

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOÉDUCATION

PAR
VALÉRIE CARON

L'INTERVENTION COMPORTEMENTALE INTENSIVE AUPRÈS DES JEUNES
ENFANTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME :
L'IMPLANTATION EN THÉORIE ET EN PRATIQUE

NOVEMBRE 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cette thèse a été dirigée par :

| | |
|---|---------------------------------------|
| Annie Paquet, Ph. D., directrice de recherche | Université du Québec à Trois-Rivières |
|---|---------------------------------------|

| | |
|--|-----------------------------------|
| Annie Bérubé, Ph. D., co-directrice de recherche | Université du Québec en Outaouais |
|--|-----------------------------------|

Jury d'évaluation de la thèse :

| | |
|---|---------------------------------------|
| Annie Paquet, Ph. D., directrice de recherche | Université du Québec à Trois-Rivières |
|---|---------------------------------------|

| | |
|--|-----------------------------------|
| Annie Bérubé, Ph. D., co-directrice de recherche | Université du Québec en Outaouais |
|--|-----------------------------------|

| | |
|---|---------------------------------|
| Nathalie Poirier, Ph. D., évaluatrice externe | Université du Québec à Montréal |
|---|---------------------------------|

| | |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Michel Rousseau, Ph. D. | Université du Québec à Trois-Rivières |
|-------------------------|---------------------------------------|

| | |
|--------------------------|---------------------------------------|
| Annie Stipanovic, Ph. D. | Université du Québec à Trois-Rivières |
|--------------------------|---------------------------------------|

Thèse soutenue le 09.09.2019

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tels qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les deux articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychoéducation. Les noms des directeurs de recherche et des étudiants ayant participé au déroulement de la recherche pourraient donc apparaître comme coauteurs des articles soumis pour publication.

Sommaire

L'augmentation de la prévalence du trouble du spectre de l'autisme (TSA), tout comme les avancées scientifiques et les demandes des parents ont amené plusieurs pays, dont le Canada, à mettre en oeuvre des services publics destinés aux enfants et aux familles. Pour les jeunes enfants, l'intervention comportementale intensive (ICI) (en anglais *Early Intensive Behavioral Intervention*) est une intervention dont l'efficacité est soutenue par des données probantes. Elle constitue une intervention de choix à mettre en place dans les services destinés aux enfants présentant un TSA. La publication de Lovaas portant sur l'efficacité de l'ICI en 1987 a ouvert la voie à une multiplication des travaux de recherche menés à l'échelle internationale, notamment sur la question de l'efficacité. Malgré cela, des écarts entre les connaissances scientifiques et la pratique sont soulevés et l'implantation de celle-ci demeure un défi de taille (Cook et Odom, 2013). La science de l'implantation vise à réduire cet écart en ayant comme objet d'étude la mise en oeuvre des pratiques basées sur des données probantes (PBDP) dans les contextes de services courants. Elle suggère d'évaluer la fidélité de l'implantation dans le contexte réel et de documenter les adaptations effectuées par les milieux de façon à pouvoir comprendre et contextualiser l'efficacité (Aarons *et al.*, 2012; Chen, 2015; Dane et Schneider, 1998; Durlak et DuPre, 2008). Au Québec, le programme ICI est implanté à grande échelle dans plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux depuis 2003. Les travaux de recherche menés sur celui-ci ont mis en lumière une implantation hétérogène d'un site à un autre, une diversité dans les modèles de référence ainsi que certaines lacunes au niveau de la documentation sur laquelle les établissements s'appuient pour l'implantation (Gamache, Joly et Dionne, 2010; Dionne, Joly, Paquet, Rousseau et Rivard, 2016). Pour les programmes considérés comme étant matures, ou implantés depuis plusieurs années, l'évaluation de la fidélité de l'implantation est suggérée pour vérifier si le programme initialement prévu est implanté de façon conforme à sa version originale (Chen, 2015). Pour ce faire, l'un des modèles

d'évaluation de la fidélité couramment utilisés est celui de Dane et Schneider (1998). Celui-ci permet de catégoriser les informations sur l'implantation d'un programme à partir de cinq dimensions, qui peuvent par la suite être utilisées pour expliquer les liens entre l'implantation et les effets d'une intervention. À la lumière des connaissances aujourd'hui disponibles et des avancées en regard de la science de l'implantation, il apparaît nécessaire d'étudier le programme ICI sous l'angle de son implantation. Pour ce faire, cette thèse propose d'aborder ce thème à partir de deux perspectives complémentaires (2 volets), celle des écrits scientifiques et celle de la pratique d'un service courant québécois. Le volet 1 s'intéresse à l'évaluation de la fidélité de l'implantation telle que documentée dans les études ayant porté sur les effets de l'ICI. Il a pour objectifs de : 1) recenser les études qui ont évalué les effets de l'ICI (2005-2015); 2) examiner quelles composantes de la fidélité de l'implantation ont été documentées et 3) vérifier si ces informations ont été mises en relation avec les effets. Le volet 2 vise à documenter la perception des intervenants quant à l'implantation de l'ICI dans un établissement québécois. Il a comme dernier objectif de décrire le point de vue des intervenants sur les composantes essentielles de la fidélité de l'implantation de l'ICI ainsi que les adaptations jugées favorables.

