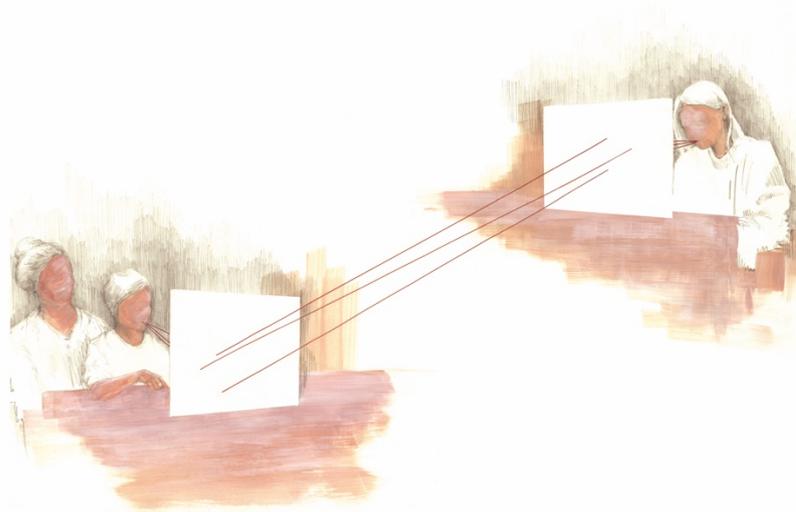


Guide de pratique: Télépratique pour la logopédie et audiologie chez des enfants ≤ 12 ans

(2023)

Van Eerdenbrugh, S., D'haenens, W., Leysen, H., Leclercq, A.-L., Vanden Bempt, F., Bouckaert, L., & Vanderauwera, J.

Version validée le 10/10/2023



Contribution du patient (client) et évaluation par le prestataire de soins (logopède ou audiologiste)

Les guides de pratique (clinique) sont indicatifs en tant que soutien et constituent un point de repère lors de la prise de décisions diagnostiques ou thérapeutiques en soins de santé. Pour le prestataire de soins, ils résument la meilleure prise en charge d'un point de vue scientifique pour le patient moyen. En outre, il convient de prendre en compte le contexte du patient, qui constitue un partenaire équivalent lors de la prise de décisions. C'est pourquoi le prestataire de soins clarifie la demande du patient par une communication adaptée et l'informe sur tous les aspects des éventuelles options thérapeutiques. Il peut donc arriver que le prestataire de soins et le patient fassent ensemble un meilleur choix autre de manière responsable et raisonnée. Pour des raisons pratiques, ce principe n'est pas chaque fois soulevé dans les guides de bonne pratique, mais est mentionné ici de manière explicite.

Ce guide de pratique a été développé au sein du réseau Evikey avec le soutien du SPF Santé Publique. www.evikey.be.



Lorsque vous citez ce guide de pratique, utilisez la référence suivante :

Van Eerdenbrugh, S., D’haenens, W., Leysen, H., Leclercq, A.-L., Vanden Bempt, F., Bouckaert, L., & Vanderauwera, J. (2023). Guide de pratique : Télépratique pour la logopédie en audiologie chez des enfants ≤ 12 ans. Une collaboration entre le Service public fédéral Santé, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et le réseau Evikey, UCLouvain, ULiège, Artevelde Haute École et Thomas More Haute École.

L’élaboration du guide de pratique a été réalisée par un groupe de travail composé de :

- Coordinateur: dr. Sabine Van Eerdenbrugh (Thomas More), logopède -audiologiste
- Expert méthodologique 1: Prof. dr. Jolijn Vanderauwera (UCLouvain), logopède-audiologiste
- Expert méthodologique 2: dr. Sabine Van Eerdenbrugh (Thomas More), logopède -audiologiste
- Expert méthodologique 3: Leen Bouckaert (Artevelde Haute École), ergothérapeute
- Documentaliste 1: dr. Heleen Leysen (Thomas More), logopède
- Documentaliste 2: dr. Femke Vanden Bempt (UCLouvain), logopède
- Expert en contenu logopédie: Prof. dr. Anne-Lise Leclercq (ULiège), logopède
- Expert en contenu audiologie: dr. Wendy D’haenens (Thomas More), audiologiste



