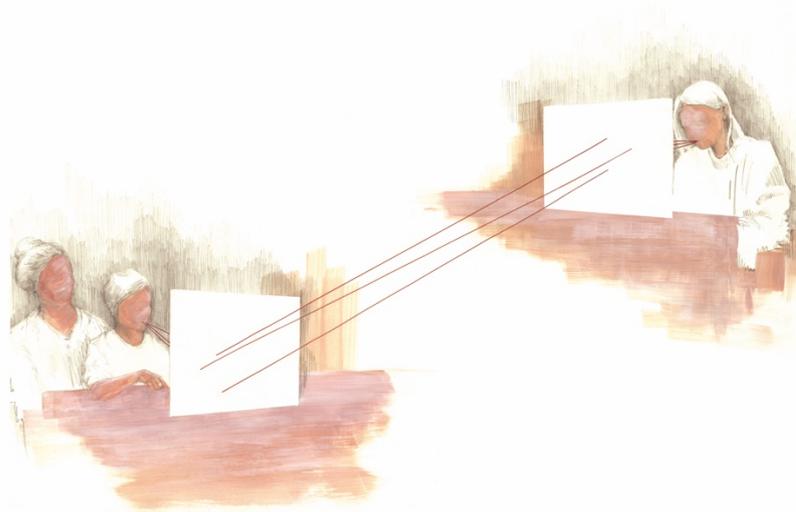


# Guide de pratique: Télépratique pour la logopédie et audiologie chez des enfants ≤ 12 ans

(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](http://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-Ecole), 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.

# Tableau de contenu

<b>Partie V: Implémentation</b> .....	<b>1</b>
<i>Obstacles, avantages et facteurs facilitants : Études préliminaires</i> .....	1
Contribution des parties prenantes .....	1
Résultats de la littérature.....	2
Résultats des groupes nominaux.....	11
Résultats de l'enquête.....	15
<i>Plan d'implémentation</i> .....	15
<b>Partie VI: Évaluation</b> .....	<b>21</b>
<b>Validation</b> .....	<b>21</b>
<b>Soutien financier</b> .....	<b>21</b>
<b>Conflit d'intérêts</b> .....	<b>21</b>
<b>Mises à jour systématiques</b> .....	<b>22</b>
<b>Traduction</b> .....	<b>22</b>
<b>Références</b> .....	<b>23</b>
<b>Annexe: Conflits d'intérêts</b> .....	<b>26</b>

# Partie V: Implémentation

## Obstacles, avantages et facteurs facilitants : Études préliminaires

Pour appuyer l'élaboration du plan d'implémentation, on a utilisé les obstacles, les avantages et les facteurs facilitants identifiés à partir de quatre sources : (1) les commentaires des parties prenantes sur l'implémentation de la télé-évaluation et du télé-traitement, (2) les résultats de la littérature sur les obstacles et les facilitateurs, (3) les résultats des groupes nominaux, organisés avec les audiologistes néerlandophones (N = 6) et les logopèdes francophones (N = 5), et (4) les résultats d'une enquête menée en janvier-février 2023, à laquelle 87 logopèdes et audiologistes francophones et 64 logopèdes et audiologistes néerlandophones ont répondu (questionnaires complets). Ces résultats ont été rassemblés pour identifier les principaux obstacles à l'utilisation de la télépratique dans le contexte actuel des soins de santé en Belgique. Les résultats des quatre sources ont révélé des données concordantes. En d'autres termes, les mêmes résultats ont été trouvés dans chacune des sources.

### *Contribution des parties prenantes*

Lors des réunions des parties prenantes, les obstacles et avantages suivants ont été mentionnés et discutés :

#### *Obstacles*

- Pendant l'évaluation : il est facile de passer à côté du processus de raisonnement de l'enfant (informations sur l'utilisation de la main pendant l'écriture ou le calcul, le mouvement des lèvres pendant la production de la parole, la lecture ou le calcul...) et il est plus difficile de capter les informations non verbales (regard, pointage, ...). Il est plus difficile d'obtenir une image globale de l'enfant (par exemple, agitation motrice, nervosité...).
- Les instructions sont plus difficiles à donner, le thérapeute ne peut pas pointer ou montrer. Des instructions orales ont été données au lieu de gestes, ce qui a nécessité la compréhension du langage oral.
- La lecture à l'écran est différente de la lecture sur papier.
- Il n'existe pas de véritable substitut au contact direct.
- Une évaluation est souvent effectuée au début de la collaboration entre le thérapeute et le client. À ce moment-là, il est essentiel de renforcer la confiance en l'enfant et de travailler sur une connexion émotionnelle avec lui. Il est difficile d'y parvenir lorsque l'on n'est pas avec l'enfant dans une pièce.
- Pendant la téléthérapie, il est difficile d'utiliser du matériel tangible. D'un autre côté, cela présente également des avantages car certains comportements ne sont pas possibles, comme pointer du doigt, et cela stimule l'enfant à utiliser le langage.
- Dans certaines situations, deux parents sont présents mais un seul est visible sur l'écran tandis que l'autre parent (ou l'autre personne) est assis hors du champ de vision du thérapeute. Le thérapeute peut ne pas le savoir. Il ne peut alors pas observer les expressions de ce parent. Il est difficile d'interpréter ce qui se passe.
- Les troubles physiques ou de la communication peuvent empêcher un enfant de recevoir un traitement par télépratique.
- Un parent peut ne pas avoir le temps d'aider l'enfant.
- Un parent ou un thérapeute peut ne pas connaître Zoom ou Teams.
- Les problèmes technologiques peuvent entraîner une baisse de la motivation, de la frustration et de l'irritation chez les parents. Le seuil de frustration et de panique s'est abaissé après un incident lié à des problèmes technologiques. Lorsque les parents avaient des problèmes technologiques, ils paniquaient plus facilement lors des séances suivantes. Dans ces circonstances, le logopède ou l'audiologiste a demandé aux parents de se connecter plus tôt pour réduire progressivement la tension.
- Il est difficile d'impliquer les grands-parents si l'intervention est réalisée par télépratique.

### Avantages

- L'évaluation peut être effectuée dans un environnement calme.
- Le client ne doit pas effectuer le déplacement,
- Le thérapeute étant plus éloigné de l'enfant, ce dernier peut être moins nerveux.
- Passer un test dans un environnement familial est moins stressant pour certains enfants.
- Il permet de gagner du temps.
- Les sessions de télépratique sont souvent plus faciles à programmer en termes d'horaires.
- La télépratique améliore le transfert et permet d'observer l'implémentation de la thérapie dans le contexte quotidien. Un enfant se comporte différemment à la maison, ce qui peut être un avantage pour le thérapeute, surtout si l'enfant a un comportement difficile. Il peut être utile d'aider les parents et l'enfant à gérer les stimuli à la maison.
- Si un parent a oublié une séance, le thérapeute peut l'appeler et éventuellement commencer la séance après coup, alors que dans la pratique traditionnelle, la séance aurait été annulée.
- Les familles d'autres cultures peuvent également accéder à des soins du langage, de la parole, de la déglutition ou de l'audition par le biais de la télépratique alors que, dans certaines situations, elles ne pourraient pas assister à des séances de traitement dans un cadre traditionnel. Il n'y a pas de limitation des soins.

### Facteurs facilitants

- Un parent doit toujours être présent pour aider l'enfant et donner au thérapeute des informations supplémentaires [informations non verbales].
- Intégrer des activités physiques pour les enfants pendant la session (pour promouvoir le respect des règles, pour stimuler l'engagement).
- Concluez de bons accords : une communication claire et le bien-être du client (par exemple, le contact physique, les matériaux et les activités stimulants) semblent terriblement importants.
- Des cours et des informations sur la manière d'utiliser et de partager le matériel de téléthérapie pourraient faciliter l'implémentation de la télépratique. Les jeunes collègues devraient être formés à la téléthérapie au cours de leur formation.

### Résultats de la littérature

Des revues systématiques et des essais contrôlés randomisés ont fait état d'obstacles, d'avantages et de facteurs facilitants. Un résumé et une synthèse des données probantes fournissent les informations essentielles.

#### Résumé de la littérature

Armoiry, X., Sturt, J., Phelps, E. E., Walker, C. L., Court, R., Taggart, F., ... & Atherton, H. (2018). Digital clinical communication for families and caregivers of children or young people with short-or long-term conditions: rapid review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(1), e5. <https://doi.org/10.2196/jmir.7999>

Barr, M., Dally, K., & Duncan, J. (2019). Service accessibility for children with hearing loss in rural areas of the United States and Canada. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 123, 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.04.028>

Blaiser, K. M., Behl, D., Callow-Heusser, C., & White, K. R. (2013). Measuring costs and outcomes of tele-intervention when serving families of children who are deaf/hard-of-hearing. *International Journal of Telerehabilitation*, 5(2), 3. <https://doi.org/10.5195/ijt.2013.6129>

Boisvert, M., & Hall, N. (2014). The use of telehealth in early autism training for parents: A scoping review. *Smart Homecare Technology and Telehealth*, 2, 19-27. <https://doi.org/10.2147/shtt.s45353>

- Campbell, J., Theodoros, D., Hartley, N., Russell, T., & Gillespie, N. (2020). Implementation factors are neglected in research investigating telehealth delivery of allied health services to rural children: A scoping review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(10), 590-606. <https://doi.org/10.1177/1357633x19856472>
- Ellison, K. S., Guidry, J., Picou, P., Adenuga, P., & Davis III, T. E. (2021). Telehealth and autism prior to and in the age of COVID-19: A systematic and critical review of the last decade. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 24(3), 599-630. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00358-0>
- Furlong, L., Serry, T., Bridgman, K., & Erickson, S. (2021). An evidence-based synthesis of instructional reading and spelling procedures using telepractice: A rapid review in the context of COVID-19. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(3), 456-472. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12619>
- Grogan-Johnson, S., Schmidt, A. M., Schenker, J., Alvares, R., Rowan, L. E., & Taylor, J. (2013). A comparison of speech sound intervention delivered by telepractice and side-by-side service delivery models. *Communication Disorders Quarterly*, 34(4), 210-220. <https://doi.org/10.1177/1525740113484965>
- Grant, C., Jones, A., & Land, H. (2022). What are the perspectives of speech pathologists, occupational therapists and physiotherapists on using telehealth videoconferencing for service delivery to children with developmental delays? A systematic review of the literature. *Australian Journal of Rural Health*, 30(3), 321-336. <https://doi.org/10.1111/ajr.12843>
- Govender, S. M., & Mars, M. (2017). The use of telehealth services to facilitate audiological management for children: A scoping review and content analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(3), 392-401. <https://doi.org/10.1177/1357633x16645728>
- Hodge, M. A., Sutherland, R., Jeng, K., Bale, G., Batta, P., Cambridge, A., ... & Silove, N. (2019). Literacy assessment through telepractice is comparable to face-to-face assessment in children with reading difficulties living in rural Australia. *Telemedicine and e-Health*, 25(4), 279-287. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0049>
- Jacups, S. P., & Kinchin, I. (2021). A rapid review of evidence to inform an ear, nose and throat service delivery model in remote Australia. *Rural and Remote Health*, 21(1). <https://doi.org/10.22605/rrh5611>
- Law, J., Dornstauder, M., Charlton, J., & Gréaux, M. (2021). Tele-practice for children and young people with communication disabilities: Employing the COM-B model to review the intervention literature and inform guidance for practitioners. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(2), 415-434. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12592>
- McCarthy, M., Leigh, G., & Arthur-Kelly, M. (2019). Telepractice delivery of family-centred early intervention for children who are deaf or hard of hearing: A scoping review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(4), 249-260. <https://doi.org/10.1177/1357633x18755883>
- McGill, M., Noureal, N., & Siegel, J. (2019). Telepractice treatment of stuttering: A systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 25(5), 359-368. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0319>
- Molini-Avejonas, R. D., Rondon-Melo, S., de La Higuera Amato, C. A., & Samelli, A. G. (2015). A systematic review of the use of telehealth in speech, language and hearing sciences. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(7), 367-376. <https://doi.org/10.1177/1357633x15583215>
- Monica, S. D., Ramkumar, V., Krumm, M., Raman, N., Nagarajan, R., & Venkatesh, L. (2017). School entry level tele-hearing screening in a town in South India—Lessons learnt. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 92, 130-135. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.11.021>
- Raman, N., Nagarajan, R., Venkatesh, L., Monica, D. S., Ramkumar, V., & Krumm, M. (2019). School-based language screening among primary school children using telepractice: A feasibility study from India. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(4), 425-434. <https://doi.org/10.1080/17540507.2018.1493142>
- Sheikhtaheri, A., & Kermani, F. (2018). Telemedicine in Diagnosis, Treatment and Management of Diseases in Children. *eHealth*, 148-155. <https://doi.org/10.29086/jisfteh.6.es1>

