervalle était de 0,95. La corrélation entre l'outil MacArthur et les autres instruments de mesure du langage a été établie. Par exemple, la corrélation entre le LDS et le MCDI-WS concernant la moyenne du score de phrases longues était de 0,91 ($p < 0,001$)⁸⁷.

Fenson et ses collaborateurs²⁶ ont été inspirés par la première version du MCDI dans l'élaboration du MCDI - Version courte²⁶. Cet outil permet d'estimer rapidement les habiletés de l'enfant en ce qui concerne le langage et la communication. Cette version allégée évalue la compréhension du vocabulaire et la production de mots. L'instrument comprend deux niveaux. Le niveau I qui est la forme destinée aux enfants âgés de 8 à 18 mois. Il s'agit d'une liste de 89 mots séparés en deux colonnes, une colonne pour la compréhension du vocabulaire et une autre colonne pour la production du vocabulaire. Le

niveau II qui est la forme destinée aux enfants âgés de 16 à 30 mois. Il s'agit d'une liste de 100 mots et elle comprend deux parties. Une première partie qui évalue la production du vocabulaire et une seconde partie qui évalue la combinaison de mots. L'outil MCDI comprend une grille d'évaluation qui permet de noter le score du vocabulaire compris et produit par l'enfant en fonction de sa tranche d'âge (en mois). Le score est classé en percentile (10 à 100). Un score inférieur au 10^e percentile signifie que l'enfant a un retard du langage. La fiabilité de l'instrument est excellente pour les deux niveaux. Pour le niveau I, l'alpha de Cronbach est de 0,97. Pour le niveau II, en ce qui concerne la production du vocabulaire et la combinaison des mots l'alpha de Cronbach est égal à 0,99 pour chaque partie. Des corrélations de Pearson, établies entre la version longue et la version courte, ont montré un bon degré de congruence. Plusieurs études portant sur le retard du langage des enfants utilisent le MCDI pour identifier les faibles habilités en langage des enfants à des âges variables. Cet outil permet aussi d'identifier les enfants qui ont un niveau de langage normal^{42, 52}. Le MCDI est aussi utilisé comme outil dans certaines études épidémiologiques. C'est le cas de l'étude d'Horwitz⁴³ portant sur 1189 enfants âgés de 12 à 39 mois. Cet auteur a utilisé l'outil MCDI, pour calculer la prévalence du retard du langage dans une population générale d'enfants. Il a aussi étudié l'association entre certains facteurs et le retard du langage⁴³.

2.1.2.2.3 Constitution du groupe d'enfants avec un retard de langage

La plupart des études qui évaluent le retard du langage chez les enfants en bas âge utilisent les outils de mesures du langage que sont le MCDI et le LDS. Le fait que ces deux outils n'utilisent pas les mêmes seuils ou le même âge pour caractériser le retard du langage, peut avoir une conséquence sur la constitution de ce groupe d'enfants.

Whitehurst et ses collaborateurs¹¹³ ont défini le retard du langage expressif comme « *un déficit dans la production du vocabulaire chez l'enfant par rapport à son niveau d'âge* ». Le retard du langage réceptif est défini comme « *un déficit de l'enfant à pouvoir répondre au langage des autres en fonction de son âge* ». Ces deux groupes d'enfants ayant des déficits expressifs et réceptifs sont qualifiés par l'auteur comme ayant « *un développement*

normal dans les autres sphères (cognitif et moteur), mais un problème spécifique dans le développement de leur langage »¹¹³.

Dans sa recension de la littérature, Desmarais et collaborateurs parlent d'hétérogénéité dans la composition de ce groupe, car selon l'auteur, « *certaines de ces enfants souffrent d'un déficit expressif, d'autres ont un déficit réceptif et expressif, par contre certains enfants, en plus du déficit expressif ont un vocabulaire très faible* »¹⁸. Cette différence dans la constitution du groupe de « late talkers » met en évidence l'absence d'une définition uniforme du terme. En effet, la plupart des auteurs utilisent des critères seuils plus ou moins restrictifs ou bien plus ou moins larges qui tiennent compte de l'âge de l'enfant, du nombre de mots produits, de la présence ou de l'absence de combinaisons de mots^{81, 99, 69, 24}. La variabilité dans les caractéristiques des enfants dans ce groupe peut entraîner des résultats différents concernant les études qui évaluent le retard du langage de l'enfant. Ceci peut être à l'origine de problèmes de comparabilité des études portant sur le retard du langage de l'enfant^{27, 16}.

C'est pourquoi Desmarais et ses collaborateurs concluent que pour faire une intervention orthophonique efficace adaptée aux besoins de l'enfant, il serait nécessaire d'une part, de mieux connaître les facteurs associés au retard de langage et d'autre part, d'avoir une meilleure définition du retard de langage prenant en compte d'autres critères selon une approche standardisée¹⁸.

2.1.2.3. Facteurs associés au retard de langage

Le développement du langage chez l'enfant est fortement influencé par de nombreux facteurs parmi lesquels: les facteurs propres à l'enfant, à son environnement et à sa famille. En ce qui concerne les caractéristiques propres à l'enfant, des études ont souligné le lien entre les antécédents d'otites répétées et le retard du langage^{69, 43}.

L'association entre le sexe et le retard du langage a été soulignée par différents auteurs. Selon ces auteurs, la proportion de garçons ayant un retard du langage est beaucoup plus

grande que la proportion de filles qui accusent un retard du langage^{81, 43}. Le lien entre le développement de la communication de l'enfant à l'âge de 8 mois et le retard du langage a été souligné dans une étude récente⁹⁰. Concernant les caractéristiques environnementales et familiales de l'enfant, certains facteurs semblent avoir une influence sur la survenue du retard du langage. Il s'agit de la pauvreté, du niveau d'éducation de la mère, du niveau élevé de stress des parents, du niveau élevé de dépression des parents, la monoparentalité et du manque de stimulation adéquat du langage^{81, 111, 43}. Les antécédents de problèmes du langage dans la famille pourraient être aussi liés au retard du langage de l'enfant⁶⁹.

D'autres études ont essayé d'établir une relation entre les habitudes comportementales de l'enfant (hyperactivité, internalisation et externalisation) son développement socio émotionnel et son développement du langage^{88, 69, 92}. La relation entre les compétences sociales de l'enfant et le retard du langage a été mentionnée dans certaines études^{69, 43}.

2.1.2.4. Conséquences du retard de langage

Dans la littérature, plusieurs études ont porté sur le devenir du groupe d'enfants ayant un retard du langage à l'âge de deux ans. D'après les résultats de ces études, certains auteurs suggèrent que presque la moitié des enfants qui ont un retard du langage comble généralement leur déficit vers l'âge de trois ans^{69, 83, 82, 85, 27, 16, 99}. D'autres auteurs suggèrent que ces enfants rattrapent leur retard vers l'âge de quatre à cinq ans^{7, 33}. Il est souvent difficile, dans ce groupe d'enfants identifiés comme ayant un retard, de dire lesquels vont développer ultérieurement des problèmes de langage⁴⁷. Certains auteurs suggèrent que les enfants qui souffrent d'un retard spécifique du langage expressif à l'âge de deux ans, sont plus à risque d'éprouver des difficultés dans leur langage à l'âge de 3, 4 ou 5 ans^{82, 85, 7, 69, 100}.

En ce qui concerne les conséquences à long terme liées aux problèmes de langage chez les enfants en bas âge, ceux qui ont un retard ou un trouble du langage sont plus à risque de développer des problèmes socio affectifs, scolaires et comportementaux à long terme^{12, 102, 79, 27}. D'après les résultats du programme *Head Start*, portant sur 200 enfants d'âge préscolaire, Kaiser et ses collègues⁴⁵ observent que le niveau du langage réceptif et

expressif, chez les enfants avec des problèmes du comportement à l'âge préscolaire, était plus faible que celui de leurs homologues du même âge. Selon ces auteurs⁴⁵, ce même groupe d'enfants d'âge préscolaire ayant des problèmes du comportement avait des habiletés sociales inférieures à la moyenne.

Les auteurs suggèrent davantage de recherches et d'investigations dans le champ de la recherche sur le retard de langage des enfants, afin de mieux élucider l'association entre l'acquisition du langage chez les enfants et le développement socio-affectif⁴⁵.

Dans cette recension de la littérature, il est aussi noté, que l'âge auquel les enfants sont considérés comme ayant un retard du langage varie d'une étude à l'autre. Ce qui pourrait entraîner un problème de standardisation, d'uniformisation du groupe d'enfants ayant un retard de langage et de comparaison entre les résultats d'études qui portent sur les mêmes facteurs associés au retard du langage chez l'enfant. Par conséquent, il sera difficile de généraliser les résultats issus de ces études. En effet, les facteurs étudiés ne sont pas toujours les mêmes d'une étude à l'autre. Hormis les études longitudinales, la taille d'échantillon dans certaines études est très petite^{71, 99, 27, 110}. À l'exception de l'étude d'Horwitz et de ses collaborateurs⁴³, il existe très peu d'études épidémiologiques qui étudient en même temps beaucoup de facteurs incriminés dans le retard du langage⁴³. Une bonne connaissance des facteurs incriminés dans le retard du langage permettrait de concevoir et de développer des programmes qui visent à diminuer les problèmes du langage et de la communication chez les enfants.

2.2. Intervention précoce

L'intervention précoce est reconnue comme apportant des bénéfices importants aux enfants qui présentent des retards de développement³⁴. Ces bénéfices peuvent être importants au cours de la petite enfance ou des années préscolaires. La diversité des facteurs de risque et la constitution composite du groupe d'enfants ayant des déficits du langage et de la communication semblent être, entre autres, à l'origine de la diversité des formes d'interventions.

2.2.1. Approches d'interventions

Dans la littérature, il est fait mention de deux courants différents concernant l'intervention précoce. L'approche qui consiste à attendre que l'enfant ait 4 ou 5 ans pour intervenir (*Wait and see*) et l'approche selon laquelle il faut intervenir très tôt chez l'enfant pour prévenir les conséquences néfastes du déficit du langage à long terme.

2.2.1.1 Approche passive

Les partisans de cette approche se basent sur le fait que : 1) le retard du langage est un problème qui se corrige avec le temps, 2) la moitié des enfants, qui accusent un retard du langage à deux ans, se rattrapent à l'âge de trois ans, 3) les enfants souffrant d'un retard spécifique du langage expressif ont un bon pronostic et leur retard se normalise spontanément entre l'âge de 3 à 5 ans. C'est une des raisons pour lesquelles, ils recommandent d'intervenir auprès de l'enfant après l'âge de 4 ans^{27, 113}.

2.2.1.2. Approche active

Les partisans de cette approche sont pour une intervention précoce. Différents auteurs ont théorisé sur une approche adéquate dans le but de rendre optimal les interventions. La plupart des interventions sont effectuées : en petit groupe, en classe, individuellement ou par la formation des parents³⁴.

Law⁵⁰ a défini trois types d'approches : 1) *L'approche didactique* qui consiste à faire acquérir à l'enfant des habiletés langagière dans un contexte formel. Par exemple, avec l'orthophoniste en clinique ou bien la salle de classe où l'enfant reçoit un enseignement direct de la part d'un instituteur, 2) *L'approche naturaliste* qui consiste à utiliser l'environnement naturel de l'enfant pour améliorer les habiletés de communication de l'enfant. Par exemple, à la maison, avec les parents ou la famille. Le but de cette approche est d'amener l'enfant à interagir avec son environnement pour améliorer son déficit en langage, 3) *L'approche hybride* qui est une combinaison des approches didactiques et

naturalistes. Selon l'auteur⁵⁰, ces approches ne sont pas figées et sont susceptibles de modifications de la part de l'orthophoniste.

Pour Warren et coll.¹⁰⁷, quatre types d'enseignement du langage semblent faire leur preuve dans l'amélioration des habiletés langagières des enfants. Il s'agit de : 1) *l'enseignement en milieu prélinguistique*, comme dans les centres de la petite enfance. Ce type d'enseignement a pour but d'aider les enfants à passer de la *communication préintentionnelle* à la *communication intentionnelle*, 2) *l'enseignement dans le milieu*, comme à l'école, avec l'orthophoniste ou bien avec les parents. Ce type d'enseignement utilise l'environnement dans lequel se trouve l'enfant pour augmenter ses chances d'interagir avec une personne adulte. Ce type d'enseignement pourrait consister à des techniques précises (Par exemple, l'adulte peut demander à l'enfant de désigner un objet situé un peu loin, comme un livre, ensuite l'adulte fait répéter le mot 'livre' à l'enfant), des activités et des interactions continues avec l'enfant, mais aussi à l'utilisation d'un langage ciblé qui correspondrait au niveau de compétences langagières de l'enfant (par exemple la combinaison précoce de mots 'maman dort'), 3) *l'interaction réceptive*. Ce type d'enseignement consiste à outiller les personnes qui gravitent autour de l'enfant (par exemple, les intervenants, les enseignants, les parents) à être plus réceptives aux demandes de communication de l'enfant. Dans ce type d'enseignement, la personne adulte fait suite aux initiatives de communication de l'enfant par des réponses qui précisent les objets et qui intéressent l'enfant, 4) *l'enseignement direct*, ce type d'enseignement est caractérisé par : *des sollicitations, du renforcement et une rétroaction immédiate* sur l'usage de la *grammaire ou du vocabulaire lors des séances très structurées*. Ce type d'enseignement est souvent utilisé chez les enfants à risque ou ayant un retard minime du langage^{107, 101}.

2.2.2 Stratégies utilisées

Les services offerts dans le cadre des programmes d'intervention précoce auprès des enfants peuvent être : direct ou indirect.

2.2.2.1. Intervention directe

Dans l'intervention directe, c'est l'orthophoniste qui prend en charge les enfants soit en groupe ou soit individuellement. Dans ce type d'intervention les parents jouent un rôle de relais qui consiste à soutenir et accompagner le traitement orthophonique³⁴.

2.2.2.2. Intervention indirecte

Dans l'intervention indirecte, l'orthophoniste forme les parents qui à leur tour effectuent l'intervention. Dans la plupart des cas, il s'agit généralement de la mère. Dans ce type d'intervention, les parents sont chargés d'améliorer le développement du langage de leur enfant chaque jour dans un cadre naturel^{112, 34}.

2.2.3. Efficacité des interventions

Diverses stratégies sont utilisées dans le cadre de l'intervention précoce. Cependant, les résultats des études portant sur l'efficacité de ces interventions montrent une amélioration seulement dans certains aspects du langage notamment les interventions qui concernent les enfants qui ont un déficit phonologique ou des difficultés du vocabulaire expressif^{50, 51}.

Les résultats d'une revue d'études expérimentales avec ou sans groupe de comparaison faite par Girolametto³⁴, soulignent que les interventions dispensées par les parents ont entraîné des progrès développementaux à court terme dans les aptitudes à la communication et les aptitudes langagières d'un large éventail d'enfants d'âge préscolaire, présentant un retard dans le développement du langage. On connaît toutefois, peu les effets à long terme de ce modèle d'intervention³⁴.

La revue Cochrane de Law et de ses collaborateurs⁵¹ n'a pas permis de mettre en évidence une différence d'efficacité quand l'intervention est menée par les parents entraînés ou par des orthophonistes.

L'intervention indirecte est de plus en plus utilisée dans les programmes d'intervention précoce. Cette section présente une évaluation de quelques études basées sur l'intervention indirecte. Girolametto et ses collaborateurs³³ ont réalisé une étude longitudinale dans laquelle, 21 enfants ayant un retard du langage et âgés de 24 mois ont été enrôlés dans un programme d'intervention menée par les parents entraînés. Ces enfants ont été suivis jusqu'à l'âge de cinq ans. Les résultats de cette étude indiquaient que 86 % des enfants identifiés au départ comme ayant un retard du langage avaient rattrapé leurs pairs. Les chercheurs ont identifié que 14 % (trois enfants) avaient une persistance des problèmes de langage³³. Dans un essai randomisé¹⁰, 61 enfants ayant un retard spécifique du langage expressif et âgés entre 24 et 26 mois étaient recrutés pendant une période de 28 mois. La randomisation portait sur 58 enfants divisés en deux groupes. Les analyses ont porté sur 47 enfants (24 pour le groupe expérimental et 23 pour le groupe contrôle). Dans le groupe expérimental, les enfants suivaient une intervention menée par les parents. Dans le groupe de contrôle les enfants ne bénéficiaient pas de l'intervention. Le suivi de l'étude portait sur 12 mois et les résultats ont été enregistrés auprès de ces enfants à l'âge de trois ans. Les résultats portaient sur une comparaison de trois groupes. : Le groupe expérimental, le groupe de contrôle et un groupe constitué d'enfants ayant un développement normal du langage. D'après les auteurs¹⁰, tous les enfants du groupe avec un développement normal du langage avaient montré une grande amélioration de leur habileté langagière. L'étude¹⁰ montre aussi que 75 % des enfants du groupe d'intervention et 43,5 % du groupe sans intervention ont un langage expressif dans les limites de la normale. Dans les deux groupes, les pourcentages d'enfants avec un diagnostic de trouble spécifique du langage étaient respectivement de 8,3 % et 26,1 %. Selon les auteurs¹⁰, les progrès de langage qui étaient constatés dans le groupe expérimental concernaient le vocabulaire, la morphologie et la syntaxe. Les auteurs¹⁰ notaient aussi dans ce groupe, une amélioration dans la compréhension, la production des mots et des phrases¹⁰.

D'après Girolametto³⁴, des études se sont intéressées à l'efficacité des interventions, mais peu d'études ont investigué les bénéfices à long terme de ces interventions sur les enfants. La cause de ce problème serait entre autres, l'absence de groupe de contrôle pour un suivi à long terme. L'explication pourrait être d'ordre éthique car la plupart des études qui portent

sur l'efficacité des interventions sont des essais randomisés et le problème éthique se poserait quant à la constitution d'un groupe contrôle qui ne recevrait pas de traitement précoce^{112, 34}. Peu d'études ont évalué de façon rigoureuse les interventions effectuées auprès des enfants qui souffrent de déficit du langage. Dans la revue Cochrane de Law⁵¹, il n'y a que 25 études. Il n'existe pas beaucoup d'études qui ont investigué l'efficacité des interventions indirectes effectuées par les parents. Par ailleurs, la plupart des études portent sur le court terme et le nombre d'enfants participants est souvent limité, incluant le plus souvent moins de 40 enfants^{71, 99, 27, 110}. Plusieurs problèmes sont notés dans les études existantes. Les parents qui participent à ce type de programme ont un niveau socioéconomique souvent élevé, ce qui pourrait poser un problème de représentativité de la population. Il serait intéressant d'évaluer l'efficacité des interventions effectuées par des parents issus de milieux socioéconomiques défavorisés ou issus d'autres communautés ethniques³⁴.

2.3. Programme de 1^{re} ligne en orthophonie

En juillet 1998, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec mettait en place un modèle d'organisation de services de première ligne en déficience du langage et de la parole destinés aux enfants⁸⁰. Ce programme était implanté progressivement à partir de janvier 1999. Le modèle propose une offre de services sur chaque territoire de Centre local de services communautaires (CLSC), en lien avec les autres services de première ligne. Ce modèle met l'accent sur une approche préventive, communautaire et populationnelle³⁷.

2.3.1. Objectifs

Ce programme de prévention et d'intervention précoce vise les enfants de deux ans à trois ans qui présentent un retard de langage. Les objectifs de ce programme sont de :

- Rendre accessible et rapide la prise en charge des enfants qui souffrent de trouble du langage;
- Diminuer l'incidence des problèmes de langage et de communication chez les enfants;
- Réduire les conséquences de ce problème sur le développement global des enfants;

- Développer les compétences des parents à détecter un potentiel problème de langage de leur enfant.

2.3.2. Description du programme

Dans le cadre de son organisation des services, le programme est composé de deux parties : une composante prévention et une composante traitement³⁷. Ce dernier correspond à l'intervention précoce. La séparation de ces deux parties est marquée par le diagnostic de l'orthophoniste auprès de l'enfant. L'orthophoniste établit les suites à donner après son évaluation notamment, une prise en charge de l'enfant par les services de première ligne, deuxième ou troisième ligne. Le modèle d'organisation aboutit en théorie à une réduction progressive du nombre d'enfants et de parents visés par les mesures préventives. La mesure universelle recrute un public large composé de parents inquiets ou intéressés ou même des intervenants des milieux de garde. La mesure spécifique cible uniquement les parents qui ont une persistance de leur inquiétude quant au développement de langage de leur enfant. La composante préventive est constituée de trois types de mesures selon la clientèle visée :

2.3.2.1. Mesures préventives d'application universelle

Ces mesures sont destinées à la population générale des enfants de trois ans et moins de chaque territoire de CLSC et leurs parents. Des activités, au nombre de deux, sont prévues dans ce cadre. Les buts de ces activités sont : 1) d'informer les parents sur le développement normal du langage, de les outiller pour savoir détecter certains problèmes auditifs ou de communication auprès de leur enfant; 2) d'informer les parents sur les attitudes et comportements qui favorisent le développement de la communication. Ces activités sont la porte d'entrée des parents aux services de première ligne en orthophonie en CLSC.

2.3.2.2 Mesures préventives d'application sélective.

Ces mesures sont destinées aux jeunes enfants et leurs parents de milieux défavorisés. Il n'existe pas d'activité structurée. Il est recommandé aux orthophonistes d'œuvrer en fonction de la réalité du terrain en milieu défavorisé, en identifiant les opportunités d'action, afin de développer et expérimenter des activités adaptées à l'environnement particulier. Cependant, un certain nombre de stratégies leur ont été suggérées :

- privilégier une approche communautaire et travailler avec des personnes relais comme les parents, les intervenants dans les milieux de garde;
- miser sur une étroite collaboration avec les intervenants des programmes existants comme ceux œuvrant en périnatalité et petite enfance auprès de clientèles défavorisées et ceux œuvrant dans les milieux de vie des enfants et des familles vulnérables (milieux de garde, organismes communautaires, etc.).

Les activités destinées aux clientèles défavorisées sont aussi une porte d'entrée aux services d'orthophonie en CLSC.

2.3.2.3. Mesures préventives indiquées

Ces mesures sont destinées aux enfants qui semblent présenter des signes précurseurs de problème de langage, selon leurs parents ou les intervenants. Les parents participent d'abord aux activités d'information dans l'une des deux mesures précédentes avant d'accéder à cette dernière. La plupart du temps, il s'agit de parents inquiets quant au développement de la communication de leur enfant. Les activités dans le cadre de cette mesure consistent : 1) en une consultation individuelle auprès de l'orthophoniste, pour les parents d'enfants âgés de 0-1an qui, après avoir participé à la rencontre d'information (mesures préventives universelles), suspectent un problème de langage chez leur enfant, 2) une série de trois rencontres destinées aux parents d'enfants âgés de 18-36 mois. Ces rencontres s'adressent aux parents qui, une fois la séance d'information terminée, suspectent un problème de langage chez leur enfant. La deuxième rencontre se déroule au CLSC où, à l'aide d'une caméra vidéo, l'orthophoniste procède à l'évaluation des habiletés

de communication de l'enfant lors d'une interaction avec ses parents en situation de jeu. Les résultats de l'évaluation et, au besoin, un counseling approprié sont immédiatement communiqués aux parents. Ces rencontres visent à habiliter les parents à aider efficacement leur enfant à progresser dans son apprentissage du langage et de la communication.

2.3.3. Bilan de l'évaluation d'implantation

Selon les auteurs³⁷, le but de l'évaluation était de fournir les informations nécessaires pour dresser un bilan de la première année d'implantation, pour planifier les ajustements et pour éclairer les décisions visant à améliorer le modèle et les conditions de son implantation.

Les données quantitatives ont porté sur : 4 CLSC de banlieue, 2 CLSC urbains et 2 CLSC périphériques. Les activités préventives universelles et sélectives d'information pour les parents étaient tenues dans tous les CLSC. Ces activités avaient permis de rejoindre 870 parents de 796 enfants de 3 ans et moins (sur un potentiel de 5740 enfants).