Pour garantir la qualité du processus et un large soutien de la part du secteur clinique, 14 **parties prenantes** ont été impliquées. Pour la composition de ce groupe, un équilibre entre les parties prenantes néerlandophones et francophones a été recherché. Ce groupe était composé de personnes ayant des points de vue différents sur le sujet de ce guide, notamment des logopèdes, des audiologistes, un pédiatre, un enseignant, un travailleur CLB, ainsi que des parents et des enfants qui ont bénéficié de la télépratique.

Un groupe de cinq **experts** a été chargé d'examiner les décisions du groupe d'élaboration du guide de pratique et des parties prenantes, d'évaluer le protocole méthodologique et le passage des données probantes aux recommandations (y compris le niveau de certitude). Ces experts possèdent des connaissances approfondies en matière de recherche et une expertise en rapport avec le sujet ou l'élaboration du guide clinique.

- dr. Tom Van Daele, chercheur à Thomas More (E-Health), psychologue
- dr. Kurt Eggers, chercheur à Thomas More et UGent, logopède
- Prof. dr. Nicolas Verhaert, spécialiste ORL, KU Leuven/UZ Leuven
- Nancy Durieux, expert méthodologique EBP, ULiège
- Sofie De Smet, médecin à l’Office de l’Enfance et Famille

Pendant la durée du projet, ce consortium a été assisté par des experts externes dans le cadre d'un **conseil consultatif**. Ce conseil était composé de membres issus de différentes organisations, comme indiqué ci-dessous:

- SPF Santé Publique
- RIZIV/INAMI
- Evikey Network
- Cebam – Cellule Evaluation
- EBPracticenet – Cellule Implémentation
- KCE – Cellule Priorités
- WOREL
- VVL
- UPLF

Remerciements

Nous tenons à remercier Séraphine Colmant et Lèna Pavone pour leur contribution à la sélection de la littérature. Nous remercions tout particulièrement Trudy Bekkering, qui nous a donné des conseils sur le traitement des revues systématiques. Merci aussi à Estelle Davister pour la traduction en français.

Table de contenu

Partie I : Bref aperçu	1
<i>Utilisation d'un langage transparent</i>	1
<i>Grade de recommandation</i>	1
<i>Conseils pratiques</i>	1
<i>Aperçu général</i>	2
PARTIE II : Contexte	5
<i>Définition de la télépratique</i>	5
<i>Contexte d'utilisation de la télépratique en Belgique</i>	5
<i>Objectif du guide de pratique clinique</i>	6
<i>Actions pour les décideurs politiques</i>	7
<i>Questions cliniques</i>	7
<i>Population cible</i>	8
<i>Utilisateurs du guide de pratique clinique</i>	8
<i>Méthode d'élaboration du guide de pratique clinique</i>	9

Partie I : Bref aperçu

Utilisation d'un langage transparent

La transparence est essentielle pour comprendre correctement les recommandations de ce guide de pratique clinique. Il est donc nécessaire de clarifier les termes fréquemment utilisés dans ce guide :

- L'intervention traditionnelle fait référence à la manière habituelle dont l'évaluation ou le traitement (la prise en charge) est organisé dans le cabinet clinique, à l'école, à l'hôpital ou dans tout autre cadre avec l'enfant, les parents et le thérapeute.
- La télépratique fait référence à l'utilisation de logiciels ou d'applications en logopédie ou en audiologie pour mettre en relation le thérapeute et le client en temps réel, comme la vidéoconférence.
- Si les résultats ne s'appliquent qu'à l'évaluation, au traitement ou à la formation des parents, les termes télé-évaluation, télétraitement ou téléformation sont utilisés.
- Le terme "client" est utilisé aussi bien pour le client que pour le patient.
- Le terme "thérapeute" est utilisé pour le logopède et l'audiologiste.
- Le terme "parent" est utilisé pour désigner le parent, l'aidant, le tuteur ou les personnes qui s'occupent de l'enfant.