Sutherland, R., Trembath, D., Hodge, A., Drevensek, S., Lee, S., Silove, N., & Roberts, J. (2017). Telehealth language assessments using consumer grade equipment in rural and urban settings: Feasible, reliable and well tolerated. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(1), 106-115. <https://doi.org/10.1177/1357633x15623921>

Sutherland, R., Trembath, D., & Roberts, J. (2018). Telehealth and autism: A systematic search and review of the literature. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 324-336. <https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1465123>

Tully, L., Case, L., Arthurs, N., Sorensen, J., Marcin, J. P., & O'Malley, G. (2021). Barriers and facilitators for implementing paediatric telemedicine: rapid review of user perspectives. *Frontiers in Pediatrics*, 180. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.630365>

Waite, M. C., Theodoros, D. G., Russell, T. G., & Cahill, L. M. (2010a). Internet-based telehealth assessment of language using the CELF-4. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 41(4), 445-458. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2009/08-0131\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2009/08-0131))

La revue rapide d'Armoiry et al. (2018) a décrit, évalué et exploré la faisabilité et l'impact de la communication numérique entre les familles ou les aidants et les thérapeutes. Une étude de cette revue a rapporté que les participants (parents de jeunes enfants atteints de troubles du spectre autistique) ont éprouvé un certain degré de frustration lors de l'utilisation du programme de vidéoconférence, y compris l'audio ou la webcam ne fonctionnant pas ou la connexion Internet se figeant. Une autre étude n'a fait état d'aucun problème technique.

L'étude exploratoire de Barr et al. (2019) a examiné la littérature relative à l'accessibilité des services, à la facilité de communication et aux flux de financement pour les enfants atteints de perte auditive dans les zones rurales des États-Unis et du Canada. Un résultat qualitatif intéressant était que 17,1 % des familles n'avaient pas d'accès fiable à Internet à leur domicile et que la principale raison en était la vie en milieu rural. La fourniture d'un accès Internet fiable et constant par le biais de la technologie satellitaire améliorerait l'accès à l'information et aux services pour les familles vivant dans les zones rurales. En outre, la télépratique réduit les déplacements des familles et des professionnels, ce qui constitue un avantage en termes de coûts par rapport à l'intervention traditionnelle. La télépratique est une méthode fiable et appréciée de prestation de services qui réduit les déplacements et les coûts pour les familles et les thérapeutes. La télépratique a amélioré l'accès aux services pour les enfants souffrant de perte auditive. La télé-évaluation des troubles de l'audition s'est révélée efficace, ce qui pourrait faciliter l'intervention et le diagnostic précoces.

L'étude de Blaiser et al. (2013) est un essai contrôlé randomisé comparant le télétraitement et le traitement traditionnel dans le cadre d'une intervention précoce auprès d'enfants (âgés en moyenne de 18 à 19 mois) souffrant de problèmes auditifs (certains ayant reçu un implant cochléaire). Une enquête d'autoévaluation post-test a été administrée aux prestataires afin d'obtenir leur point de vue sur les forces et les défis du télétraitement. Les données du post-test ont révélé que, par rapport au début de l'étude, les prestataires utilisaient davantage la technologie de la vidéoconférence dans leur vie personnelle, se sentaient plus à l'aise avec le coaching et avaient déplacé le centre d'intérêt des interactions au sein des sessions depuis les interactions parent-visiteur vers les interactions parent-enfant. D'après les réponses qualitatives, les prestataires apprécient les avantages liés à la réduction du temps de déplacement pour servir les familles éloignées et éviter d'être exposés à un membre de la famille malade. Le temps consacré à la prestation de services aux enfants était similaire dans les deux groupes (59 minutes pour le traitement traditionnel et 51 minutes pour le télétraitement). Le temps consacré à la préparation des visites et à la documentation/teneur des dossiers était presque identique pour les deux groupes de traitement (20 et 17 minutes pour le groupe de traitement traditionnel, et 19 et 22 minutes pour le groupe de télétraitement, respectivement). Par conséquent, le coût des salaires et des traitements des prestataires pour la préparation, la prestation et la documentation des services a été supposé être le même pour les enfants des deux groupes de traitement. Pour chaque enfant du groupe de traitement traditionnel, les prestataires ont parcouru en moyenne 22 miles dans chaque direction, ce qui a nécessité 60 minutes supplémentaires de leur temps (évalué à 55\$ de l'heure pour le salaire et les avantages sociaux) et un coût de

22\$ pour les frais de déplacement (évalué à 0.50\$ par mile). Ainsi, chaque visite à domicile a coûté 77\$ de plus en temps et en dépenses pour le prestataire par rapport à une visite de télétraitement. Les coûts supplémentaires pour les enfants du groupe de télétraitement comprenaient un service Internet amélioré et des frais de licence de logiciel (60\$/mois) pour le prestataire, et pour chaque famille un ordinateur, un microphone, une caméra et un moniteur (coût unique de 1 000\$), un service Internet amélioré et des frais de logiciel (60\$ par mois par famille), et leur part du spécialiste en technologie qui était responsable de la mise en place du système, de la formation des parents et des prestataires à l'utilisation de l'équipement, et du soutien continu (50\$ par mois par famille). En utilisant ces chiffres, le coût estimé de la prestation de services sur une période de deux ans à 15 familles (supposée être la charge de travail moyenne d'un seul prestataire) est moins élevé dans le cadre d'un traitement traditionnel que dans celui des services de télétraitement. Cependant, si des services plus fréquents sont fournis, les services de télétraitement ont un avantage financier croissant. Si 3 à 4 visites étaient effectuées chaque mois pour chaque enfant (comme le rapporte une étude en cours menée par les National Institutes of Health), les économies réalisées en fournissant des services à 15 familles utilisant le télétraitement au lieu des services de traitement traditionnels seraient de 56 280 à 86 970 dollars sur une période de 24 mois. De telles économies, associées à la preuve que les enfants du groupe de télétraitement font des progrès aussi bons, voire meilleurs, dans le domaine du langage réceptif et expressif, suggèrent que le télétraitement devrait être sérieusement considéré comme un moyen de fournir des services à tous les enfants de 0 à 3 ans qui sont sourds ou malentendants. Les données du post-test ont révélé que, par rapport au début de l'étude, les parents estimaient que les services de télétraitement étaient utiles pour réduire le nombre de visites manquées pour cause de maladie ou de mauvais temps et qu'ils n'interféraient pas avec leurs relations et leurs interactions avec les prestataires de soins.

Boisvert et Hall (2014) ont procédé à un examen des études dans lesquelles les procédures de télésanté ont été utilisées pour la formation ou l'accompagnement des parents de jeunes enfants (âgés de 6 ans et moins) ayant reçu un diagnostic de trouble du spectre autistique. Dans une étude, il a été fait état d'une certaine insatisfaction à l'égard du casque d'écoute sans fil et de la nécessité de rester à portée de la webcam.

L'étude de Campbell et al. (2020) a fait une revue de la littérature décrivant la télépratique et son implémentation par les services paramédicaux auprès d'enfants vivant en milieu rural. Une étude a fait référence à des facilitateurs d'implémentation tels que l'essai de l'équipement, la fourniture d'instructions et la pratique préalable de l'utilisation de l'équipement par l'enfant, le parent ou le personnel. Plus de la moitié des études décrivent les mesures prises par les auteurs pour faciliter l'implémentation de la télépratique ou recommandent de telles mesures. Aucune étude n'a mesuré l'impact de ces actions. La mesure la plus fréquente consistait à fournir des informations ou une formation sur l'équipement et les procédures aux animateurs, aux enfants, aux thérapeutes ou aux parents. Les recommandations en matière de formation comprenaient la pratique de la technologie, la préparation des parents à anticiper les problèmes de qualité audio ou vidéo, l'élaboration d'un manuel et d'un cours de courte durée, ainsi que des instructions détaillées et faciles à comprendre pour les prestataires sur la manière d'utiliser le télétraitement de la manière la plus efficace possible. Deux études décrivent l'éducation et la rétroaction sur le programme à un plus grand nombre d'intervenants, tels que les responsables scolaires et la communauté, les parents, les soignants et les écoles. Les recommandations relatives à l'équipement utilisé dans les consultations de télépratique comprenaient le téléchargement préalable du logiciel pour les clients, l'essai de l'équipement, l'amélioration et la surveillance de la connectivité, l'utilisation d'équipement de qualité et la prise de temps pour organiser à l'avance l'accès direct au réseau dans les écoles.

Ellison et al. (2021) ont donné un aperçu de la littérature concernant la télépratique pour les enfants et les adolescents atteints de troubles du spectre autistique au cours de la dernière décennie en ce qui concerne le type, les bénéficiaires et les résultats des services et ont fourni une base de données récentes sur laquelle les thérapeutes et les chercheurs pourraient fonder les services et les recherches en cours et à venir. Une étude a montré que l'évaluation par télépratique était une stratégie plus rentable que les études dans lesquelles ces évaluations étaient effectuées à domicile avec les parents.

L'étude de Furlong et al. (2021) s'est penchée sur la nature et les résultats des études portant sur les procédures d'enseignement de la lecture et de l'orthographe dispensées par télépratique à des élèves d'âge scolaire. Les problèmes technologiques rencontrés au cours de la télépratique étaient fréquents dans les études, notamment les problèmes audio, la latence audio, les coupures, le faible volume de la voix, le mauvais rapport signal/bruit, l'écho et les problèmes liés à la clarté visuelle de l'écran.

L'étude de Grogan-Johnson et al. (2013) a comparé les effets d'une intervention sur les sons de la parole d'une durée de 5 semaines, dispensée dans le cadre de séances de traitement traditionnelles et de séances de télétraitement chez des enfants d'âge scolaire souffrant de troubles ds sons de la parole. Des difficultés techniques occasionnelles et des problèmes liés aux enfants ont été signalés, notamment le glissement du casque des participants, des problèmes de connectivité internet, le déplacement des participants hors de l'angle optimal de la caméra et des difficultés à manipuler la souris de l'ordinateur.

