AOÛT 2026

NORME DE PRATIQUE : ÉVALUATION AUDIOLOGIQUE PÉDIATRIQUE PAR MESURES COMPORTEMENTALES AUPRÈS DES ENFANTS DE 6 MOIS À 5 ANS

Ordre des orthophonistes
et audiologistes du Québec

Table des matières

CONTEXTE ET ENJEUX 3

FONDEMENTS SOUTENANT LA NORME DE PRATIQUE 4

NORME DE PRATIQUE 8

CONCLUSION 16

RÉFÉRENCES 17



CONTEXTE ET ENJEUX

Pour l'enfant atteint de trouble auditif ou à risque de l'être, l'accès sans délai à une évaluation audiologique pédiatrique de qualité constitue une étape déterminante contribuant à son développement optimal.

Une telle évaluation exige la collaboration étroite de deux intervenantes ou intervenants, et ne peut être confiée qu'à des personnes possédant les connaissances et les compétences requises.

Dans ce contexte, l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ), par sa mission de protection du public, juge essentiel d'établir un cadre balisant l'évaluation audiologique pédiatrique. Ce cadre s'applique autant aux milieux de pratique publiques (hôpitaux et centres de réadaptation) que privés, afin de de garantir des services conformes aux meilleures pratiques à tous les enfants du Québec.

Alors que les ressources deviennent de plus en plus limitées et que les besoins ne cessent de croître, il est essentiel que les décisions administratives et clinico-administratives demeurent guidées par la qualité et la sécurité des soins et services offerts à la population. C'est dans cette perspective que la présente norme de pratique a été élaborée : elle vise à assurer la qualité des services en audiologie pédiatrique et à établir des standards clairs, tout en soutenant les audiologistes et leurs gestionnaires dans la prise de décisions éclairées.



FONDEMENTS SOUTENANT LA NORME DE PRATIQUE

1 GARANTIR L'INTÉGRITÉ DES FONCTIONS AUDITIVES POUR SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT GLOBAL ET LANGAGIER DE L'ENFANT

- La déficience auditive peut avoir des impacts significatifs sur l'acquisition du langage, les apprentissages, les compétences sociales et l'estime de soi.
- Elle touche 1 nouveau-né sur 1 000 et, dans les années suivantes, est identifiée chez 24 enfants sur 1 000. C'est le trouble le plus fréquent chez les enfants de moins de 5 ans après le trouble visuel (Butcher et al., 2019; GRDDC, 2018).
    - Le Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés est bien implanté au Québec, mais il n'élimine pas la possibilité d'une surdité d'apparition tardive ou non détectée par ce dépistage.
    - D'ailleurs, 4 à 6 % des déficiences auditives se développent après la naissance et avant l'âge de six ans (NIDCD, 2010; JCIH, 2019).

Une évaluation audiologique doit être réalisée dans les meilleurs délais, même si le dépistage auditif néonatal a été réussi lorsque (JCIH, 2019; Widen, 2003) :

- **un enfant présente des facteurs de risque de surdité acquise[1];**
- **un parent exprime des inquiétudes concernant l'audition de son enfant.**

[1] Voir BCCH (2012) et PQDSN (2013) pour connaitre ces facteurs de risque

2 COMPTER SUR L'EXPERTISE D'AUDIOLOGISTES COMPÉTENTES ET COMPÉTENTS POUR RÉPONDRE AUX BESOINS PARTICULIERS DES NOURRISSONS ET DES JEUNES ENFANTS

- L'évaluation audiologique pédiatrique est reconnue comme une spécialité clinique à part entière qui implique des responsabilités professionnelles considérables et exige un raisonnement clinique hautement efficace.
- Ces audiologistes exerçant auprès de la clientèle pédiatrique possèdent une expertise approfondie, maintiennent leurs connaissances à jour et ont accès à un accompagnement professionnel au-delà de la formation initiale[2].