Grade de recommandation

Des informations détaillées sur le système GRADE et sur la qualité (lettre A, B, C ou D) et la force (note 1 ou 2) des recommandations sont données dans le rapport méthodologique de ce guide.

Grade	Signification	Grade	Signification
1A	Forte recommandation ; Niveau des données probantes élevé	2A	Faible recommandation ; Niveau des données probantes élevé
1B	Forte recommandation ; Niveau des données probantes modéré	2B	Faible recommandation ; Niveau des données probantes modéré
1C	Forte recommandation ; Faible niveau des données probantes	2C	Faible recommandation ; Faible niveau des données probantes
1D	Forte recommandation ; Données probantes basées sur un consensus (Point de Bonne Pratique)	2D	Faible recommandation ; Données probantes basées sur un consensus (Point de Bonne Pratique)

Pour les recommandations, les données probantes proviennent d'études dans lesquelles les résultats d'une télé-évaluation ou d'un télétraitement ont été comparés aux résultats d'une évaluation ou d'un traitement traditionnel. Les données probantes à l'appui sont des données probantes directes. Les données probantes directes font référence aux données probantes scientifiques existantes pour l'objectif et la population visés.

Les données qui étayent les Points de Bonnes Pratiques (PBP) sont pour la plupart indirectes. Les données probantes indirectes proviennent d'autres sources que les données probantes scientifiques ou de données probantes scientifiques autres que celles concernant l'objectif et la population visés (par exemple, les commentaires des parties prenantes ou la littérature concernant un trouble similaire).

Conseils pratiques

Nous avons énuméré les recommandations en établissant un lien clair avec les données probantes, et nous avons examiné la faisabilité des recommandations dans le contexte des soins de santé belges en nous basant sur les commentaires de nos collègues. Les thérapeutes doivent décider eux-mêmes si une recommandation peut être implémenter dans leur propre contexte clinique et si la télépratique est mieux adaptée à l'enfant et à la famille

qu'ils voient. Par exemple, une première rencontre avec un enfant et son/ses parent(s) peut être mieux réalisée dans la vie réelle.

Aperçu général

Télé-évaluation : La télépratique peut-elle être proposée comme une alternative fiable pour l'évaluation ?

1. Utilisez la télé-évaluation lorsque vous estimez qu'elle est sûre et réalisable. **(PBP)**
2. Si le télédiagnostic peut accroître la conformité et l'interaction, Proposez la télé-évaluation comme une alternative fiable
 - à l'évaluation traditionnelle de l'alimentation (au sein) et de la déglutition chez les enfants (1 mois-7 ans). **(1B)**
 - à l'adaptation de l'implant cochléaire chez les enfants (2-12 ans). **(1C)**
 - au dépistage traditionnel de l'audition par la réponse auditive du tronc cérébral ou les otoémissions acoustiques chez les nourrissons (0-45 jours). **(2B)**
 - au dépistage traditionnel de l'audition par audiométrie tonale ou otoémissions acoustiques chez les enfants (5-9 ans). **(2B)**
 - à l'évaluation traditionnelle du langage chez les enfants (5-12 ans), y compris ceux présentant un trouble du spectre autistique. **(2B)**
 - à l'évaluation traditionnelle de la lecture et de l'orthographe chez les enfants (6-12 ans), y compris ceux souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. **(2B)**
 - à l'évaluation traditionnelle des sons de la parole chez les enfants (4-9 ans), mais uniquement si l'enfant est intelligible et si la bouche peut être observée avec précision. **(PBP)**

Il est plausible que des troubles adjacents, tels que la dyscalculie, qui ne sont pas abordés dans ce guide de pratique, puissent également être traités avec une approche similaire.

Les études comparatives entre la télé-évaluation et l'évaluation traditionnelle indiquent dans la plupart des cas des résultats similaires.

Télétraitement : La télépratique peut-elle être proposée comme une alternative efficace de traitement ?