L'étude de Grant et al. (2022) a identifié les attitudes et les perspectives des professionnels de la santé (logopèdes, ergothérapeutes et physiothérapeutes) à l'égard de l'utilisation de la télépratique pour la prestation de services aux enfants souffrant de retards de développement. Les participants à six études ont indiqué que le manque d'auto-efficacité lié à un manque de confiance ou à une formation inadéquate constituait un obstacle à la prestation de services par le biais de la télésanté. Une formation adéquate, facilitant l'amélioration de l'auto-efficacité, a été identifiée par trois études, ce qui a facilité l'utilisation de la télépratique en tant que méthode de prestation de services. Une étude a indiqué que seulement 27 % des participants avaient reçu une formation en télépratique. Trois études incluses dans l'examen ont identifié le soutien et la formation comme des facteurs facilitant l'utilisation de la télépratique. Une étude indique qu'une formation supplémentaire renforce la confiance du thérapeute. Une autre étude indique que 79% des personnes interrogées recommandent un perfectionnement professionnel et 66% recommandent des démonstrations par des thérapeutes pour permettre le développement des compétences en matière de télépratique. Les participants à quatre études ont indiqué qu'ils pensaient que la télépratique avait un impact négatif sur la gestion du temps car ils n'avaient pas le temps de mettre en place un service de télépratique. Une étude indique que l'organisation et la programmation de la télépratique sont considérées comme un fardeau pour des charges de travail déjà lourdes en raison de la préparation du matériel et de la technologie. Les thérapeutes d'une étude ont également estimé qu'en l'absence d'un soutien suffisant de la part de leur organisation, le temps et les coûts seraient à la charge de chaque thérapeute. Deux autres études ont fait état de perceptions selon lesquelles les séances de télétraitement en milieu scolaire devraient être mises en place et supervisées par une personne de soutien au sein de l'école, ce qui entraînerait des difficultés logistiques dépendant de la priorité accordée par l'école à la thérapie. Quatre études ont indiqué que la télépratique avait un impact positif sur la gestion du temps en réduisant le temps de déplacement du thérapeute. L'amélioration de l'accès des familles a été mentionnée par les thérapeutes paramédicaux dans sept études, qui ont invoqué la réduction du temps (de déplacement) et la réduction de la pénurie dans les services régionaux. Deux études ont indiqué que les participants pensaient que la télépratique améliorerait la protection de la vie privée des familles. Sept études ont fait état de la conviction d'une amélioration des soins centrés sur la famille. La télépratique est généralement considérée comme plus pratique et moins perturbante pour l'emploi du temps de l'enfant et de la famille que le fait de se rendre à un rendez-vous physique. Les raisons invoquées sont notamment la facilitation de l'apprentissage scolaire, car le rendez-vous est plus facile à intégrer dans la journée scolaire, l'amélioration de l'engagement des parents et la flexibilité pour les familles. Il a également été signalé que les enfants et les parents étaient plus détendus dans leur environnement familial. Les familles ont eu le sentiment d'être soutenues dans l'implémentation de stratégies thérapeutiques à la maison lorsque la thérapie se déroulait dans le contexte familial. Il est important de noter que les familles qui n'ont pas la possibilité de se rendre à des rendez-vous physiques en raison de la complexité du handicap, de leurs responsabilités à l'égard d'autres enfants ou du travail des parents peuvent tout de même bénéficier des interventions.

La revue systématique de Govender et Mars (2017) a réalisé une revue de la portée et une analyse de contenu de l'utilisation des services de télépratique pour les enfants atteints de perte auditive. Une étude a fourni une thérapie auditivo-visuelle par Skype à des enfants âgés de 6 mois à 6,5 ans. Les participants à cette étude ont estimé que leur satisfaction concernant la qualité audio et vidéo était moyenne (39 %), en raison de problèmes de connectivité internet entraînant des retards audio et des difficultés sonores.

L'étude de Hodge et al. (2019) a déterminé si les évaluations du langage écrit peuvent être administrées de manière fiable par le biais de la télé-évaluation par rapport à l'évaluation traditionnelle. Comme mentionné pour la recommandation sur la faisabilité de la télé-évaluation, des difficultés techniques ont été signalées à certaines occasions (probablement en raison d'une disponibilité insuffisante de la bande passante). Cela s'est traduit par des problèmes de configuration de la caméra documentaire, un gel temporaire de l'écran, la nécessité d'actualiser la connexion à CoviU (plateforme de santé) ou de redémarrer le navigateur. Bien que ces difficultés aient entraîné de légers retards dans l'évaluation par la télépratique, elles n'ont pas empêché l'évaluation d'être menée à bien.

Jacups et Kinchin (2021) ont procédé à une analyse rapide de la littérature pour étudier les caractéristiques des modèles de services de proximité réussis afin d'informer le développement d'un nouveau modèle de prestation de services durable et fondé sur des données probantes pour les services d'oto-rhino-laryngologie dans la région de Cape York, en Australie. L'étude a conclu que la télépratique est devenue une solution de plus en plus viable pour faire face aux limitations des ressources, aux pénuries de main-d'œuvre et aux barrières géographiques qui affectent la prestation de services dans les zones rurales.

Sur la base d'un examen des études existantes, Law et al. (2022) ont analysé de manière critique la littérature pertinente relative à l'intervention auprès des enfants souffrant de troubles de la communication en s'appuyant sur le modèle Capacité-Opportunité-Motivation-Comportement. La formation et le soutien technique aux familles sont nécessaires lors de l'implémentation de la télépratique. Les professionnels doivent être familiarisés avec les technologies disponibles pour s'engager dans la télépratique. Il est clairement nécessaire d'aider les enfants à utiliser l'équipement technique lors des séances de télépratique. La mauvaise qualité de l'équipement technique est perçue comme un obstacle à la télépratique. Une revue a mentionné les défis spécifiques qui apparaissent lorsque les enfants ne sont pas physiquement dans la salle de consultation, tels que la nécessité d'adapter le matériel thérapeutique et son utilisation. Les revues ont également suggéré que les thérapeutes ont un meilleur aperçu de l'environnement de l'enfant et des conditions de santé supplémentaires pendant la télépratique. Seule une revue fait référence au lieu de résidence et à la situation générale du ménage, indiquant que ces aspects doivent être pris en compte lors de la mise en place de la télépratique. La télépratique est perçue de manière très positive à la lumière des obstacles physiques traditionnels à l'accès aux services, tels que les difficultés de transport (par exemple, dans les zones rurales), les engagements professionnels et les contraintes familiales. Il a également été suggéré que la télépratique offre des possibilités d'implication accrue des réseaux de soutien culturel et communautaire de l'enfant (par exemple, la disponibilité d'un interprète), ce qui a un impact positif sur les résultats des services de télépratique.

Au total, 23 publications évaluées par des pairs ont été incluses dans la revue de McCarthy et al. (2019) sur la mise en place par télépratique d'une intervention centrée sur la famille pour les enfants sourds ou malentendants. Les difficultés techniques ont été fréquemment citées comme des défis, y compris le manque de réseaux à large bande à haut débit, les connexions Internet peu fiables et le soutien limité des technologies de l'information. Enfin, les problèmes de personnel liés à l'augmentation du temps de préparation et à la formation supplémentaire ont également été identifiés comme des défis potentiels. La télépratique a également été signalée comme créant un environnement qui favorise l'utilisation par les thérapeutes de techniques de coaching pour aider les aidants à maîtriser de nouvelles compétences. Le financement a été identifié comme un autre défi, notamment l'achat et la maintenance de l'infrastructure technique, et les pratiques de remboursement qui ne

compensent pas l'utilisation de la télépratique. La télépratique a permis d'éliminer les contraintes liées à la distance et aux déplacements. Les familles et les thérapeutes locaux ont pu accéder à des thérapeutes spécialisés par le biais de la télépratique, quelle que soit leur situation géographique. La possibilité de programmer des séances en dehors des heures de travail normales et/ou la facilité relative de reprogrammer une séance de télépratique par rapport à une séance d'intervention traditionnelle ont été fréquemment citées comme des avantages. La télépratique a également été considérée comme offrant une plus grande flexibilité pour surmonter les obstacles potentiels à la participation, y compris les conditions météorologiques ou les maladies familiales qui peuvent contre-indiquer les déplacements. Un autre avantage signalé est la réduction du temps passé à se rendre à un rendez-vous et à en revenir. Dans de nombreux cas, la flexibilité des horaires et la réduction des déplacements ont été considérées comme associées à une réduction du nombre de séances manquées, ce qui, à son tour, a été considéré comme associé à une réduction du coût de la prestation de services. Un dernier avantage signalé est que la télépratique favorise un niveau plus élevé de centrage sur la famille. La télépratique élargit le choix des parents en ce qui concerne le prestataire, l'approche d'intervention et le mode de communication en améliorant l'accès à une gamme de thérapeutes spécialisés.

L'étude de McGill et al. (2019) a passé en revue les articles évalués par des pairs qui étudient les méthodologies de traitement du bégaiement par visioconférence. Une étude a rapporté que les séances de télépratique étaient moins personnalisées que les séances de traitement traditionnelles et qu'elles ne pouvaient pas développer d'activités de transfert personnalisées, bien qu'elles aient également rapporté que les séances de télépratique permettaient un transfert plus facile vers l'environnement naturel grâce aux familles des participants. Une autre étude a rapporté que la qualité des composantes audio et vidéo était "acceptable pour la plupart des séances selon les thérapeutes, malgré des lacunes occasionnelles dans la vidéo". Les parents se sont également déclarés globalement satisfaits de l'utilisation de la webcam. Une étude indique que, selon les thérapeutes, la qualité technique est jugée modérément bonne, la plupart des critiques portant sur la qualité de l'image. Un parent a fait part de sa préférence pour un traitement hybride, déclarant que, bien que la télépratique soit pratique, le contact direct avec le thérapeute était important.

L'étude de Molini-Avejonas et al. (2015) a fourni une revue systématique des applications de télésanté dans le domaine des sciences de la parole, du langage et de l'audition. Une étude a examiné l'opinion des professionnels concernant l'utilisation de stratégies visant à faciliter la communication par le biais de la télépratique. Les familles ont eu un meilleur accès aux technologies de prestation de services de logopédie et ont eu une expérience positive de ces technologies, contrairement aux attentes des logopèdes. Les principaux obstacles cités étaient le besoin de données supplémentaires pour améliorer le logiciel utilisé, l'acceptation d'un nouveau format de prestation de soins de santé, la vitesse d'Internet et d'autres limitations technologiques. Les résultats de la plupart des études dans le domaine de l'audition (93,9 %) indiquent un avantage de la télépratique en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux soins. Le rapport coût-efficacité a été signalé par 21,2 % des études. La plupart des études dans le domaine du langage ont indiqué que la facilité d'accès était le principal avantage de l'utilisation de la télépratique. La télépratique permet aux utilisateurs qui n'ont pas de logopède dans leur région ou qui sont alités et ont une mobilité limitée de bénéficier d'une thérapie logopédique. Toutes les études dans le domaine de la parole suggèrent que la télépratique est plus rentable que la prestation traditionnelle. Les études dans le domaine de la voix ont également mentionné le rapport coût-efficacité comme un résultat positif : la télépratique a réduit les coûts en diminuant la nécessité pour les clients de se déplacer pour accéder aux services de santé, en réduisant l'espace nécessaire pour stocker les échantillons de voix et en permettant la transmission par internet des échantillons pour analyse. Les études dans le domaine de la déglutition ont présenté comme principal résultat l'amélioration de l'accès aux soins et aux professionnels. L'amélioration de l'accès aux soins est le principal avantage mentionné dans les études (80,6 %). L'utilisation de la télépratique peut réduire le temps de trajet des clients, rendre les soins de santé plus accessibles aux clients qui vivent dans des communautés où il y a peu de spécialistes, et promouvoir des soins centrés sur le client. L'utilisation accrue de la télépratique permet également aux prestataires de soins de santé d'atteindre un plus grand nombre de clients. Dans les zones rurales comme dans les zones urbaines, la télépratique peut être utilisée pour le dépistage et la fourniture de services de soins de santé de routine, réservant ainsi un temps de rendez-vous traditionnel limité à ceux qui ont besoin

d'être vus en personne. Il est important de souligner que 25,24 % des études ne mentionnent pas d'obstacles à l'implémentation de la télépratique.