3 ASSURER UN ACCÈS ÉQUITABLE, UNE QUALITÉ CONSTANTE ET UNE ORGANISATION EFFICACE DES SERVICES AUDIOLOGIQUES DE PREMIÈRE LIGNE ET DES CENTRES PÉDIATRIQUES TERTIAIRES

- **Les audiologistes exerçant en première ligne**, que ce soit en milieu hospitalier ou en clinique privée, rencontrent une clientèle de tous âges et peuvent se spécialiser auprès de la clientèle pédiatrique. Elles et ils jouent un rôle essentiel et central dans l'évaluation initiale des troubles auditifs. Lorsque la situation dépasse le cadre des services de première ligne, elles et ils orientent les enfants vers les équipes spécialisées des centres tertiaires. Les audiologistes de première ligne ont la responsabilité d'offrir des évaluations audiologiques pédiatriques conformes aux meilleures pratiques, assurant une qualité élevée et uniforme à travers le Québec.
- **Les audiologistes exerçant dans les centres pédiatriques tertiaires** ont pour mandat d'offrir des services spécialisés et surspécialisés, notamment aux enfants présentant des besoins particuliers ou des comorbidités, en évitant de prendre en charge des cas pouvant être gérés en première ligne. Ces audiologistes, ainsi que l'accès à leur savoir-faire et à leurs outils spécialisés, constituent une ressource essentielle pour les situations qui exigent une expertise avancée. Elles et ils supportent d'ailleurs les audiologistes et les partenaires de la première ligne, au besoin.

4 ASSURER À CHAQUE ENFANT UNE ÉVALUATION AUDIOLOGIQUE CONFORME AUX STANDARDS RECONNUS

- Une évaluation audiologique pédiatrique nécessite des ressources humaines et matérielles spécifiques. Des installations et des équipements adaptés ainsi que du personnel doté de connaissances spécialisées sont essentiels dans chaque milieu

[2] Conscient de cette importance, l'OOAQ a révisé la formation continue sur l'évaluation audiologique pédiatrique de 2014 et mis en ligne un tout nouveau contenu dans une formation asynchrone de 10h à l'automne 2025.

offrant de tels services, afin de garantir une évaluation et une prise en charge optimales (ASHA, 2003).

- En plus des données d'anamnèse, une évaluation audiologique pédiatrique tient compte du développement de l'enfant et inclut des mesures :
    - objectives (physiologiques ou électrophysiologiques),
    - comportementales.

La présente norme de pratique se concentre sur les **mesures comportementales**.

QUE SONT LES MESURES COMPORTEMENTALES EN AUDIOLOGIE ? (1/2)

Les mesures comportementales visent à identifier les seuils auditifs ou les niveaux minimums de réponses auditives **des bébés de 6 mois et plus et des jeunes enfants d'âge préscolaire** lors de l'évaluation audiologique en cabine audiométrique. Elles peuvent également être requises pour évaluer des enfants plus âgés ou même des adultes avec besoins particuliers. La présente norme ne vise pas ces clientèles, mais les principes énoncés peuvent se généraliser et s'appliquer selon le jugement professionnel de l'audiologiste et le contexte d'évaluation.

Les mesures comportementales se déclinent en deux méthodes, qui peuvent co-exister dans une même évaluation, et qui sont sélectionnées par l'audiologiste en fonction du développement de l'enfant :

Méthodes

1. **L'audiométrie par renforcement visuel (VRA)** est utilisée auprès des nourrissons âgés de 6 à 24 mois et ayant un développement normal (Widen et al., 2003). Dans cette méthode, l'enfant répond aux stimulations auditives en tournant la tête vers un stimulus visuel, qu'on appelle renforçateur.
2. **L'audiométrie par conditionnement ludique** est utilisée auprès des tout-petits de 24 mois et plus (Norrix, 2015) (JCIH, 2019). Avec cette approche, l'enfant est conditionné à réaliser une action de jeu (ex. : déposer un objet dans un panier ou ajouter un bloc à une tour) à chaque fois qu'il entend un son.

Les mesures comportementales font partie d'un protocole d'évaluation audiologique, qui inclut également des mesures développementales et objectives. Le croisement des résultats obtenus à l'ensemble de ces tests rend possible l'application du principe de contre-vérification et permet aux audiologistes de tirer des conclusions sur le statut auditif de l'enfant.

QUE SONT LES MESURES COMPORTEMENTALES EN AUDIOLOGIE ? (2/2)

Auprès des bébés et des enfants d'âge préscolaire, la méthode d'évaluation par mesures comportementales nécessite toujours l'implication de deux personnes.