Des variations étaient observées entre les CLSC notamment, dans les CLSC de banlieue où les activités attiraient un plus grand nombre de participants contrairement, aux CLSC en périphérie où les orthophonistes devaient multiplier les rencontres pour atteindre un nombre moins grand de parents à chaque rencontre. Dans les milieux défavorisés, les activités avaient permis de rejoindre 169 parents de 187 enfants de 3 ans et moins. Cependant, les auteurs³⁷ notaient que l'orthophoniste devait effectuer un travail supplémentaire pour motiver les parents à assister à ces activités. De l'avis des orthophonistes, le modèle de service était inadapté à ce type de clientèle. Par ailleurs, les parents ayant participé aux activités d'information étaient très satisfaits des rencontres. Le pourcentage de réponses positives variait entre 71 % et 98 %.

Dans le cadre de projet à visée préventive pour les parents de milieux défavorisés (mesures préventives sélectives), sur 7 des 8 CLSC, des projets particuliers d'intervention auprès des parents et des enfants de milieux défavorisés ont été développés et expérimentés. Ces

projets misaient sur la stimulation du langage chez les enfants, le renforcement des compétences parentales. Ces projets permettaient aussi aux parents de modeler leurs comportements dans leur interaction avec leur enfant.

Pour les parents inquiets, des activités de formation étaient prévues (mesures préventives indiquées). Les parents de 278 enfants de 18 à 36 mois qui avaient assisté à la soirée d'information, avaient bénéficié de ces activités de formation. Les parents participants étaient très satisfaits de cette activité particulièrement, ils appréciaient l'évaluation des habiletés de communication de leur enfant en situation de jeu réalisée par l'orthophoniste.

Pour le cheminement dans le modèle, selon les auteurs³⁷, près d'un enfant sur deux qui était rejoint par le biais de leurs parents lors des soirées d'information, était par la suite visé par une mesure préventive indiquée. La majorité des enfants (80 % à 90 %) dont les parents avaient participé aux activités de formation des mesures préventives indiquées, avaient une intervention clinique en orthophonie (champ de l'intervention dans le modèle). Les auteurs³⁷ notaient aussi que peu de parents de milieux défavorisés s'inscrivaient aux mesures indiquées après leur participation à une soirée d'information.

2.4. Satisfaction au regard des services de santé

La recherche sur la satisfaction au regard des services de santé a connu une impulsion durant les années 1970-1980 aux États-Unis et au Royaume-Uni^{72, 14, 66}. Cette impulsion était attribuable à plusieurs facteurs : 1) Une volonté politique d'intégrer l'avis du client dans le processus de suivi et d'amélioration de la qualité des services et soins de santé, 2) Une obligation de rendre compte aux payeurs de la qualité des soins reçus, 3) Une forte poussée de groupes consuméristes qui diligentaient des études sur l'acceptabilité des soins^{58, 59}, 4) L'évaluation de l'efficacité et de la qualité des soins de santé à l'aide de la satisfaction est une approche moins coûteuse que celles jusqu'à alors effectuées comme les évaluations basées sur des critères cliniques ou économiques^{64, 94}.

La recherche sur la satisfaction a donné naissance à une méthode d'évaluation moins onéreuse des services de santé susceptible de donner de bons résultats⁴⁰. Dès lors, la satisfaction du patient a été utilisée comme un outil d'évaluation de la qualité des soins et services de santé⁹. La satisfaction des patients/clients a été utilisée pour la première fois pour évaluer les soins de santé primaire et les services de santé mentale^{56, 57, 66}. Ware et ses collaborateurs¹⁰⁵ ont été les premiers à investiguer dans la recherche sur la satisfaction du patient. C'est par la suite que le champ de cette recherche s'est élargi dans l'évaluation des autres disciplines médicales, des programmes et des services de santé. Le champ de la recherche sur la satisfaction et son utilisation dans le processus d'évaluation a été en constante évolution.

La satisfaction des parents est souvent utilisée dans l'évaluation des programmes et services de santé qui interviennent auprès des enfants. Par exemple en santé mentale, en pédiatrie, en réhabilitation, en orthophonie. Dans ces cas, la prise en compte de la satisfaction des parents est essentielle pour évaluer l'adéquation entre les besoins de l'enfant qui souffre de ces problèmes de santé et les services de santé reçus par l'enfant¹⁷. Les parents sont jugés bien placés pour apprécier les besoins de services et de traitements de leur enfant¹⁹, car ils vont assurer le suivi de leur enfant à la maison (le traitement se poursuit souvent à la maison).

Dans la littérature, il a été fait état d'un certain nombre de problèmes liés au concept de la satisfaction : 1) les difficultés liées à la définition de la satisfaction du patient et l'absence de consensus autour de cette définition, 2) la satisfaction est un concept complexe et multidimensionnel, 3) l'absence de support théorique du genre socio-psychologique qui permettrait de mieux connaître l'objet de l'évaluation de la satisfaction et par conséquent l'interprétation des résultats, 4) des problèmes méthodologiques rencontrés dans la plupart des études portant sur la satisfaction^{64, 62, 114, 94}.

2.4.1. Définition et concept de la satisfaction

La satisfaction est définie comme étant « *l'action de contenter un désir ou un besoin* »⁶⁰.

Définition et concept de la satisfaction utilisée en marketing

La satisfaction est surtout utilisée en marketing notamment, pour évaluer l'effet produit par un service, un produit ou une entreprise auprès de la clientèle et des usagers. Certains spécialistes en marketing définissent la satisfaction comme « *un jugement de valeur, une opinion, un avis qui résulte de la confrontation entre le service perçu et le service attendu* »³¹. Par contre, des auteurs considèrent que la satisfaction est « *fondée sur une comparaison de la performance perçue du service avec un standard préétabli* »⁶³. Ces définitions reflètent le modèle conceptuel de la satisfaction selon « *le paradigme de la confirmation des attentes* »⁷⁸. Celui-ci est expliqué par les notions de comparaison, d'attentes et de perceptions. Selon ce modèle, le client est très satisfait si la qualité qu'il perçoit du produit est supérieure à ses attentes envers ce produit. Par ailleurs, si la qualité qu'il perçoit du produit et ses attentes envers ce produit sont pareilles, il en résulte une simple satisfaction de la part du client. Par contre, si les attentes du client sont supérieures à sa perception du produit, il en résulte une insatisfaction de la part du client⁷⁸. Cet auteur⁷⁸, dans son modèle conceptuel distingue trois caractéristiques essentielles de la satisfaction notamment : la *subjectivité*, la *relativité*, et sa *nature évolutive*. Au niveau individuel, la satisfaction est relative, car elle est liée aux attentes du client. Par exemple, le niveau de satisfaction à l'égard des soins ou services de santé reçus peut être différent entre deux personnes qui ont vécu une expérience de soins identique. La satisfaction est subjective dans la mesure où elle est liée à la perception du client. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'évaluer un produit ou un service, la personne aura tendance à comparer ces derniers par rapport à des normes et des valeurs individuelles. La satisfaction est évolutive, car elle varie en fonction du temps. Par exemple, le souvenir de la consommation d'un produit pourrait devenir vague avec le temps. C'est pourquoi, il est souvent recommandé d'évaluer la satisfaction du client dans un court délai suivant la consommation du produit. Le jugement du client à l'égard d'un service s'élabore à partir des trois caractéristiques précitées⁷⁸.

Utilisation de la définition et du concept de satisfaction dans le domaine médical

Dans le domaine médical, Ware et ses collaborateurs¹⁰⁵ ont été les pionniers dans la recherche sur la satisfaction du patient. Ces auteurs¹⁰⁵ ont élaboré une définition et ont théorisé sur le terme « *satisfaction du patient* ». Selon Ware et coll.^{105, 106} « *la satisfaction du patient est une évaluation personnelle des services et soins de santé et des prestataires de soins* ». Les auteurs¹⁰⁶ distinguent l'information issue des questionnaires de satisfaction, de la satisfaction du patient, selon deux niveaux. L'évaluation objective de la satisfaction du patient envers les soins et prestataires de soins. Par exemple, il pourrait être demandé au patient de rapporter la durée du temps passé avec le personnel soignant ou la durée du temps d'attente. L'« *indice* » de satisfaction du patient est une évaluation personnelle du patient envers les soins reçus. Cette évaluation de la part du patient ne pourrait pas être obtenue par une observation directe des soins prodigués. Par exemple, il pourrait être demandé au patient s'il considère avoir eu assez de temps avec le prestataire de soins. L'indice de satisfaction reflète donc selon les auteurs¹⁰⁶, les préférences personnelles du patient, les attentes du patient et le contexte dans lequel les soins sont reçus. Ainsi, la satisfaction peut être influencée par les différentes composantes des soins ou services de santé. En résumé, l'évaluation de la satisfaction du patient comporte deux types de mesures : une mesure des soins de santé et une mesure du patient qui effectue cette évaluation. Par conséquent, il est important de savoir quelle mesure est effectuée : les caractéristiques des soins ou les particularités du patient. Par exemple, en cas d'insatisfaction laquelle de ces deux caractéristiques méritent d'être changée : les soins ou les attentes du patient ?¹⁰⁶.

Gerkenmeyer et ses collaborateurs³², dans leur étude portant sur la satisfaction des parents, ont défini la satisfaction comme « *une réponse émotionnelle à un jugement de la différence entre les services perçus et les services attendus ou désirés par le consommateur* »³². Quant à Crow et ses collaborateurs¹⁴, dans une recension de la littérature sur la satisfaction, postulent que: « *quelque chose qui satisfait devrait adéquatement répondre aux attentes, besoins ou désirs et donner ce qui est requis* »¹⁴.

Problèmes liés au concept de la satisfaction : absence de théorie et de modèle psychosociologiques

Un certain nombre d'auteurs discutent de la nécessité de mettre en œuvre un modèle de la satisfaction basé sur des théories psychosociales. Dans ce modèle, le concept de la satisfaction doit être clairement défini, ses déterminants et conséquences doivent être bien déterminés^{53, 62}. D'autres auteurs expliquent que la plupart des chercheurs essaient de trouver le lien entre certains facteurs sociodémographiques des patients et la satisfaction, plutôt que de développer une théorie de la satisfaction basée sur un support psychosociologique et une définition claire de la satisfaction^{64, 94}.

Modèle « valeur-espérance » de Linder-Pelz

Linder-Pelz⁶², dans sa définition de la satisfaction s'est inspirée de la théorie de Fishbein and Ajzen portant sur « l'attitude »²⁸, mais aussi sur des études portant sur la satisfaction et le travail⁵³. Ainsi, l'auteur⁶² définit la satisfaction du patient comme « une évaluation positive et individuelle des différentes dimensions des soins de santé ». Cette évaluation positive pourrait être effectuée dans le cadre « de simples visites en clinique, un traitement à travers un épisode de maladie, un cadre particulier de soins ou un programme de santé, le système de soins de santé en général »⁶². Pour arriver à cette définition, l'auteur⁶² associe la satisfaction à une « attitude positive ». « L'attitude » quant à elle est bien définie par Fishbein and Ajzen²⁸ comme « une évaluation générale ou un sentiment de favoritisme ou non envers l'objet en question ». Les auteurs²⁸ considèrent ainsi la nature affective ou évaluative de l'attitude dans leur définition. À partir de cette distinction, les termes satisfaction et insatisfaction peuvent être considérés comme ayant une signification évaluative ou affective. Par conséquent, elles peuvent être traitées comme telle du point de vue théorique et méthodologique⁶². L'auteur⁶² a notamment utilisé l'exemple de l'étude Ware et de ses collaborateurs¹⁰⁶, dans laquelle, des types de mesures utilisées pour évaluer la satisfaction du patient ont été définis (une mesure des soins de santé et une mesure du patient) pour mettre en relief ces notions affectives et évaluatives liées à la satisfaction⁶². Pour élaborer son modèle théorique, Linder-Pelz⁶² distingue *attitudes* et *perceptions*.

L'auteur⁶² considère la *perception* comme relevant du domaine cognitif (croyance et connaissance) alors que *l'attitude* est plutôt émotionnelle (état affectif ou sentiment). Dans la formulation du modèle « *valeur-espérances* », l'auteur⁶² explique qu'une *attitude* (par exemple la satisfaction du patient et les soins de santé) résulte d'une croyance forte de la part du patient (la perception objective qu'il porte envers les soins de santé) et de l'évaluation (subjective ou émotionnelle) qu'il porte envers des attributs (les différentes dimensions des soins de santé)⁶².

Modèles alternatifs

Il existe deux modèles alternatifs au modèle « *valeur-espérance* » de Linder-Pelz. Il s'agit de la « *théorie contradictoire* » et la « *théorie de la réalisation du désir* ». Ces modèles ont été développés par Lawler⁵⁴. Dans la « *théorie contradictoire* », la satisfaction est considérée comme « *la différence entre un service attendu et le service reçu* ». La « *théorie de la réalisation du désir* » définit la satisfaction comme « *la différence entre la récompense désirée et celle reçue* »⁵⁴. Selon certains auteurs, la différence entre ces deux théories serait due au fait que dans la théorie contradictoire, la différence entre le service attendu et le service désiré serait quantifiable^{62, 72, 61}. Ainsi, pour ces auteurs, le modèle contradictoire qui est fondé sur les attentes du patient (lesquelles attentes sont considérées comme étant des déterminants de la satisfaction), semble être plus pratique à utiliser dans la recherche de la satisfaction du patient^{62, 72, 61}. Pour certains auteurs, l'évaluation individuelle de la satisfaction dépend plus d'une attitude, d'un jugement de valeur plutôt que d'une évaluation basée sur les aspects cognitifs et émotionnels⁷⁴.

Différentes terminologies utilisées dans les études de satisfaction

Dans la littérature sur la satisfaction du patient, les termes « satisfaction du consommateur » ou « satisfaction du client » sont aussi souvent utilisés. Le terme satisfaction du consommateur a émergé dans les années 1970 et a subi une forte impulsion durant les années 1980. Cette impulsion faisait suite à l'existence et au développement des organisations consuméristes aux États-Unis et au Royaume-Uni. Le but de ces

organisations était la préservation des droits et des intérêts des consommateurs dans le cadre global de la consommation des produits et services⁹⁵.

Dans le domaine des services et soins médicaux, la notion de satisfaction du consommateur est liée : 1) à l'évaluation de la qualité des services reçus, 2) aux résultats des soins et par conséquent aux habitudes d'utilisation (ou de consommation) de ces services (l'adhésion aux traitements ou non), 3) à l'influence du consommateur dans l'amélioration de certains aspects des services, par exemple la relation patient-praticien^{64, 21, 114, 94}. Lebow^{56, 57} a défini la satisfaction du consommateur comme « *la mesure dans laquelle, un traitement répond aux demandes, aux souhaits et désirs du client pour ce traitement* ». La satisfaction du consommateur est considérée comme une composante standard et une mesure appropriée dans la recherche évaluative de la qualité des services^{64, 56, 57}. Il n'est pas noté de différence entre la satisfaction du patient et la satisfaction du consommateur en ce qui concerne le cadre conceptuel et théorique⁹⁵. La satisfaction du consommateur englobe des dimensions plus larges que la satisfaction du patient. En effet, en plus des dimensions de la satisfaction du patient définies, la satisfaction du consommateur comprend des dimensions supplémentaires (la fiabilité, la sécurité, la courtoisie du praticien et la volonté du praticien de rencontrer les besoins du client)^{104, 117}. L'autre différence réside dans le fait que la satisfaction du consommateur fait plus référence aux notions commerciales de concurrence, d'offre et de demande^{95, 104}.

Les termes consommateur et client sont différemment utilisés selon le sens et le contexte d'utilisation. En effet, le terme client est le plus souvent utilisé dans un cadre de service public tandis que dans le milieu des entreprises privées, on parle le plus souvent de consommateurs⁷⁵. Patterson⁷⁵, souligne que dans le dictionnaire Webster, les définitions de client et de consommateur sont différentes. Le terme client est défini comme « *quelqu'un qui est sous la protection d'un autre : un dépendant* » ou bien « *une personne qui engage les services professionnels d'une autre personne. Par exemple : un avocat* » ou finalement « *une personne recevant ou utilisant des services d'une agence sociale. Comme : Le bien-être* ». Par contre, le terme consommateur est défini comme « *une personne qui cherche à acheter un service, un produit ou une commodité* »¹⁰⁹. Ces définitions mettent l'accent sur

des aspects « *d'activité et de passivité* » des deux termes. En effet, le terme client donne l'idée de protection de la part d'un travailleur et la personne qui reçoit la protection ou les services de ce dernier (consommateur passif). Le terme consommateur donne l'idée d'une personne à la recherche active dans l'optique d'achat d'un produit ou service^{75, 94}. Ces notions d'activité et de passivité sont illustrées par les définitions d'un bon consommateur et d'un bon client. Un bon consommateur est défini comme « *un individu qui dépense son argent, qui retourne souvent et recommande les produits ou services à d'autres personnes. Elle sait ce qu'elle veut et fournit toujours de la rétroaction* ». Un bon client est considéré comme « *une personne qui respecte ces rendez-vous. Elle est motivée et fait ce qu'on lui dit de faire* »⁷⁵. Wassersug a noté une tendance dans l'utilisation du terme client à la place de consommateur dans le domaine médical aux États-unis¹⁰⁸. Les services de santé communautaires et sociaux utilisent les termes « client » ou « utilisateur de services » dans l'ordre d'idée que les usagers des services sont passifs et dépendants⁹⁴.

2.4.2. Dimensions de la satisfaction

Plusieurs études sur la satisfaction ont identifié différentes dimensions de la satisfaction^{105, 106}. La plupart des auteurs relèvent l'aspect multidimensionnel de la satisfaction sauf Larsen et ses collaborateurs⁴⁹ qui évoquent l'aspect unidimensionnel de la satisfaction.

Larsen et collaborateurs⁴⁹ dans leur étude ont passé en revue la littérature sur la satisfaction. Ces auteurs⁴⁹ ont d'abord identifié neuf dimensions de la satisfaction des clients au regard des services. Ces dimensions sont : l'environnement physique, les compétences relationnelles du personnel de soutien, la gentillesse et le type de service, le personnel traitant, la qualité du service, le montant et la durée ou la quantité du service, les résultats du service, la satisfaction générale, les procédures. Les données de cette étude ont été soumises à une analyse en composante principale. Le premier facteur qui est la satisfaction générale a compté pour 43 % de la variance totale. Quand les items de ce premier facteur étaient enlevés, les autres facteurs comptaient moins de 10 % de la variance totale. De cette étude, les auteurs⁴⁹ ont suggéré l'unidimensionnalité de la satisfaction⁴⁹.

De toutes les études portant sur l'aspect multidimensionnel de la satisfaction, les études de Ware et de ses collaborateurs^{105, 106} méritent une attention particulière. Ware et ses collaborateurs^{105, 106} ont identifié que les caractéristiques des soins de santé influencent la satisfaction du patient. La méthode de recherche utilisée par ces auteurs^{105, 106} a consisté à passer en revue les publications parues dans les années 1970 et portant sur la satisfaction des patients. Les auteurs^{105, 106} ont analysé : 1) le contenu des réponses des patients à des questions ouvertes concernant les services et soins de santé, 2) les instruments de mesures utilisées, 3) les études multivariées dont l'objet était de voir les caractéristiques associées aux mesures de la satisfaction^{105, 106}. Dans leurs études, ils ont identifié huit dimensions de la satisfaction qui étaient :

- Les compétences interpersonnelles caractérisées par l'interaction entre le praticien et le patient (courtoisie, respect...).
- La qualité technique des soins caractérisée par la compétence du praticien et son adhésion à des standards dans le diagnostic et le traitement (précision, évaluation du risque, risque d'erreur...).
- L'accessibilité des services caractérisée par le temps d'attente, l'accès facile au praticien.
- Les finances caractérisées par les modalités de paiement des services médicaux (assurance ou non).
- L'efficacité des soins caractérisée par les résultats des soins reçus sur l'amélioration et le maintien de la santé du patient.
- La continuité caractérisée par le fait de voir par exemple le même praticien ou de recevoir des services dans une même clinique.
- L'environnement physique caractérisé par les conditions dans lesquelles les soins sont délivrés (facilité d'accès, l'équipement et les installations, l'atmosphère conviviale).
- La disponibilité caractérisée par la présence suffisante de personnel de santé et de ressources.

Pascoe^{72, 74} a reproché la non-orthogonalité des dimensions identifiées par Ware et ses collaborateurs. Dans ses analyses, l'auteur^{72, 74} a réduit ces dimensions en deux grands facteurs. Le premier facteur qui compte pour 42 % de la variance totale comprend :

l'humanité du praticien, la qualité technique des soins et la satisfaction générale. Le second facteur qui compte pour 14 % de la variance totale comprend : l'accessibilité et la disponibilité. Cependant, Pascoe^{72, 74} suggère que les dimensions relatives à l'humanité du praticien et la qualité technique des soins peuvent être regroupées au sein d'une seule dimension, car souvent, les patients ne sont pas capables de distinguer la compétence technique de la compétence relationnelle. L'intérêt de l'étude de Ware et de ses collaborateurs¹⁰⁵ est qu'elle montre l'aspect multidimensionnel de la satisfaction du patient vis-à-vis des services de santé. Ces deux dimensions indépendantes les unes des autres permettent de mieux comprendre l'évaluation de la satisfaction du patient^{72, 74}.

2.4.3. Méthodes de mesure et déterminants de la satisfaction

L'évaluation de la satisfaction est un moyen de faire participer les clients dans le processus d'évaluation des programmes et services de santé. Cette évaluation porte sur les différents aspects des programmes et services¹¹⁷. La satisfaction du client peut être considérée comme une variable dépendante ou une variable indépendante. Dans le cas de la variable dépendante, la satisfaction évalue le processus notamment le contexte de soins, la qualité du service, etc. Dans le cas de la variable indépendante, la satisfaction permet d'évaluer les résultats des soins. Ce dernier point (la satisfaction considérée comme une variable indépendante), est lié à l'adhésion des clients ou des patients à leurs traitements. En effet, si le client adhère au traitement, il respecte les rendez et applique les recommandations venant du praticien^{64, 106, 21, 114, 94, 117}.

Il existe plusieurs méthodes pour évaluer la satisfaction. La méthode communément utilisée est l'administration d'un questionnaire de satisfaction. Parmi ces questionnaires, le Client Satisfaction Questionnaire est le plus largement utilisé^{58, 59, 95, 117}.

2.4.3.1. Méthodes de mesure de la satisfaction

Le Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) a été développé par Larsen et ses Collaborateurs⁴⁹ comme une mesure standardisée de la satisfaction des clients qui

consultaient pour des problèmes de santé mentale. Par ailleurs, cet outil a été largement utilisé dans plusieurs domaines de la santé comme en réhabilitation⁹⁶, en pédiatrie et ophtalmologie^{76, 77}. En se basant sur la littérature, ils ont identifié neuf dimensions de la satisfaction liées à : 1) l'environnement physique, 2) le personnel de soutien, 3) la gentillesse et le type de service, 4) le personnel traitant, 5) la qualité du service, 6) le montant, la durée ou la quantité du service, 7) les résultats du service, 8) la satisfaction générale, 9) les procédures. Neuf items sont attribués à chaque dimension. Ces items ont été revus par des experts en santé mentale et ont été réduits à 31 dans la version originale du CSQ. Les items ont été rangés du meilleur (9) au pire (1) pour évaluer chaque dimension de la satisfaction. Les items ayant une moyenne supérieure ou égale à 5 sont retenus. Ensuite des versions courtes ont été développées dans le domaine de la santé mentale. Une forme avec 8 items (CSQ-8) et deux formes parallèles avec 18 items (CSQ-18 A et CSQ-18 B) ont été développées. Dans sa version originale, le CSQ permet de générer un score global qui représente la satisfaction générale. Les auteurs⁴⁹ suggèrent aussi l'utilisation d'une version plus courte constituée par 3 items (représenté respectivement par les items 3, 7 et 8) pour estimer la satisfaction générale. Les items sont évalués à partir d'une échelle Likert avec quatre choix de réponses allant d'un « non définitif » à un « oui définitif ». Il n'existe pas de réponse neutre. Le score total est représenté par la somme de tous les items. Un score élevé traduit un très haut niveau de satisfaction⁴⁹.