L'étude de Monica et al. (2017) a évalué la faisabilité du télédepistage dans une petite ville en Inde. Pour ce faire, les auteurs ont comparé les depistages auditifs traditionnels à l'école à ceux obtenus par téléscreening. Les auteurs ont rapporté des problèmes techniques (connectivité) dans leur étude.

L'étude de Raman et al. (2019) a exploré la faisabilité d'un depistage linguistique en milieu scolaire à l'aide de la télépratique afin d'étendre son champ d'application à la prestation de services de logopédie en Inde. Des facteurs techniques ont influencé le télédepistage linguistique : (1) léger décalage dans la sortie audio, mais cela n'a pas eu d'effets majeurs sur la procédure d'évaluation et (2) perturbation de la connexion internet dans 7 des 15 sessions entraînant un retard de 5 à 10 minutes. Cela a diminué la motivation d'un enfant. Ils ont également signalé un retard dans la transition des images entre les diapositives, ce qui a augmenté de 15 minutes le temps nécessaire à la réalisation du depistage, ainsi que des difficultés pour l'aidant et l'enfant à suivre les instructions du logopède à distance en raison du niveau de bruit dans la salle d'examen. Les auteurs ont signalé à trois reprises un volume de parole et une intelligibilité faibles chez les enfants, de sorte que le logopède à distance ne pouvait pas entendre ou comprendre les réponses. L'aidant a dû répéter les réponses.

L'étude de Sutherland et al. (2017) a permis de déterminer si, dans le cadre d'un service existant, une application de télésanté en ligne utilisant du matériel informatique de qualité grand public et disponible dans le commerce pouvait être utilisée pour fournir une évaluation formelle du langage qui soit 1) faisable, 2) fiable et 3) bien tolérée par les participants et leurs familles. Toutes les télé-évaluations ont été menées à bien : aucune évaluation n'a été interrompue en raison de difficultés technologiques ou autres. La qualité audio pendant les télé-évaluations était bonne (74%), acceptable dans 22% et mauvaise dans une évaluation. La note audio moyenne dans un premier centre (premier lieu d'évaluation à distance) était de 1,88 (mode = 2, étendue 1-2), dans un second centre (lieu 2) elle était de 1,43 (mode=2, étendue 0-2) et dans un troisième centre (lieu 3) de 1,75 (mode=2, intervalle 1-2). La qualité visuelle des télé-évaluations était bonne dans 83 % des cas. Aucune évaluation n'a été jugée "médiocre". La note moyenne de qualité visuelle pour le premier centre était de 1,88 (mode=2, étendue 1-2), pour le centre 2 de 1,71 (mode=2, étendue 1-2) et pour le centre 3 de 1,88 (mode=2, étendue 1-2).

Sutherland et al. (2018) ont examiné la nature et les résultats des études portant sur la télé-évaluation et/ou le télé-traitement des troubles du spectre autistique. Une étude a examiné spécifiquement les coûts associés à la téléformation à domicile par rapport aux séances de formation traditionnelle et à la téléformation en centre et a constaté que les coûts globaux étaient les plus bas pour le groupe de téléformation à domicile.

Sheikhtaheri et Kermani (2018) ont examiné et présenté différents services de télépédiatrie et les conséquences de l'utilisation de ce type de services et ont fourni une vue d'ensemble des revues systématiques menées dans ce domaine. Une étude (un essai contrôlé randomisé avec des enfants sourds) a rapporté que les services de télépratique augmentaient les économies de coûts.

L'étude de Tully et al. (2021) décrit les problèmes d'implémentation liés à l'intégration de la télépratique dans les services pédiatriques en général, ou la façon dont les utilisateurs perçoivent ces problèmes. Les conclusions qualitatives indiquent que l'analphabétisme en matière de technologies de l'information et de la communication a parfois entraîné l'exécution manuelle de tâches par des personnes qui ne maîtrisaient pas le logiciel. Les problèmes liés à la facilité d'utilisation et à la complexité des plateformes techniques facilitant la télépratique ont été largement répandus dans toutes les études. La qualité, la fiabilité et la compétence des thérapeutes dans l'utilisation de la télépratique ont été des facteurs déterminants de son acceptation et de son adoption par les

thérapeutes et certaines familles. Les participants ont évoqué les problèmes de connectivité qui réduisent leur utilisation de la télépratique, avec de longs temps d'installation, des problèmes audiovisuels et la crainte d'un problème constant en arrière-plan qui affecterait la qualité d'une session. Certains thérapeutes se sont dits gênés par ces problèmes, qui échappaient souvent à leur contrôle. Ce problème n'est pas propre aux études plus anciennes, puisqu'il a été observé dans des études publiées jusqu'en 2018. D'autres thérapeutes ont noté que la confiance dans la technologie augmentait avec l'utilisation et l'expérience de la télépratique. Du point de vue des thérapeutes, la technologie était facile à utiliser. Une étude a rapporté que tous les thérapeutes étaient compétents dans l'utilisation indépendante de la télépratique après avoir reçu une formation sur l'utilisation de l'équipement. D'autres obstacles étaient liés à la perception que les thérapeutes étaient testés ou surveillés, ou qu'ils risquaient davantage de voir leurs décisions remises en question. Si les prestataires soupçonnaient que l'utilisation de la télépratique serait onéreuse, complexe ou que la technologie ne serait pas fiable, ils étaient moins enclins à l'utiliser. Selon une étude, la télépratique a été largement considérée comme un travail supplémentaire sur le plan pratique. Du point de vue des thérapeutes, et en particulier de son implémentation, elle a tendance à impliquer un surplus de paperasserie ou de tâches administratives. Le manque de thérapeutes capables de s'engager avec les clients par le biais de la télépratique est un problème rencontré par d'autres, qui a empêché l'utilisation du service. Pour les enfants atteints de maladies chroniques, il a été rapporté que la télépratique était considérée par les familles comme offrant la possibilité de rationaliser l'accès aux soins multidisciplinaires et de réduire le risque d'annulation des rendez-vous pour cause de maladie. Une étude rapporte que les familles ont exprimé le sentiment que la télépratique permettrait de rassurer et de réduire l'anxiété concernant l'état de l'enfant entre les visites en personne à l'hôpital, et qu'elle pourrait également permettre une programmation plus logique/efficace des soins de santé. Un système de dépistage et de tri permettant d'évaluer la nécessité d'une consultation traditionnelle et, par conséquent, d'accroître la valeur des soins de santé traditionnels parmi les participants qui ont trouvé que leur plateforme de télépratique fonctionnait bien, en est un exemple. L'amélioration de la communication entre les familles et le personnel clinique a été signalée, ainsi que la possibilité d'une véritable formation continue. L'implémentation de la télépratique a également été décrite par certains comme facilitant le renforcement des relations entre les thérapeutes et les autres disciplines, et lorsque des communications calmes et encourageantes ont été utilisées pour le télésoutien entre les sites, l'acceptation de ce service s'en est trouvée facilitée. D'un point de vue quantitatif, le temps et la distance passés à se rendre aux rendez-vous, le coût perçu des rendez-vous en personne, la familiarité avec la télémédecine et le nombre d'heures de travail manquées ont tous été significativement corrélés avec des attitudes positives à l'égard de la télépratique. Les gains de temps ont été cités dans un plus grand nombre d'études que tout autre facteur bénéfique (huit études). Une étude supplémentaire a montré que la plupart des personnes interrogées pensaient que le gain de temps était modérément ou très important (88 %).

L'étude de Waite et al. (2010) a examiné la validité et la fiabilité d'une télé-évaluation des troubles du langage chez l'enfant sur les quatre composantes essentielles d'une évaluation standardisée du langage (subtests de la CELF-4, version australienne). Les problèmes techniques rencontrés lors de la télé-évaluation concernaient la taille de l'équipement (écouteurs trop grands), la connexion internet (distorsion), et les réponses données par l'écran tactile ne pouvaient parfois pas être enregistrées. En outre, des problèmes pratiques ont été signalés pendant la télé-évaluation : problèmes d'éclairage (surexposition dans les enregistrements vidéo) et problèmes de positionnement du participant (difficulté pour voir les réponses dans les images du sous-test Suivre les instructions) et intelligibilité réduite (volume et intelligibilité de la parole faibles).

### *Synthèse des éléments de données probantes*

#### Obstacles:

- Des obstacles peuvent être rencontrés. On sait cependant que, souvent, les obstacles ne se présentent pas d'eux-mêmes.
- Le thérapeute peut s'inquiéter de la participation des enfants et de l'intimité de la famille (partage de leur vie quotidienne). On sait que ces aspects ne sont généralement pas vécus par les parents.
- Les autres obstacles à la télépratique sont les suivants :

- faible connectivité à l'internet
- un temps de préparation supplémentaire pour le thérapeute (par exemple, adaptation du matériel de traitement)
- la nécessité de développer des activités personnalisées
- la position de l'enfant (par exemple, mauvais éclairage, mouvements en dehors de l'angle de la caméra)
- l'incapacité d'aider un enfant (par exemple, problèmes de souris d'ordinateur ou de casque)
- la nécessité d'une formation technologique supplémentaire pour l'enfant, la famille et le thérapeute
- la planification logistique du traitement à l'école (par exemple, le personnel de soutien nécessaire à l'installation et à la supervision).

Facilitateurs :

- L'utilisation fréquente de la technologie de vidéoconférence accroît la confiance du thérapeute.
- Une formation à la télépratique accroît la confiance et l'efficacité personnelle des thérapeutes.
- Le fait d'offrir une assistance technique à la famille permet à l'enfant et à la famille de mieux se familiariser avec la télépratique.

Avantages :

1. Les avantages de la télépratique sont les suivants :
  - elle réduit le temps et les coûts de déplacement de la famille.
  - les thérapeutes peuvent gagner du temps si cela remplace les visites à domicile (pas de temps de déplacement).
  - elle offre de nombreuses possibilités d'améliorer les connaissances et les compétences thérapeutiques du thérapeute.
  - elle peut améliorer les soins centrés sur la famille, car les familles bénéficient d'un soutien important pour implémenter les stratégies de traitement à la maison. Le télétraitement permet facilement de transférer les compétences acquises dans l'environnement naturel grâce à la participation de la famille.
  - elle permet un meilleur accès aux services d'audiologie et de logopédie pour les enfants, y compris l'accès à des thérapeutes spécialisés.
  - elle élargit le choix des familles en ce qui concerne le thérapeute et l'approche de l'intervention.
  - les clients assistent à un plus grand nombre de séances avec la télépratique parce qu'il y a moins d'obstacles à la participation que dans le cas d'une intervention traditionnelle.
  - la planification d'une séance de télétraitement est plus facile pour la famille que la planification d'une séance de traitement traditionnelle.
  - elle stimule le soutien et l'implication du réseau de l'enfant (parents, frères et sœurs, ...).