3. Si la téléformation peut accroître la conformité, l'interaction et la fidélité au traitement, proposez la téléformation comme une alternative efficace pour
 - former ou entraîner les parents au traitement des enfants (0-12 ans). **(1A)**

Des données probantes sont disponibles pour la gestion des appareils auditifs, la formation aux problèmes d'audition, ainsi que l'entraînement au traitement des troubles du langage, de la communication dans les troubles du spectre autistique et autres troubles du développement, du bégaiement et des troubles des sons de la parole.

Des données probantes faibles montrent que la durée du traitement est plus courte ou égale à celle d'une formation ou d'une éducation traditionnelle des parents au sujet du traitement de leur enfant. Des données probantes sont disponibles pour la gestion des appareils auditifs, la formation aux problèmes d'audition et l'entraînement au traitement du bégaiement.

Des données probantes modérées montrent que la conformité est égale ou supérieure à celle obtenue avec la formation ou l'éducation traditionnelle des parents au sujet du traitement de leur enfant. Des données probantes sont disponibles pour la gestion des appareils auditifs, la formation aux problèmes d'audition et l'entraînement à la communication dans les troubles du spectre autistique et les autres troubles du développement.

- traiter les enfants (4-12 ans). **(2A)**

Des données probantes sont disponibles pour le traitement des troubles du langage, de la lecture et des sons de la parole.

Les études comparatives entre la téléformation et la formation traditionnelle pour les parents donnent des résultats similaires dans toutes les études. Les études comparatives entre le télétraitement et le traitement traditionnel des enfants donnent des résultats mitigés.

Télétraitement : Comment établir une bonne adhésion au télétraitement ?

4. Combinez la télépratique avec l'intervention traditionnelle, en tenant compte des préférences des parents, des enfants et toi, le thérapeute. **(PBP)**
5. Proposez la télépratique si elle est mieux adaptée à un enfant et sa famille. **(PBP)**

Des données probantes faibles montrent que les parents participent plus activement aux séances de télépratique, ce qui accroît l'adhésion. Il semble également que les enfants plus âgés deviennent plus indépendants et plus expérimentés avec l'équipement technique, ce qui peut augmenter l'adhésion. Enfin, des données probantes faibles indiquent que la qualité de vie est la même pour les parents éduqués ou formés par la télépratique que pour ceux éduqués ou formés de manière traditionnelle. Des données probantes de cette dernière hypothèse sont disponibles pour la formation au traitement de la communication dans les cas de troubles du spectre autistique et d'autres troubles du développement.

Télépratique : Comment établir une bonne interaction entre l'enfant, le parent et le thérapeute pendant la télépratique ?

6. Évaluez la qualité de la relation et de l'interaction avec l'enfant lors de la télépratique, non seulement par l'observation, mais aussi à travers le retour de l'enfant et du parent. **(PBP)**
7. Assurez-vous qu'un parent est disponible pour aider l'enfant et communiquer avec toi, le thérapeute. **(PBP)**
8. N'utilisez pas la télépratique pour les interventions qui nécessitent la participation active d'enfants qui
 - souffrent d'un handicap physique sévère, car ils ont des difficultés à utiliser la technologie. **(PBP)**
 - ont d'importantes difficultés de communication, lorsqu'ils ont des difficultés à communiquer à travers un écran. **(PBP)**
9. Évaluez la motivation et la satisfaction de l'enfant, des parents et de vous-même quant à l'utilisation de la télépratique après chaque séance. **(PBP)**

Des données probantes faibles montrent que les thérapeutes, les familles et les autres personnes impliquées peuvent avoir des doutes au début de l'utilisation de la télépratique. En général, tout le monde devient très motivé pour utiliser ce service.

PARTIE II : Contexte

Définition de la télépratique

La télépratique est "l'usage de la technologie des télécommunications pour fournir des services professionnels à distance en logopédie et en audiologie en mettant en contact le clinicien et le client ou un clinicien et un autre clinicien à des fins d'évaluation, d'intervention et/ou de consultation" (ASHA, 2020, §1). L'ASHA indique que le terme de télépratique est préféré à ceux de télémédecine ou de télésanté, ces derniers étant limités à des contextes de soins spécifiques. Les autres termes incluent la téléadaptation, la téléaudiologie, la télépédagogie ou la télélogopédie.