Dans le cadre de la validité et de la fiabilité de l'outil de mesure CSQ-8, les auteurs⁴⁹ ont montré une excellente consistance interne (coefficient alpha de Cronbach = 0,93). C'est-à-dire que l'ensemble des 8 items du CSQ-8 donnent une estimation homogène de la satisfaction générale au regard des services. Les auteurs⁴⁹ ont aussi réalisé des tests de corrélation entre le Client Satisfaction Questionnaire et les caractéristiques sociodémographiques des 248 sujets qui ont complété le CSQ. Les résultats montraient une association significative entre certaines de ces caractéristiques sociodémographiques et la satisfaction notamment, la race, le sexe, le statut d'emploi, les personnes qui sont encore en traitement, les personnes ayant déjà suivi un traitement dans le programme, les frais de service.

Par ailleurs, d'autres études ont évalué la validité, la fiabilité du CSQ, ces propriétés psychométriques et ses corrélations avec les services utilisés³. Ces auteurs³, dans leur étude portant sur 62 clients d'un centre communautaire urbain de santé mentale, ont calculé un alpha de Cronbach de 0,91 pour la version CSQ-18. Ces auteurs³ ont aussi établi les propriétés psychométriques du CSQ et estiment une moyenne de 55,38 et un écart type de 8,51 pour le CSQ-18 contre une moyenne de 24,16 et un écart type de 4,94 pour le CSQ-8. Avec le CSQ-18, les auteurs³ trouvent que la distribution est presque symétrique alors qu'avec le CSQ-8, la distribution dévie un peu à gauche. La corrélation entre le CSQ-18 et le CSQ-8 est de 0,93³. Greenfield³⁶ dans son étude portant sur l'évaluation d'un service de conseil des étudiants à l'université a trouvé un alpha de Cronbach de 0,83 pour le CSQ-3 et de 0,88 pour le CSQ-4. Selon l'auteur³⁶, ces résultats suggèrent que les versions courtes de l'outil de mesure CSQ ont une consistance interne adéquate quant à leur utilisation pour la clientèle estudiantine³⁶.

Pascoe et ses collaborateurs⁷³, dans une étude portant sur 147 patients qui consultaient dans 15 cliniques de santé publique en Californie, ont utilisé trois mesures de la satisfaction pour évaluer la satisfaction des patients/ clients. Le "Client Satisfaction Questionnaire" (CSQ), l'Evaluation Ranking Scale (ERS), et le Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ). Les auteurs⁷³ ont calculé un alpha de Cronbach de 0,84 pour la forme CQS-18B. Pour l'outil PSQ dans son ensemble, l'alpha de Cronbach était de 0,89. Concernant les alphas de Cronbach, des huit dimensions de la satisfaction du patient, ils variaient de 0,60 (la dimension accès) à 0,86 (la dimension humanité). L'alpha de Cronbach moyen pour ces huit dimensions était de 0,70.

Le Client satisfaction Questionnaire est aussi utilisé pour évaluer la satisfaction des parents au regard des programmes et services fournis à leur enfant. Par exemple, Rahi et ses collaborateurs^{76, 77} ont utilisé le CSQ-3 pour évaluer la satisfaction des parents au moment où leur enfant est diagnostiqué comme ayant un handicap. Ces auteurs⁷⁷ ont calculé un alpha de Cronbach de 0,85 pour le CSQ-3, montrant que cet outil a une bonne consistance interne dans cette population. Stewart et ses collaborateurs⁹⁶ ont utilisé le CSQ pour évaluer la satisfaction des parents au regard d'un programme en réhabilitation et l'efficacité d'un

nouveau service de soins pour les enfants ayant des besoins spéciaux⁹⁶. Le Client satisfaction Questionnaire est aussi utilisé pour évaluer la satisfaction des parents au regard de l'état de santé de leur enfant⁷⁷.

2.4.3.2. Déterminants de la satisfaction

Les déterminants de la satisfaction sont les facteurs qui influencent la satisfaction du client. Ces déterminants peuvent être liés à la variable client / patient ou bien aux aspects des programmes et services de santé.

En ce qui concerne la variable client, des études ont corrélié les caractéristiques sociodémographiques des clients et la satisfaction. Nos propos vont concerner la variable client en raison du sujet de notre question de recherche. La littérature de la satisfaction fait état de résultats contradictoires à propos de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des clients et la satisfaction³⁹. Dans une de ces études, Ware et ses collaborateurs¹⁰⁵ dans leur méta-analyse avaient identifié un certain nombre de caractéristiques sociodémographiques associées à la satisfaction du patient. Il s'agissait de : l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la taille de la famille, les revenus, et le niveau occupationnel¹⁰⁵. Larsen et ses collaborateurs⁴⁹ quant à eux, dans une population de 248 personnes ayant des problèmes de santé mentale, avaient trouvé des corrélations entre la satisfaction générale et la race, le sexe, le statut d'emploi, les personnes qui sont encore en traitement, les personnes ayant déjà suivi un traitement dans le programme, les frais de service⁴⁹. Hall et ses collaborateurs³⁹ dans leur méta-analyse avaient trouvé que l'âge, l'éducation, le statut marital et le statut social prédisaient bien la satisfaction du patient. Ces auteurs³⁹ indiquaient que le haut niveau de satisfaction du patient était associé au fait d'être âgé, d'avoir un niveau d'éducation bas, d'avoir un haut statut social et être marié³⁹. Dans la littérature, les caractéristiques sociodémographiques les plus associées à la satisfaction sont : l'âge et le sexe. Les personnes âgées (par opposition aux jeunes) et les femmes rapportent habituellement un plus haut niveau de satisfaction envers les services⁷³. Selon Lebow^{56, 57}, dans le cas où la race influence la satisfaction, les groupes minoritaires paraissent les moins satisfaits^{56, 57}. Cependant, les caractéristiques sociodémographiques

influencent moins la satisfaction contrairement à l'état de santé du patient, et certains aspects des services de soins notamment la compétence technique du personnel soignant, l'interaction praticien-patient³⁹.

2.4.4. Études portant sur la satisfaction des parents

Les études de satisfaction, comme la satisfaction du patient, peuvent aussi porter sur la satisfaction des parents à l'égard des programmes et services de la petite enfance. Lanners et Mombaerts⁴⁸ ont défini la satisfaction des parents comme « *la différence entre les attentes des parents envers le programme d'intervention précoce et les services délivrés dans la réalité* »⁴⁸. La satisfaction des parents est souvent utilisée pour évaluer la qualité des services reçus par leur enfant dans les programmes d'intervention précoce. Quatre raisons semblent expliquer pourquoi il est important d'évaluer la satisfaction des parents.

Premièrement, les enfants sont sous l'autorité de leurs parents qui sont responsables de leur bien-être et de leur développement harmonieux. C'est pourquoi leurs opinions sont importantes vis-à-vis des services offerts à leur enfant. En effet, les parents assurent le suivi du traitement de l'enfant en dehors du programme d'intervention précoce. Deuxièmement, l'opinion des parents au regard des services offerts dans le cadre des programmes d'intervention précoce, peut être utilisée dans le but d'améliorer certains aspects des programmes d'intervention. Troisièmement, la participation et le renforcement de la compétence des parents dans le cadre des programmes d'intervention précoce sont très importants. En effet les parents peuvent servir de relais sur certains aspects éducatifs liés à ces programmes. Finalement, les résultats des études de satisfaction des parents peuvent être utilisés pour défendre l'efficacité de ces programmes auprès des autorités sanitaires, décideurs et gestionnaires⁶⁷.

La perception qu'ont les parents des besoins de l'enfant pourrait être liée à un certain nombre de facteurs, dont l'âge des parents, l'âge de l'enfant, la situation socioéconomique de la famille, la sévérité de la maladie ou de l'handicap de l'enfant^{67, 55}. Dans ce sens, la satisfaction des parents permettrait d'évaluer l'adéquation entre les besoins des parents ou

de l'enfant et les résultats perçus. Les caractéristiques sociodémographiques des parents, l'état de santé des parents et de l'enfant permettraient de mieux comprendre les besoins des parents et les facteurs qui influencent leur niveau de satisfaction^{67,55}.

La littérature portant sur la satisfaction des parents fait part d'un niveau élevé de satisfaction des parents envers les services de santé destinés à des enfants handicapés. Selon Favez et ses collaborateurs²³, la satisfaction ne serait pas influencée par les caractéristiques sociodémographiques, ni par les caractéristiques économiques bien que les auteurs²³, discutent le fait que, l'association avec le niveau socio-économique soit occultée par le fait d'avoir certains types d'handicaps chez l'enfant. Ces auteurs suggèrent deux caractéristiques essentielles qui pourraient influencer la satisfaction des parents : 1) La qualité des services fournis notamment, la qualité relationnelle entre le praticien et le parent comme l'empathie, le respect, la manière de communiquer. La quantité et la qualité de l'information reçue en ce qui concerne l'état de santé de l'enfant et l'existence de services disponibles correspondant aux besoins de l'enfant, 2) Les aspects du service fourni notamment le support, l'accès et le confort physique^{41,23}.

Il existe un nombre limité d'études sur la satisfaction des parents dans lesquelles le Client Satisfaction Questionnaire, version courte à trois items (CSQ-3), a été utilisé. La plupart du temps, il s'agit d'études en santé mentale ou en pédiatrie^{36, 76, 77}. L'étude de Rahi et de ses collaborateurs⁷⁶ évaluait la satisfaction des parents au regard d'un programme qui visait à répondre aux besoins des parents d'enfants souffrant d'handicap. Ce programme a été implanté dans un service d'ophtalmologie et de pédiatrie d'un hôpital à Londres. Dans ce programme, il existait une équipe de travailleurs communautaires dont le rôle était de : 1) fournir les informations importantes aux familles et faciliter leur accès aux services, 2) fournir un support social et émotionnel aux familles, 3) faciliter la rencontre entre familles d'enfants ayant les mêmes handicaps. Deux groupes de familles ont été constitués. Le premier groupe était constitué de 79 familles qui n'avaient pas encore rencontré l'équipe de travailleurs communautaires. Le deuxième groupe était constitué de 68 familles ayant déjà rencontré l'équipe de travailleurs communautaires. Les auteurs⁷⁶ ont utilisé le CSQ-3 pour évaluer la satisfaction générale des parents. Le score de satisfaction générale était codé

selon l'échelle de 0 à 5. Les résultats montraient que le deuxième groupe de parents était généralement plus satisfait ($M=4,18\pm 0,65$) que le premier groupe de parents ($M=4,02\pm 0,84$; $p=0,14$) cependant, cette différence n'était pas statistiquement significative⁷⁶. Une autre étude de Rahi et de ses collaborateurs⁷⁷ concernait l'expérience au regard des services reçus et les besoins des parents d'enfants nouvellement diagnostiqués comme ayant un handicap visuel. Les données concernaient 147 familles qui avaient consulté dans le service ophtalmologique d'un hôpital à Londres. Le CSQ-3 a été utilisé pour évaluer la satisfaction générale des parents. Les caractéristiques des parents et de l'enfant qui pouvaient influencer la satisfaction ont été collectées. Le score de satisfaction générale était codé selon l'échelle de 0 à 5. Les résultats montraient une moyenne de satisfaction générale chez l'ensemble des parents de 4 ($E.T\pm 0,76$). Les parents dont l'enfant n'avait pas de troubles ophtalmiques étaient plus satisfaits que ceux qui avaient des problèmes ophtalmiques ($M=4,20$ vs $M=3,94$; $p=0,02$)⁷⁷.

En réhabilitation, l'étude de Stewart et de ses collaborateurs⁹⁶ portait sur l'évaluation du programme « Logic model ». Ce programme comptait un nouveau service de traitement ambulatoire destiné aux enfants avec des besoins spéciaux. L'étude portait sur des enfants en traitement ambulatoire dans un centre de réhabilitation en Ontario (Canada). Les auteurs⁹⁶ avaient utilisé trois types de mesures pour évaluer le processus des soins et les résultats à court terme de ce nouveau service : l'échelle d'atteinte des objectifs, le Client Satisfaction Questionnaire (CSQ), et la «Measure of Processes of Care» (MPOC). Les questionnaires de satisfaction ont été complétés par 30 parents à la fin de la période d'évaluation. Le CSQ comportait 9 items, chaque item comportait quatre choix de réponses selon une échelle Likert. Le score total était de 36. La moyenne de satisfaction des parents pour ce service de transition était de 30,72 (IC à 95 % : 29,43- 32,01). Ce résultat a été comparé avec la moyenne de satisfaction des parents au regard du «Family Centred Service» (FCS-II) mesurée en 1999 dont la moyenne était de 25,89 (IC à 9 % : 25,45- 26,33). Cette comparaison montre que la moyenne du score de satisfaction était plus élevée chez les parents dont l'enfant avait reçu le service de traitement ambulatoire⁹⁶.

En ce qui concerne les programmes de déficience en langage, il existe l'étude de Grella³⁸ sur la satisfaction des parents. Dans cette étude, les auteurs n'ont pas utilisé le Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) pour évaluer la satisfaction des parents. De même, les auteurs n'ont pas étudié les caractéristiques des parents et de l'enfant susceptibles d'influencer la satisfaction. Les données de l'étude portaient sur 152 parents d'enfants âgés entre 5 et 6 ans. Ces enfants ont été référés au service de déficience du langage et de la parole de la région rurale de Regina (Canada). L'étude comptait 234 enfants au début. Dans le cadre du programme d'intervention, les parents faisaient part de leurs observations concernant le développement de leur enfant à l'orthophoniste lors d'une consultation. Ce dernier évaluait l'enfant et les résultats étaient discutés avec les parents. Si une intervention était nécessaire, les objectifs de cette intervention faisaient l'objet d'une discussion avec les parents dans l'intérêt de l'enfant. Les parents et l'enfant étaient suivis au moins au cours de quatre sessions d'une demi-heure chacune. Au cours de ces sessions, les parents étaient formés pour mieux interagir avec leur enfant selon un modèle d'interaction spécifique.

Pour évaluer la satisfaction des parents, les auteurs³⁸ avaient élaboré le Parent Questionnaire (PQ) avec l'aide de deux orthophonistes et de trois parents qui avaient de l'expérience dans le domaine. Le questionnaire comptait 22 questions se rapportant à 7 thèmes de services : le processus de référence, la commodité du service, le processus d'évaluation de l'orthophoniste, l'intervention des parents, le support des parents, le format de l'intervention et la satisfaction du parent. Chaque question comptait 5 choix de réponses selon une échelle Likert. Les résultats indiquaient une forte satisfaction générale des parents pour l'ensemble des services reçus. Concernant les moyennes de satisfaction générale des parents au regard des 7 thèmes de services, 6 étaient supérieures ou égales à 4 sur une échelle Likert avec cinq choix de réponses. Il s'agissait : du processus de référence ($M=4,80\pm 0,63$), la commodité du service ($M=4,40\pm 1,11$), le processus d'évaluation ($M=4,59\pm 0,67$), l'intervention des parents ($M=4,73\pm 0,53$), le support des parents ($M=4,13\pm 1,18$), et de la satisfaction des parents ($M=4,37\pm 0,95$). Les auteurs³⁸ ont effectué une comparaison des moyennes en utilisant le test de Student-Newman-Keuls ($p<0,05$). Les résultats de ce test montraient une différence entre le format d'intervention ($M=3,60\pm 0,64$) et les six autres thèmes de services. Selon les auteurs³⁸, ces résultats suggéraient d'apporter

des améliorations aux services comme le format d'intervention pour augmenter la satisfaction des parents³⁸.

2.4.5. Problèmes méthodologiques dans les études de satisfaction

Dans la littérature, des problèmes de méthodologie sont souvent notés dans la plupart des études de la satisfaction des clients. Lebow^{58, 59}, dans une de ses études portant sur la satisfaction en a énuméré 13^{58, 59}. Différents points jugés importants sont repris dans ce travail.

Fiabilité de l'information

Dans ce cas, il est souvent noté dans les études de satisfaction, une absence de la mesure de la consistance interne des questionnaires de satisfaction classiquement mesurée par l'alpha de Cronbach. Parmi les études où la consistance interne est calculée, il faut noter l'exemple des études de Larsen et ses collaborateurs⁴⁹ et les études de Ware et ses collaborateurs^{105, 106}. Lebow note que ce problème de fiabilité se pose surtout quand il s'agit de l'utilisation en même temps de plusieurs dimensions de la satisfaction.

Par exemple, Pascoe et ses collaborateurs^{73, 74}, dans une étude ont comparé les trois outils de mesures de la satisfaction les plus utilisés dans la littérature (le Client Satisfaction Questionnaire (CSQ), l'Evaluation Ranking Scale (ERS), et le Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ)). Cette comparaison était basée entre autres sur les propriétés psychométriques et la validité de ces trois mesures. L'étude portait sur une population de 300 patients qui consultaient dans 15 cliniques de santé publique en Californie, 153 patients ont été exclus de l'étude pour des raisons diverses et 147 patients étaient retenus dans l'étude. Pour évaluer leur satisfaction au regard de services de santé reçus, 99 patients avaient répondu aux questionnaires de la satisfaction du patient (PSQ), 99 patients avaient répondu aux questionnaires de la forme CSQ-18B et 96 patients avaient répondu aux questionnaires ERS. Les auteurs ont calculé un alpha de Cronbach de 0,84 pour la forme CQS-18B. Pour l'outil PSQ dans son ensemble, l'alpha de Cronbach est de 0,89.

Concernant les alphas de Cronbach, des huit dimensions de la satisfaction du patient, ils variaient de 0,60 (la dimension accès) à 0,86 (la dimension humanité). L'alpha de Cronbach moyen pour ces huit dimensions est de 0,70. Dans la littérature, il est recommandé d'avoir un alpha de Cronbach supérieur ou égal à 0,70⁶⁸ quand il s'agit d'effectuer des groupes de comparaisons. Les auteurs (*Pascoe, et coll., 1983*) ont aussi comparé la satisfaction moyenne pour ces trois mesures : PSQ (M=55,11±16,70) ; CSQ-18B (M=82,38±12,27) ; ERS (M=84,23±13,56)^{73,74}.

Validité des instruments de mesure de la satisfaction

Dans la plupart des études portant sur la satisfaction des clients, les instruments de mesure sont souvent confectionnés par les investigateurs de l'étude. Le plus souvent, ces outils ne sont pas validés et testés sur une population donnée^{58, 59}. L'absence de mesure standard qui permettrait une comparaison entre les études de satisfaction est notée par certains auteurs. Ceci serait dû à l'absence d'utilisation de mesure commune pour évaluer la satisfaction du client^{56, 57, 39}.

Représentativité de la population et faible taux de réponse

Les populations sélectionnées qui ne répondent pas sont exclues de l'analyse. Cette exclusion n'est pas souvent documentée en ce qui concerne les caractéristiques des populations (appartenance à un groupe défavorisé ou non) et leur motivation à ne pas répondre. Dans la plupart du temps, il s'agirait de personnes ayant un état de santé particulier, de personnes qui ne terminent pas les traitements pour une raison ou pour une autre^{56, 57, 58, 59, 14}.

Le taux de réponse varie entre 21 % et 83 % dans la littérature⁹³. Il est noté que ce problème est souvent lié aux méthodes de collecte des données. Dans la plupart du temps, le recueil des informations par téléphone ou en face à face et l'administration de questionnaires semi-structuré ou structuré semblent donner de bons résultats^{56, 57, 58, 59, 14, 93}. Le délai de temps qui se trouve entre la fin des traitements et l'administration des questionnaires de satisfaction

devrait être le plus court pour optimiser le taux de réponse^{56, 57, 115, 117, 14, 93}. Spiro et ses collaborateurs⁹³ parlent de « *problèmes de suivi et de motivation des clients* »⁹³.

Taux élevé de satisfaction dans les études

Ceci semble être lié, d'une part, à la désirabilité sociale du client envers l'investigateur, l'intervieweur ou le praticien. Une explication serait que les patients craignent que leur avis ait des conséquences néfastes sur la pérennité des services reçus. Une autre explication serait le fait que les clients évaluent plutôt en fonction de leur expérience propre et de leurs attentes vis-à-vis de certains aspects des services reçus plutôt qu'en fonction des services réellement reçus. Le plus souvent, l'évaluation de la satisfaction ne porte pas sur les aspects techniques des services, car certains patients sont incapables de distinguer ces aspects techniques^{56, 57, 94, 115}. Certains auteurs argumentent sur la nature même de l'approche d'évaluation. En effet, il semble que l'approche qualitative basée sur un entretien ouvert (avec des questions semi-structurées) avec le client met plus en relief l'objet de leur insatisfaction envers les services ou certains de leurs aspects. Alors que dans l'approche quantitative où les questions sont orientées, la possibilité donnée aux clients d'argumenter sur leur insatisfaction est presque inexistante^{56, 57, 115}. Dans la littérature, la satisfaction générale des clients est souvent très élevée. Ceci pourrait ne pas être le cas dans la réalité. L'aspect multidimensionnel de la satisfaction fait qu'il est souvent difficile d'évaluer certains aspects spécifiques des services. Si ces aspects font l'objet d'une évaluation de la part du client, le taux de satisfaction est alors bas^{56, 57, 14, 93}.

Pour pallier à certains de ces problèmes méthodologiques, Crow et ses collaborateurs¹⁴ mettent l'accent sur la nécessité d'utiliser une « approche alternative » qui consistera à utiliser en même temps l'approche quantitative et l'approche qualitative dans la recherche sur la satisfaction^{115, 14}.

Chapitre III

Objectifs de l'étude

Notre premier objectif consiste à évaluer le niveau de satisfaction générale des parents dont l'enfant a reçu des services dans le programme de 1^{re} ligne en orthophonie.

Notre deuxième objectif consiste à évaluer les caractéristiques des parents et de l'enfant qui influencent la satisfaction générale.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

4.1 Devis de l'étude et considération éthique

Cette étude de satisfaction a été menée à partir d'une étude de cohorte dont l'objectif principal était d'identifier les déterminants de l'évolution vers un trouble du langage chez les enfants ayant un retard du langage entre 18 et 36 mois.

Une cohorte d'enfants avec un retard du langage a été constituée dans la région de Québec. Les parents dont l'enfant était éligible pour l'étude, étaient rencontrés avec leur enfant à leur domicile au moment de leur enrôlement dans l'étude (1^{re} visite de l'étude), puis annuellement au cours des deux années suivantes (visites de suivi). L'étude de satisfaction a été menée immédiatement après la 1^{re} visite de l'étude, à l'aide d'une entrevue téléphonique, en vue d'évaluer la satisfaction des parents au regard des services de première ligne en orthophonie reçus avant leur recrutement dans l'étude. L'étude de satisfaction est une étude transversale utilisant les données recueillies durant la période de recrutement.

Cette étude est issue d'une collaboration entre chercheurs de l'université Laval réunissant des orthophonistes (Audette Sylvestre, Chantal Desmarais), des médecins épidémiologistes (François Meyer et Isabelle Bairati), une neuropsychologue (Nancie Rouleau). Cette recherche a été subventionnée par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (F.R.S.Q). L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université de Laval. Le consentement libre et éclairé des parents participant à l'étude a été obtenu.

4.2. Population à l'étude

Cette étude a été réalisée à partir d'une cohorte de 102 enfants, qui présentaient un retard du langage et qui ont participé au programme de première ligne en orthophonie dans les Centres locaux de santé communautaire (CLSC) de la région du Québec. Cette cohorte a été constituée entre février 2005 et novembre 2006.

Critères d'éligibilité

Le recrutement dans l'étude a été fait suivant une base géographique limitée aux enfants vivant sur le territoire des CLSC participants et dans lesquels le programme de première ligne en orthophonie était actif. Ce sont les CLSC : Sainte-Foy-Sillery-Laurentien, Limoilou, La source, Jacques-Cartier, Orléans, Desjardins, Basse-Ville-Vanier, Haute-ville-des-Rivières, Paul-Gilbert, Hautes-Marées, Hautes St-Charles, Bellechasse. Les enfants âgés entre 18 et 36 mois qui étaient diagnostiqués par l'orthophoniste dans l'un de ces CLSC comme ayant un retard du langage, étaient éligibles pour participer à cette étude.