Si la télépratique est un choix ciblé, bon nombre des obstacles énumérés ci-dessus n'apparaîtront pas car le logopède ou l'audiologiste les aura anticipés avant d'entamer le télétraitement.

### ***Résultats des groupes nominaux***

Tableau 1 et Tableau 2 présentent les obstacles identifiés par les membres des groupes nominaux. Un indice de priorité (obstacles les plus importants) et de popularité (obstacle le plus fréquemment mentionné) a été attribué à chaque obstacle. Les obstacles ont été regroupés en thèmes généraux.

Le principal obstacle à la télé-évaluation, pour les logopèdes et les audiologistes, est le manque de normes et d'outils adaptés pour effectuer une télé-évaluation. Il s'agit également de l'obstacle le plus fréquemment identifié

par les deux groupes. Un obstacle tout aussi fréquent pour les logopèdes est l'indisponibilité d'une plateforme de vidéoconférence et d'un ordinateur adaptés au domicile des clients.

Pour les audiologistes, le principal obstacle au télétraitement est le manque de capacité à adapter le comportement de l'enfant et des parents sur le plan émotionnel et physique. Pour les logopèdes, le principal obstacle est l'instabilité de la connexion Internet et le manque de qualité de l'image et du son. Pour les audiologistes, les obstacles les plus fréquemment signalés sont la fatigue accrue due à la télépratique et le manque de capacité à ajuster le comportement de l'enfant et des parents sur le plan émotionnel et physique. Les barrières les plus fréquemment rapportées par les logopèdes sont l'instabilité de la connexion internet, le manque de qualité de l'image et du son, l'indisponibilité d'une plateforme de visioconférence adaptée et d'un ordinateur au domicile des clients et le manque de maîtrise des outils numériques par le thérapeute, les parents et l'enfant.

Les facilitateurs les plus fréquemment indiqués et les plus urgents par les audiologistes sont de courts clips de connaissances, des brochures et des infographies pour le client et le thérapeute, par exemple, pour connecter les aides auditives au smartphone. D'autres facilitateurs fréquemment indiqués par les audiologistes sont la disponibilité des ressources et des cours de télépratique pour les étudiants et les audiologistes sur le terrain. Les facilitateurs les plus fréquemment cités par les logopèdes sont un cadre juridique clair pour l'utilisation de la télé-évaluation et la disponibilité d'une plateforme de vidéoconférence gratuite, simple et sécurisée. Les facilitateurs les plus urgents et les plus indiqués par les logopèdes sont la disponibilité d'outils d'évaluation validés et adaptés à la télépratique.

Tableau 1 : Obstacles identifiés par les logopèdes (N=5) ou les audiologistes (N=6) – télé-évaluation

RESSOURCES	LOGO ou AUD	Indice de priorité	Indice de popularité
Absence d'outils d'évaluation adaptés à l'administration par vidéoconférence	LOGO	14	4
Pas de possibilité d'utiliser l'équipement spécifique requis pour certains types d'évaluation	LOGO	3	1
Aspect chronophage de l'adaptation et/ou de la conception de la session et/ou du matériel d'évaluation	LOGO	0	0
<i>Absence d'outils d'évaluation standardisés et normalisés pour la télépratique (par exemple, pour la batterie de tests audiologiques classiques et les mesures classiques du sommeil paradoxal).</i>	AUD	29	6
INTERACTION			
Inquiétude concernant l'alliance thérapeutique	LOGO	7	3
Nécessité d'un contact physique pour certains types d'évaluations	LOGO	5	1
Perte d'informations sur le fonctionnement général de l'enfant et ses interactions	LOGO	2	1
Inquiétude quant aux difficultés rencontrées pour mener une évaluation multidisciplinaire conjointe lorsque cela est nécessaire	LOGO	1	1
La télépratique exige une plus grande gestion de l'attention de l'enfant	LOGO	1	1
Crainte d'un manque de flexibilité et de spontanéité pendant la session	LOGO	0	0
<i>Il est plus difficile de fournir des conseils personnels de la part du thérapeute</i>	AUD	16	5
<i>Motivation de l'audiologiste et du client</i>	AUD	4	3
LA TECHNOLOGIE ET LES OUTILS NUMÉRIQUES			
Instabilité de la connexion internet, manque de qualité de l'image et du son	LOGO	13	3
Non-disponibilité d'une plateforme de vidéoconférence adaptée et d'un ordinateur au domicile des clients	LOGO	12	4
Manque de maîtrise des outils numériques par le thérapeute, les parents et l'enfant	LOGO	3	2
<i>Manque de connaissances technologiques des parents (et attente de la présence d'un adulte) *</i>	AUD	15	4
<i>Obligation de disposer de logiciels et de matériel spécifiques (client et thérapeute) (par exemple, smartphones, appareil photo,...).</i>	AUD	8	5
<i>Instabilité de la connexion internet</i>	AUD	1	1
<i>Manque d'uniformité numérique entre les firmes</i>	AUD	0	0
ENVIRONNEMENT DU CLIENT			
Conditions environnementales non optimales pour l'enfant	LOGO	4	1
La télépratique nécessite une implication adaptée du parent	LOGO	1	1
<i>La fiabilité du diagnostic dépend de facteurs environnementaux chez les enfants de moins de 7 ans (par exemple, le bruit ambiant, les réactions objectives des parents).</i>	AUD	16	5
<i>(Manque de connaissances technologiques des parents et) attente de la présence d'un adulte*</i>	AUD	15	4
COMPÉTENCES DU THÉRAPEUTE			
Manque de pratique et de formation du thérapeute en matière de télépratique	LOGO	0	0
CADRE JURIDIQUE			
Crainte pour la cybersécurité et la confidentialité	LOGO	5	1
Absence de cadre juridique approprié et de guides de pratique clinique	LOGO	4	1
<i>Absence de remboursement</i>	AUD	1	1

\*Cet item est listé deux fois parce que son contenu couvre deux sujets majeurs ; italique = identifié par les audiologistes ; \* parce que le nombre de participants diffère, le score total des indices ne doit pas être comparé entre les deux groupes (par exemple, le score 16 n'est pas le même pour les logopèdes et pour les audiologistes).

Tableau 2 : Obstacles identifiés par les logopèdes (N=5) ou les audiologistes (N=6) – télétraitement

RESSOURCES	LOGO ou AUD	Indice de priorité	Indice de popularité
Aspect chronophage de l'adaptation et de la conception de la séance de thérapie et des ressources	LOGO	5	2
Limitation des ressources de réhabilitation pouvant être utilisées	LOGO	0	0
<i>Manque de ressources</i>	AUD	15	5
<b>INTERACTION</b>			
Crainte d'un manque de flexibilité et de spontanéité pendant la session	LOGO	8	3
Peur d'une distance relationnelle et d'un contact humain réduit	LOGO	8	2
Impossibilité de contact physique avec le client	LOGO	4	1
Limitation de la qualité et des types de retour d'information et d'instructions pour les clients et/ou les parents	LOGO	2	1
La télépratique exige une plus grande gestion de l'attention de l'enfant	LOGO	0	0
Inquiétude quant aux difficultés de coordination entre les différents acteurs d'un programme de thérapie multidisciplinaire	LOGO	0	0
<i>Manque de capacité à ajuster émotionnellement et physiquement le comportement de l'enfant et des parents</i>	AUD	28	6
<b>LA TECHNOLOGIE ET LES OUTILS NUMÉRIQUES</b>			
Instabilité de la connexion internet, manque de qualité de l'image et du son	LOGO	14	3
Non-disponibilité d'une plateforme de vidéoconférence adaptée et d'un ordinateur au domicile des clients	LOGO	12	3
Manque de maîtrise des outils numériques par le thérapeute, les parents et l'enfant	LOGO	6	3
Attitude négative à l'égard de l'utilisation des outils numériques	LOGO	0	0
<i>Manque de connaissances technologiques des parents</i>	AUD	8	3
<i>Instabilité de la connexion internet</i>	AUD	0	0
<i>Attitude négative des parents à l'égard de la télépratique</i>	AUD	0	0
<b>ENVIRONNEMENT DU CLIENT</b>			
Conditions environnementales non optimales pour l'enfant	LOGO	2	2
La télépratique nécessite une plus grande implication du parent	LOGO	0	0
<i>Le succès de la thérapie dépend de facteurs environnementaux (ne convient pas à toutes les familles)</i>	AUD	18	5
<b>COMPÉTENCES DU THÉRAPEUTE</b>			
Manque de pratique et de formation du thérapeute en matière de télépratique	LOGO	3	2
La télépratique augmente la fatigabilité du thérapeute	LOGO	0	0
<i>La télépratique augmente la fatigabilité du thérapeute</i>	AUD	11	6
<i>Ne pas être préparé à cette forme de thérapie</i>	AUD	9	4
<b>CADRE JURIDIQUE</b>			
Absence de cadre juridique approprié et de guides de pratique clinique	LOGO	6	2
Inquiétude concernant la cybersécurité et la confidentialité	LOGO	5	1
<i>Inquiétude concernant la cybersécurité et la confidentialité</i>	AUD	1	1

Italique = identifié par les audiologistes ; \* parce que le nombre de participants diffère, le score total des indices ne doit pas être comparé entre les deux groupes (par exemple, le score 16 n'est pas le même pour les logopèdes et pour les audiologistes).

## Résultats de l'enquête

Tableau 3 présente les résultats de l'enquête.

Tableau 3 : Aperçu des principaux obstacles relevés dans l'enquête

Obstacles	Télé-évaluation				Télétraitement			
	Répondants francophones N = 87		Répondants néerlandophones N = 64		Répondants francophones N= 87		Répondants néerlandophones N = 64	
	Médiane (%)	Rang	Médiane (%)	Rang	Médiane (%)	Rang	Médiane (%)	Rang
Ressources	8 (74,2%)	1	7 (71,5%)	3	6 (64,4%)	4	6 (61,3%)	4
Interaction	7 (71,3%)	2	7 (71,9%)	2	6 (64,9%)	3	7 (68,8%)	1
Fiabilité du diagnostic ou efficacité de la thérapie*	7 (69,6%)	3	8 (77,8%)	1	5 (56,4%)	5	6,5 (64,8%)	2
Technologie	7 (68,2%)	4	6 (63,2%)	5	6 (65,1%)	1	6 (58,9%)	5
Situation du client à domicile	6 (66,8%)	5	6,5 (64,4%)	4	6 (65%)	2	6 (62,3%)	3
Manque de connaissances	5 (53,4%)	6	5 (49,7%)	7	5 (52,4%)	6	5 (47,7%)	6
Le cadre juridique	3 (46,1%)	7	5 (56,6%)	6	2 (38,3%)	8	4 (44,6%)	7

Remarque. Score minimum possible = 1, score maximum possible = 9. Pour la télé-évaluation, l'obstacle "fiabilité du diagnostic" a été évalué, tandis que pour le télé-traitement, l'obstacle "efficacité de la thérapie" a été évalué ; le pourcentage a été calculé en divisant le nombre total de notes par la note maximale possible. Pour les répondants francophones : divisé par (87\*9 (puisque c'était la note maximale) = 783 ; pour les f répondants néerlandophones : divisé par (64\*9)=576.

Le recours à la télépratique ne doit pas se limiter aux circonstances où il est évident que la télépratique est la solution la plus optimale pour garantir la poursuite 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 également être proposée comme une alternative à la prestation traditionnelle de soins lorsqu'elle constitue la meilleure option pour l'enfant, la famille ou le thérapeute, par exemple lorsque l'observance du traitement est plus élevée dans un cadre de télépratique ou lorsque les familles expriment leur préférence pour la télépratique.