Pour ce faire, deux démarches méthodologiques distinctes sont mises de l'avant. Ces deux démarches prennent appui sur le modèle conceptuel de la fidélité de l'implantation de Dane et Schneider (1998). D'abord, une revue systématique est utilisée pour répondre aux trois premiers objectifs. Par la suite, une démarche inductive, prenant appui sur des travaux menés en science de l'implantation, est utilisée pour répondre au dernier objectif. Elle s'appuie sur la perspective des intervenants afin de documenter la façon dont s'est implanté l'ICI dans un établissement donné ainsi que les adaptations effectuées sur le terrain.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| SOMMAIRE | V |
| LISTE DES TABLEAUX | X |
| REMERCIEMENTS | XI |
| CHAPITRE I : INTRODUCTION | 1 |
| Le trouble de spectre de l'autisme (TSA) | 2 |
| L'ICI pour les enfants présentant un TSA..... | 5 |
| Les modèles de l'ICI..... | 6 |
| L'évaluation de l'efficacité de l'ICI..... | 9 |
| Le contexte et l'évaluation de l'ICI au Québec..... | 16 |
| Fidélité vs adaptation de l'implantation des PBDP..... | 22 |
| L'évaluation de la fidélité d'implantation | 25 |
| OBJECTIFS DE RECHERCHE ET CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES | 31 |
| CHAPITRE II: ARTICLE 1 | 34 |
| 1. Introduction..... | 38 |
| 1.1 Intervention success factors | 39 |
| 1.2 Implementation outcomes | 39 |
| 1.3 Implementation fidelity..... | 40 |
| 1.4 Implementation fidelity dimensions..... | 40 |
| 1.5 Implementation outcomes and the field of ASD | 41 |
| 2. Method | 43 |
| Inclusion and Exclusion Criteria | 44 |
| 3. Results..... | 44 |
| Dosage..... | 49 |
| Adherence..... | 50 |
| Differentiation | 50 |
| Quality..... | 51 |
| Participation | 51 |
| 4. Discussion | 52 |
| Lessons Learned | 56 |

| | |
|---|------------|
| CHAPITRE III : ARTICLE 2 | 66 |
| INTRODUCTION..... | 70 |
| Les composantes essentielles de l'ICI..... | 70 |
| L'implantation de l'ICI au Québec..... | 72 |
| La mise en oeuvre des PBDP dans les services courants..... | 74 |
| Adaptation c. Fidélité des PBDP..... | 75 |
| L'évaluation de la fidélité..... | 77 |
| MÉTHODE..... | 80 |
| Participants..... | 80 |
| Procédure..... | 81 |
| Instrument..... | 81 |
| Stratégies d'analyse..... | 82 |
| RÉSULTATS..... | 83 |
| 1. L'adhésion..... | 83 |
| 1.1 L'évaluation de l'enfant..... | 84 |
| 1.2 L'évaluation des renforçateurs..... | 85 |
| 1.3 La rédaction des objectifs d'intervention..... | 85 |
| 1.4 La planification des stratégies d'intervention..... | 86 |
| 1.5 Le recueil des données et la révision des objectifs d'intervention..... | 90 |
| 1.6 La préparation de la transition vers le milieu scolaire..... | 91 |
| 2. Le dosage..... | 91 |
| 3. La qualité..... | 92 |
| 3.1 La qualité de la relation avec l'enfant..... | 93 |
| 3.2 Le soutien organisationnel pour assurer la qualité..... | 93 |
| 4. La participation..... | 95 |
| 4.1 La participation des parents..... | 95 |
| 4.2 La participation des différents professionnels..... | 96 |
| 5. La différenciation..... | 97 |
| DISCUSSION..... | 99 |
| CONCLUSION..... | 105 |

| | |
|--|------------|
| RÉFÉRENCES..... | 110 |
| CHAPITRE IV : DISCUSSION GÉNÉRALE | 121 |
| Les enjeux liés à l'implantation de l'ICI | 123 |
| Le dosage..... | 123 |
| L'adhésion..... | 125 |
| La qualité..... | 129 |
| La participation..... | 132 |
| La différenciation | 134 |
| Apport de la thèse à la pratique des psychoéducateurs | 136 |
| La recherche en psychoéducation..... | 136 |
| L'exercice de la psychoéducation et du rôle-conseil..... | 136 |
| Le rôle-conseil au programme ICI..... | 137 |
| CHAPITRE V : CONCLUSION | 140 |
| RÉFÉRENCES..... | 146 |
| APPENDICE A : INSTRUCTIONS AUX AUTEURS POUR LA SOUMISSION D'UN ARTICLE À LA REVUE EVALUATION AND PROGRAM PLANNING | 166 |
| APPENDICE B : INSTRUCTIONS AUX AUTEURS POUR LA SOUMISSION D'UN ARTICLE À LA REVUE DE PSYCHOÉDUCATION | 179 |
| APPENDICE C : CERTIFICAT ÉTHIQUE | 184 |
| APPENDICE D : CERTIFICAT ÉTHIQUE CERC/CRDITED | 186 |
| APPENDICE E : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT..... | 189 |
| APPENDICE F : CANEVAS D'ENTRETIEN QUALITATIF SEMI-DIRIGÉ (ARTICLE II)..... | 199 |