Chacune d'entre elles possède des responsabilités différentes, mais complémentaires. Leur étroite collaboration favorise l'obtention de résultats valides dans les meilleurs délais (Visram et al., 2024).

La littérature réfère souvent aux termes « testeur 1 » et « testeur 2 » pour désigner leur rôle respectif :

Testeurs

- **Testeur 1** (l'audiologiste) : a la responsabilité de mettre en œuvre un protocole d'évaluation pédiatrique adapté à la situation en opérant l'audiomètre et les renforçateurs et en identifiant les réponses correctes de l'enfant, de même que les faux positifs ou faux négatifs.
- **Testeur 2** : se trouve dans la cabine avec l'enfant et la personne qui l'accompagne, veillant notamment à maintenir l'attention de l'enfant et à s'assurer qu'il demeure en position adéquate tout au long de l'évaluation. Elle ou il adapte ses actions au comportement de l'enfant, afin que son intérêt pour les renforçateurs ou le jeu soit préservé (Widen, 2003).



NORME DE PRATIQUE

La **norme de pratique pour les mesures comportementales en audiologie** définit les conditions essentielles pour assurer la qualité, la fiabilité et la sécurité des évaluations audiologiques auprès des bébés et des enfants d'âge préscolaire, notamment en précisant le nombre d'audiologistes requis et les modalités acceptables en cas de ressources limitées[3].

1. Énoncé 1 : Le testeur 1 est toujours une ou un audiologiste
2. Énoncé 2 : Le testeur 1 est toujours accompagné d'un testeur 2 détenant des connaissances et compétences minimales
3. Énoncé 3 : En l'absence d'un testeur 2 qualifié, l'évaluation par méthode comportementale auprès d'un enfant d'âge préscolaire est déconseillée

[3] Cette norme ne porte pas sur les aspects déjà couverts dans les protocoles d'évaluation pédiatrique en audiologie, comme la calibration, le placement des équipements en cabine insonore ou l'ordre de présentation des stimuli.

ÉNONCÉ 1 : LE TESTEUR 1 EST TOUJOURS UNE OU UN AUDIOLOGISTE

Dans tous les cas, le testeur 1 doit être une ou un audiologiste possédant les connaissances, habiletés et compétences nécessaires à l'évaluation audiologique pédiatrique, telles que mentionnées au Profil de compétences nationales pour l'audiologie et dans les Normes des programmes d'études pour l'audiologie (document intérimaire en révision, version anglaise disponible "*Curriculum Standards for audiology*").

ÉNONCÉ 2 : LE TESTEUR 1 EST TOUJOURS ACCOMPAGNÉ D'UN TESTEUR 2 DÉTENANT DES CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES MINIMALES

Comme la durée de collaboration d'un jeune enfant lors d'une évaluation par mesures comportementales dépasse rarement une vingtaine de minutes, les deux testeurs doivent travailler en étroite synergie pour optimiser le temps disponible et obtenir des réponses valides (Widen, 2003).

Dans certaines situations, le testeur 2 doit être une ou un autre audiologiste, alors que dans d'autres contextes, il pourrait s'agir d'une intervenante ou d'un intervenant non-audiologiste, comme des membres de l'équipe de soins ou de réadaptation (notamment éducatrice spécialisée, éducateur spécialisé, psychoéducatrice, psychoéducateur ou orthophoniste). Il pourrait également s'agir d'une ou un stagiaire ou d'une personne étudiante en audiologie.

2.1 CONTEXTES OÙ LE TESTEUR 2 DOIT *OBLIGATOIREMENT* ÊTRE UNE OU UN AUDIOLOGISTE

L'expertise de deux audiologistes est nécessaire pour **évaluer certaines clientèles à risque, vulnérables ou difficiles à tester** et contribue à prolonger la fenêtre de collaboration, notamment en utilisant des stratégies pour limiter l'habituation.

Ainsi, le testeur 2 doit être une ou un audiologiste pour les situations suivantes :

- pour l'usage de la méthode de **l'audiométrie par renforcement visuel** (VRA) ;
- pour les **clientèles suivantes** :
    - enfants atteints d'une neuropathie auditive soupçonnée ou diagnostiquée;
    - enfants avec problématiques développementales importantes;
    - enfants en situation de multi-handicaps ou présentant des comorbidités.