### Plan d'implémentation

Les thérapeutes en Belgique identifient de nombreux obstacles qui limitent leur capacité et leurs possibilités d'implémenter la télépratique. Pour aider les thérapeutes à implémenter la télépratique, un plan d'implémentation a été élaboré. Ce plan vise à accroître l'utilisation de la télépratique dans la pratique quotidienne.

Le modèle logique de recherche sur l'implémentation a été utilisé comme cadre pour ce plan d'implémentation. Ce modèle se compose de quatre facteurs principaux : (1) les déterminants (= obstacles et facilitateurs spécifiques au contexte), (2) les stratégies d'implémentation (3) les mécanismes d'action visant à modifier le contexte ou le comportement des personnes dans le contexte et (4) les résultats de l'implémentation (Smith et al., 2020). Pour formuler les déterminants, le Cadre Consolidé pour la Recherche sur l'Implémentation (CFIR version 2.0) a été utilisé.

Le Tableau 4 énumère les déterminants, les stratégies d'implémentation, les mécanismes d'action et les résultats de l'étude d'implémentation menée lors de la publication du présent guide de pratique clinique. Les déterminants sont formulés selon les étapes proposées par Smith et al. (2020). Ils sont basés sur les informations collectées pour ce guide de pratique clinique et leur priorisation sera discutée avec un groupe de thérapeutes. Les stratégies d'implémentation sont des suggestions tirées de la liste des recommandations d'experts pour l'implémentation du changement (ERIC, Powell et al., 2015). Il sera nécessaire de préciser davantage les stratégies

d'implémentation, ce qui sera établi par le biais d'une discussion avec le groupe de thérapeutes. La plupart des mécanismes d'action des stratégies d'implémentation seront déterminés avec le groupe de thérapeutes. Quelques suggestions ont été ajoutées au tableau. Enfin, les résultats sont formulés selon la taxonomie de Proctor et al. (2011).

Tableau 4 : Plan d'implémentation selon le CFIR (version 2.0)

Déterminants		Stratégies d'implémentation®		Mécanismes§	Résultats	
Code CFIR °	Obstacle ou facilitateur				Résultats de l'implémentation (mesure)	Niveau des résultats
Domaine de l'innovation (I)	Complexité de l'innovation (F)	Incertitude quant à la nécessité d'adapter le matériel d'essai pour la télépratique <sup>1,3,4</sup>	Créer une collaboration d'apprentissage	La clarté sur la nécessité d'adapter les outils d'évaluation permettra de mieux comprendre la précision de la télé-évaluation.	Acceptabilité (enquête)	Résultats de l'implémentation (thérapeute)
		Limites de la télépratique lors de l'observation <sup>1,2,3,4</sup>	Promouvoir la capacité d'adaptation Élaborer un plan d'implémentation formel	Connaître les limites de la télépratique permet de savoir si la télépratique est réalisable ou non.	Faisabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat du service (thérapeute)
		Facteurs non ou difficilement contrôlables <sup>1,3,4</sup>	Organiser une formation continue Procéder à de petits tests cycliques du changement	Les thérapeutes formés seront plus sûrs d'eux et sauront quand ils peuvent proposer la télépratique comme alternative à la pratique traditionnelle, ce qui conduira probablement à une utilisation plus durable de la télépratique.	Adoption, pénétration, durabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat du service (thérapeute)
Domaine du contexte externe (II)	Politiques et lois (E)	Manque de clarté sur la conformité des systèmes de vidéoconférence avec les lois européennes sur la protection de la vie privée <sup>3,4</sup>	Former une association Modifier les structures d'incitation/de compensation Impliquer les conseils d'administration	Un logiciel sécurisé convaincra les thérapeutes que la télépratique est une alternative viable à la pratique traditionnelle.	Acceptabilité (enquête)	Résultats de l'implémentation (thérapeute)
	Politiques et lois (E) & Financement (F)	Manque de clarté du cadre juridique de la télépratique <sup>3,4</sup>		Des aperçus clairs et actualisés de la réglementation convaincront les thérapeutes que la télépratique est une alternative viable à la pratique traditionnelle.	Acceptabilité (enquête)	Résultats de l'implémentation (thérapeute)
Domaine du contexte interne (III)	Culture, se centrer sur le bénéficiaire (D2)	Crainte d'une alliance thérapeutique de moindre qualité <sup>1,2,3,4</sup>	Identifier et préparer des "champions/ambassadeurs" Évaluer l'état de préparation et identifier les obstacles et les facilitateurs Recruter, désigner et former des responsables	Le partage des bonnes pratiques (clip de connaissances, infographie, ...) permettra de réduire la crainte que la télépratique ne conduise à une relation thérapeutique de moindre qualité.	Adoption, pénétration, durabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat de l'intervention (thérapeute)
	Ressources disponibles, ressources et équipements (J3)	Offre limitée de matériel thérapeutique et ludique pour la télépratique <sup>3,4</sup>	Accéder à de nouveaux financements Modifier la structure physique et l'équipement		Adoption, pénétration, durabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat de l'intervention (thérapeute)
	Ressources disponibles, financement (J1)	Temps de préparation supplémentaire/coût de la conversion du matériel pour la télépratique <sup>1,2,3,4</sup>	Financer l'innovation clinique et passer des contrats à cet effet		Adoption, pénétration, durabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat de l'intervention (thérapeute)

° Consulter le CFIR (version 2.0, 2022) pour la définition des codes CFIR ;# la mauvaise qualité de la vidéo et de l'audio est incluse ; § domaine des individus = lorsque le déterminant implique les clients (enfant et/ou parent) ; domaine du contexte interne = lorsque le déterminant implique les thérapeutes ;® stratégies d'implémentation telles que suggérées par ERIC - les stratégies avec des scores >30% sont incluses. Les pourcentages reflètent la proportion de panélistes approuvant une stratégie comme étant l'une des sept principales stratégies pour cet obstacle ;§ Seules quelques suggestions sont données, le groupe de thérapeutes les créera avec l'équipe de recherche ;<sup>1</sup> Contribution des parties prenantes ;<sup>2</sup> données probantes tirées de la littérature ;<sup>3</sup> résultats des groupes nominaux ;<sup>4</sup> résultats de l'enquête.

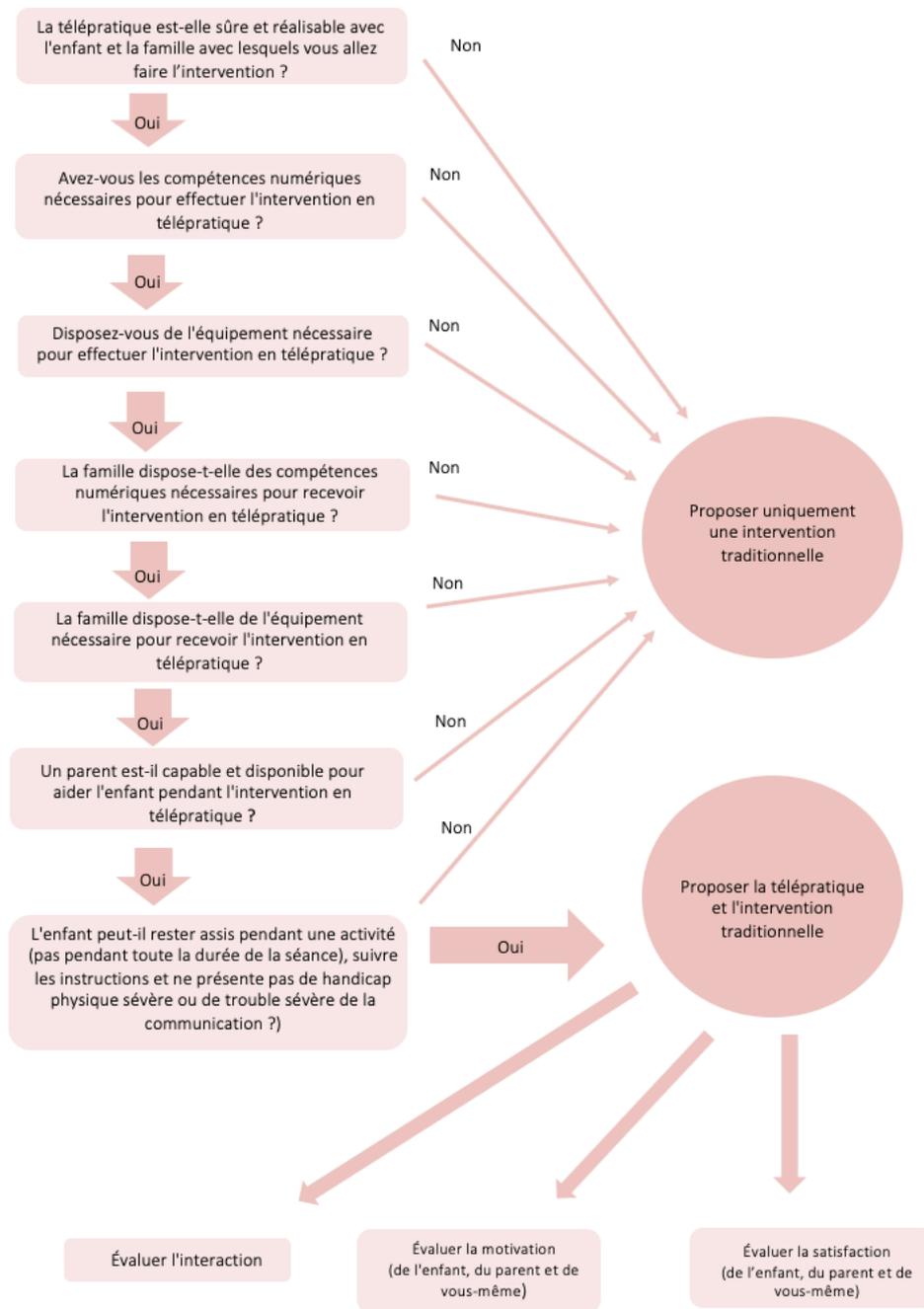
Déterminants		Stratégies d'implémentation®		Mécanismes§	Résultats	
Code CFIR °	Obstacle ou facilitateur				Résultats de l'implémentation (mesure)	Niveau des résultats
Domaine du contexte interne (III)	Culture, se centrer sur le bénéficiaire (D2)	Crainte d'une alliance thérapeutique de moindre qualité <sup>1,2,3,4</sup>	Identifier et préparer des "champions/ambassadeurs" Évaluer l'état de préparation et identifier les obstacles et les facilitateurs Recruter, désigner et former des responsables	Le partage des bonnes pratiques (clip de connaissances, infographie, ...) permettra de réduire la crainte que la télépratique ne conduise à une relation thérapeutique de moindre qualité.	Adoption, pénétration, durabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat de l'intervention (thérapeute)
	Ressources disponibles, ressources et équipements (J3)	Offre limitée de matériel thérapeutique et ludique pour la télépratique <sup>3,4</sup>	Accéder à de nouveaux financements Modifier la structure physique et l'équipement		Adoption, pénétration, durabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat de l'intervention (thérapeute)
	Ressources disponibles, financement (J1)	Temps de préparation supplémentaire/coût de la conversion du matériel pour la télépratique <sup>1,2,3,4</sup>	Financer l'innovation clinique et passer des contrats à cet effet		Adoption, pénétration, durabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat de l'intervention (thérapeute)
Domaine du contexte interne (III)	Accès à la connaissance et à l'information (K)	Manque de connaissances pour convertir le matériel en vue d'une utilisation en télépratique <sup>3,4</sup>	Recueillir et partager les connaissances locales Créer un apprentissage collaboratif Organiser des réunions de formation	Le partage des meilleures pratiques (clip de connaissances, infographie, ...) et la formation (face à face, podcast, ...) aideront les thérapeutes à créer ou à utiliser le matériel existant adapté à la télépratique, ce qui conduira à une meilleure acceptation de la télépratique en tant qu'alternative à la pratique traditionnelle.	L'adoption	Résultats de l'implémentation (thérapeute)
	Accès à la connaissance et à l'information (K)	Manque de connaissances pour déployer le matériel en vue d'une utilisation en télépratique <sup>3,4</sup>	Organiser une formation continue Élaborer du matériel pédagogique Distribuer du matériel éducatif		L'adoption	Résultats de l'implémentation (thérapeute)
	Caractéristiques structurelles, infrastructure des technologies de l'information (A2)	Communication (non) verbale difficile pendant la télépratique <sup>1,2,3,4</sup>	Évaluer l'état de préparation et identifier les obstacles et les facilitateurs Modifier la structure physique et l'équipement		Faisabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat de l'intervention (thérapeute)
	Caractéristiques structurelles, infrastructure physique (A1)	Impossibilité d'utiliser la télépratique pour certaines utilisations diagnostiques et thérapeutiques <sup>1,2,3,4</sup>			Faisabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat de l'intervention (thérapeute)