4.3. Recueil des données

4.3.1. Programme de 1re ligne en orthophonie des CLSC

4.3.1.1. Brève description du programme

Un programme de première ligne en orthophonie a été institué dans les CLSC de la région de Québec en 1999. Ce programme vise, d'une part, à répondre aux préoccupations des parents dont les enfants souffrent d'un retard de langage. D'autre part, ce programme vise à assurer une prise en charge précoce des enfants et à améliorer une référence rapide vers les services de deuxième et troisième lignes si besoin. Ce programme vise aussi à diminuer l'incidence des problèmes de langage et de communication auprès de ces enfants et d'en réduire les conséquences.

Ce programme est constitué de trois activités. Une séance d'information dans laquelle les parents reçoivent de l'information de l'orthophoniste du CLSC concernant le développement normal et les troubles du langage des enfants. Trois séances de rencontre des parents qui sont animées par l'orthophoniste du CLSC, au sein desquelles les parents sont regroupés en atelier de formation. Une séance d'évaluation de l'enfant par l'orthophoniste du CLSC, qui établit le diagnostic clinique de retard du langage. Si le diagnostic clinique de retard de langage est retenu, l'orthophoniste du CLSC fera un suivi auprès de l'enfant selon les besoins (exemple : thérapies, suivi auprès des familles et milieux de garde, évaluations).

4.3.1.2. Évaluation orthophonique réalisée dans le programme

Les orthophonistes qui œuvraient dans les CLSC participants avaient une session d'information et de formation sur le programme de recherche avant le début de l'étude afin de clarifier leur rôle et de motiver leur collaboration.

Lors de la séance d'évaluation, qui avait lieu généralement entre la deuxième et la troisième rencontre de parents, l'orthophoniste utilisait son jugement clinique pour déterminer si un enfant avait un retard de langage par rapport à son âge chronologique. Elle informait alors les parents du projet de recherche et demandait leur consentement à être contactés par la coordonnatrice de l'étude.

4.3.2. Première visite à domicile

La coordonnatrice de l'étude recueillait chaque semaine et pour chaque CLSC, les informations concernant les personnes qui acceptaient d'être contactées pour participer à l'étude. Elle recueillait également le formulaire de consentement signé par les parents, qui permettait à la coordonnatrice de recevoir leurs noms et de les contacter pour les inviter à participer à l'étude. La coordonnatrice contactait ensuite les parents pour planifier une visite à domicile, qui devait avoir lieu à un moment qui convenait à la famille et au plus tard six semaines après l'évaluation au CLSC. Elle envoyait l'inventaire du *Mac Arthur*²⁶

par la poste aux parents, afin que ceux-ci évaluent le niveau de développement de la communication de leur enfant. Le *Mac Arthur* devait être complété par les parents et remis à l'assistant de recherche lors de la 1^{re} visite à domicile.

Des étudiants gradués en orthophonie ou en psychologie ont réalisé les visites à domicile. Avant le début de la collecte de données, ces assistants de recherche avaient été formés pendant deux jours afin de maîtriser les instruments et les tests utilisés. Lors de la première visite à domicile, l'assistant de recherche recueillait le consentement libre et éclairé des parents. Il décrivait de façon détaillée le déroulement de l'étude de cohorte, remettait aux parents un document la décrivant et obtenait leur consentement. Le consentement des parents permettait d'abord, la réalisation de la présente visite, ensuite à les contacter pour une entrevue téléphonique afin d'évaluer leur satisfaction générale au regard du programme et enfin à les suivre avec leur enfant pendant trois ans.

L'assistant vérifiait avec les parents la complétion de la liste de mots produits selon l'instrument du *Mac Arthur*. Il effectuait aussi un enregistrement audio de l'interaction parent-enfant. Le but de cette visite à domicile était aussi de recueillir de l'information sur les caractéristiques des parents et de l'enfant. Elle durait 90 minutes environ.

Ces assistants de recherche administraient aux parents et aux enfants des instruments validés, pour évaluer :1) le niveau de développement cognitif et moteur de l'enfant grâce au *Bayley Scales of Infant Development*⁵, 2) le niveau de stress des parents grâce au *Parenting Stress Index, version courte*¹.

Des questionnaires permettaient aussi d'évaluer les caractéristiques socio-économiques des parents (exemple : le niveau d'éducation, le revenu familial, le type d'habitat, l'état de santé, le nombre d'enfants), les antécédents médicaux familiaux et de l'enfant (exemple : les maladies chroniques et limitations, les hospitalisations, les antécédents familiaux de langage), les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement (exemple : les fausses couches, la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues, le poids à la naissance, le

nombre de semaines de grossesse) et les caractéristiques de l'enfant (exemple : le sexe, la langue parlée, être aîné ou non).

4.3.3. Entrevue téléphonique

Notre étude qui consistait à évaluer la satisfaction générale des parents au regard du programme, avait pris en compte le parent qui avait répondu aux questionnaires (répondant principal). L'enfant qui présentait un retard de langage a été qualifié dans l'étude d'enfant cible.

Le but de l'entrevue téléphonique était de recueillir les informations sur la satisfaction générale des parents au regard du programme de première ligne en orthophonie du CLSC. Tous les parents dont les enfants étaient retenus dans l'étude étaient contactés. Cette entrevue téléphonique avait lieu dans les 15 jours suivant la visite à domicile. La satisfaction des parents était évaluée selon les informations données par le parent qui avait déjà répondu aux questionnaires (le père ou la mère) au moment de la visite à domicile. Les réponses données par les parents au cours de cette entrevue étaient confidentielles. L'assistant de recherche administrait aux parents un questionnaire (Client Satisfaction Questionnaire) en vue d'évaluer leur satisfaction générale au regard du programme de première ligne en orthophonie du CLSC. En particulier, la satisfaction générale des parents était évaluée pour les trois étapes du programme de 1^{re} ligne en orthophonie : l'information reçue sur le développement du langage et les troubles de langage (séance d'information), les rencontres de formation des parents en petits groupes (séances de rencontre des parents), et l'évaluation du langage de l'enfant par l'orthophoniste du CLSC (séance d'évaluation).

4.4. Questionnaires et instruments utilisés pour la collecte de données

4.4.1. Instrument évaluant la satisfaction générale des parents

Les items du questionnaire évaluant la satisfaction générale des parents étaient tirés du *Client Satisfaction Questionnaire*. Ce questionnaire a été conçu par Larsen et ses

collaborateurs en 1979⁴⁹. C'est un questionnaire qui a été développé et validé auprès de populations de patients ayant des problèmes de santé mentale aux États-Unis. C'est un outil qui permet d'évaluer la satisfaction des patients vis-à-vis des services de santé reçus. Ce questionnaire a été largement utilisé par la suite pour évaluer la satisfaction des patients et de parents d'enfants hospitalisés⁴⁹.

Originellement, le score de la satisfaction générale est construit à partir de 9 items, chaque item à quatre types de réponses selon une échelle Likert. Selon les items, les choix de réponses varient du « non définitif (1) » à un « oui définitif (4) », ou de « vraiment insatisfait (1) » à « très satisfait (4) ».

Les auteurs permettent pour évaluer la satisfaction générale, l'utilisation de seulement trois items parmi les 9 items. Dans notre étude, nous avons utilisé ces trois items et nous avons légèrement adapté la formulation des items afin qu'ils s'appliquent aux trois services offerts dans le programme à évaluer (la séance d'information, les séances de rencontre des parents et la séance d'évaluation de l'orthophoniste). Les tableaux 18, 19 et 20 (voir annexes) montrent la formulation des items de satisfaction générale au regard des étapes du programme de 1^{re} ligne en orthophonie (la séance d'information, la séance de rencontre des parents et la séance d'évaluation) et l'échelle Likert.

4.4.2 Questionnaires et instruments évaluant les caractéristiques des parents et de l'enfant

4.4.2.1. Questionnaire général

Ce questionnaire général a été développé à partir de divers questionnaires existants afin d'utiliser des questions déjà utilisées par d'autres auteurs. Ce questionnaire permettait de caractériser la famille, les parents et l'enfant cible atteint de retard de langage.

Ce questionnaire permettait de caractériser le niveau socio-économique et démographique des parents de l'enfant en identifiant par exemple, l'âge et le sexe du répondant principal de l'enfant, son niveau de scolarité, son revenu annuel, son statut marital, son type d'habitation, son type d'activité. Les mêmes informations étaient recueillies pour l'autre figure parentale.

Des caractéristiques générales étaient aussi recueillies sur l'enfant comme son âge, son sexe, sa langue maternelle, le type de service de garde fréquenté depuis sa naissance. La santé des membres de la famille était aussi évaluée à l'aide de ce questionnaire comme par exemple, la perception de l'état de santé de l'enfant cible, de ses parents, de ses frères et sœurs, ainsi que les maladies chroniques et limitations survenues chez l'un des membres de la famille (troubles psychologiques, déficience intellectuelle, troubles du langage et de la parole...). Ont été aussi collectés, le nombre et le type de professionnel de la santé vu par l'enfant et ses hospitalisations. Les informations consignées sur le carnet de santé ont été aussi répertoriées comme la taille, le poids, le nombre de semaines de grossesse, le type d'accouchement et l'Apgar.

L'histoire périnatale de la mère était documentée en détail comme les informations sur les grossesses antérieures, la grossesse pour l'enfant cible, la naissance de l'enfant cible et les problèmes de santé de l'enfant survenus après sa naissance.

4.4.2.2. Autres instruments utilisés

4.4.2.2.1. Perception des stress parentaux

La perception par les parents des stress parentaux a été évaluée à l'aide de l'instrument *Parenting Stress Index, version courte*¹. Cet instrument est constitué de 36 items, avec à chaque item une échelle Likert à cinq points allant de profondément d'accord (1) à profondément en désaccord (5). Les scores générés sont inversés. Un score élevé traduit un niveau de stress élevé. Cet instrument comporte trois sous échelles : 1) la détresse parentale (items 1 à 12) qui mesure la perception des parents dans leur rôle de parent, 2) l'interaction

parent-enfant (13 à 24) qui évalue les rapports entre les parents et les enfants, et 3) l'enfant difficile (items 25 à 36) qui évalue le comportement et le tempérament de l'enfant.

4.4.2.2.2. Inventaire des connaissances

L'inventaire des connaissances du répondant a été évalué à l'aide de l'instrument *Knowledge about infant development inventory*⁶⁵. Cet instrument est constitué de deux sous-échelles. La première sous-échelle comporte quatre énoncés avec un choix de réponse selon une échelle Likert à trois points (d'accord (1), en désaccord (2) et pas certain (3)). Cette sous-échelle mesure les connaissances du répondant sur les processus d'apprentissage du langage de l'enfant. La deuxième sous-échelle comporte cinq énoncés avec un choix de réponse selon une échelle Likert à quatre points (d'accord (1), plus jeunes (2), plus vieux (3), pas certain (4)). Cette sous-échelle vérifie les connaissances du répondant sur l'âge d'apparition de certaines compétences langagières de l'enfant. Le score total a un maximum de 9 et un score inférieur à cinq sur neuf montre des connaissances insuffisantes.

4.4.2.2.3. Ressources

Les ressources dont disposent les parents ont été évaluées à l'aide de l'instrument *Perceived adequacy of resources : Development of a scale*⁹¹. L'instrument original contient 28 items et 7 dimensions. Dans l'étude, ont été utilisés 16 items et quatre dimensions : le temps, les ressources financières, les ressources interpersonnelles et la santé. Le choix de réponse de chaque item se fait selon une échelle Likert en quatre points (fortement en désaccord (1) à fortement en accord (4)). Un score élevé indique que le répondant a accès à des ressources satisfaisantes.

4.4.2.2.4. Comportement de l'enfant

Il a été évalué à l'aide de l'instrument *Child Behavior Checklist, version pour 1½ - 5ans*². Cet instrument est constitué de 100 items avec un choix de réponse selon une échelle Likert en 3 points (ne s'applique pas (1), plutôt vrai ou parfois vrai (2), très vrai ou souvent vrai

(3)). Cet instrument comporte 8 sous-échelles avec des items qui varient de 1 à 100 : retrait (8 items), somatisation (11 items), anxiété (8 items), problème de sommeil (7 items), réaction émotionnelle (9 items), comportement agressif (19 items), problème d'attention (5 items), autres problèmes (33 items). Ces 8 sous-échelles sont regroupées en deux dimensions :

- Les problèmes intériorisés qui comprennent la somme des sous-échelles « retrait, somatisation, anxiété et réaction émotionnelle ».
- Les problèmes extériorisés qui comprennent la somme des sous-échelles « comportement agressif et problème d'attention ».

Le score total est constitué par la somme de tous les items. Pour chacune des sous échelles, des deux dimensions et pour le score total, on obtient un score brut, un score total et la position de l'enfant par rapport au seuil clinique. Le score brut n'est pas utilisé. Pour le score total et ceux des deux dimensions, plus la valeur est élevée plus le problème est important. Pour les 8 sous-échelles, le seuil est fixé au 98^e percentile de la distribution dans une population de référence. Pour les deux dimensions et pour le score total, le seuil est fixé au 90^e percentile.

4.4.2.2.5. Stimulation du langage

Le style de stimulation du langage de l'enfant adopté par le parent a été mesuré par le *Questionnaire de Stimulation de la Communication*⁹⁸. Cet instrument permet de classifier le style de stimulation des parents en trois catégories :

- Le style soutenant où le parent donne suite aux indices communicatifs verbaux et non verbaux offerts par l'enfant tout en restant centré sur les buts de ce dernier.
- Le style direct où l'adulte capte les indices donnés par l'enfant, mais y donne suite en restant centré sur ses propres buts ou ne donne pas suite, que ce soit verbalement ou non.
- Le style non engagé où l'adulte capte ou non les indices donnés par l'enfant, mais n'y donne pas suite, que ce soit verbalement ou non.

4.4.2.2.6. Développement cognitif et moteur

Il a été mesuré à l'aide de l'instrument *Bayley Scales of Infant Development*⁵. Cet instrument permet de mesurer le retard de développement de l'enfant. Cet instrument est constitué de deux échelles : une échelle cognitive et une échelle motrice. Un score indexé est produit pour chacune des deux échelles : le score moyen est de 100, l'écart-type est de 15. On considère généralement que les enfants qui ont un score inférieur à 85, ont un retard de développement.

4.4.2.2.7 Mac Arthur communicative development inventories (MCDI)

Cet instrument a été développé par Fenson et ses collaborateurs²⁶. Il permet de mesurer la taille du vocabulaire expressif. Cet instrument est constitué d'une grille d'évaluation qui permet de noter le score du vocabulaire expressif produit par l'enfant en fonction de sa tranche d'âge (en mois). Le score est classé en percentile (1 à 100). Un score inférieur au 10^e percentile signifie que l'enfant a un retard du vocabulaire expressif. Cet instrument a été adapté aux enfants parlant français au Québec par Trudeau et coll¹⁰³.

4.5. Analyses statistiques

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide à l'aide du logiciel *SAS* « *Statistical Analysis System* », version 9.1 (*SAS Institute, Cary, NC*).

4.5.1. Description des données

La description de la population a été réalisée à l'aide de tableaux de fréquence pour examiner la distribution des variables catégorielles. La moyenne et l'écart-type ont été utilisés pour décrire les variables continues.

4.5.2. Variables d'intérêt

Dans notre étude, pour évaluer la satisfaction générale des parents, trois items du Client Satisfaction Questionnaire ont été utilisés (voir annexes tableaux A, B, C). Un score de la satisfaction a été créé pour chaque étape du programme (séance d'information, séances de rencontre des parents et la séance d'évaluation orthophonique). Pour chaque participant, le score est calculé en additionnant les valeurs des réponses de l'échelle Likert divisé par le nombre d'items répondus.

La consistance interne des trois scores de satisfaction générale a été vérifiée par le calcul de l'alpha de Cronbach de chaque score de satisfaction générale²². D'après Fayers et ses collaborateurs²², un alpha de Cronbach supérieur ou égal à 70 signifie une bonne consistance interne. Des corrélations de Pearson ont été réalisées, pour évaluer la relation entre les trois scores de satisfaction générale.

Chacun des scores de satisfaction avait une médiane de 3,5. En se basant sur la médiane des valeurs des scores, deux groupes de taille similaire ont été créés. Ainsi, notre variable de la satisfaction était dichotomisée selon la médiane : les parents qui se situaient dans la catégorie de réponses supérieures à la médiane étaient qualifiés de satisfaits (code 1) et les autres parents étaient qualifiés d'insatisfaits (code 0).

4.5.3. Variables explicatives

Les variables explicatives (indépendantes) caractérisaient les parents suivant certaines dimensions socio-économiques ou sanitaires, mais aussi l'enfant en ce qui concernait son niveau de développement et son état comportemental.

Compte tenu de la petite taille d'échantillon de notre étude, certaines variables indépendantes ont été recodées afin de limiter le nombre de catégories. Les variables continues étaient analysées en continu seulement si leur logit se comportait de façon

linéaire (Par exemple : âge du répondant). Dans certains cas, nous avons également traité une variable continue en une variable catégorielle, en lui imposant une catégorisation répondant à des seuils cliniques (ou recommandés) comme pour le comportement de l'enfant. Pour chaque variable indépendante avec plus de deux catégories, des variables indicatrices ont été créées. La catégorie de référence correspondait au groupe le moins exposé.

4.5.3.1. Variables caractérisant les parents

4.5.3.1.1. Composition et stabilité de la maisonnée

Dans ce questionnaire, ont été identifiés :

- Le type d'habitation dans laquelle l'enfant habitait au moment de l'entrevue. Cette variable a été regroupée en deux catégories : logement ou appartement (code 1) et maison individuelle (code 2).
- Le nombre de personnes qui ont habité de façon continue dans le foyer (adultes, enfants, frères et sœurs), au cours des six derniers mois. Cette variable a été regroupée en trois catégories : Trois personnes ou moins ont habité le foyer (code 1), quatre personnes ont habité le foyer (code 2), cinq personnes ou plus ont habité le foyer (code 3).
- Le nombre de déménagements. Cette variable a été regroupée en deux catégories : La famille n'a pas déménagé (code 0), la famille a déménagé au moins une fois (code 1).

4.5.3.1.2. Caractéristiques socio-économiques et sanitaires

Dans ce questionnaire ont été collectées toutes les informations concernant :

- L'âge du répondant qui a été traité comme une variable continue.
- Le travail du père qui a été regroupé en deux catégories : travail à temps plein (code 1) et travail à temps partiel (code 2).
- Le revenu du père ou de la mère a été traité selon une variable dichotomique : revenu inférieur à 40 000 \$ par année (code 1) versus supérieur ou égal à 40 000 \$ (code 2).

- Le revenu familial a été traité selon deux niveaux : revenu familial inférieur à 60 000 \$ par année (code 1) versus revenu familial supérieur ou égal à 60 000 \$ (code 2).
- Le niveau d'éducation a été traité en deux catégories : le niveau non universitaire (code 1) versus le niveau universitaire (code 2).
- Les variables comme : « avoir subi une césarienne, avoir un antécédent de fausse couche, avoir consommé des médicaments prescrits durant la grossesse, avoir consommé des médicaments en vente libre durant la grossesse » ont été traitées telles que recueillies dans le questionnaire à savoir en deux catégories : catégorie 1 (réponse oui), catégorie 2 (réponse non).

4.5.3.1.3. Perception des stress parentaux

À partir de cet instrument (*Parenting Stress Index, version courte*)¹, ont été créées trois variables continues et une variable dichotomique selon les recommandations d'utilisation de l'instrument¹.

Variables continues

- La variable permettant de mesurer la détresse parentale est constituée à partir de 12 items (items 1 à 12). Le score généré varie de 12 à 60. Cette variable n'a pas de seuil proposé et a été considérée dans l'étude en continu.
- La variable caractérisant l'interaction parent-enfant est constituée à partir des items 13 à 24. Le score varie de 12 à 60. Plus le score est élevé, plus l'interaction est qualifiée de dysfonctionnelle. Il n'y a pas de seuil préétabli pour ce score et cette variable a été utilisée dans l'étude en continu.
- La variable caractérisant l'enfant difficile est constituée à partir des items 25 à 36. Le score varie de 12 à 60. Cette variable n'a pas de seuil proposé et a été considérée dans l'étude en continu.

Variable dichotomique

Elle est basée sur le score total de 180. Selon l'auteur¹, les parents qui ont un score ≥ 90 sont dans la catégorie du niveau de stress significatif ou élevé (code 1), les parents qui ont un score <90 sont dans la catégorie du niveau de stress normal (code 0).

4.5.3.1.4. Inventaire des connaissances

À partir du score total, une variable continue et une variable dichotomique ont été créées :

- La variable continue est basée sur le score total qui est au maximum égal à 9.
- La variable dichotomique est créée à partir du seuil de 5 selon les recommandations de l'auteur⁶⁵. Si le score total est ≥ 5 , les connaissances du répondant sont jugées suffisantes (code 0), si le score total est <5 , les connaissances du répondant sont jugées insuffisantes (codé 1).

4.5.3.1.5. Ressources

Pour chacune des quatre dimensions, une variable continue a été créée en tenant compte du score moyen. Pour chacune des dimensions, une variable dichotomique a été créée en tenant compte du seuil adopté par l'équipe de recherche⁹¹. Les seuils cliniques correspondent aux scores moyens obtenus par Rowland et ses collaborateurs dans un échantillon de 520 personnes⁹¹. Pour les ressources temps, le seuil est de 2,93; pour les ressources financières, le seuil est de 3,33; pour les ressources interpersonnelles, le seuil est de 4,04; pour la dimension santé, le seuil est de 3,92. Pour chacune des ressources, un score égal ou supérieur au seuil permettait de juger que les ressources étaient suffisantes (code 1) alors qu'un score inférieur au seuil indiquait des ressources insuffisantes (code 0).

4.5.3.1.6. Stimulation du langage

Cette variable a été considérée en deux catégories : Une stimulation directive ou non engagée (code 0) et une stimulation soutenant (code 1).

4.5.3.2. Variables caractérisant l'enfant

4.5.3.2.1. Questionnaire général

Dans ce questionnaire, les variables suivantes ont été identifiées :

- La langue parlée par l'enfant. Cette variable comprend deux catégories : français uniquement (code 1), autres langues parlées (code 2).
- Le nombre de frères et sœurs. Cette variable a été construite selon trois catégories : l'enfant est seul (code 0), l'enfant a un frère ou une sœur (code 1), l'enfant a plus d'un frère ou d'une sœur (code 2).
- Le rang de l'enfant dans la famille. Cette variable a deux catégories : L'enfant est l'aîné (code 1), l'enfant n'est pas l'aîné (code 2).

4.5.3.2.2. Variables caractérisant la santé de l'enfant

- L'admission à l'hôpital depuis la naissance durant au moins une nuit. Cette variable a été traitée en deux catégories : admission à l'hôpital (code 1), pas d'admission à l'hôpital (code 0).
- Le petit poids de naissance ou la prématurité : Cette variable regroupe, les petits poids de naissance qui représentent les enfants ayant un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance et les prématurés qui représentent les accouchements inférieurs à 37 semaines. Cette variable a été traitée en deux catégories : petit poids de naissance ou prématurité (code 1), poids de naissance normal ou naissance à terme (code 0).
- Avoir eu un problème de santé à la naissance. Cette variable regroupe les enfants avec les petits poids de naissance ou les prématurés, les malformations et le fait d'avoir eu un ou des transferts dans un service spécialisé à la naissance. Cette variable a été construite selon deux catégories : problème de santé à la naissance (code 1), ne pas avoir de problème de santé à la naissance (code 0).
- Avoir consulté au moins deux professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois. Cette variable a été traitée en deux catégories : réponse « oui » (code 1), et réponse « non » (code 0).

- Avoir été référé vers d'autres professionnels pour un problème de développement. Cette variable comprend les catégories de réponse « oui » (code 1) et celles de réponse « non » (code 0).

4.5.3.2.3. Comportement de l'enfant

Variable continue

Une variable continue a été créée pour chacune des 8 sous échelles et pour chaque regroupement.