Lorsque deux audiologistes évaluent un enfant ensemble, l'organisation et le partage des tâches demeurent à la discrétion de ces audiologistes. L'ensemble des responsabilités professionnelles liées à l'évaluation de l'enfant sont partagées entre les deux audiologistes dont les noms sont identifiés au dossier de l'enfant.

NOTE

L'évaluation des enfants se dirigeant vers l'implant cochléaire, ou nécessitant toute autre intervention en amplification auditive pour laquelle des résultats concluants doivent être obtenus rapidement, requière, dans la majorité des cas, la collaboration de deux audiologistes. Dans certaines situations impliquant ces clientèles, par exemple lorsque l'enfant est suivi en audiologie et qu'il est connu pour offrir une bonne collaboration et des réponses claires, le recours à un testeur 2 non-audiologiste est possible et relève du jugement professionnel de l'audiologiste.

2.2 Contextes où le testeur 2 *peut être* une intervenante ou un intervenant non-audiologiste

Lorsqu'une ou un deuxième audiologiste n'est pas disponible pour **la méthode du conditionnement ludique**, l'audiologiste peut, selon son jugement professionnel, réaliser l'évaluation avec l'appui d'une intervenante ou d'un intervenant non-audiologiste, à condition que :

- les services demeurent de qualité et qu'ils soient adaptés aux besoins de l'enfant, assurant ainsi la validité et la fiabilité de l'évaluation;
- son analyse professionnelle l'amène à déterminer que le recours à une intervenante ou un intervenant non-audiologiste est acceptable dans les circonstances. Cette intervenante ou cet intervenant doit avoir reçu une formation pour acquérir les connaissances et développer les compétences énumérées au tableau 1 et demeure en tout temps sous l'encadrement de l'audiologiste.



L'audiologiste doit refuser toute modalité ou condition d'évaluation qui compromettrait la qualité des soins ou qui la ou le placerait à risque d'erreurs ou de causer préjudice à sa clientèle.

Dans de tels contextes, l'audiologiste est la seule personne responsable et en charge du déroulement de l'évaluation et assume également les responsabilités professionnelles (éthiques, règlementaires et déontologiques) liées à l'évaluation de l'enfant, aux conclusions et recommandations qui s'en suivent. Cela dit, d'autres activités peuvent être confiées à une intervenante ou un intervenant non-audiologiste, **dans le respect des conditions suivantes** :

- **Les titulaires de l'autorité parentale** comprennent le rôle de l'intervenante ou l'intervenant dans ce contexte d'évaluation et ont donné un **consentement** libre et éclairé à cet égard.
- L'audiologiste veille en tout temps à ce que les activités confiées à cette **intervenante** ou cet **intervenant ne compromettent pas la qualité** des interventions ni **n'affectent négativement les résultats cliniques**.
- L'audiologiste s'assure de **maintenir un contact direct suffisant avec l'enfant et son parent ou son accompagnatrice ou accompagnateur** tout au long de l'évaluation.
- L'audiologiste assure un **encadrement constant** de cette intervenante ou cet intervenant et a élaboré une procédure **précisant les tâches** qui lui sont attribuées selon les conditions suivantes :
    - les tâches respectent **les limites de compétence et de responsabilité individuelle** de l'intervenante ou l'intervenant non-audiologiste (tableau 2);
    - l'intervenante ou l'intervenant détient la formation et l'habilitation pour intervenir lors de la prestation de services auprès d'enfants et possède les connaissances et compétences minimales présentées au tableau 1 de la page suivante.

TABLEAU 1 – CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES MINIMALES DU TESTEUR 2 (INTERVENANTE OU INTERVENANT NON-AUDIOLOGISTE)

- ✓ Connaître et appliquer les lignes directrices en matière de prévention des infections;
- ✓ Connaître les repères du développement typique de l'enfant;
- ✓ Connaître les éléments du protocole d'évaluation relatifs :
    - o au déroulement d'une séance d'évaluation;
    - o à l'organisation en cabine;
    - o au positionnement adéquat de l'enfant;
    - o au niveau de bruit généré en cabine par l'enfant, l'accompagnateur, les jouets, les interactions, etc.
    - o aux biais et aux comportements pouvant influencer les réponses de l'enfant.
- ✓ Connaître les jeux et jouets accessibles, leurs différentes utilités en contexte d'évaluation, incluant la compréhension de leurs effets distracteurs;
- ✓ Connaître et proposer des jeux et jouets adaptés à l'âge et au développement de l'enfant ainsi que leur potentiel à maintenir un niveau d'intérêt adéquat tout au long de l'évaluation;
- ✓ Gérer activement le niveau sonore en cabine et le comportement de l'enfant pour atteindre les conditions nécessaires à la réalisation d'une évaluation valide et représentative des capacités de l'enfant;
- ✓ Communiquer verbalement avec clarté et respect.