° Consulter le CFIR (version 2.0, 2022) pour la définition des codes CFIR ;# la mauvaise qualité de la vidéo et de l'audio est incluse ; § domaine des individus = lorsque le déterminant implique les clients (enfant et/ou parent) ; domaine du contexte interne = lorsque le déterminant implique les thérapeutes ;® stratégies d'implémentation telles que suggérées par ERIC - les stratégies avec des scores >30% sont incluses. Les pourcentages reflètent la proportion de panélistes approuvant une stratégie comme étant l'une des sept principales stratégies pour cet obstacle ;§ Seules quelques suggestions sont données, le groupe de thérapeutes les créera avec l'équipe de recherche ;<sup>1</sup> Contribution des parties prenantes ;<sup>2</sup> données probantes tirées de la littérature ;<sup>3</sup> résultats des groupes nominaux ;<sup>4</sup> résultats de l'enquête.

Déterminants		Stratégies d'implémentation®		Mécanismes <sup>§</sup>	Résultats	
Code CFIR °	Obstacle ou facilitateur				Résultats de l'implémentation (mesure)	Niveau des résultats
Domaine du contexte interne (III) et domaine des individus (IV) <sup>§</sup>	Caractéristiques structurelles, infrastructure des technologies de l'information (A2) et besoins (A)	Compétences numériques minimales (thérapeute, parent, enfant) pour la télépratique <sup>1,2,3,4</sup>	Évaluer l'état de préparation et identifier les obstacles et les facilitateurs Modifier la structure physique et l'équipement	La mise à disposition de ressources de formation supplémentaires (clips de connaissances, ...) réduira le temps passé par un thérapeute à expliquer comment utiliser le logiciel de vidéoconférence et augmentera la possibilité d'adopter la télépratique comme une alternative viable à la pratique traditionnelle.	Adoption (enquête)	Résultat de l'intervention (thérapeute et client)
	Caractéristiques structurelles, infrastructure des technologies de l'information (A2) et bénéficiaires de l'innovation (I)	Connexion internet de qualité minimale pour la télépratique <sup>#1,2,3,4</sup>	Effectuer une évaluation des besoins locaux Impliquer les clients et les membres de la famille Obtenir et utiliser le retour d'information des clients et de leur famille Préparer les clients à être des participants actifs		Adoption (enquête)	Résultat de l'intervention (thérapeute et client)
Domaine du contexte interne (III) & Domaine des individus - caractéristiques (IV) <sup>§</sup>	Caractéristiques structurelles, infrastructure des technologies de l'information (A2) et bénéficiaires de l'innovation (I)	Dispositifs TIC minimaux requis (matériel) pour la télépratique <sup>#3,4</sup>			Adoption (enquête)	Résultat de l'intervention (thérapeute et client)
Domaine du contexte interne (III) et domaine des individus, rôles (si obstacle) et caractéristiques (si facilitateur) (IV) <sup>§</sup>	Culture, se centrer sur le bénéficiaire (D2), bénéficiaires de l'innovation (I, s'il s'agit d'un obstacle) et facilitateurs de l'implémentation (D, s'il s'agit d'un facilitateur).	La présence ou l'absence des parents pendant la télépratique est à la fois un obstacle et un facteur facilitant. <sup>1,2,3,4</sup>	Identifier et préparer des "champions/ambassadeurs" Évaluer l'état de préparation et identifier les obstacles et les facilitateurs Recruter, désigner et former des responsables Modifier la structure physique et l'équipement Effectuer une évaluation des besoins locaux	Le partage des bonnes pratiques (clip de connaissances, infographie, ...) aidera les thérapeutes à gérer au mieux les distracteurs afin d'augmenter les chances de succès.	Adéquation, faisabilité (si obstacle), adoption, pénétration, durabilité (si facilitateur)	Résultat de l'intervention (thérapeute et client)
Domaine du contexte interne (III) et domaine des individus, caractéristiques (IV) <sup>§</sup>	Culture, se centrer sur le bénéficiaire (D2) et bénéficiaires de l'innovation (I)	Distracteurs dans l'environnement de l'enfant pendant la télépratique <sup>1,3,4</sup>	Impliquer les clients et les membres de la famille Obtenir et utiliser le retour d'information des clients et de leur famille Préparer les clients à être des participants actifs	Le partage des bonnes pratiques (clip de connaissances, infographie, ...) aidera les thérapeutes à gérer au mieux les distracteurs afin d'augmenter les chances de réussite.	Adoption, pénétration, durabilité (enquête ou entretien qualitatif)	Résultat de l'intervention (thérapeute et client)

° Consulter le CFIR (version 2.0, 2022) pour la définition des codes CFIR ;# la mauvaise qualité de la vidéo et de l'audio est incluse ; § domaine des individus = lorsque le déterminant implique les clients (enfant et/ou parent) ; domaine du contexte interne = lorsque le déterminant implique les thérapeutes ;® stratégies d'implémentation telles que suggérées par ERIC - les stratégies avec des scores >30% sont incluses. Les pourcentages reflètent la proportion de panélistes approuvant une stratégie comme étant l'une des sept principales stratégies pour cet obstacle ;<sup>§</sup> Seules quelques suggestions sont données, le groupe de thérapeutes les créera avec l'équipe de recherche ;<sup>1</sup> Contribution des parties prenantes ;<sup>2</sup> données probantes tirées de la littérature ;<sup>3</sup> résultats des groupes nominaux ;<sup>4</sup> résultats de l'enquête.

Figure 1 : Arbre de décision pour offrir une évaluation, une prise en charge ou une formation parentale en télépratique ou sous format traditionnel



## Partie VI: Évaluation

Il est nécessaire d'évaluer la manière dont la télépratique est implémentée dans la pratique quotidienne. Nous proposons donc les critères d'évaluation suivants pour déterminer si la télépratique est implémentée :

1. Le nombre de téléchargements sur le site web EBPracticeNet (<https://ebpnet.be/>)/WOREL, (<https://www.ebp-guidelines.be/home>) et Thomas More (<https://thomasmore.be/fr/telelogopedie-teleaudiologie>) (N). Ce résultat donne un aperçu de l'acceptation et de l'adoption de ce nouveau format de traitement.
2. Le nombre de fois que le pseudo-code est ajouté à l'intervention par les logopèdes et les audiologistes (INAMI, 14/04/2022). Des informations plus spécifiques seront déduites des autres codes qui précèdent le pseudocode (évaluation, traitement, formation des parents, troubles). Ce résultat donne un aperçu de la pénétration et de la durabilité de ce nouveau format de traitement.
3. Demandez à un certain nombre de logopèdes et d'audiologistes de noter le nombre de fois où ils ont eu recours à la télépratique au cours d'une période donnée, par exemple,
  - (a) Télé-évaluation, téléformation (parents, intervention précoce) ou télétraitement (avec l'enfant) ?
  - (b) Préférence de la famille, préférence du thérapeute ou choix entre deux options (égales) ?
  - (c) Raison pour laquelle la télépratique est (n'est pas) choisie - checklist : maladie, distance, autre...
  - (d) Trouble

Ce résultat donne une idée de la pertinence de ce nouveau mode d'administration de la prise en charge.

Ces critères d'évaluation ont été approuvés par les parties prenantes avec un consensus de  $\geq 70\%$ .

## Validation

Le centre d'Evidence-Based Medicine (Cebam, 2023) a revu et approuvé ce guide et son développement.

## Soutien financier

L'élaboration de ce guide a été financée par le le SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Le réseau Evikey a apporté son soutien au cours du processus de développement. Cela n'a pas eu d'impact sur le contenu du guide.

## Conflit d'intérêts

Les parties prenantes et le groupe d'élaboration du guide n'ont aucun conflit d'intérêt dans l'élaboration du guide de pratique clinique sur la télépratique. Un résumé figure à l'Annexe.

## Mises à jour systématiques

Ce guide de pratique clinique sera systématiquement mise à jour tous les cinq ans à l'aide des résultats de la littérature récente. La méthodologie de ce guide (stratégie de recherche, critères de sélection, procédure d'évaluation, ...) sera suivie. Thomas More et l'Université Catholique de Louvain sont responsables des mises à jour quinquennales.

## Traduction

La traduction du guide se fait de l'anglais vers le français et le néerlandais. Le texte final est évalué par les membres du groupe d'élaboration du guide de pratique clinique.

## Références

- Agentschap Zorg & Gezondheid (2022). Omzendbrief digitale prestaties in ambulante zorgverlening (CAR). [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-07/ZG\\_-\\_20220622\\_Brief\\_digitale\\_prestaties\\_fysieke\\_revalidatievoorzieningen.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-07/ZG_-_20220622_Brief_digitale_prestaties_fysieke_revalidatievoorzieningen.pdf)
- ASHA (2020). <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice/>
- Audiology Australia (2022). *Teleaudiology guidelines*. <https://teleaudiologyguidelines.org.au/>
- Boey, R., & Lefevere, S. (2021). Evaluatie van telelogopedie voor het continueren van logopedische zorgverstrekking tijdens de COVID-19-pandemie. *Logopedie*, 33(2), 22-29
- BMJ Best Practice (2023). What is GRADE ? <https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>
- Booth, A., Lewin, S., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Toews, I., Noyes, J., Rashidian, A., Berg, R.C., Nyakang'o, B., & Meerpohl, J.J. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 7: understanding the potential impacts of dissemination bias. *Implementation Science*, 13(S1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0694-5>
- Cebam (2023). <https://www.cebam.be/>
- Colvin, C.J., Garside, R., Wainwright, M., Munthe-Kaas, H., Glenton, C., Bohren, M.A., Carlsen, B., Tunçalp, Z., Noyes, J., Booth, A., Rashidian, A., Flottorp, S., & Lewin, S. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 4: how to assess coherence. *Implementation Science*, 13(S1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0691-8>
- Equator Network (2020). <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>
- Gagarina, N., Klop, D., Kunnari, S., Tantele, K., Välimaa, T., Bohnacker, U. & Walters, J. (2019). MAIN: Multilingual Assessment Instrument for Narratives – Revised. Materials for use. *ZAS Papers in Linguistics*, 63.
- Glenton, C., Carlsen, B., Lewin, S., Munthe-Kaas, H., Colvin, C. J., Tunçalp, Z., Bohren, M. A., Noyes, J., Booth, A., Garside, R., Rashidian, A., Flottorp, S., & Wainwright, M. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 5: how to assess adequacy of data. *Implementation Science*, 13(S1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0692-7>
- Guglani, I., Sanskriti, S., Joshi, S. H., & Anjankar, A. (2023). Speech-language therapy through telepractice during COVID-19 and its way forward: A scoping review. *Cureus*, 15(9). <https://doi.org/10.7759/cureus.44808>
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H.J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 336(7650), 924-926. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.ad>
- I-Telelac-12 (2022). Project application. Approved by EBPracticeNet.
- JBIC (n.d.). Critical appraisal tools. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Lewin, S., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Carlsen, B., Colvin, C.J., Gülmezoglu, M., Noyes, J., Booth, A., Garside, R., & Rashidian, A. (2015). Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: An approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLOS Medicine*, 12(10), e1001895. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001895>
- Lewin, S., Bohren, M., Rashidian, A., Munthe-Kaas, H., Glenton, C., Colvin, C. J., Garside, R., Noyes, J., Booth, A., Tunçalp, Z., Wainwright, M., Flottorp, S., Tucker, J. D., & Carlsen, B. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 2: how to make an overall CERQual assessment of confidence and create a Summary of qualitative findings table. *Implementation Science*, 13(S1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0689-2>