Variable dichotomique

Une variable dichotomique a été créée pour chacune des 8 sous échelles. Pour chaque sous échelle, le seuil est fixé au 98^e percentile. Si le score total est inférieur au 98^e percentile, le comportement de l'enfant est jugé normal (code 0), si le score total est égal ou supérieur au 98^e percentile, le comportement de l'enfant est jugé dysfonctionnel (code 1). Une variable dichotomique a été créée pour chacun des regroupements. Pour chaque regroupement, le seuil est fixé au 90^e percentile. Si le score total est inférieur au 90^e percentile, l'enfant n'a pas de problème comportemental (code 0), si le score total est supérieur au 90^e percentile, l'enfant a un problème comportemental (code 1).

4.5.3.2.4. Développement cognitif et moteur

Pour chacune des deux échelles cognitives et motrices, le score moyen est de 100 et l'écart type de 15. On considère généralement que les enfants qui ont un score inférieur à 85 ont un retard de développement.

4.5.4. Analyses bivariées et multivariées

4.5.4.1. Analyses bivariées

Dans un premier temps, nous avons comparé les caractéristiques des parents et des enfants selon le niveau de chacune des variables de satisfaction (séance d'information, séances de rencontre des parents et séance d'évaluation). Cette étape de comparaisons consistait à réaliser des *tests du khi carré* sur les variables catégorielles et des *tests t* sur les variables continues, afin de déterminer les caractéristiques des parents et de l'enfant qui sont associées à la satisfaction. Nous avons considéré toutes les variables associées à la satisfaction avec un niveau de signification des tests statistiques inférieur à 15 % ($p \leq 0,15$) à cette étape de l'analyse statistique.

Dans un second temps, une analyse bivariée a été effectuée pour chacune des variables retenues à l'étape précédente à l'aide de la régression logistique. Les rapports de cotes (RC) mesurant l'association entre chacune des variables présélectionnées et la satisfaction ont été générés, ainsi que leur intervalle de confiance à 95 %. Cette analyse a été effectuée pour chacun des scores de satisfaction générale correspondant aux trois étapes du programme de première ligne en orthophonie.

4.5.4.2. Modèles multivariés

Le problème potentiel de multi colinéarité entre les différentes variables sélectionnées pour les modèles a été examiné avant de réaliser chaque modèle multivarié. Pour ce faire, l'option « collinoit » de la procédure logistique de SAS a été utilisée. Toutes les variables introduites dans notre modèle respectaient la condition de non-colinéarité.

Un modèle de régression logistique était élaboré pour chacun des trois scores correspondant à chaque étape du programme de première ligne. Les variables sélectionnées ont été entrées dans le modèle de régression logistique. Dans le but d'identifier les variables qui étaient associées de manière indépendante à la satisfaction, nous avons utilisé la sélection

automatique avec l'option STEPWISE de la procédure logistique. Le test « *Likelihood ratio chi-square* » est utilisé dans cette procédure et nous avons utilisé une valeur-p d'entrée des variables dans le modèle à 10 % et une valeur-p de sortie des variables du modèle à 20 %. Pour chacune des étapes du programme, deux modèles ont été produits. Un premier modèle qui contenait les variables caractérisant les parents et un second modèle qui contenait les variables caractérisant l'enfant.

Pour élaborer le modèle final pour chacun des trois scores, nous avons considéré uniquement les variables associées à la satisfaction au niveau de signification statistique de 5 % dans l'étape précédente compte tenu de la taille limitée de notre population.

Dans un second temps, nous avons utilisé le test « *Likelihood ratio chi-square* » avec une valeur-p d'entrée des variables dans le modèle de 5 % et une valeur-p de sortie des variables du modèle de 10 %. Dans cette procédure, nous avons entré dans le même modèle, les variables caractérisant les parents et les variables caractérisant l'enfant, associées à la satisfaction, retenues dans l'étape précédente. Cette procédure a été effectuée pour chacune des étapes du programme.

Nous avons évalué l'effet potentiellement confondant de l'âge du répondant et de son sexe pour chacun des modèles finaux correspondant aux trois étapes du programme. Pour tester la confusion potentiellement due à l'âge du répondant, nous avons comparé les rapports de cotes (RC) bruts et les RC ajustés pour l'âge, afin de voir si l'amplitude des associations variait de plus ou moins 10 %. Le même processus a été réalisé pour tester si le sexe du répondant était un facteur confondant. L'âge et le sexe n'étaient pas des facteurs confondants.

Pour chaque variable potentiellement explicative de la satisfaction, la cote d'exposition (exposés/ non exposés) des parents satisfaits a été comparée à celle des parents insatisfaits. L'interprétation des rapports de cotes est donc la suivante : un rapport de cotes significativement supérieur à 1 indique que la cote d'exposition chez les parents satisfaits

est supérieure à la cote d'exposition des parents insatisfaits. En d'autres termes, un rapport de cotes statistiquement supérieur à 1 indique que les parents ayant la caractéristique étudiée sont plus susceptibles d'être satisfaits. Un rapport de cotes statistiquement inférieur à 1 correspond à une interprétation inverse.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

5.1 Description de la population de l'étude

Au total, 199 parents dont l'enfant était potentiellement éligible pour l'étude avaient reçu l'invitation de participer à l'étude de cohorte, lors de leur évaluation orthophonique au CLSC entre février 2005 à novembre 2006. Au total, 148 parents ont répondu favorablement à l'orthophoniste du CLSC suite à l'invitation de participer à l'étude. De ce nombre, 102 parents ont accepté l'étude et ont eu la première visite à domicile, mais 101 parents ont répondu à l'entrevue téléphonique sur la satisfaction générale.

Parmi les 148 parents ayant donné un premier accord, 38 avaient refusé de participer à l'étude. Les motifs du refus des parents étaient les suivants: 1) un manque de temps (n=23), 2) un manque d'intérêt sans que la cause soit précisée (n=7), 3) des questions d'étude jugées trop confidentiales pour les parents de l'étude (n=3), 4) une absence de problème de développement de l'enfant, selon le parent (n=5).

Huit parents d'enfants étaient exclus de l'étude pour les motifs suivants :

- Six parents ont consenti à être approchés pour l'étude, mais la période de recrutement était terminée.
- Un enfant qui avait été adopté à l'âge de 22 mois et il était impossible de connaître son histoire médicale et ses antécédents familiaux.
- Un enfant qui était placé en famille d'accueil et dont les parents biologiques n'étaient pas disponibles pour répondre à nos questions (tableau 1).

Tableau 1: Description de la population d'étude

CLSC	Nombre de parents à qui on a proposé de participer à l'étude	Nombre de parents ayant répondu favorablement à l'orthophoniste	Nombre de parents ayant fait l'entrevue	Refus **	Inéligibles ***
Orléans	12	9	8		
La Source	49	30	22		
Limoilou	26	14	6		
Hautes-Marées	52	40	25		
Haute St-Charles	26	25	19		
Paul-Gilbert	8	8	6		
Desjardins	5	4	3		
Basse-Ville	11	11	10		
Haute-ville-des-rivières	9	6	3		
Bellehasse	1	1	0		
Total	199*	148	102	38	8

* Nombre total d'enfants potentiellement éligibles

** Nombre de refus

*** Nombre d'enfants inéligibles : 1 enfant adopté à l'âge de 22 mois; 1 enfant en famille d'accueil (parents biologiques non disponibles) et 6 enfants arrivés trop tard (période de recrutement terminée).

5.1.1. Caractéristiques socio-économiques et état de santé du répondant

5.1.1.1. Caractéristiques générales

Dans cette étude, le parent répondant était une femme dans 87 % des cas. La moyenne d'âge du répondant était de 32 (\pm 4) ans. Une seule famille ne parlait pas français (1 %). Parmi les répondants, 77 % avaient au moins un niveau d'études collégiales. Au total, 48 % des répondants avaient un statut d'emploi à temps plein. La plupart des familles (73 %) habitaient dans une maison individuelle. Le revenu familial annuel était supérieur à 60 000 \$ chez 53 % des familles. Au total, 93 % des répondants étaient mariés (tableau 2)

5.1.1.2. Description de l'état de détresse et des ressources des parents au moment de l'entrevue

Dans le cadre des caractéristiques spécifiques des parents collectées au moment de l'entrevue de l'étude, 28 % des mères rapportaient un antécédent de fausse couche.

L'inventaire des ressources des parents, évalué par l'instrument *Perceived adequacy of resources*⁹¹ montrait un pourcentage très élevé de parents avec des ressources suffisantes, en termes de temps (92 %), de finances (88 %), de ressources interpersonnelles (85 %) et de ressources en santé (93 %) pour se consacrer à leur enfant et la famille.

Le niveau de stress des parents, évalué à l'aide de l'instrument *Parenting Stress Index, version courte*¹ montrait une moyenne globale de 72 (\pm 16) sur un total de 180. Selon le seuil de 90 proposé par Abidin¹, 88 % des parents avaient un niveau de stress normal. Du point de vue de l'interaction parent-enfant, le score moyen était de 20 (\pm 5,06) sur un total de 60. Selon l'auteur¹, plus le score est élevé, plus l'interaction est qualifiée de dysfonctionnelle (tableau 3).

Tableau 2: Caractéristiques socio-économiques du répondant

Variables	Population (N=101) n (%)
Âge	
Moins de 33	53 (52)
Sexe	
Femme	88 (87)
Niveau d'étude	
Primaire	6 (6)
Secondaire	18 (18)
Collégial	39 (39)
Universitaires et autres	38 (38)
Langue maternelle	
Français	100 (99)
Statut d'activité principal	
Travail à temps plein	48 (48)
Type d'habitation	
Maison individuelle	74 (73)
Revenu familial	
≥ 60 000 \$	54 (53)
Statut Marital	
Marié	93 (92)

Tableau 3: Description selon les seuils préétablis du niveau de stress du répondant et de ses ressources, de l'état développemental et comportemental de l'enfant au moment de l'entrevue

Variables continues	N	Moyenne (écart-type)
Perception des stress parentaux :		
- Niveau de stress global	101	72,29 (15,78)
- Détresse parentale	101	24,02 (6,44)
- Interaction parent-enfant	101	20,00 (5,06)
- Enfant difficile	101	28,49 (8,37)
Développement du langage de l'enfant :		
- Vocabulaire expressif	87	1,24 (0,52)
Développement cognitif et moteur de l'enfant :		
- Développement cognitif	100	85,83 (12,25)
- Développement moteur	101	89,64 (12,93)
Variables dichotomiques	n (%)	
Perception des stress parentaux :		
- Stress normal*	89 (88)	
- Stress élevé	12 (12)	
Ressources suffisantes des parents :		
- Temps	92 (91)	
- Financières	89 (88)	
- Interpersonnelles	86 (85)	
- Santé	94 (93)	
Développement du langage de l'enfant :		
- Vocabulaire expressif		
<10	69 (79)	
10-25	16 (19)	
25-50	1 (1)	
50-75	1 (1)	
Développement cognitif et moteur de l'enfant :		
- Développement cognitif**		
Fonctionnel	54 (54)	
À risque de retard cognitif	47 (46)	
- Développement moteur**		
Fonctionnel	54 (67)	
À risque de retard moteur	26 (33)	
Comportement de l'enfant :		
- Problèmes intériorisés	11 (11)	
- Problèmes extériorisés	18 (18)	

* Un score inférieur à 90 signifie un état de stress normal

**Un score inférieur à 85 signifie que l'enfant est à risque de retard de développement

5.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des enfants et leur état de santé

5.1.2.1. Caractéristiques générales

La moyenne d'âge des enfants dans cette étude était de 30 mois (± 4). La majorité des enfants (71 %) de cette population était des garçons. En ce qui concernait la fratrie, 51 % des enfants étaient des aînés, 30 % n'avaient pas de frères ou de sœurs, 45 % avaient un frère ou une sœur, 25 % avaient plus d'un frère ou d'une sœur. Du point de vue de la stabilité, 63 % des enfants n'avaient pas vécu de déménagement. Quatre-vingt-dix pour cent des enfants avaient déjà fréquenté un service de garde. Au total, 44 % des enfants fréquentaient les centres de la petite enfance.

Au total, 89 % des enfants étaient nés à terme avec un poids normal. Concernant la santé de ces enfants, 21 % avaient eu un problème de santé à la naissance, 57 % avaient déjà été référés vers d'autres professionnels ou ressources pour un problème développemental, et 43 % des enfants avaient déjà été admis une ou plusieurs nuits à l'hôpital pour des problèmes de santé (tableau 4).

5.1.2.2. Description du développement de l'enfant et de ses difficultés au moment de l'entrevue

Au moment de l'entrevue de l'étude, 11 % des enfants étaient jugés avoir des problèmes intériorisés, et 18 % des problèmes extériorisés (tableau 3). Sur le plan cognitif et moteur, 47 % des enfants avaient un retard de développement d'ordre cognitif. Parmi les 80 enfants ayant eu une évaluation du développement moteur, 33 % avaient un retard de développement d'ordre moteur. Concernant le langage expressif, sur un total de 87 enfants 79 % avaient une production de mots inférieurs au dixième centile en fonction de leur tranche d'âge.

Tableau 4: Caractéristiques sociodémographiques des enfants et leur état de santé

Variables	Population (N=101) n (%)
Âge	
< 30 mois	49 (49)
Sexe	
Masculin	72 (71)
Enfant aîné	
Oui	51 (51)
Nombre de frère et sœurs	
Pas de frère ou sœur	30 (30)
1 frère ou sœur	46 (45)
> 1 frère ou sœur	25 (25)
Nombre de déménagement	
Aucun	64 (63)
Au moins un	37 (37)
Service de garde	
Oui	90 (90)
Type de service de garde fréquenté	
Centre de la petite enfance (CPE)	44 (44)
Garderie en milieu familial (GMF)	53 (53)
Petit poids de naissance ou prématuré*	
Oui	11 (11)
Problème de santé à la naissance**	
Oui	21 (21)
Admission une ou plusieurs nuits à l'hôpital depuis sa naissance	
Oui	43 (43)
Avoir déjà été référé vers d'autres professionnels ou ressources pour un problème développemental	
Oui	58 (57)

* Poids à la naissance < 2500gr.

** inclus : petit poids à la naissance; prématurité (accouchement < 37 semaines); malformation ou transfert dans un service ou hôpital spécialisé.

5.1.3. Description des scores de la satisfaction générale

Trois scores de satisfaction générale, qui correspondent à chacune des trois étapes du programme, ont été obtenus grâce au Client Satisfaction Questionnaire. Trois items avec une échelle Likert à quatre choix de réponses nous ont permis de générer les moyennes et les médianes de chacun des trois scores. Pour chacun des scores, la médiane était à 3,5 sur un total de 4 (tableau 5).

L'outil de mesure de la satisfaction générale des parents avait permis d'obtenir les résultats suivants :

- Pour une population de 75 parents, la moyenne de la satisfaction générale au regard de la séance d'information était de 3,38 ($\pm 0,59$) sur 4.
- La moyenne de la satisfaction générale au regard des rencontres de parents sur une population de 83 parents était de 3,36 ($\pm 0,60$) sur 4.
- Sur 101 parents, la moyenne des parents satisfaits au regard de la séance d'évaluation de l'orthophoniste du CLSC était de 3,49 ($\pm 0,51$) sur 4.

Les alphas de Cronbach des scores de satisfaction variaient de 0,78 à 0,82. Les corrélations de Pearson entre les trois scores de la satisfaction avaient donné les résultats suivants :

- La corrélation entre le score de la satisfaction générale à la séance d'information versus le score de la satisfaction générale à la séance de rencontre des parents était de 0,33.
- La corrélation entre le score de la satisfaction générale à la séance d'information versus le score de la satisfaction générale à la séance d'évaluation de l'orthophoniste du CLSC était de 0,19.
- La corrélation entre le score de la satisfaction générale à la séance de rencontre des parents versus le score de la satisfaction générale à la séance d'évaluation de l'orthophoniste du CLSC était de 0,36.

Ces coefficients de corrélation de Pearson suggéraient que les trois scores de la satisfaction générale (correspondant à chaque étape du programme de 1^{re} ligne en orthophonie) étaient relativement indépendants.

Tableau 5: Description des scores de satisfaction générale

Variables	N	Moyenne± Écart-type	Médiane	Minimum	Maximum	α de Cronbach
Satisfaction au regard de la séance d'information	75	3,38±0,59	3,50	1,33	4,00	0,78
Satisfaction au regard des rencontres des parents	83	3,36±0,60	3,50	1,00	4,00	0,82
Satisfaction au regard de la séance d'évaluation	101	3,49±0,51	3,50	1,67	4,00	0,78

5.2. Association entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des parents et de l'enfant

Des analyses bivariées ont permis dans un premier temps de déterminer les associations entre la satisfaction générale des parents en fonction de leurs caractéristiques et ceux de l'enfant, ceci pour chacune des trois étapes du programme de première ligne en orthophonie. Dans un second temps, des analyses multivariées ont permis de déterminer les facteurs associés indépendamment à la satisfaction générale des parents pour chacune des trois étapes de ce programme.

5.2.1. Séance d'information

5.2.1.1 Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des parents

Les analyses bivariées ont été présentées dans les tableaux 6 et 7. Celles-ci montrent une association statistiquement significative entre la satisfaction générale et l'âge du répondant. Pour une augmentation d'un an d'âge, la satisfaction du répondant augmentait de 30 % (IC à 95 % :1,11-1,50). L'âge de la mère au moment de l'entrevue était associé positivement à la satisfaction (RC brut=1,28; IC à 95 % :1,10-1,49). Comparés aux parents vivant dans un foyer composé de trois personnes ou moins, les parents qui vivaient dans un foyer composé de cinq personnes ou plus (RC brut=4,86; IC à 95 % :1,21-19,50) étaient généralement plus satisfaits. Les parents dont le revenu familial était $\geq 60\ 000$ \$ (RC brut=2,16; IC à 95 % :0,84-5,57) étaient plus satisfaits. Les répondants qui rapportaient que le père de l'enfant avait un niveau d'étude universitaire étaient plus satisfaits que les autres (RC brut=2,37; IC à 95 % :0,93-6,09).

Les répondants du questionnaire de satisfaction étaient plus satisfaits quand il y a eu fausse couche chez la mère de l'enfant (RC brut=4,13; IC à 95 % :1,39-12,34). Comparés aux parents avec un niveau de stress normal, ceux qui présentaient un niveau de stress élevé étaient plus satisfaits (RC brut=2,90; IC à 95 % :0,69-12,20). Pour la dimension interaction

parent-enfant, le RC brut associé à l'augmentation d'une unité de cette dimension était de 1,07 (IC à 95 % : 0,98-1,18).

Tableau 6: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'information associés à certaines caractéristiques parentales

Variables	Satisfait Moyenne (Écart-type)	Non satisfait Moyenne (Écart-type)	RC brut	Valeur-p	IC à 95 %
Age du répondant à la séance d'information	34,42 (3,99)	31,00 (3,37)	1,30	0,0001	1,11-1,50
Age de la mère au moment de l'entrevue	34,30 (3,99)	30,89 (3,56)	1,28	0,0002	1,10-1,49
Interaction parent enfant*	20,83 (5,10)/60	19,17 (4,80)	1,07	0,15	0,97-1,80

* *Sous échelle de la perception du stress parental total du « Parental Stress Index, version courte»¹, score de 12 à 60, pas de seuil. Un score élevé traduit une interaction parent-enfant dysfonctionnelle.*

Tableau 7: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'information associés à certaines caractéristiques des parents

Variables	Satisfait n/N (%)	Non satisfait n/N (%)	RC brut	Valeur-p	IC à 95 %
Nombre de personne(s) dans le foyer					
-3 personnes ou moins	7/36 (19)	17/39(44)	1,00		
-4 personnes	19/36 (53)	17/39 (44)	2,71	0,07	0,91-8,13
-5 personnes ou plus	10/36 (28)	5/39(13)	4,86	0,03	1,21-19,50
Antécédent de fausse couche avant la naissance de l'enfant :					
-non	20/36 (56)	31/37 (84)	1,00		
-oui	16/36 (44)	6/37 (16)	4,13	0,01	1,39-12,34
Revenu du père :					
< 40 000	10/36 (28)	21/38 (55)	1,00		
≥ 40 000	26/36 (72)	17/38 (45)	3,21	0,009	1,22- 8,47
Niveau d'étude du père :					
-non universitaire	16/35 (46)	26/39 (67)	1,00		
-universitaire	19/35 (54)	13/39 (33)	2,37	0,07	0,93- 6,09
Revenu familial :					
< 60000	11/36 (31)	19/39 (49)	1,00		
≥ 60000	25/36 (69)	20/39 (51)	2,16	0,11	0,84- 5,57
Stress parental :					
-normal	29/36 (81)	36/39 (92)	1,00		
-élevé	7/36 (19)	3/39 (8)	2,90	0,14	0,69-12,20

5.2.1.2 Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des enfants

Les analyses bivariées ont été présentées au tableau 8. Ces analyses montrent que si l'enfant cible était seul parmi les personnes âgées de moins de 18 ans dans le foyer, les parents étaient moins satisfaits (RC brut=0,28; IC : 0,10-0,80). Comparés aux parents qui n'avaient que l'enfant cible, ceux avec plusieurs enfants étaient plus satisfaits. Les rapports de cotes bruts (RC) étaient de 3,95 (IC à 95 % :1,20-13,00) et de 5,33 (IC à 95 % :1,29-22,19) quand il y avait respectivement deux enfants et au moins 3 enfants dans la famille. Par contre, si l'enfant était l'aîné, les parents étaient moins satisfaits (RC brut=0,40; IC à 95 % : 0,16-1,01). Le fait que l'enfant ait déménagé au moins une fois, était inversement associé à la satisfaction générale des parents (RC brut=0,43; IC à 95 % :0,16-1,15).

Les parents dont l'enfant avait déjà été admis une ou plusieurs nuits à l'hôpital depuis sa naissance étaient plus satisfaits (RC brut=2,00; IC à 95 % :0,79-5,09). Les parents étaient moins satisfaits si l'enfant avait un petit poids de naissance ou était prématuré (RC brut=0,13; IC à 95 % :0,01-1,12) ou s'il y avait eu un problème de santé à la naissance (RC brut=0,20; IC à 95 % :0,05-0,80).

5.2.1.3 Facteurs associés à la satisfaction au moment de la séance l'information

Les analyses multivariées ont été présentées au tableau 9. Les rapports de cotes ajustés montrent que les facteurs positivement associés à la satisfaction générale au regard de la séance d'information étaient l'âge du répondant (RC ajusté=1,33; IC à 95 % :1,12-1,58) et les antécédents de fausse couche de la mère avant la naissance de l'enfant (RC ajusté=9,63; IC à 95 % : 1,96-47,43). Par contre, les parents dont l'enfant avait eu des problèmes de santé à la naissance étaient plus insatisfaits (RC ajusté=0,14; IC à 95 % : 0,03-0,82).

Tableau 8: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'information associés à certaines caractéristiques de l'enfant

Variables	Satisfait n/N (%)	Non satisfait n/N (%)	RC brut	Valeur-p	IC à 95 %
Enfant cible seul parmi les moins de 18 ans :					
-non	29/36 (81)	21/39 (54)	1,00		
-oui	7/36 (19)	18/39 (46)	0,28	0,01	0,10-0,80
Nombre de frère(s) et sœur(s)					
- Pas de frère ou sœur	5/36 (14)	16/39 (41)	1,00		
- 1 frère ou sœur	21/36 (58)	17/39 (44)	3,95	0,02	1,20-13,00
- > 1 frère ou sœur	10/36 (28)	6/39 (15)	5,33	0,02	1,28-22,19
Enfant cible aîné :					
-non	21/36 (58)	14/39 (36)	1,00		
-oui	15/36 (42)	25/39 (64)	0,40	0,05	0,16-1,01
Avoir déjà déménagé :					
-non	27/36 (75)	22/39 (56)	1,00		
-oui	9/36 (25)	17/39 (44)	0,43	0,09	0,16-1,15
Admission une ou plusieurs nuits à l'hôpital depuis la naissance :					
-non	18/36 (50)	26/39 (67)	1,00		
-oui	18/36 (50)	13/39 (33)	2,00	0,14	0,79-5,09
Petit poids de naissance ou prématuré :					
-non	35/36 (97)	32/39 (82)	1,00		
-oui	1/36 (3)	7/39 (18)	0,13	0,03	0,01- 1,12
Avoir eu un problème de santé à la naissance :* :					
-non	33/36 (92)	27/39 (69)	1,00		
-oui	3/36 (8)	12/39 (31)	0,20	0,01	0,05- 0,80

* inclus : petit poids (poids à la naissance < 2500gr) ; prématurité (accouchement < 37 semaines); malformation ou transfert dans un service ou hôpital spécialisé.