En aucun temps, l'intervenante ou l'intervenant non-audiologiste agissant à titre de testeur 2 ne peut se substituer à l'audiologiste. Ainsi, elle ou il ne PEUT PAS poser les gestes et prendre les décisions énumérées au tableau 2.

TABLEAU 2 – ACTES ET DÉCISIONS CLINIQUES NON DÉLÉGABLES EN ÉVALUATION AUDIOLOGIQUE PÉDIATRIQUE

- Sélectionner les tests à faire et déterminer leur ordre d'administration;
- Manipuler l'audiomètre et choisir les stimuli sonores (fréquence, intensité, etc.);
- Sélectionner les types de transducteurs à utiliser;
- Repositionner les transducteurs sans supervision de l'audiologiste;
- Modifier les niveaux de présentation en fonction du bruit généré par l'enfant et son niveau d'activité durant le test;
- Décider d'adapter les techniques ou modalités d'évaluation pour quelque motif que ce soit, incluant le choix d'établir le conditionnement par stimulation vibro-tactile;
- Déterminer la validité d'une réponse;
- Décider de refaire, d'interrompre ou d'écarter un test;
- Décider si l'évaluation doit être poursuivie ou cessée;
- Interpréter ou analyser des résultats;
- Communiquer des résultats ou des conclusions;
- Prodiguer des conseils et donner des recommandations sur la base des résultats;
- Réaliser la tenue du dossier audiologique.

ÉNONCÉ 3 : EN L'ABSENCE D'UN TESTEUR 2 QUALIFIÉ, L'ÉVALUATION PAR MÉTHODE COMPORTEMENTALE AUPRÈS D'UN ENFANT D'ÂGE PRÉSCOLAIRE EST DÉCONSEILLÉE POUR LE VRA ET PLUS À RISQUE POUR LE CONDITIONNEMENT LUDIQUE

3.1 L'AUDIOLOGISTE ÉVALUE SEULE OU SEUL

Dans certains cas, l'audiologiste pourrait se retrouver dans une situation où elle ou il souhaite réaliser une évaluation par mesures comportementales auprès d'un enfant de moins de 5 ans sans le support d'une ou un autre audiologiste ou intervenante et intervenant non-audiologiste durant le test. Il pourrait alors s'agir, par exemple, de s'installer avec des équipements portatifs en cabine avec l'enfant.

L'efficacité de la méthode du VRA lorsqu'effectué par un seul testeur est une **pratique déconseillée,** car elle **n'est pas supportée par la littérature** (BSA, 2024).

Ainsi, si l'audiologiste est seul, elle ou il pourrait plutôt compléter d'autres parties de l'évaluation, comme faire une anamnèse ou réaliser certains tests objectifs, et faire revenir l'enfant dans un deuxième temps en s'assurant d'avoir un second testeur compétent pour réaliser les mesures comportementales nécessaires à l'évaluation audiologique de l'enfant.

Lors d'une évaluation par **conditionnement ludique**, l'absence d'un testeur 2 n'offre pas des conditions de test optimales et peut compromettre l'obtention de résultats concluants. La décision de procéder sans testeur 2 constitue donc une décision clinique fondée sur le jugement professionnel de l'audiologiste et son analyse des facteurs pertinents à la situation. Elle ne saurait être motivée uniquement par des contraintes administratives.