Les différents types de télépratique peuvent être décrits comme suit (ASHA, §6) :

- Synchrones (interactifs avec le client) : les services sont proposés en temps réel via une connexion audio et vidéo interactive, pour créer une expérience « en personne » similaire à celle obtenue lors d'une rencontre traditionnelle. Les services synchrones peuvent mettre en relation un client ou un groupe de clients avec un clinicien, ou prendre la forme d'une consultation entre un clinicien et un spécialiste.
- Asynchrone (en différé) : des images ou des données sont enregistrées puis transmises (c'est-à-dire stockées et transmises) pour être visualisées ou interprétées par un professionnel. Il peut s'agir par exemple de la transmission de clips vocaux, de résultats de tests audiologiques ou de résultats d'un client dans une pratique indépendante.
- Hybride : Applications de télépratique combinant des services synchrones, asynchrones et/ou en personne.

Ce guide de pratique clinique se limite aux services synchrones et hybrides. Les services asynchrones dépassent le champ d'application du présent guide.

Contexte d'utilisation de la télépratique en Belgique

Avant la pandémie de COVID-19, la télépratique était principalement pratiquée dans des pays étendus tels que les États-Unis, le Canada et l'Australie, afin de réduire la distance entre le thérapeute et les personnes ayant besoin de soins qui vivent dans des régions reculées. La pandémie de COVID-19 a contraint les professionnels du monde entier à pratiquer la télépratique pour garantir la continuité des soins.

En 2020, les logopèdes et les audiologistes ont été soudainement contraints de proposer la télépratique à leurs clients en raison du confinement. Le gouvernement belge a approuvé le remboursement de la télépratique pour les interventions en cours en logopédie le 14/03/2020 pour l'ensemble de la crise COVID-19, dans les mêmes conditions que le remboursement traditionnel. Dans un premier temps, la télé-évaluation n'était pas remboursée, mais actuellement, elle l'est également. Pour le remboursement, les thérapeutes en pratique indépendante sont priés d'ajouter le pseudocode 792433 derrière le code du bilan ou du traitement qu'ils fournissent (INAMI, 14/04/2022). Le remboursement de la télépratique a été prolongé après la crise COVID-19 et est toujours d'application à ce jour (INAMI, 14/04/2022), probablement en raison des opportunités et des avantages importants offerts par la télépratique. La télépratique est également remboursée dans le cadre de la révalidation ambulatoire. Les thérapeutes utilisent des codes distincts pour la télépratique dans ce contexte (Agence Soins et Santé, 28/06/2022).

La nécessité soudaine de passer des soins traditionnels en face à face à la télépratique pour la plupart des populations de clients a été un défi pour de nombreux thérapeutes. Les thérapeutes belges ne semblaient pas suffisamment préparés à la télépratique. Toutefois, il semble que ces thérapeutes se soient rapidement adaptés au fait de proposer des soins par le biais de la télépratique. Environ la moitié (47,5%) des thérapeutes ont dispensé des traitements par vidéoconférence immédiatement après le confinement, et 87,6% d'entre eux l'ont fait six semaines plus tard (Mostaert et al., 2021). De plus en plus, les thérapeutes ont repris les traitements pendant le confinement et l'ont fait par le biais de la télépratique.

Dès que le contact en personne a été de nouveau autorisé sous certaines conditions pour la logopédie et l'audiologie, les thérapeutes ont semblé revenir aux interventions traditionnelles (Boey & Lefevre, 2021) malgré des conditions strictes telles que le port d'un masque buccal, l'utilisation d'un écran de protection lors du contact avec le client et l'utilisation de désinfectant pour les mains, la table, le matériel et tout ce qui a été touché pendant la séance. Il est possible que le remboursement soudain de la télépratique pour la logopédie pendant le COVID-19 ait donné l'impression qu'il ne s'agissait que d'une mesure temporaire, interprétation qui aurait pu influencer la décision de revenir à la prestation de soins traditionnels. Par ailleurs, ce choix a pu être influencé par le manque de connaissances des thérapeutes sur la manière de surmonter certains obstacles pour implémenter la télépratique avec succès (Van Eerdenbrugh et al., 2022).