Tableau 9: Rapports de cotes (RC) ajustés de la satisfaction à la séance d'information associés à certaines caractéristiques des parents et de l'enfant *

Variabiles	RC bruts	RC ajustés** (IC à 95 %)
Avoir un antécédent de fausse couche avant la naissance de l'enfant	4,13	9,63 (1,96-47,43)
Avoir un problème de santé à la naissance	0,20	0,14 (0,03-0,82)

Age du répondant à la séance d'information (en continu)	1,30	1,33 (1,12-1,58)

* *Modèle avec N=73 sujets.*

** *Ajusté pour toutes les variables du tableau.*

*** *Inclus : prématurité, petit poids, malformation ou transfert dans un service ou hôpital spécialisé.*

5.2.2. Séance de rencontre des parents

5.2.2.1 Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des parents et de l'enfant

Les analyses bivariées ont été présentées dans les tableaux 10 et 11. Celles-ci montrent que le sexe était significativement associé à la satisfaction générale. En effet, les répondants de sexe masculin avaient un RC brut de 8,25 (IC à 95 % :0,95-71,86). Le fait que les parents habitaient une maison individuelle était négativement associé à la satisfaction générale (RC brut=0,33; IC à 95 % :0,11-1,00). Le statut de travail à temps plein des pères était inversement associé à la satisfaction générale (RC brut=0,18; IC à 95 % : 0,03-0,89).

Les parents qui adoptaient un style de langage soutenant étaient moins satisfaits que ceux qui avaient un style directif (RC brut=0,45; IC à 95 % :0,15-1,32). La satisfaction générale des parents au regard de la séance de rencontre des parents était liée aussi à la détresse parentale. En effet, les parents en situation de détresse étaient moins satisfaits (RC=0,92; IC à 95 % : 0,85-0,99). Concernant les ressources de temps, le RC brut associé à l'augmentation d'une unité de cette dimension était de 1,41 (IC à 95 % : 0,96-2,08). Du point de vue de l'état émotionnel de l'enfant, le RC brut associé à l'augmentation d'une unité de ce score était de 1,06 (IC à 95 % : 0,99-1,13). Pour les problèmes intériorisés de l'enfant, le RC brut associé à l'augmentation d'une unité de cette dimension était de 1,04 (IC à 95 % : 0,99-1,10).

5.2.2.2 Association entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des enfants

Les analyses bivariées ont été présentées au tableau 12. Ces analyses montrent que les parents dont l'enfant parlait uniquement le français étaient moins satisfaits (RC brut=0,15; IC à 95 % :0,01-1,35). Comparés aux parents dont l'enfant n'avait pas de frère ou de sœur, les parents dont l'enfant avait un frère ou une sœur (RC brut=2,55; IC à 95 % :0,87-7,45) ou bien les parents dont l'enfant avait plus d'un frère ou d'une sœur (RC brut=3,04; IC à

95 % :0,84-10,92) étaient plus satisfaits. La satisfaction des parents était inversement associée au fait que l'enfant cible était l'aîné (RC brut=0,48; IC à 95 % :0,20-1,17).

Si l'enfant avait consulté au moins deux professionnels de santé pour un problème développemental, alors les parents étaient plus satisfaits (RC brut=2,35; IC à 95 % :0,96-5,69). Par contre, si l'enfant avait déjà été admis une ou plusieurs nuits à l'hôpital depuis la naissance, les parents étaient moins satisfaits (RC brut=0,52; IC à 95 % :0,21-1,27).

5.2.2.3. Facteurs associés à la satisfaction au moment de la rencontre des parents

Les analyses multivariées sont présentées au tableau 13. Les rapports de cotes ajustés montrent qu'il y a trois facteurs associés négativement à la satisfaction générale au regard de la séance de rencontres des parents : le fait d'habiter une maison individuelle (RC ajusté=0,22; IC à 95 % :0,07-0,77), le niveau de détresse parentale (RC ajusté=0,92; IC à 95 % : 0,85-0,99) et le fait que l'enfant cible soit l'aîné (RC ajusté=0,37; IC à 95 % : 0,14-0,99).

Tableau 10: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction aux rencontres des parents associés à certaines caractéristiques parentales

Variables	Satisfait n/N (%)	Non satisfait n/N (%)	RC brut	Valeur-p	IC à 95 %
Sexe du répondant :					
-mère	32/38 (84)	44/45 (98)	1,00		
-père	6/38 (16)	1/45 (2)	8,25	0,04	0,95-71,86
Type d'habitation :					
-logement ou appartement	12/38 (32)	6/45 (13)	1,00		
-maison individuelle	26/38 (68)	39/45 (87)	0,33	0,04	0,11-1,00
Travail du père :					
- temps partiel	8/37 (22)	2/43 (5)	1,00		
- temps plein	29/37 (78)	41/43 (95)	0,18	0,03	0,03-0,89
Stimulation du langage :					
-directif ou non engagé	11/38 (29)	7/45 (16)	1,00		
-soutenant	27/38 (71)	38/45 (84)	0,45	0,14	0,15-1,32

Tableau 11: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction aux rencontres des parents associés à certaines caractéristiques des parents et de l'enfant

Variables	Satisfait		Non satisfait		RC brut	Valeur-p	IC à 95 %
	Moyenne (Écart-type)		Moyenne (Écart-type)				
Détresse parentale* :	22,00 (6,00)/60		25,02 (6,09)		0,92	0,03	0,85-0,99
Ressources Temps**	4,62 (1,25)/ 7		4,14 (1,13)		1,41	0,07	0,96-2,08
Réaction émotionnelle*** :	58,61 (7,29)/98		55,17 (7,86)		1,06	0,05	0,99-1,13
Problèmes intériorisés**** :	53,14 (8,37)/90		50,07 (8,88)		1,04	0,12	0,99-1,10

* Sous échelle de la perception du stress parental total du « Parental Stress Index, version courte », score de 12 à 60, pas de seuil. Un score élevé traduit un stress élevé.

** Score moyen de la dimension temps du « Knowledge of Infant Development Inventory (MacPhee, 1981) ». Un score élevé indique que le répondant a accès à des ressources satisfaisantes.

*** Sous échelle du comportement de l'enfant de l'adaptation française du « Child Behavior Checklist (CBCL), version pour 1 1/2- 5 ans² ». Le seuil est fixé au 98e percentile de la distribution dans une population de référence. Une valeur élevée traduit l'existence d'un problème émotionnel

**** Regroupement de sous échelles du comportement de l'enfant. Le seuil est fixé au 90e percentile. Une valeur élevée traduit la présence de problèmes intériorisés.

Tableau 12: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction aux rencontres des parents associés à certaines caractéristiques de l'enfant

Variables	Satisfait n/N (%)	Non satisfait n/N (%)	RC brut	Valeur-p	IC à 95 %
Langue parlée par l'enfant :					
- autres langues	5/38 (13)	1/45 (2)	1,00		
- français uniquement	33/38 (87)	44/45 (98)	0,15	0,09	0,01-1,35
Nombre de frère(s) et sœur(s)					
- pas de frère ou sœur	7/38 (18)	17/45 (38)	1,00		
- 1 frère ou sœur	21/38 (55)	20/45 (44)	2,55		0,87-7,45
- ≥ 1 frère ou sœur	10/38 (26)	8/45 (18)	3,04	0,15	0,84-10,92
Enfant cible aîné :					
- non	22/38 (58)	18/45 (40)	1,00		
- oui	16/38 (42)	27/45 (60)	0,48	0,10	0,20-1,17
Avoir consulté au moins deux professionnels de la santé différents pour un problème développemental					
- non	14/38 (37)	26/45 (58)	1,00		
- oui	24/38 (63)	19/45 (42)	2,35	0,06	0,96-5,69
Admission une ou plusieurs nuits à l'hôpital depuis la naissance :					
-non	25/38 (66)	22/44 (50)	1,00		
-oui	13/38 (34)	22/44 (50)	0,52	0,15	0,21-1,27

Tableau 13: Rapports de cotes (RC) ajustés de la satisfaction aux rencontres des parents associés à certaines caractéristiques des parents et de l'enfant *

Variables	RC brut	RC Ajusté** (IC à 95 %)
Habiter dans une maison individuelle :	0,33	0,22 (0,07-0,77)
Enfant cible aîné :	0,48	0,37 (0,14-0,99)
Détresse parentale (en continu) :	0,92	0,92 (0,85-0,99)

* *Modèle avec N=83 sujets.*

** *Ajusté pour toutes les variables du tableau.*

5.2.3. Séance d'évaluation

5.2.3.1 Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des parents

Les analyses bivariées ont été présentées dans les tableaux 14 et 15. La satisfaction générale était inversement associée au fait que la mère ait une histoire de césarienne (RC brut=0,50; IC à 95 % : 0,20-1,22). Les répondants étaient moins satisfaits quand la mère de l'enfant cible avait consommé des médicaments prescrits durant la grossesse (RC brut=0,40; IC à 95 % : 0,17-1,00). Par contre, les répondants étaient plus satisfaits quand la mère de l'enfant cible avait consommé des médicaments en vente libre durant la grossesse (RC brut=2,07; IC à 95 % : 0,90-4,73).

Les répondants étaient plus satisfaits quand des instruments d'aide à l'accouchement avaient été utilisés lors de l'accouchement de l'enfant cible (RC brut=2,13; IC à 95 % : 0,90-5,07). La détresse parentale était associée négativement à la satisfaction générale. En effet, le RC brut associé à l'augmentation d'une unité du score de la détresse parentale était de 0,95 (IC à 95 % : 0,89-1,00). Les ressources interpersonnelles des parents étaient associées positivement à la satisfaction générale. Le RC brut associé à l'augmentation d'une unité de ce score était de 1,43 (IC à 95 % : 1,00-2,04). Concernant l'interaction parent-enfant, plus l'interaction était dysfonctionnelle, moins les parents étaient satisfaits (RC brut=0,91; IC à 95 % : 0,84-0,99).

5.2.3.2. Associations entre la satisfaction générale et certaines caractéristiques des enfants

Les analyses bivariées ont été présentées aux tableaux 15 et 16. Ces analyses montrent une insatisfaction chez les parents dont l'enfant cible était l'aîné (RC brut=0,46; IC à 95 % : 0,20-1,02) ou qui avaient déjà déménagé au moins une fois depuis la naissance de l'enfant (RC brut=0,43; IC à 95 % : 0,19-1,00).

Si l'enfant avait un petit poids de naissance ou s'il était prématuré, alors les parents étaient moins satisfaits (RC brut=0,14; IC à 95 % : 0,03-0,70). Les parents étaient moins satisfaits lorsque l'enfant avait eu une malformation à la naissance (RC brut=0,35; IC à 95 % : 0,09-1,50) ou bien un problème de santé à la naissance (RC brut=0,30; IC à 95 % : 0,11-0,83). Le fait que l'enfant ait été référé vers d'autres professionnels pour des problèmes de santé était inversement associé à la satisfaction générale des parents (RC brut=0,38; IC à 95 % : 0,17-0,87).

Si l'enfant avait un comportement de retrait, alors les parents étaient moins satisfaits (RC brut=0,95; IC à 95 % : 0,88-1,01). Les parents dont l'enfant avait un problème d'attention étaient moins satisfaits (RC brut=0,93; IC à 95 % : 0,87-0,99). Lorsque l'enfant avait un bon développement cognitif, les parents étaient moins satisfaits (RC brut=0,97; IC à 95 % : 0,94-1,00) (tableau 15).

5.2.3.3. Facteurs associés à la satisfaction au moment de la séance d'évaluation

Les analyses multivariées ont été présentées au tableau 17. Les rapports de cotes ajustés montrent que les quatre facteurs associés négativement à la satisfaction générale des parents au regard de la séance d'évaluation étaient : le fait que les mères aient consommé des médicaments prescrits durant la grossesse (RC ajusté=0,34; IC à 95 % : 0,13-0,88) ou le fait que l'enfant ait déjà été référé vers d'autres professionnels ou ressources pour un problème de santé (RC ajusté=0,29; IC à 95 % : 0,10-0,81), le fait d'avoir un enfant avec un problème d'attention (RC ajusté=0,90; IC à 95 % : 0,83-0,98) ou un développement cognitif normal (RC ajusté=0,93; IC à 95 % : 0,88-0,98).

Tableau 14: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'évaluation associés à certaines caractéristiques parentales

Variables	Satisfait n/N (%)	Non satisfait n/N (%)	RC brut	Valeur-p	IC à 95 %
Sexe du répondant :					
-mère	47/57 (82)	41/44 (93)	1,00		
-père	10/57 (18)	3/44 (7)	2,90	0,11	0,75-11,29
Avoir subi une césarienne :					
-non	45/57 (79)	28/43 (65)	1,00		
-oui	12/57 (21)	15/43 (35)	0,50	0,12	0,20-1,22
Avoir consommé des médicaments prescrits durant la grossesse :					
-non	27/57 (47)	11/41 (27)	1,00		
-oui	30/57 (53)	30/41 (73)	0,40	0,04	0,17-1,00
Avoir consommé des médicaments en vente libre durant la grossesse :					
-non	18/57 (32)	20/41 (49)	1,00		
-oui	39/57 (68)	21/41 (51)	2,07	0,08	0,90-4,73
Instruments d'aide à l'accouchement utilisés :					
-non	13/57 (23)	17/44 (39)	1,00		
-oui	44/57 (77)	27/44 (61)	2,13	0,08	0,90-5,07

Tableau 15: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'évaluation associés à certaines caractéristiques des parents et de l'enfant

Variables	Satisfait		Non Satisfait Moyenne (Écart-type)	RC brut	Valeur-p	IC à 95 %
	Moyenne (Écart-type)	Moyenne (Écart-type)				
Détresse parentale* :	23,05(6,34)/60	25,27(6,41)		0,95	0,09	0,89-1,00
Ressources interpersonnelles** :	5,79(1,20)/7	5,31(1,11)		1,43	0,04	1,00-2,04
Interaction parent enfant*** :	18,79(4,66)/60	21,04(5,33)		0,91	0,03	0,84-0,99
Enfant en retrait**** :	53,61(4,10)/98	55,45(7,42)		0,95	0,12	0,88-1,01
Enfant ayant un problème d'attention***** :	54,17(5,03)/98	57,14(7,90)		0,93	0,03	0,87-0,99
Développement cognitif de l'enfant***** :	84,07(12,00)/100	88,16(12,47)		0,97	0,10	0,94-1,00

* Sous échelle de la perception du stress parental total du « Parenting Stress Index, version courte»¹, score de 12 à 60, pas de seuil. Un score élevé traduit un stress élevé.

** Score moyen de la dimension ressources interpersonnelles du « Knowledge of Infant Development Inventory»⁶⁵. Un score élevé indique que le répondant a accès à des ressources satisfaisantes.

*** Sous échelle de la perception du stress parental total du « Parental Stress Index, version courte»¹, score de 12 à 60, pas de seuil. Un score élevé traduit une interaction parent-enfant dysfonctionnelle.

**** Sous échelle du comportement de l'enfant de l'adaptation française du « Child Behavior Checklist (CBCL) version pour 1 1/2- 5 ans². Le seuil est fixé au 98e percentile de la distribution dans une population de référence. Une valeur élevée traduit l'existence d'un problème comportemental.

***** Sous échelle du comportement de l'enfant de l'adaptation française du « Child Behavior Checklist (CBCL) version pour 1 1/2- 5 ans². Le seuil est fixé au 98e percentile de la distribution dans une population de référence. Une valeur élevée traduit l'existence d'un problème d'attention.

***** Échelle du développement cognitif et moteur de l'enfant de « Bayley Scales of Infant Development»⁵. Le score moyen est de 100, l'écart-type de 15. Les enfants qui ont un score inférieur à 85 sont considérés comme ayant un retard de développement.

Tableau 16: Rapports de cotes (RC) bruts de la satisfaction à la séance d'évaluation associés à certaines caractéristiques de l'enfant

Variables	Satisfait n/N (%)	Non satisfait n/N (%)	RC brut	Valeur-p	IC à 95 %
Enfant cible aîné :					
-non	33/57 (58)	17/44 (39)	1,00		
-oui	24/57 (42)	27/44 (61)	0,46	0,05	0,20-1,02
Avoir déjà déménagé :					
-non	41/57 (72)	23/44 (52)	1,00		
-oui	16/57 (28)	21/44 (48)	0,43	0,04	0,19-1,00
Petit poids de naissance ou prématuré :					
-non	55/57 (96)	35/44 (80)	1,00		
-oui	2/57 (4)	9/44 (20)	0,14	0,009	0,03-0,70
Avoir eu une malformation à la naissance :					
-non	54/57 (95)	38/44 (86)	1,00		
-oui	3/57 (5)	6/44 (14)	0,35	0,14	0,09-1,50
Avoir eu un problème de santé à la naissance :					
-non	50/57 (88)	30/44 (68)	1,00		
-oui	7/57 (12)	14/44 (32)	0,30	0,02	0,11-0,83
Enfant ne souriait pas ou peu :					
-non	51/57 (89)	43/44 (98)	1,00		
-oui	6/57 (11)	1/44 (2)	5,06	0,13	0,60-43,64
Avoir été référé vers d'autres professionnels :					
-non	30/57 (53)	13/44 (30)	1,00		
-oui	27/57 (47)	31/44 (70)	0,38	0,02	0,17-0,87

Tableau 17: Rapports de cotes (RC) ajustés de la satisfaction à la séance d'évaluation associés à certaines caractéristiques des parents et de l'enfant *

Variables	RC brut	RC ajusté** (IC à 95 %)
Avoir consommé des médicaments prescrits durant la grossesse :	0,40	0,34 (0,13-0,88)
Avoir été référer vers d'autres professionnels ou ressources :	0,38	0,29 (0,10-0,81)
Enfant ayant un problème d'attention*** :	0,93	0,90 (0,83-0,98)
Niveau de développement cognitif de l'enfant**** :	0,97	0,93 (0,88-0,98)

* *Modèle avec N=101 sujets.*

** *Ajusté pour toutes les variables du tableau.*

*** *Sous échelle du comportement de l'enfant de l'adaptation française du 'Child Behavior Checklist (CBCL) version pour 1½- 5 ans'. Le seuil est fixé au 98e percentile de la distribution dans une population de référence. Une valeur élevée traduit l'existence d'un problème d'attention.*

**** *Échelle du développement cognitif et moteur de l'enfant de 'Bayley Scales of Infant Development »⁵. Le score moyen est de 100, l'écart-type de 15. Les enfants qui ont un score inférieur à 85 sont considérés comme ayant un retard de développement.*

CHAPITRE VI

DISCUSSION

Les résultats de notre étude suggèrent que les facteurs associés positivement à la satisfaction des parents au regard de la séance d'information sont l'âge du parent répondant et le fait d'avoir des antécédents de fausse-couche pour la mère. Par contre, les parents qui rapportaient que leur enfant avait un problème de santé à la naissance étaient insatisfaits. À la séance de rencontre des parents, les facteurs associés inversement à la satisfaction des parents étaient : le fait d'habiter une maison individuelle, le niveau de détresse psychologique du parent répondant, le fait que l'enfant cible soit l'aîné. À la séance d'évaluation par l'orthophoniste, plusieurs facteurs étaient négativement associés à la satisfaction des parents : le fait que l'enfant ait déjà été référé vers d'autres professionnels ou ressources pour des problèmes de santé, avoir un enfant présentant un problème d'attention, avoir un enfant sans retard de développement cognitif. Aussi, les répondants étaient moins satisfaits si la mère de l'enfant cible avait consommé des médicaments prescrits durant la grossesse.

Différents biais pourraient avoir affecté la validité interne de l'étude. Avec les incertitudes relevées dans le calcul du taux de participation, notre étude pourrait être affectée par un biais de sélection. En effet, un taux de participation d'environ 51 % est relativement bas et notre population pourrait ne pas être représentative de la population d'enfants consultant au programme de 1re ligne. Dans cette étude, 199 parents dont l'enfant semblait avoir un retard de langage avaient été invités à participer. De ce nombre, 148 parents dont l'enfant était potentiellement éligible avaient répondu favorablement à cette invitation. Cependant, Il existait une incertitude sur l'éligibilité réelle ou non des enfants dont les parents avaient

décliné l'invitation à participer à l'étude. Une solution pour savoir si notre étude a pu être affectée par un biais de sélection, aurait été de collecter des variables auprès de la population éligible pour comparer les caractéristiques des non-participants à celles des participants en ce qui concernait leurs caractéristiques socio-économiques et le retard de langage de l'enfant. Cette façon de faire aurait eu pour but de voir s'il y avait des similitudes ou divergences entre les caractéristiques des parents et des enfants dans ces deux groupes. Pour des considérations d'ordre éthique, cette solution n'a pas pu être envisagée. En effet, il n'était pas possible d'accéder aux dossiers des parents et des enfants n'acceptant pas de participer à l'étude. Dans la littérature sur la satisfaction des clients au regard des programmes et services de santé, le taux de participation varie entre 21 % à 83 %⁹³. Dans le cadre des études portant sur la satisfaction des parents, le taux de réponse est d'environ de 50 %⁹⁵, en tenant compte de ces observations, nous pouvons supposer que notre taux de participation est acceptable.

Ce paragraphe traite des biais d'information qui pourraient affecter les variables dépendantes utilisées dans cette étude à savoir, la satisfaction des parents au regard de chaque étape du programme (la séance d'information, la séance de rencontres des parents et la séance d'évaluation de l'orthophoniste du CLSC). Une des forces de notre étude réside dans l'utilisation d'un questionnaire de satisfaction validé le «Client Satisfaction Questionnaire»⁴⁹. Ce questionnaire a été validé sur une population de 248 patients ayant des problèmes de santé mentale aux États-Unis⁴⁹. Cet outil de mesure de la satisfaction est l'un des instruments les plus utilisés dans la littérature. Par ailleurs, notre étude avait une bonne consistance interne des échelles de satisfaction générale (les alphas de Cronbach varient de 0,78 à 0,82). Selon les normes statistiques, une consistance interne, mesurée par un alpha de Cronbach supérieur ou égal à 0,70, est considérée comme bonne²². Également, le calcul des coefficients de corrélations de Pearson suggérait que les trois scores de la satisfaction générale étaient relativement indépendants entre eux. Dans les études de satisfaction, plusieurs problèmes d'ordre méthodologique ont été évoqués parmi lesquels, l'absence de validité des instruments de mesure. Les auteurs⁴⁹ qui ont développé le CSQ, ont trouvé une excellente consistance interne de cet outil de mesure (alpha de Cronbach= 0,93 sur 8 items)⁴⁹. Rahi et ses collaborateurs^{76, 77} ont utilisé le CSQ-3 (Client Satisfaction

Questionnaire avec 3 items) pour évaluer la satisfaction des parents au moment où leur enfant est diagnostiqué comme ayant un handicap visuel. Ces auteurs⁷⁷ ont calculé un alpha de Cronbach de 0,85 pour le CSQ-3. Ce qui montre que cet outil est valide dans cette population. Le Client Satisfaction Questionnaire est largement utilisé pour évaluer la satisfaction des patients et de parents d'enfants hospitalisés. L'entrevue téléphonique pour évaluer la satisfaction est le plus souvent réalisée dans les 15 jours suivant la visite à domicile, ceci dans le but d'optimiser le taux de réponse¹¹. Ce délai permet aussi de recueillir l'information sur la satisfaction des clients au regard des services reçus dans le cadre des programmes et services de santé au moment où ces clients ont encore un souvenir assez récent de leur impression vis-à-vis de ces services⁸.