3.2 L'AUDIOLOGISTE EST ACCOMPAGNÉE OU ACCOMPAGNÉ D'UNE PERSONNE SANS QUALIFICATION, COMME DU PERSONNEL ADMINISTRATIF OU LE PARENT

Évaluer sans une ou un deuxième audiologiste ou un deuxième testeur compétent peut compromettre la qualité et la validité d'une telle évaluation (BSA, 2024) et **comporte des risques, comme :**

- une mise en place inadéquate des conditions nécessaires au test ou mauvaise application du protocole de test, pouvant notamment mener à un conditionnement inefficace;

- une communication insuffisante ou une inconsistance des observations entre le testeur 1 et l'autre personne en cabine, menant à une interprétation erronée des réactions de l'enfant;
- des biais introduits ou indices donnés par la personne en cabine, transmettant des indices à l'enfant et pouvant mener à des interprétations erronées des réactions de l'enfant;
- l'utilisation de jouets, comportements ou encouragements inadéquats par la personne en cabine, qui procurent trop peu ou trop d'engagement de l'enfant, inhibant ainsi ses réponses aux stimuli sonores.



Il importe d'aborder toute évaluation de l'audition réalisée par méthode comportementale avec la rigueur, la prudence et le sérieux qu'exige la pratique professionnelle, puisqu'une démarche ne répondant pas aux normes de pratique peut entraîner des conséquences significatives pour l'enfant et ses parents.

CONCLUSION

Cette norme de pratique rappelle que l'évaluation des troubles auditifs chez l'enfant doit être réalisée par l'audiologiste et que les personnes qui participent à l'évaluation doivent posséder les connaissances et compétences requises. À défaut de respecter cette norme de pratique, les conséquences peuvent être importantes : multiplication des rendez-vous, mauvais diagnostics ou délais pour le confirmer et accéder aux interventions, risques de préjudice pour l'enfant et impacts sur son entourage ainsi que sur la coordination des autres services professionnels et médicaux impliqués.

L'OOAQ, fidèle à sa mission de protection du public, rappelle que garantir des services audiologiques pédiatriques conformes aux meilleures pratiques est une responsabilité collective. L'application rigoureuse de la présente norme est indispensable pour garantir des services sécuritaires et de qualité à l'ensemble des enfants du Québec.

L'audition joue un rôle essentiel dans le développement global et langagier de l'enfant. À ce titre, la qualité et la sécurité des services audiologiques doivent orienter chacune des décisions prises à cet égard. Les organisations sont donc invitées à impliquer l'audiologiste dans toute décision concernant cette clientèle et à veiller à ce que les évaluations soient réalisées dans un cadre structuré, par des professionnelles et professionnels autorisés, compétents et conformément aux meilleures pratiques, dans les meilleurs délais, et toujours dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

S'écarter de ces principes sous prétexte de rationalisation ou de réorganisation des services compromet la qualité des services pour un gain financier questionnable. En tant que société, nous avons la responsabilité de placer les enfants au premier plan. Protéger l'intégrité de leur audition préserve la porte d'entrée sur le monde qui les entoure.

L'Ordre est d'avis que l'identification et l'intervention précoces auprès des enfants à risque de, ou présentant, une déficience auditive favorisent non seulement leur développement, mais également leur participation sociale à long terme.