La télépratique a d'abord été étudiée comme un format de soins possible dans les pays où les distances entre le client et le thérapeute sont importantes. Toutefois, à l'heure actuelle, des pays plus densément peuplés également implémentent la télépratique comme alternative à la pratique traditionnelle. Il s'agit d'une évolution récente résultant de la pandémie de COVID-19. Une scoping review récente, par exemple, affirme que la télépratique pour la prestation de soins par les logopèdes et les audiologistes est désormais acceptée en logopédie et en audiologie comme le nouveau modèle de prestation de soins de santé, avec de multiples avantages et inconvénients (Gugliani et al., 2023).

Le télétraitement peut être dispensé soit exclusivement sous forme de télépratique, soit sous forme hybride, c'est-à-dire, une combinaison d'un télétraitement et d'un traitement traditionnel en face à face. La télépratique semble optimale pour l'entraînement des parents. Le recours à la télépratique est soutenu par les familles qui déclarent que la télépratique est plus facile à programmer, permettant d'économiser des frais de transport et du temps (p. ex. Grant et al., 2022 ; Jacups & Kinchin, 2021 ; Law et al., 2021 ; McCarthy et al., 2019 ; McGill et al., 2019 ; Molini-Avejonas et al., 2015). Gugliani et al. (2023) résument la télépratique comme une modalité de traitement à 5C : 'easy-to-access care', soit des soins faciles d'accès, 'increased comfort', soit confort accru, 'increased convenience', soit adéquation accrue, 'reduced cost', soit coût réduit, et 'higher confidentiality', soit confidentialité accrue. D'un autre côté, des problèmes technologiques peuvent accompagner les soins en télépratique (par exemple, une connexion internet instable ou un délai audio qui a un impact sur l'intelligibilité), des dispositifs techniques supplémentaires peuvent être nécessaires, et les thérapeutes sont souvent préoccupés par l'interaction avec l'enfant si ce dernier n'est pas avec eux.

Dans certaines circonstances, la télépratique peut être un moyen efficace et réaliste de proposer des interventions concernant la parole, le langage, la déglutition et l'audition (évaluation, entraînement des parents ou traitement avec l'enfant). Les thérapeutes peuvent bénéficier de conseils clairs pour décider à qui et quand la télépratique peut être proposée comme une alternative efficace à l'intervention traditionnelle.

Objectif du guide de pratique clinique

L'objectif principal de ce guide est d'aider les logopèdes et les audiologistes à décider pour qui et quand ils peuvent proposer la télépratique comme alternative réaliste à l'intervention traditionnelle, ainsi que de les aider à implémenter.

Ce guide énumère les recommandations concernant le quand et le comment (ne pas) implémenter la télépratique d'une manière fiable et efficace. Un arbre décisionnel peut aider les logopèdes ou les audiologistes à décider si la télépratique est une alternative intéressante à l'intervention traditionnelle pour un enfant et sa famille. Les recommandations assorties d'un grade sont basées sur des données probantes directes tirées de la littérature ; les recommandations présentant des points de bonne pratique (PBP) sont basées sur des résultats indirects tirés de la littérature et sur les commentaires des parties prenantes, ou sur de faibles niveaux de données probantes directes.