- Lewin, S., Booth, A., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Rashidian, A., Wainwright, M., Bohren, M.A., Tunçalp, Z., Colvin, C.J., Garside, R., Carlsen, B., Langlois, E.V., & Noyes, J. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation Science*, *13*(S1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0688-3>
- Mostaert, C., Leysen, H., D'haenens, W., Schraeyen, K., Vandenborre, D., & Van Eerdenbrugh, S (2021). Use of telepractice in telelogotherapy and teleaudiology over time [Report]. <https://thomasmore.be/telelogopedie-teleaudiologie>
- Munthe-Kaas, H., Bohren, M.A., Glenton, C., Lewin, S., Noyes, J., Tunçalp, Z., Booth, A., Garside, R., Colvin, C.J., Wainwright, M., Rashidian, A., Flottorp, S., & Carlsen, B. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 3: how to assess methodological limitations. *Implementation Science*, *13*(S1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0690-9>
- Noyes, J., Booth, A., Lewin, S., Carlsen, B., Glenton, C., Colvin, C.J., Garside, R., Bohren, M.A., Rashidian, A., Wainwright, M., Tunçalp, Z., Chandler, J., Flottorp, S., Pantoja, T., Tucker, J.D., & Munthe-Kaas, H. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 6: how to assess relevance of the data. *Implementation Science*, *13*(S1). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0693-6>
- Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., Boutron I., Hoffmann T.C., Mulrow C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, a, Lalu, M.M., McDonald, S., ..., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, *n71*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Powell, B.J., Waltz, T.J., Chinman, M.J., Damschroder, L.L., Matthieu, M.M., Proctor, E.K., & Kirchner, J.E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementation Change (ERIC) project. *Implementation Science*, *10*, (1). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
- Proctor, E.K., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunker, A., Griffey, R., Hensley, M. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *38*(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- RIZIV, 14/04/2022. <https://www.riziv.fgov.be/nl/covid19/Paginas/continuiteit-logopedisten-zorg-afstand.aspx>
- Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013). *Grade Handbook*. <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
- Schünemann, H.J., Mustafa, R.A., Brozek, J., Steingart, K.R., Leeflang, M., Murad, M.H., ... & GRADE Working Group. (2020). GRADE guidelines: 21 part 1. Study design, risk of bias, and indirectness in rating the certainty across a body of evidence for test accuracy. *Journal of Clinical Epidemiology*, *122*, 129-141. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.12.020>
- Schünemann, H.J., Mustafa, R.A., Brozek, J., Steingart, K.R., Leeflang, M., Murad, M.H., ... & GRADE Working Group. (2020). GRADE guidelines: 21 part 2. Test accuracy: inconsistency, imprecision, publication bias, and other domains for rating the certainty of evidence and presenting it in evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, *122*, 142-152. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.12.021>
- Smith, J.D., & Hasan, M. (2020). Quantitative approaches for the evaluation of implementation research studies. *Psychiatry research*, *283*, 112521. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112521>
- Smith, J.D., Dennis, H.L., & Raffert, M.R. (2020). The Implementation Research Logic Model: A method for planning, executing, reporting, and synthesizing implementation projects. *Implementation Science*, *15*, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01041-8>

Torgesen, J. K., Rashotte, C. A., & Wagner, R. K. (1999). *TOWRE: Test of word reading efficiency*. Pro-Ed.

Van Eerdenbrugh, S., Schraeyen, K., Leysen, H., Mostaert, C., D'haenens, W., & Vandenborre, D. 2022. Delivery of speech-language therapy and audiology services across the world at the start of the COVID-19 pandemic: A survey. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 7, 635-646. [https://doi.org/10.1044/2021\\_persp-21-00134](https://doi.org/10.1044/2021_persp-21-00134)

WOREL (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn) (Januari 2021). *Leidraad richtlijnontwikkeling*.

## Annexe: Conflits d'intérêts

Nom	Rôle	Employeur(s)/organisation	Fonction(s)	COI déclaré
Ada Vanderauwera	Partie prenante (implémentation des objectifs)	NA	Enfant	Aucun
Ann Goeleven	Partie prenante (implémentation des objectifs)	UZ Leuven	Directeur de la logopédie et de l'audiologie	Aucun
		KULeuven	Maître de conférences	Aucun
Cécile Beaulen	Partie prenante (implémentation des objectifs)	Aide et Soins à Domicile	Soutien à la famille	Aucun
Eline Van Eerdenbrugh	Partie prenante (implémentation des objectifs)	Gemeentelijke Academie Heist-op-den-Berg	Enseignant	Aucun
Erwin Derks	Partie prenante (implémentation des objectifs)	Kohesi	Logopède	Aucun
Françoise Stegen	Partie prenante (implémentation ciblée), conseil consultatif	Indépendante	Logopède	Aucun
		Union Professionnelle des Logopèdes Francophones (UPLF)	Ancienne présidente	Aucun
Katrien Kenens	Partie prenante (implémentation des objectifs)	VCLB Leuven	Professionnel paramédical	Aucun
		Praxis P	Coordinateur troubles de l'apprentissage enseignement supérieur	Aucun
Liesbeth Van den Eynden	Partie prenante (implémentation des objectifs)	École supérieure Thomas More	Maître de conférences	Aucun
		Indépendante	Logopède	Aucun
Lieselot Van Deun	Partie prenante (implémentation des objectifs)	UZ Leuven	Audiologiste	Relation professionnelle avec Cochlear Ltd
Renke Sevenants	Partie prenante (implémentation des objectifs)	École supérieure Thomas More	Maître de conférences	Aucun
		Cabinet de logopédie Logo+ (Berchem)	Logopède	Aucun
Severine De Lange	Partie prenante (implémentation des objectifs)	Ervaringsgerichte school De Sterrebloem Deinze	Enseignante classes 3-4 Enseignant de support classes 1-2	Aucun
Tessa Goetghebuer	Partie prenante (implémentation des objectifs)	Office de la Naissance & de l'Enfance (ONE)	Médecin généraliste	Aucun
		CHU Saint Pierre	Directeur clinique	Aucun
Yentl D'haenens	Partie prenante (implémentation des objectifs)	NA	Enfant	Aucun
Caroline Strouwen	Conseil consultatif	Cebam, Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine	Évaluation de l'équipe de coordination	Aucun
		UHasselt, faculteit revalidatiewetenschappen en kinesitherapie	Maître de conférences	Aucun
Deborah Seys	Conseil consultatif	Cebam, Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine	Évaluation de l'équipe d'employés	Aucun
		KULeuven	Chercheuse post-doctorante	Aucun
Hanne Cloetens	Conseil consultatif	WOREL	Employée scientifique	Aucun
		Wijkgezondheidscentrum De Bruggen VZW	Médecin généraliste	Aucun
Jef Adriaenssens	Conseil consultatif	KCE, Kenniscentrum Centre d'Expertise	Expert en HSR	Aucun
Lies Grypdonck	Conseil consultatif	RIZIV-INAMI	Médecin	Aucun
Meike Horn	Conseil consultatif	FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu	Employé	Aucun
Pascale Jonckheere	Conseil consultatif	KCE, Kenniscentrum Centre d'Expertise	Expert médical	Aucun

Nom	Rôle	Employeur(s)/organisation	Fonction(s)	COI déclaré
Ronny Boey	Conseil consultatif	Association flamande des logopèdes (VVL)/Scienti-L	Président	Aucun
		CIOOS	Président	
		UAntwerpen	Chercheur post-doc	
		EBPracticeNet/EviKey	Membre du conseil consultatif	
		Comité d'assurance de l'INAMI	Membre du conseil d'administration	
Saphia Mokrane	Conseil consultatif	WOREL	Employé	Aucun
Thomas Janssens	Conseil consultatif	ULB, Département de Médecine Générale	Conférencier, concepteur de guides de pratique clinique	Aucun
		EBPracticeNet	Employé	Aucun
Wim Dunford	Conseil consultatif	KULeuven	Employé scientifique volontaire	Aucun
		RIZIV-INAMI	Membre de conseils et de commissions liés aux soins de santé	Aucun
Kurt Eggers	Partie prenante (centré sur la méthodologie)	Université de Gand	Professeur	Aucun
Nancy Durieux	Partie prenante (centré sur la méthodologie)	École supérieure Thomas More	Maître de conférences	Aucun
		Université de Liège, Faculté de psychologie, logopédie et des sciences de l'éducation	Professeur Assistant	Aucun
Nicola Verhaert	Partie prenante (centré sur la méthodologie)	UZLeuven	Directeur du département ORL	Aucun
		KULeuven	Maître de conférences	Aucun
		FWO Flandre	Investigateur clinique principal	Aucun
Sofie De Smet	Partie prenante (centré sur la méthodologie)	Indépendante	Médecin généraliste	Aucun
		Bien à vous et à moi	Médecin consultant	Aucun
Tom Van Daele	Partie prenante (centré sur la méthodologie)	École supérieure Thomas More	Chercheur et conférencier	Aucun
		Le lien humain	Auteur (indépendant)	Aucun
Anne-Lise Leclercq	Groupe de développement du guide de pratique clinique	Université de Liège	Professeur Associé	Aucun
Femke Vanden Bempt	Groupe de développement du guide de pratique clinique	UC Louvain	Documentaliste	Aucun
		KULeuven	Doctorante	Aucun
Heleen Leysen	Groupe de développement du guide de pratique clinique	École supérieure Thomas More	Chercheuse et conférencière	Aucun
Jolijn Vanderauwera	Groupe de développement du guide de pratique clinique	UC Louvain	Professeure Associée	Aucun
Leen Bouckaert	Groupe de développement du guide de pratique clinique	École supérieure d'Artevelde	Enseignante et chercheuse	Aucun
Sabine Eerdenbrugh	Van Groupe de développement du guide de pratique clinique	École supérieure Thomas More	Chercheuse, enseignante, coordinatrice des thèses de licence	Aucun
Wendy D'haenens	Groupe de développement du guide de pratique clinique	École supérieure Thomas More	Chercheuse, conférencière	Aucun