RÉFÉRENCES

1. AAA (2020). Clinical Guidance Document : Assessment of Hearing in Infants and Young Children, Récupéré sur : https://www.audiology.org/wp-content/uploads/2021/05/Clin-Guid-Doc_Assess_Hear_Infants_Children_1.23.20.pdf
2. AAA (2003). Infection Control In Audiological Practice, Audiology Today, 15 (5), pages 12 à 19. Récupéré sur: https://www.audiology.org/wp-content/uploads/2021/05/Infection-Control-in-Audiological-Practice.pdf
3. ACOROA (2018). Profil des compétences nationales pour l'audiologie, récupéré sur : https://www.sac-oac.ca/wp-content/uploads/2023/02/Profil-de-competences-nationales-pour-laudiologie.pdf
4. ASHA (2022). Scope of Practice for audiology assistants (Scope of Practice). Récupéré sur www.asha.org/policy
5. ASHA (2006). Roles, Knowledge, and Skills: Audiologists Providing Clinical Services to Infants and Young Children Birth to 5 Years of Age. Récupéré sur: https://uw-ctu.org/wp-content/uploads/2021/04/ahsa-knowledge-and-skills-of-ped-aud-2006.pdf
6. Audiology Australia, Pediatric competency standards for audiologist (2022), récupéré sur: https://audiology.asn.au/wp-content/uploads/2023/12/Paediatric-Competency-Standards-for-Audiologists_March2022.pdf
7. BCCH Cleft Palate/Craniofacial/Syndromic Audiology Clinical Practice Guideline Website (2012), récupéré sur: https://www.bcchildrens.ca/sites/g/files/qpdaav156/files/2025-01/cleft-palate-craniofacial-syndromic-clinical-practice-guideline.pdf
8. British Academy of Audiology (2022). Standards in Peadiatric Audiology, récupéré sur: https://www.baaudiology.org/wp-content/uploads/2022/07/BAA-Paed-QS-final-version.pdf
9. British Society of Audiology (2024). Recommended Procedure: Visual Reinforcement Audiometry. Récupéré sur : https://www.thebsa.org.uk/wp-content/uploads/2025/09/OD104-37-BSA-RP-Visual-Reinforcement-Audiometry-v1.1-June-2025.pdf
10. Butcher E, Dezateux C, Cortina-Borja M, Knowles RL (2019). Prevalence of permanent childhood hearing loss detected at the universal newborn hearing screen: Systematic review and meta-analysis. PLOS ONE 14(7). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219600
11. CASLPO (2025). « The use of support personnel by audiologists- Position Statement », récupéré sur : https://www.caslpo.com/sites/default/uploads/files/PS_EN_Use_of_Support_Personnel_by_Audiologists.pdf
12. CASLPO (2018). Practice standards and guidelines for hearing assessment of children by audiologists. Récupéré sur www.caslpo.com
13. CISSS Lanaudière (2017). Document interne : Évaluation audiométrique chez les enfants de 0-5 ans, 4 pages.
14. Collège CDI (2025). Les compétences au cœur de l'intervention techniques d'éducation spécialisée, récupérée sur : https://www.collegecdi.ca/communaute/actualites/les-competences-au-coeur-de-l-intervention-techniques-d-education-specialisee-jnc-1u/#gsc.tab=0
15. Global Research on Developmental Disabilities Collaborators (GRDDC) (2018). Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, *Lancet Global Health*, 6, e1100-1121.

16. Joint Committee on Infant Hearing (JCIH) (2019). Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs, *The Journal of Early Hearing Detection Intervention*, 4(2), 1-44. Récupéré sur: https://www.infanthearing.org/nhstc/docs/Year%202019%20JCIH%20Position%20Statement.pdf
17. Norrix, LW. (2015). Hearing thresholds, minimum response levels, and cross-check measures in pediatric audiology. *American Journal of Audiology*, 24(2), 137–144. https://doi.org/10.1044/2015_AJA-14-0095
18. Ontario Ministry of Children, Community and Social Services, Infant Hearing Program (2019). Audiometric Assessment for Children aged 6 to 60 months. Récupéré sur: https://www.uwo.ca/nca/pdfs/clinical_protocols/IHP_CBA%20Protocol_2019.01.pdf
19. Orthophonie et audiologie Canada (2016). Lignes directrices visant les aides audiologistes. Récupéré sur www.sac-oac.ca
20. OOAQ (2020). Lignes directrices sur l'encadrement des éducateurs en orthophonie. Récupéré sur : https://www.ooaq.qc.ca/media/pxknefph/lignes-directrices-educateurs-13mai.pdf
21. OOAQ (2022). Programme agir tôt : Recommandations de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ) pour les services en audiologie. Récupéré sur : https://www.ooaq.qc.ca/media/wose0lir/recommandations-de-looaq-pour-les-services-en-audiologie_agir-t%C3%B4t-20220510-vf.pdf
22. Programme québécois de dépistage de la surdité chez les nouveau-nés (PQDSN) (2013). Guide d'implantation- Annexe 30 Facteurs de risque de surdité et fréquence recommandée de surveillance en audiologie, p 104.
23. Visram, A. S., Jackson, I. R., Almufarrij, I., Stone, M. A., & Munro, K. J. (2024). Optimisation of visual reinforcement audiometry: a scoping review. *International Journal of Audiology*, *64*(8), 773–783. https://doi.org/10.1080/14992027.2024.2397716
24. Widen, J. et Keener S. (2003). Diagnostic Testing for Hearing Loss in Infants and Young Children. Mental retardation and developmental disabilities - Research review, 9, 220-224.