Les thérapeutes sont censés avoir acquis les compétences nécessaires et spécifiques pour administrer une évaluation et dispenser un traitement de manière traditionnelle avant de pouvoir utiliser la télépratique. Dans ce guide de pratique clinique, les logopèdes et les audiologistes ne trouveront pas d'instructions spécifiques sur la manière d'effectuer une évaluation ou de dispenser un traitement spécifique, ni de réponses sur le nombre de séances nécessaires pour un traitement donné, ni d'outils pratiques tels que des tutoriels vidéo au sujet des

logiciels. Il n'était pas possible de développer ces questions dans le cadre du présent guide de pratique clinique. Des outils pratiques seront développés dans le cadre d'une étude d'implémentation ultérieure et seront disponibles sur <https://thomasmore.be/fr/telelogopedie-teleaudiologie>. Les outils technologiques, les tests au format numérique et les matériels de prise en charge n'ont pas été répertoriés dans ce guide de la même manière qu'ils ne sont pas inclus dans d'autres guides de pratique clinique sur la télépratique (par exemple, Audiology Australia, 2022) : ils changent si rapidement que les exemples deviendraient trop vite obsolètes.

Actions pour les décideurs politiques

Au cours du développement de ce guide, nous avons recueilli des informations à propos des obstacles à l'implémentation de la télépratique. Le rapport méthodologique de ce guide fournit des détails à ce sujet.

Les décideurs politiques belges pourraient résoudre d'importants obstacles en proposant les mesures énumérées ci-dessous :

- Clarifier les règles de remboursement pour les logopèdes. Actuellement, de nombreux logopèdes pensent que seul le télétraitement est remboursé, et non la télé-évaluation. Or, l'INAMI rembourse actuellement la télé-évaluation et le télétraitement.
- Appliquer les mêmes règles de remboursement aux audiologistes. Pour l'instant, la téléaudiologie n'est pas remboursée, sauf si elle est proposée dans le cadre de services ambulatoires par un audiologiste-logopède.
- Fournir des conseils ou recommander des plateformes de vidéoconférence sûres et flexibles pour la clinique où le thérapeute et la famille se sentent en sécurité pour partager des informations personnelles.

Ces actions garantiront un meilleur accès et une meilleure qualité des soins pour toute la population belge.

Questions cliniques

La **question centrale** de ce guide est la suivante : Comment la télépratique peut-elle être l'implémentée de manière efficace et optimale auprès des enfants ≤ 12 ans ?

Population (Po) : Enfants ≤ 12 ans

Intervention (I) : Télépratique. Ce guide de pratique clinique se limite aux services synchrones ou aux services hybrides qui combinent des services synchrones et des services en personne. La télépratique synchrone se réfère principalement à l'utilisation d'applications de vidéoconférence (webcam) mais inclut également l'utilisation du téléphone.

Professions (Pr) : logopèdes ou audiologistes

Résultat (O) : Efficacité de la télépratique et implémentation pratique (clients)

Cadre des soins de santé (Health care setting, H) : Cabinet privé, écoles, centres de réhabilitation et établissements hospitaliers pour les services ambulatoires (sont exclus : les établissements hospitaliers pour les patients hospitalisés).

La question clinique centrale a été subdivisée en **quatre sous-questions** :

Sous-question 1 : La télépratique peut-elle être proposée comme une alternative fiable pour l'évaluation ?

Sous-question 2.1 : La télépratique peut-elle être proposée comme une alternative efficace de traitement ?

Sous-question 2.2 : Comment établir une bonne adhésion au télétraitement ?

Pour ces questions cliniques, les populations (enfants et parents/familles et troubles) pour lesquelles la télépratique est adaptée sont spécifiées.

Sous-question 3 : Comment établir une bonne interaction entre l'enfant, le parent et le thérapeute pendant la télépratique ?

Population cible

La population cible est constituée **d'enfants jusqu'à 12 ans présentant des troubles de la parole, du langage, de la déglutition ou de l'audition et de leurs parents**. Une liste non exhaustive des troubles est donnée ci-dessous.

Les troubles de la parole comprennent les troubles de la voix, le bégaiement, les troubles oro-myofonctionnels et les troubles des sons de la parole (par exemple, les troubles phonétiques), éventuellement mais pas nécessairement en raison de problèmes physiques tels qu'une fente palatine, la dyspraxie, la dysarthrie, l'apraxie de la parole chez l'enfant, ...