En ce qui concerne les variables indépendantes, un questionnaire général a été développé à partir d'un questionnaire existant utilisé dans une grande enquête provinciale. Ce questionnaire permettait de caractériser la famille, les parents et l'enfant cible qui avait un retard de langage en fonction de certaines caractéristiques socio-économiques et démographiques. D'autres instruments validés ont été utilisés pour caractériser les parents comme leur niveau de stress; les ressources dont ils disposent; leurs connaissances en matière de développement du langage et les modes de stimulation du langage utilisés. Concernant les enfants, les instruments validés permettaient d'évaluer leur niveau de développement cognitif et moteur; leur état comportemental; la taille de leur vocabulaire expressif. L'utilisation de questionnaires validés utilisés dans cette étude permettrait de conclure que notre étude ne semblait pas être affectée par un biais d'information.

Notre étude ne semblait pas être affectée par un biais de confusion. En effet, une évaluation de l'effet potentiellement confondant de l'âge du répondant et de son sexe, pour chacun des modèles finaux correspondant aux trois étapes du programme, permettait de conclure que ni l'âge, ni le sexe n'étaient confondants. Contrairement à plusieurs études de satisfaction^{23, 38}, nos analyses multivariées prenaient en compte l'effet de plusieurs facteurs simultanément. Ce type d'analyse permettait donc un ajustement entre les variables.

Sur le plan de la validité externe, pourrait-on généraliser nos résultats à l'ensemble des parents ayant un enfant avec un retard de langage ? En effet, nous ne connaissons pas les caractéristiques des parents et des enfants qui ne participent au programme.

Dans le cadre de la taille d'échantillon, notre étude comportait 102 parents d'enfants dont 101 avaient répondu aux questionnaires de satisfaction. La taille d'échantillon de notre étude peut être considérée comme relativement faible en épidémiologie. Cependant, dans le domaine de la recherche en orthophonie, notre étude peut être considérée comme une grosse cohorte. En effet, dans la plupart des études orthophoniques, la taille de la population est très petite (généralement moins de 40 enfants)^{71, 99, 27, 110}. Cependant, il faudrait noter que certains facteurs associés à la satisfaction dans les analyses bivariées ne l'étaient plus dans les analyses multivariées, car il y avait probablement un manque de puissance statistique. Une force de notre étude réside dans le fait que selon l'état actuel des connaissances, notre étude serait la première étude évaluant les caractéristiques des parents et de l'enfant qui influencent la satisfaction des parents dans le domaine orthophonique.

Dans le cadre des résultats de notre premier objectif

Notre étude suggère que le niveau de satisfaction générale des parents au regard des trois étapes du programme de 1^{re} ligne en orthophonie est très élevé.

Autrement dit : 1) les parents étaient généralement satisfaits de l'information reçue de la part de l'orthophoniste du CLSC concernant le développement normal et les troubles du langage chez les enfants, 2) les parents étaient généralement satisfaits des rencontres des parents qui étaient regroupés en ateliers de formation, lesquelles rencontres étaient animées par l'orthophoniste du CLSC, 3) les parents étaient généralement satisfaits de l'évaluation de leurs enfants par l'orthophoniste du CLSC.

Dans la littérature, un "effet plafond" « *ceiling effect* »⁶¹ est observé dans la plupart des questionnaires de satisfaction générale. Ce phénomène a souvent comme effet une surestimation de la mesure de la satisfaction. Une des conséquences de cette surestimation de la mesure de la satisfaction se traduit par une médiane élevée du score de satisfaction.

Une des raisons de cet ‘effet plafond’ serait la désirabilité sociale des patients envers leur praticien^{56, 57, 94, 115}.

Dans notre étude, l’absence de distribution normale nous a conduit à dichotomiser la variable de satisfaction selon une médiane élevée, d’où l’on comparait probablement des parents très satisfaits à des parents moyennement satisfaits (plutôt que des insatisfaits).

Concernant l’évaluation du niveau de satisfaction des parents dans la littérature

Nos résultats sont concordants en ce qui concerne le niveau de satisfaction générale des parents, avec la plupart des résultats d’études de satisfaction des parents notées dans la littérature. En effet, dans le domaine orthophonique, il existe l’étude de Grela et Illerbrun³⁸ qui porte sur la satisfaction des parents au regard des services de langage et de la parole. Dans cette étude, la moyenne de la satisfaction des parents est de 4,37 sur 5, ce qui traduit un haut niveau de satisfaction générale des parents³⁸. Bien que les résultats de cette étude soient concordants avec la nôtre du point de vue du niveau de satisfaction générale des parents, il faudrait noter certaines différences. En effet, le questionnaire avait été construit par les auteurs eux-mêmes et n’était pas validé. En plus, dans cette étude, l’âge des enfants était de 5 et 6 ans. Le format de l’intervention était différent de celui de notre étude. En effet, dans cette étude³⁸, le parent fait part de ses observations concernant le développement de son enfant à l’orthophoniste lors d’une consultation. Ce dernier évalue l’enfant et les résultats sont discutés avec le parent. Si une intervention est nécessaire, les objectifs de cette intervention font l’objet d’une discussion avec les parents dans l’intérêt de l’enfant. Les parents et l’enfant sont suivis au moins au cours de quatre sessions d’une demi-heure chacun. Au cours de ces sessions, le parent était formé pour mieux interagir avec son enfant selon un modèle d’interaction spécifique.

Dans le cadre des services d’intervention précoce, les résultats de l’étude de Favez et ses collaborateurs²³ étaient concordants avec notre étude en ce qui concernait le niveau de satisfaction générale élevé des parents. Cette étude portait sur la satisfaction des parents au regard des services délivrés à leurs enfants dans un programme d’intervention précoce à

Genève (Suisse). Les résultats de cette étude suggéraient que 88 % des parents étaient satisfaits des services reçus par leurs enfants²³. L'étude portait sur 217 parents d'enfants dont 100 parents avaient répondu au questionnaire de satisfaction. Le questionnaire utilisé était validé au niveau européen et avait été administré par téléphone 15 jours après l'envoi de ce dernier par la poste. L'âge dans cette population d'enfants variait de 0 à 6 ans. Ces enfants avaient des difficultés dans le domaine : 1) du développement cognitif et moteur, 2) de la communication expressive et réceptive, 3) du comportement et de la relation sociale, 4) de la vision et de l'audition, et 5) de la génétique (syndrome de Down...). La population des parents représentait toutes les catégories socio-économiques. Du point de vue de la taille d'échantillon, de la méthodologie et de l'utilisation de certaines variables caractérisant les parents et leur enfant, nous pouvons dire qu'il y a des similitudes avec notre étude. Dans l'un des domaines comme les services de réhabilitation, les résultats de l'étude de Stewart et ses collaborateurs⁹⁶ étaient concordants avec ceux de notre étude en ce qui avait trait au niveau de satisfaction générale des parents. Cette étude portait sur l'évaluation de l'efficacité des services de réhabilitation dans le cadre d'une nouvelle thérapie pour les enfants avec des besoins spéciaux. Les résultats de cette étude montraient une moyenne de la satisfaction générale des parents de 30,7 sur 36. Une différence entre l'étude de Stewart et ses collaborateurs⁹⁶ et notre étude était notée dans le nombre d'items utilisés dans le Client Satisfaction Questionnaire (CSQ). En effet, les auteurs⁹⁶ avaient utilisé neuf items, alors que dans notre étude trois items du CSQ étaient utilisés. L'autre différence résidait dans l'âge de la population d'enfants. Dans l'étude de Stewart et ses collaborateurs⁹⁶, l'âge variait entre 5 et 6 ans⁹⁶.

Deux autres études ont utilisé le CSQ-3 (Client Satisfaction Questionnaire avec 3 items) pour évaluer le niveau de satisfaction générale des parents. Il s'agit des études de Rahi et de ses collaborateurs^{76, 77}. Dans la première étude, Rahi et ses collaborateurs⁷⁶ ont évalué la satisfaction générale des parents au regard d'un programme visant à répondre aux besoins des parents au moment du diagnostic d'invalidité de leurs enfants. Deux groupes de parents étaient formés. Le premier groupe était constitué de parents qui n'avaient pas encore bénéficié de soutien de la part de l'équipe communautaire. Le deuxième groupe était formé de parents ayant bénéficié de l'appui et du soutien de l'équipe communautaire. Les résultats

de cette étude montraient une moyenne de la satisfaction générale des parents de 4,02 sur 5 (écart-type : 0,84) pour le premier groupe de parents et une moyenne de la satisfaction générale des parents de 4,18 sur 5 (écart-type : 0,65) pour le deuxième groupe. Dans la deuxième étude, Rahi et ses collaborateurs⁷⁷ avaient évalué la satisfaction générale des parents en se basant sur leurs expériences au regard des services de santé reçus lors du diagnostic récent d'handicap visuel de leur enfant. Les résultats montraient une moyenne de satisfaction générale des parents de 4,09 sur 5 (écart-type : 0,76). Dans ces deux études, l'âge moyen des enfants était de 2,21(\pm 1,7) ans.

Les résultats de notre étude étaient difficilement comparables aux résultats des autres études portant sur le niveau de satisfaction générale des parents. Les raisons de ce problème de comparabilité sont : 1) l'instrument de mesure du niveau de satisfaction générale des parents n'était pas souvent le même que celui utilisé dans notre étude, 2) la plupart des questionnaires de satisfaction n'étaient pas validés dans les autres études. Dans le cadre des programmes d'intervention précoce, en plus des raisons déjà évoquées, il y avait le format de l'intervention, l'âge et certaines caractéristiques des enfants qui étaient différents.

Dans le cadre des résultats de notre deuxième objectif

La discussion porte sur les caractéristiques des parents et de l'enfant qui influencent la satisfaction des parents. Selon l'état de nos connaissances, aucune étude n'a été menée en orthophonie pour identifier les facteurs influençant la satisfaction générale des parents. La plupart des études qui ont établi une certaine association entre la satisfaction et les caractéristiques des parents et de l'enfant portaient sur certains programmes d'intervention précoce par exemple, en pédiatrie et en réhabilitation. Dans ce paragraphe, il sera discuté des résultats des analyses bivariées et multivariées réalisées dans chacune des trois étapes du programme. En effet, un certain nombre de facteurs étaient associés à la satisfaction générale des parents au regard de chaque étape du programme.

1) Séance d'information

Dans les analyses bivariées, certaines caractéristiques comme l'âge du répondant, les antécédents de fausse couche de la mère avant la naissance de l'enfant, le niveau d'éducation du père, le revenu du père, le revenu familial, le niveau de détresse parental, étaient positivement associés à la satisfaction générale des parents. Le fait que l'enfant ait eu un problème de santé à la naissance était négativement associé à la satisfaction générale des parents. Dans les analyses multivariées, le niveau d'éducation du père, le revenu du père, le revenu familial, le niveau de détresse parental n'étaient pas associés de manière indépendante à la satisfaction.

Dans notre étude, les parents dont l'enfant avait un problème de santé à la naissance étaient moins satisfaits. Ce résultat était concordant avec le résultat de l'étude de Lawoko et Soares⁵⁵. Cette étude⁵⁵ portait sur la satisfaction des parents au regard des soins et services de santé reçus par leur enfant. Selon ces auteurs⁵⁵, les parents dont l'enfant avait d'autres maladies étaient moins satisfaits. L'étude de Lawoko et Soares⁵⁵, comparait la satisfaction des parents dont l'enfant souffrait de maladies congénitales du cœur versus les parents dont l'enfant souffrait d'une autre maladie. Les enfants étaient âgés de 8 ans ($\pm 0,2$). Dans cette étude⁵⁵, certaines caractéristiques socio-économiques comme le niveau d'éducation, le revenu du père et le revenu familial n'étaient pas associées à la satisfaction générale des parents.

En ce qui concerne le niveau de détresse parentale, dans notre étude les parents qui avaient un niveau de stress élevé, étaient plus satisfaits, mais cette association n'était pas statistiquement significative. Ce résultat est contraire à celui de l'étude de Lawoko et coll⁵⁵, où les parents en situation de détresse psychologique étaient moins satisfaits. Une des raisons qui pourrait expliquer cette différence réside dans le fait que dans notre étude, les parents dont l'enfant souffrait du retard langage étaient préoccupés par l'état de santé de leur enfant, ce qui serait à l'origine de leur anxiété. Lors de la séance d'information, dont le but était de renforcer la connaissance et la capacité des parents concernant le développement normal et les troubles du langage des enfants, les parents qui s'estimaient

assez informés sur cette problématique étaient plus satisfaits de l'information reçue. Dans l'étude de Lawoko et coll⁵⁵, les auteurs⁵⁵, expliquaient cette insatisfaction des parents au regard des problèmes de leur enfant par une compréhension limitée des parents en ce qui concernait la nature complexe des traitements reçus par leurs enfants et l'absence de leur participation dans les décisions importantes concernant ces traitements. De même, selon ces auteurs⁵⁵, un mauvais état de santé de l'enfant augmentait l'inquiétude des parents, d'où leur niveau de stress élevé. Les résultats de l'étude de Chan et ses collaborateurs¹³ suggéraient que l'information des parents sur le traitement de leur enfant et les résultats attendus dans ce traitement, participaient à réduire l'anxiété des parents et conséquemment, à augmenter leur niveau de satisfaction.

Certaines caractéristiques socio-économiques comme le niveau d'éducation du père, le revenu du père, le revenu familial étaient positivement associées à la satisfaction des parents dans notre étude. Le fait que les parents plus éduqués et ceux ayant plus de revenus étaient plus satisfaits pourrait s'expliquer par leur niveau de compréhension de l'information reçue à l'issue de la séance d'information. En effet, la particularité de notre étude était l'évaluation de la satisfaction des parents. Cette évaluation était basée sur les trois différentes étapes du programme de 1^{re} ligne en orthophonie. Ce programme était articulé autour de l'information, de la formation et du renforcement des compétences des parents en matière de développement normal et des troubles du langage des enfants. Il se pourrait bien que ces parents se souciaient plus du développement du langage de leur enfant. Dans notre étude, la plupart des parents avaient un niveau d'éducation et de revenus élevés (54 % de niveau universitaire et 69 % de revenu familial égal ou supérieur à 60 000 \$ chez les parents satisfaits). Dans la plupart des études sur la satisfaction des parents, ces caractéristiques socio-économiques ne sont pas associées à la satisfaction des parents^{55, 30, 23}.

Dans la littérature sur la satisfaction des patients, ceux qui ont un niveau d'éducation élevé sont généralement moins satisfaits et ceux qui ont un statut social élevé (revenus élevés) sont plus satisfaits³⁹. Malgré l'existence de ces associations dans la littérature, les auteurs³⁹ ne trouvent pas d'explications plausibles pour expliquer la direction opposée de

l'association de ces deux facteurs avec la satisfaction. Les auteurs suggèrent que plus de recherches dans le domaine seraient nécessaires pour élucider ce problème. Dans la plupart des cas, les patients qui avaient un niveau d'éducation élevé étaient plus regardants ou critiques envers l'information reçue dans les services.

Dans les analyses multivariées, trois facteurs étaient indépendamment associés à la satisfaction des parents au regard de la séance d'information. L'âge du répondant et le fait que la mère ait eu un antécédent de fausse couche avant la naissance de l'enfant cible étaient positivement associés à la satisfaction générale des parents. Par contre, si l'enfant avait eu un problème de santé à la naissance, les parents étaient moins satisfaits.

Les résultats de notre étude montrent que, plus les parents sont âgés, plus ils sont satisfaits. La satisfaction des parents plus âgés pourrait s'expliquer par leurs expériences et leurs connaissances concernant le développement des enfants contrairement aux parents plus jeunes qui sont à leur première expérience en tant que parent. Ces résultats sont concordants avec l'étude de Lawoko et coll⁵⁵. En effet, les résultats de cette étude (*Lawoko, et Soares, 2004*) montraient une association positive entre l'âge des parents et la satisfaction générale. Dans cette étude⁵⁵, l'âge moyen des parents était de 39 ans (± 7). McNaughton⁶⁷, dans sa recension de la littérature sur la satisfaction des parents au regard des services reçus par leur enfant, faisait état de l'existence d'une variété de facteurs socio-économiques (par exemple, l'âge des parents, l'âge de l'enfant, le statut social de la famille) qui influençaient la satisfaction des parents. L'auteur⁶⁷ expliquait que la compréhension de la relation entre la satisfaction des parents et ces différents facteurs socio-économiques était limitée⁶⁷. Dans la littérature sur la satisfaction des patients, l'âge apparaît comme l'un des facteurs socio-économiques les plus associés à un très haut niveau de satisfaction³⁹. Ces auteurs³⁹, dans leur méta-analyse sur la satisfaction des patients, expliquent ce phénomène par le fait que les personnes plus âgées auraient tendance à positiver les traitements et services reçus. Par ailleurs, elles seraient moins critiques et auraient moins d'attentes.

Dans notre étude, les parents d'enfant dont la mère avait eu un antécédent de fausse couche avant la naissance de l'enfant cible étaient plus satisfaits. Une explication plausible serait qu'après une expérience de fausse couche, les parents se seraient retrouvés avec des attentes revues à la baisse. Dans l'état actuel des connaissances, ce facteur n'est mentionné dans aucune étude de satisfaction.

La satisfaction des parents était aussi liée, à l'état de santé de l'enfant. Les parents dont l'enfant avait eu un problème de santé à la naissance étaient moins satisfaits. Selon les résultats de l'étude de Godley et ses collaborateurs³⁵, le facteur qui influencerait le plus la satisfaction des parents serait lié à l'estimation de la sévérité des problèmes de santé de l'enfant par ces derniers³⁵.

2) Séance de rencontres des parents

Dans les analyses bivariées, les facteurs positivement associés à la satisfaction générale des parents au regard de la séance de rencontre des parents étaient le sexe du répondant et les types de ressources dont les parents disposaient. Le fait d'habiter une maison individuelle, le statut de travail à temps plein du père, la détresse parentale et le fait que l'enfant ait été admis une ou plusieurs nuits à l'hôpital depuis sa naissance étaient négativement associés à la satisfaction au regard des rencontres de parents. Dans les analyses multivariées, certaines caractéristiques comme le sexe du répondant, les types de ressources, le statut de travail à temps plein du père n'étaient pas associées à la satisfaction générale de manière indépendante.

Dans notre étude, les parents qui avaient un statut de travail à temps plein étaient moins satisfaits. Cette insatisfaction des parents eu égard à leur statut d'emploi pourrait s'expliquer en terme de temps. Il serait possible de penser que le travail à temps plein de certains parents ne leur permettait pas d'avoir une grande disponibilité pour participer à des activités comme la séance de rencontre des parents. L'association entre le statut de travail des parents et la satisfaction dans notre étude et l'étude de Lawoko et coll⁵⁵, ont une direction opposée. En effet, l'étude de Lawoko et coll.⁵⁵, montrait une association entre le

statut d'emploi des parents et la satisfaction au regard des soins reçus par leurs enfants. Les parents qui avaient un statut de travailleurs étaient plus satisfaits que ceux qui n'avaient pas de travail. Cette différence dans la direction des associations pouvait s'expliquer par le fait que dans l'étude de Lawoko et coll.⁵⁵, les parents ayant un statut de travailleur pouvaient assumer les charges financières, eu égard à la maladie de leur enfant (le contraire serait à l'origine d'une détresse psychologique, donc une insatisfaction de leur part). Conséquemment, ces parents seraient plus satisfaits.

Les répondants de sexe masculin étaient plus satisfaits dans notre étude. L'association entre le sexe du répondant et la satisfaction pourrait s'expliquer par le fait que peut être les hommes aient moins d'attentes ou d'exigences que les femmes vis-à-vis du déroulement, du cadre et les heures à laquelle se tiennent la séance de rencontre des parents (par exemple : le fait de rencontrer beaucoup de monde en même temps; le confort dans les lieux; la plupart des séances de rencontres des parents avaient lieu le soir). Dans la littérature sur la satisfaction des parents, aucune étude ne mentionne une quelconque association entre le sexe des parents et la satisfaction générale^{35, 55, 30, 23}. Dans la littérature sur la satisfaction des patients, il existe une inconsistance dans l'association entre le sexe des patients et la satisfaction. Hall et Dornan³⁹, dans leur recension de la littérature ont trouvé, quatre études où les femmes étaient plus satisfaites, huit études où il n'y avait pas de différence et cinq études où les hommes étaient plus satisfaits³⁹. Les auteurs³⁹ n'avaient pas trouvé d'explication pour expliquer cette inconsistance entre les études. Cependant, ces auteurs³⁹ avaient noté que dans certaines études américaines, les hommes étaient plus satisfaits que les femmes. Ils ont expliqué cette particularité par les différences culturelles (communautés ethniques : hispaniques, noires, blanches...) et les différentes méthodologies utilisées dans les études notamment, la façon dont les questions étaient posées³⁹.

Dans les analyses multivariées, trois facteurs étaient indépendamment associés à la satisfaction des parents à la séance de rencontre des parents. Il s'agissait : de la détresse parentale; le fait d'habiter une maison individuelle; le fait que l'enfant cible soit aîné.

Dans notre étude, les parents dont l'enfant cible était l'aîné, étaient moins satisfaits. Cet état de fait pourrait être expliqué par l'inexpérience de certains parents concernant le

développement de l'enfant. De plus, les parents qui ont un 1^{er} enfant ont peut-être plus d'attentes et sont probablement plus jeunes. Dans l'état actuel des connaissances, ce facteur n'est pas associé avec la satisfaction des parents.

Le type d'habitation était associé à la satisfaction générale des parents dans notre étude. En effet, les parents qui habitaient dans des maisons individuelles étaient moins satisfaits à la séance de rencontres des parents. L'absence de confort lors des séances de rencontres des parents par rapport à leur maison pourrait peut-être expliquer cette insatisfaction des parents. Aussi, le fait d'habiter une maison individuelle par rapport à un logement reflète un meilleur niveau socio-économique. Dans les études portant sur la satisfaction des parents, ce facteur n'est aucunement associé avec la satisfaction.

L'état de détresse psychologique (stress, anxiété...) dans lequel les parents se retrouvent quand leur enfant a des problèmes de santé pourrait expliquer leur insatisfaction. Le fait que les services reçus par leur enfant malade ne convenaient pas aux parents pourrait aussi expliquer leur insatisfaction.

3) Séance d'évaluation de l'orthophoniste

Dans les analyses bivariées, certaines caractéristiques psychosociales des parents comme la détresse parentale, l'interaction parent-enfant étaient négativement associées à la satisfaction générale des parents. Les ressources interpersonnelles des parents et le fait que le répondant soit de sexe masculin, étaient positivement associés à la satisfaction générale des parents. Le fait que la mère ait subi une césarienne, était inversement associé à la satisfaction. En ce qui concernaient les caractéristiques de l'enfant, un certain nombre de facteurs étaient associés à la satisfaction. Par exemple : si l'enfant cible était aîné, ou qu'il avait un problème à la naissance (petit poids, prématurité ou malformation à la naissance), les parents étaient moins satisfaits. Dans les analyses multivariées, ces caractéristiques des parents et de l'enfant n'étaient pas associées à la satisfaction des parents de façon indépendante.

Les résultats de notre étude montrent que l'état de santé, l'état comportemental (problème d'attention, enfant en retrait), un bon état de développement cognitif de l'enfant étaient négativement associés à la satisfaction des parents. Cette insatisfaction des parents pourrait s'expliquer par leur état de détresse psychologique (stress, anxiété..). De même, les services et les soins reçus par l'enfant pourraient être perçus par les parents comme étant inadaptés à l'état de santé de leurs enfants, ce qui pourrait influencer leur satisfaction. Les résultats de l'étude de Favez et ses collaborateurs²³ montrent que les parents dont l'enfant souffrait d'un déficit cognitif, moteur ou sensoriel étaient moins satisfaits que les parents dont l'enfant avait un problème comportemental. Les auteurs expliquaient l'insatisfaction des parents par le fait que les services offerts à leur enfant ne répondent pas aux besoins de l'enfant. Par ailleurs, les auteurs avaient associé la satisfaction des parents à la sévérité du diagnostic de leur enfant. En effet, selon ces auteurs²³, plus le diagnostic des difficultés de l'enfant était sévère ou impliquait plusieurs éléments, plus les parents étaient insatisfaits²³.

Dans le cadre des ressources des parents, les résultats de notre étude montraient que les parents qui avaient des ressources interpersonnelles suffisantes étaient plus satisfaits. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que ces parents bénéficient d'un réseau social solide. Les résultats de l'étude de Lawoko et Soares⁵⁵ suggèrent que l'isolement social (absence de réseau social) des parents était négativement associé à la satisfaction⁵⁵.