Les troubles du langage comprennent le trouble développemental du langage, les troubles d'apprentissage, y compris la dyslexie et la dyscalculie, les troubles phonologiques, les troubles du traitement auditif ; éventuellement, mais pas nécessairement, avec comorbidités tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, les troubles du spectre de l'autisme, le syndrome de Down, ...

Les troubles de la déglutition comprennent les troubles de l'allaitement et d'autres troubles de la déglutition.

Les troubles auditifs comprennent les pertes auditives neurosensorielles (de perception), de conduction (transmission) et mixtes, les acouphènes et les neuropathies auditives.

Utilisateurs du guide de pratique clinique

Ce guide est destiné à être utilisé principalement par **les logopèdes et les audiologistes** qui évaluent et traitent les enfants ≤ 12 ans pour leurs troubles logopédiques ou audiologiques. D'autres professionnels de la santé, tels que les ergothérapeutes, les psychologues, les physiothérapeutes, les enseignants et les parents, peuvent également y trouver des informations utiles. Le guide aidera les professionnels à comprendre comment la télépratique peut être implémentée comme une alternative intéressante de traitement pour fournir des services logopédiques ou audiologiques de manière efficace et optimale dans la pratique quotidienne avec des enfants ≤ 12 ans.

La télépratique ne doit pas être limitée aux situations où elle est la seule solution pour garantir la continuité des soins, par exemple lorsque les parents ne sont pas en mesure de rendre visite au logopède ou à l'audiologiste ou lorsqu'un enfant est atteint d'une maladie chronique. La télépratique doit être considérée comme **une alternative aux soins traditionnels** lorsqu'elle est susceptible de convenir à l'enfant, à la famille et au thérapeute ou lorsque les familles expriment une préférence pour la télépratique.

Méthode d'élaboration du guide de pratique clinique

Ce guide de pratique clinique est élaboré selon **la procédure *de novo***. En d'autres termes, les recommandations s'appuient sur des revues systématiques et des études individuelles. Le choix d'une procédure *de novo* a été fait parce qu'il n'existait pas de guide de pratique clinique sur la télépratique pour les enfants au moment de l'élaboration (WOREL, 2021).

Nous avons respecté les exigences de la checklist PRISMA (Equator Network, 2020) pour le **processus de recherche de littérature**. L'évaluation des études a été réalisée par deux chercheurs indépendants à l'aide des outils d'évaluation du JBI (n.d.). La décision sur la qualité des données probantes et la force de la recommandation ont été prises selon la méthodologie GRADE (BMJ Best Practice, n.d.). Un groupe de parties prenantes a aidé le groupe de développement du guide de pratique dans ce processus.

Les **recommandations** ont été formulées par le groupe de développement du guide de pratique clinique et approuvées par les parties prenantes. Des détails plus spécifiques sur le processus méthodologique sont décrits plus loin dans ce guide.

Un groupe de parties prenantes a été constitué pour discuter de la manière dont les télé-évaluations et les télétraitements peuvent être implémentés dans le contexte des soins de santé belge, dans le cadre du système de remboursement actuel. Parmi eux, on compte deux enfants de 9 et 10 ans et des parents de jeunes enfants. Les jeunes enfants ne sont pas en mesure de répondre de manière fiable aux questions sur ce sujet. C'est pourquoi nous ne les avons pas inclus. Les parents ont demandé l'avis de leur enfant et l'ont rapporté au groupe d'élaboration du guide de pratique clinique. Les commentaires des parties prenantes sont résumés après la synthèse de littérature de chaque recommandation.

Chaque recommandation, les **données probantes** et **son implémentation** sont examinées. L'implémentation des recommandations comprend les avantages, les défis, la faisabilité, les préférences des thérapeutes et des clients, ainsi que les considérations économiques, et se fonde sur les contributions des parties prenantes et les conclusions de la littérature. Les données probantes sont présentées dans des résumés de littérature pour chaque étude individuelle, ceci afin d'éviter toute interprétation et de garantir un lien direct avec les résultats des données sous-jacentes. Une brève synthèse de la littérature a aussi été ajoutée au rapport méthodologique.