Dans les analyses multivariées, quatre facteurs étaient indépendamment associés à la satisfaction des parents à la séance d'évaluation par l'orthophoniste du CLSC. Il s'agissait du niveau de développement cognitif de l'enfant, le fait que la mère avait consommé des médicaments prescrits durant sa grossesse, le fait que l'enfant ait été référé vers d'autres professionnels et le fait que l'enfant avait un problème d'attention.

Dans la littérature sur la satisfaction des parents, aucune étude ne faisait état d'une association entre la consommation de médicaments prescrits lors de la grossesse et la satisfaction générale. Dans la littérature, pour certains auteurs, l'état de santé des enfants est le facteur le plus associé à la satisfaction des parents^{35, 46, 30, 23}, de même que l'état psychosocial des parents⁵⁵.

Approche centrée sur la famille

Certains aspects liés aux services reçus comme l'approche centrée sur la famille sont aussi associé à la satisfaction des patients et à la satisfaction générale des parents^{56, 57, 14, 30, 93}.

L'implication des parents et la prise en compte de leur opinion concernant la qualité des services des programmes d'intervention précoce pourraient contribuer à augmenter leur niveau de satisfaction. L'approche centrée sur la famille vise à promouvoir le traitement de l'enfant dans son milieu familial naturel, afin d'optimiser les résultats du développement de l'enfant. Les traitements conduits en collaboration avec les intervenants et les parents permettent d'aider les familles à gérer de façon autonome les besoins de l'enfant⁴⁴. Ce concept est aussi connu sous le terme de '*family empowerment*'.

Le programme de 1re ligne en orthophonie avait pour but, entre autres, de développer et de renforcer les compétences des parents, d'outiller ces derniers à détecter un potentiel problème de langage ou de communication de leur enfant. Avec ce modèle d'organisation, ce programme de 1re ligne en orthophonie peut être considéré comme une forme d'approche centrée sur la famille. En effet, le programme dans ces diverses composantes donne une place prépondérante aux parents en ce qui concerne la détection précoce, la prévention et le traitement des troubles du langage et de la communication de leur enfant.

Dans la littérature, un certain nombre d'auteurs ont parlé du concept d'approche centrée sur la famille dans leur étude sur la satisfaction. Selon Favez et ses collaborateurs²³, cette approche a un effet positif sur la diminution du niveau de stress des parents et contribue à augmenter leur niveau de satisfaction²³. Les résultats de l'étude de Wood et ses collaborateurs¹¹⁶ montrent que les parents étaient moins satisfaits si le pédiatre était incapable de les mettre en contact avec des ressources en dehors du service de pédiatrie¹¹⁶. Law et ses collaborateurs⁵⁰ ont effectué une étude portant sur les facteurs qui affectent les services centrés sur la famille, délivrés aux enfants avec un handicap. Les résultats de cette étude montrent que les principaux facteurs qui influençaient la satisfaction des parents au

regard des services étaient le modèle d'organisation de la culture centrée sur la famille et la perception des parents sur la culture centrée sur la famille⁵⁰.

CHAPITRE VII

CONCLUSION

Les résultats de cette étude montrent que les parents étaient généralement satisfaits au regard des trois étapes du programme de 1^{re} ligne en orthophonie (à la séance d'information, à la séance de rencontres des parents, à la séance d'évaluation de l'enfant par l'orthophoniste du CLSC). Globalement, les parents les moins satisfaits étaient ceux dont l'enfant présentait d'autres problèmes de santé notamment, des problèmes de santé à la naissance. Les parents qui étaient en situation de détresse psychologique semblaient aussi moins satisfaits au regard des rencontres de parents. Une recommandation serait d'apporter une attention particulière aux enfants qui avaient d'autres problèmes de santé afin qu'ils soient référés rapidement vers une équipe multidisciplinaire et de prendre en charge la détresse psychologique des parents. Par ailleurs, il serait pertinent de mener des études pour caractériser les parents et les enfants qui ne sont pas rejoints par le programme.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abidin R. Parenting Stress Index Short Form. Test Manual. Charlottesville (VA): Pediatric Psychology Press; 1990.
2. Achenbach TM and Edelbrock C. Child Behavior Checklist. Burlington (Vt): University Associates in Psychiatry; 1983.
3. Attkisson CC, Zwick R. The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilisation and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning* 1982; 5: 233-237.
4. Bayley N. Bayley Scales of Infant Development. New York: The Psychological Corporation; 1969.
5. Bayley N. Bayley Scales of Infant Development. 2nd ed. San Antonio (TX): Harcourt Assessment; 1993.
6. Benedict H. Early lexical development: Comprehension and production. *Journal of child language* 1979; 6: 183-200.
7. Bishop DVM, Edmunson A. Language-Impaired 4-years-olds: distinguishing transient from persistent impairment. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1987; 52: 156-173.
8. Blader JC. Longitudinal Assessment of Parental Satisfaction with Children's Psychiatric Hospitalization. *Administration and Policy in Mental Health* 2007; 34:108-115.

9. Bowers MR, Swan JF, et Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Management Revue* 1994; 19(4): 49-55.
10. Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Feldhusen F, Pietz J, et Philippi H. Parent based language intervention for 2-year-old children with specific language Delay: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood* 2009; 94: 110-116.
11. Brédart A, et al. Validation of the EORTC QLQ-SAT32 cancer inpatient satisfaction questionnaire by self-versus interview-assessment comparison. *Patients Education Counselling* 2004; 54: 207-212.
12. Brinton B, Fujiki M. Language, social skills, and socioemotional behavior. *Language, Speech and Hearing Services in Schools* 1993; 24(4):194-198.
13. Chan CS, Molassiotis A. The effects of an educational programme on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a postanaesthesia care unit. *Paediatric Anaesthesia* 2002; 12:131-9.
14. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment* 2002; 6(32): 1-244.
15. Dales P, Bates E, Resznick S, et Morisset C. The validity of a parent report instrument of child language at twenty months. *Journal of Child Language* 1989; 16: 239-249.
16. Dale PS, Price TS, et Plomin R. Outcomes of early language delay: I. predicting persistent and transient language difficulties at 3 and 4 years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 2003; 46: 544-560.

17. Delaney KR, et Engels-Scianna B. Parent's perceptions of the child's emotional illness and psychiatric treatment needs. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 1996; 9(4):15-24.
18. Desmarais C, Sylvestre A, Meyer F, Bairati I, et Rouleau N. Systematic review of the literature on characteristics of late-talking toddlers. *International Journal of Language and Communication Disorders* 2007; 43(4): 361-389.
19. Dickey B, et Wagenaar H. Evaluating mental health care reform: Including the clinician, client, and family perspective. *Journal of Mental Health Administration* 1994; 21(3): 313-319.
20. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44 (3):166-203.
21. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in health care* 1992; 1:247-251.
22. Fayers PM, et Machin D. *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. 2nd ed. John Wiley and Sons; 2007. p 554.
23. Favez N, Métral E, Govaerts P. Parental satisfaction with a home-based intervention for developmentally delayed children in Switzerland: A survey over a 10- year period. *Child Care in Practice* 2008; 14(2):147-163.
24. Fenson L, Dale P, Reznick J, Thal D, Bates E, Hartung J, et al. *MacArthur Communicative Development Inventories (MCDI): User's guide and technical manual*. San Diego: Singular Publishing Group Inc; 1993.

25. Fenson L, Dale PS, Reznick JS, Bates E, Thal D, et Pethick S. Variability in early communicative development. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1994; 59(5, Serial No. 242).
26. Fenson L, Pethick S, Renda C, Cox JL, Dale PS, et Reznick J S. Short-form versions of the MacArthur Communicative Development Inventories (MCDI). *Applied Psycholinguistics* 2000; 21: 95-116.
27. Fischel JE, Whitehurst GJ, Caufield MB, et DeBaryshe B. Language growth in children with expressive language delay. *Pediatrics* 1989; 82(2): 218-227.
28. Fishbein M, et Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading (MA): Addison-Wesley; 1975.
29. France Qualité Publique. *La satisfaction des usagers/clients/citoyens du service public*. Paris Collection Guide Pratique. La documentation Française 2004. 102 p.
30. Garland AF, Haine RA, Boxmeyer CL. Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning* 2007; 30:45-54.
31. Gauthier B, et Réseau CIRCUM inc. *Satisfaction de la clientèle : mesure et utilisation*. Québec. Rencontre de l'Association Professionnelle de Recherche Marketing-Québec 2003; 53 fiches. Disponible au :
http://circum.com/textes/satisfaction_aprm_20030415.pdf
32. Gerkenmeyer JE, Austin JK, et Miller TK. Model testing: examining parent satisfaction. *Archives of Psychiatric Nursing* 2006; 20(2):65-75.
33. Girolametto L, Weitzman E, et Pearce PS. Children with a history of expressive vocabulary delay: Outcomes at 5 years of age. *American Journal of Speech-language Pathology* 2001; 10:358-369.

34. Girolametto L. Services et programmes soutenant le développement du langage chez les jeunes enfants. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants 2004. Disponible au : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/GirolamettoFRxp.pdf>
35. Godley SH, Fiedler EM, et Funk RR. Consumer satisfaction of parents and their children with child/adolescent mental health services. *Evaluation and Program Planning* 1998; 21:31-45.
36. Greenfield TK. The role of client satisfaction in evaluating university counseling services. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6 : 315-327.
37. Grégoire L, Allard F, et Binet L. Organisation des services de première ligne en déficience du langage et de la parole- région de Québec : Évaluation de l'implantation des services préventifs pour les enfants de 0-3 ans (1999-2000). Direction de la santé publique. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux 2001.
38. Grela BG, et Illerbrun D. Evaluating rural preschool speech-language service: Consumer satisfaction. *International Journal of Disability, Development and Education* 1998; 45(2):203-216.
39. Hall JA, et Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine* 1988; 27(9):935-939.
40. Hargreaves W, et Attkisson CC. Evaluating program outcomes. In Attkisson CC, Hargreaves WA, Horowitz MJ and Sorensen JE, Eds. *Evaluation of human service programs* (New York): Academie Press; 1978.

41. Hasnat MJ, et Graves P. Disclosure of developmental disability: A study of parent satisfaction and the determinants of satisfaction. *Journal of Paediatrics Child Health* 2000; 36: 32-35.
42. Heilmann J, Weismer SE, Evans J, et Hollar C. Utility of the MacArthur-Bates communicative development inventory in identifying language abilities of late-taking and typically developing toddlers. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2005; 14: 40-51.
43. Horwitz SM, Irwin JR, Briggs-Gowan MJ, Bosson Heenan JM, Mendoza J, et Carter AS. Language delay in community cohort of young children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42: 932-940.
44. Iversen MD, Shimmel JP, Ciacera SL. Creating a Family-Centered Approach to Early Intervention Services: Perceptions of Parents and Professionals. *Child: Care, Health & Development* 2003; 29(5):357-366.
45. Kaiser AP, Hancock TB, Cai XS, Foster EM, et Hester PP. Parent-reported behavioral problems and language delays in boys and girls enrolled in head Start classrooms. *Behavioral Disorders* 2000; 26(1):26-41.
46. Keith RA. Patient satisfaction and rehabilitation services. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1998; 79:1122-1128.
47. Kelly DJ. A clinical synthesis of the "late talker" literature: Implications for service delivery. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools* 1998; 29: 76-84.
48. Lanners R, et Mombaerts D. Evaluation of parents' satisfaction with early intervention services within and among European countries: construction and application of a new parent satisfaction scale. *Infants and Young Children* 2000; 12(3):61-70.

49. Larsen LD, Attkisson CC, Hargreaves WA, et Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning* 1979; 2:197-207.
50. Law J, Garrett Z, et Nye C. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Review* 2003.
51. Law J, Garrett Z, et Nye C. The efficacy of treatment for children with developmental speech and language delay/ Disorder: A meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 2004; 47: 924-943.
52. Law J, et Roy P. Parental report of infant language skills: A review of the development and application of the communicative development inventories. *Child and Adolescent Mental Health* 2008; 13(4): 198-206.
53. Lawler EE. Pay and organizational effectiveness: A psychological view 1971. p206.
54. Lawler EE. *Motivation in work organisations*. Belmont (CA): Wadsworth Publishing Company; 1973.
55. Lawoko S, et Soares JJF. Satisfaction with care: a study of parents of children with congenital heart disease and parents of children with other diseases. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2004; 18: 90-102.
56. Lebow J. Pragmatic decisions in the evaluation of consumer satisfaction with mental health treatment. *Evaluation and Program Planning* 1982; 5:349-356.
57. Lebow J. Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin* 1982; 91(20):244-259.

58. Lebow JL. Similarities and differences between mental health and health care evaluation studies assessing consumer satisfaction. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:237-245.
59. Lebow JL. Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:211-236.
60. Le Micro Robert. Dictionnaire de la langue Française. 3ème edition. Paris: Alain Rey; 2006. Le Robert; p.1505.
61. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Sociale Science and Medicine* 1994; 9(5):655-670.
62. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Médecine* 1982; 16:577-582.
63. Llosa S. L'analyse de la contribution des éléments du service à la satisfaction : Un modèle 'tétracasse'. *Décisions Marketing* 1997; 10: 81-88.
64. Locker D, et Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine* 1978; 12:283-292.
65. MacPhee D. Knowledge about infant development inventory. North Carolina: North Carolina University Departement of Psychology; 1981. Unpublished manual.
66. Martin JS, Petr CG, et Kapp SA. Consumer satisfaction with children's mental health services. *Child and Adolescent Social Work Journal* 2003; 20(3): 211-226.

67. McNaughton D. Measuring parent satisfaction with early childhood intervention programs: current practice, problems, and future perspectives. *Topics in Early Childhood Special Education* 1994; 14(1):26-58.
68. Nunnally JC. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill; 1967.
69. Paul R. Profiles of toddlers with slow expressive language development. *Topics in Language Disorders* 1991; 11(4): 1-13.
70. Paul R, et Shiffer EM. Communicative initiations in normal and late-talking toddlers. *Applied Psycholinguistics* 1991; 12:419-431.
71. Paul R, Looney SS, et Dahm PS. Communication and Socialization Skills at Ages 2 and 3 in "Late-Talking" Young Children. *Journal of Speech and Hearing Research* 1991; 34: 858-865.
72. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:185-210.
73. Pascoe GC, et Attkisson CC. The evaluation ranking scale: A new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:335-347.
74. Pascoe G, Attkinson C, et Roberts R. Comparison of indirect and direct approaches to measuring patient satisfaction. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:359-371.
75. Patterson JB, et Marks C. The client as customer: Achieving service quality and customer satisfaction in rehabilitation. *Journal of Rehabilitation* 1992. p.16-21.
76. Rahi JS, Manaras I, Tuomainen H, et Hundt GL. Meeting the needs of parents around the time of diagnosis of disability among their children: Evaluation of a novel program for information, support, and liaison by key workers. *Pediatrics* 2004; 114: e477-e482.

77. Rahi JS, Manaras I, Tuomainen H, et Hundt GL. Health services experiences of parents of recently diagnosed visually impaired children. *British Journal of Ophthalmology* 2005; 89 : 213-218.
78. Ray D. Mesurer et développer la satisfaction de la clientèle. Paris: Éditions d'organisations; 2001. 400 p.
79. Redmond SM, et Rice ML. Stability of behavioral ratings of children with SLI. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 2002; 45(1):190-201.
80. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Organisation des services de première ligne en déficience du langage et de la parole destinés aux enfants dans la région de Québec. 1998.
81. Rescola L. The language development survey (LDS): A screening tool for delayed language in toddlers. *American Speech- Language-Hearing Association* 1989; 54:587-599.
82. Rescola L, et Schwartz E. Outcome of toddlers with specific expressive language delay. *Applied Psycholinguistics* 1990; 11: 393-407.
83. Rescola L. Identifying expressive language delay at age two. *Topics in Language Disorders* 1991; 11(4): 14-20.
84. Rescola L, Hadicke-Wiley M, et Escarce E. Epidemiological investigation of expressive language delay at age two. *First Language* 1993; 13:5-22.
85. Rescola L, Roberts J, et Dahlsgaard K. Late talkers at 2: Outcomes at age 3. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 1997; 40:556-566.

86. Rescola L, et Alley A. Validation of the language Development Survey (LDS): A parent report tool for identifying language delay in toddlers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 2001; 44: 434-445.
87. Rescola L, Ratner NB, Jusczyk P, et Jusczyk AM. Concurrent validity of the Language Development Survey: Associations with the MacArthur-Bates Communicative Development Inventories: Words and Sentences. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2005; 14: 156-163.
88. Rescola L, Ross GS, et McClure S. Language delay and behavioral/emotional problems in toddlers: Findings from two developmental clinics. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 2007; 50:1063-1078.
89. Reynell J. *Reynell Developmental Language Scales*. Windsor: NFER; 1977.
90. Reilly S, Wake M, Bavin EL, Prior M, Williams J, Bretherton L, et al. Predicting language at 2 years of age: A prospective community study. *Pediatrics* 2007; 120 (6):e1441-e1449.
91. Rowland VT, Richard A, Dodder S, et Nickols Y. Perceived adequacy of resources: development of a scale. *Home Economics Research Journal* 1985; 14(2).
92. Silva PA, Williams S, et McGee R. A longitudinal study of children with developmental language delay at age three: Later intelligence, reading and behaviour problems. *Developmental Medicine and Child Neurology* 1987; 29:630-640.
93. Spiro SE, Dekel R, et Peled E. Dimensions and correlates of client satisfaction: An evaluation of a shelter for runaway and homeless youth. *Research on Social Work Practice* 2009, 19: 261-270.

94. Sitzia J, et Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science Medicine* 1997; 5(12):1829-1843.
95. Stallard P. The role and use of consumer satisfaction surveys in mental health services. *Journal of Mental Health* 1996; 5(4):333-348.
96. Stewart D, Law M, Russell D, et Hanna S. Evaluating children's rehabilitation services: an application of a programme logic model. *Child: Care, Health and Development* 2004; 30(5):453-462.
97. Stoel-Gammon C. Normal and disordered phonology in two-year-olds. *Topics in language disorders* 1991; 11(4) : 21-22.
98. Sylvestre A, St-Cyr Tribble D, Payette H, et Cronk C. Questionnaire de Stimulation de la Communication. Document inédit. Sherbrooke, Québec, Canada: Université de Sherbrooke. 1998.
99. Thal D, et Bates E. Language and gesture in late talkers. *Journal of Speech and Hearing Research* 1989; 31: 115-123.
100. Thal DJ, Reilly J, Seibert L, Jeffries R, et Fenson J. Language development in children at risk for language impairment : Cross-population comparaisons. *Brain and Language* 2003; 88:167-179.
101. Thiemann K, et Warren SF. Programmes qui favorisent le développement du langage chez les jeunes enfants. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants*. 2004. Disponible au : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Thiemann-WarrenFRxp.pdf>

102. Tomblin JB, Zhang XY, Buckwalter P, et Catts H. The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among second-grade children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2000; 41(4):473- 482.
103. Trudeau N, Frank I, et Poulin-Dubois D. Une adaptation en français Québécois du MacArthur Communicative Development Inventory. *La revue d'orthophonie et d'audiologie* 1999 ; 23 :61-73.
104. Verbeek J, van Dijk F, Räsänen K, Piirainen H, Kankaanpää E, et Hulshof C. Consumer Satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occupational Environment Medicine* 2001; 58:272-278.
105. Ware J, Davies-Avery A, et Stewart A. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Care Services Review* 1978; 1: 2-14.
106. Ware J, Snyder MK, Wright RW, et Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 247-263.
107. Warren SF, et Kaiser AP. Incidental language teaching: A critical review. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 1986; 51:291-299.
108. Wassersug JD. From patient to customer: a dangerous trend in health care. *Postgraduate Medicine* 1986; 79:255-257.
109. Webster's Ninth New Collegiate Dictionary Springfield, MA: Merriam-Webster. 1985.
110. Weismer SE, Murray-Branch J, et Miller JF. Comparison of Two Methods for Promoting Productive Vocabulary in Late Talkers. *Journal of Speech and Hearing Research* 1993; 36: 1037-1050.

111. Weismer SE, Murray-Branch J, et Miller JF. A prospective longitudinal study of language development in late talkers. *Journal of Speech and Hearing Research* 1994; 37:852-867.
112. Whitehurst GJ, Fischel JE, Lonigan CJ, Valdez-Menchaca MC, Arnold DS, et Smith M. Treatment of early expressive language delay: If, when, and how. *Topics and Language Disorders* 1991; 11(4):55-68.
113. Whitehurst GJ, et Fischel JE. Practionner review: early developmental language delay. What, if anything, should the clinician do about it? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1994; 35(4): 613-648.
114. Williams B. Patient satisfaction: A valid concept? *Social Science and Medicine* 1994; 38(4)509-516).
115. Williams B, Coyle J, et Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science and Medicine* 1998; 47(9):1351-1359.
116. Wood DL, McCaskill QE, Winterbauer N, Jobli E, Hou T, Wludyka P, et al. *A Multi-Method assessment of satisfaction with services in the medical home by parents of children and youth with special health care needs. Maternal and Child Health Journal* 2008; 13:5-17.
117. World Health Organisation. Workbook 6: Client Satisfaction Evaluations. 2000. Disponible au: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.2g.pdf

ANNEXES

A : Description des items utilisés pour évaluer la satisfaction générale des parents au regard de la séance d'information et l'échelle Likert associée

Dans quelle mesure la séance d'information a-t-elle répondu à vos besoins?	4 Elle a répondu à presque tous mes besoins	3 Elle a répondu à la plupart de mes besoins	2 Elle a répondu seulement à une partie de mes besoins	1 Elle n'a répondu à aucun de mes besoins
De façon générale, êtes-vous satisfait (e) de cette séance d'information?	4 Très satisfait(e)	3 Plutôt satisfait (e)	2 Indifférent(e) ou plutôt insatisfait (e)	1 Vraiment insatisfait(e)
Si c'était à refaire, participeriez-vous à cette séance d'information?	1 Non, sûrement pas	2 Non, probablement pas	3 Oui, je crois que oui	4 Oui, certainement

B: Description des items utilisés pour évaluer la satisfaction générale des parents au regard des rencontres de formation de parents en petits groupes et l'échelle Likert associée

Dans quelle mesure les rencontres de formation de parents en petits groupes a-t-elle répondu à vos besoins?	4 Elle a répondu à presque tous mes besoins	3 Elle a répondu à la plupart de mes besoins	2 Elle a répondu seulement à une partie de mes besoins	1 Elle n'a répondu à aucun de mes besoins
De façon générale, êtes-vous satisfait (e) de ces rencontres de formation de parents en petits groupes?	4 Très satisfait(e)	3 Plutôt satisfait (e)	2 Indifférent(e) ou plutôt insatisfait (e)	1 Vraiment insatisfait(e)
Si c'était à refaire, participeriez-vous à ces rencontres de formation de parents en petits groupes?	1 Non, sûrement pas	2 Non, probablement pas	3 Oui, je crois que oui	4 Oui, certainement

C: Description des items utilisés pour évaluer la satisfaction générale des parents au regard de l'évaluation du langage de l'enfant par l'orthophoniste et l'échelle Likert associée

Dans quelle mesure l'évaluation du langage de votre enfant par l'orthophoniste a-t-elle répondu à vos besoins?	4 Elle a répondu à presque tous mes besoins	3 Elle a répondu à la plupart de mes besoins	2 Elle a répondu seulement à une partie de mes besoins	1 Elle n'a répondu à aucun de mes besoins
De façon générale, êtes-vous satisfait (e) de l'évaluation du langage de votre enfant par l'orthophoniste?	4 Très satisfait(e)	3 Plutôt satisfait (e)	2 Indifférent(e) ou plutôt insatisfait (e)	1 Vraiment insatisfait(e)
Si c'était à refaire, participeriez-vous à l'évaluation du langage de votre enfant par l'orthophoniste?	1 Non, sûrement pas	2 Non, probablement pas	3 Oui, je crois que oui	4 Oui, certainement