Liste des tableaux

Chapitre II

Table

| | |
|--------------------------------------|----|
| 1 Articles Selection Process..... | 39 |
| 2 Articles Codification..... | 40 |

Chapitre III

Tableau

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 1 Description des intervenants..... | 109 |
|-------------------------------------|-----|

*" If a child can't not learn the way we teach, we must teach
in a way the child can learn "*

Dr. O. I. Lovaas

Remerciements

Malgré les nombreuses heures passées en solitaire sur cette thèse, l'aboutissement de celle-ci n'aurait pas été possible sans la présence de plusieurs personnes que je souhaite remercier ici. Mes plus grands remerciements vont à mes deux directrices de thèse, Annie Paquet et Annie Bérubé. D'abord, merci à Annie Paquet qui a été présente dans mon parcours depuis le tout premier jour et jusqu'à la rédaction de la dernière ligne. Merci de m'avoir ouvert ta porte, de m'avoir transmis ta passion et d'avoir compris la mienne en tant que psychoéducatrice. Merci d'avoir réussi à décrypter mon intérêt de recherche et d'avoir passé de nombreuses heures à me lire, à me corriger et à me conseiller. En deuxième lieu, mais non pas en seconde importance, je remercie également ma co-directrice, Annie Bérubé, qui s'est jointe à moi en cours de route. Merci d'avoir défriché avec moi ton domaine d'expertise et de l'avoir mis à contribution dans cette thèse. Merci pour tous tes judicieux conseils ainsi que pour le temps que tu y as consacré. À ces deux professeures, merci de votre rigueur, mais aussi de votre humanisme, votre patience et votre disponibilité. Merci d'avoir formé avec moi cette belle équipe dans des conditions de direction complexes et merci pour chacune des minutes investies dans cette thèse. Merci d'avoir cru en moi durant ces dernières années et merci d'avoir su comprendre mes ambitions de mener à bien ce projet. La complémentarité de vos expertises a contribué à construire et à enrichir cette thèse et je suis extrêmement privilégiée d'avoir pu bénéficier de votre expérience et de votre accompagnement.

Merci aux professeures membres de mon comité de thèse, M. Claude Dugas et M. Jacques Joly, pour leur considération et leurs précieux conseils. Un grand merci également au professeure Nathalie Poirier pour son implication à titre d'évaluateur externe ainsi qu'au professeurs Annie Stipanovic et Michel Rousseau d'avoir accepté de faire partie du jury de thèse.

Merci à tous les professeurs du Département du Psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, qui m'ont côtoyé et transmis leurs savoirs et leur passion au cours de ces longues années.

Je remercie également l'équipe du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-centre du Québec qui m'a donné le goût d'entreprendre cette thèse, en tant que jeune psychoéducatrice, ainsi qu'à l'équipe du Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides (anciennement le Centre du Florès) qui m'a ouvert ses portes pour la réalisation de ce projet. Je tiens aussi à remercier l'équipe du Département de Pédagogie spécialisée de l'Université du Fribourg, plus spécialement, Monsieur Nicolas Ruffieux et Madame Myriam Squillaci, pour leur accueil et leur soutien dans l'achèvement de cette thèse réalisée outre-mer.

Enfin, je remercie du fond du coeur mes soeurs Anik et Vicky pour leur support et merci à mes parents qui m'ont transmis leur entêtement ainsi que leur persévérance, ingrédients qui m'ont permis de boucler cette dernière étape de ma formation universitaire. Merci à Michel, qui a été présent du début à la fin et qui m'a toujours encouragé à surmonter chacun des obstacles rencontrés au cours de cette aventure doctorale. Je n'y serais jamais sans votre soutien!

Chapitre I :

Introduction

Le trouble de spectre de l'autisme (TSA)

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est considéré comme l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus fréquents (National Autism Center, 2015). Depuis 2013, l'*American Psychiatric Association* (APA) a remplacé les cinq catégories de trouble envahissant du développement (TED) utilisées dans les versions antérieures du DSM par la désignation unique de TSA, introduisant ainsi la notion de spectre correspondant à la variabilité des profils cliniques regroupés sous ce diagnostic (APA, 2013). Les critères diagnostiques du TSA sont: A) des déficits persistants au niveau de la communication et des interactions sociales dans des contextes multiples; B) des patrons répétitifs et restreints concernant les comportements, les centres d'intérêt, les activités et les spécificités sensorielles; C) des symptômes doivent être présents dans la petite enfance (mais peuvent ne pas être complètement manifestes tant que la demande sociale n'excède pas les capacités limitées); D) des symptômes entraînant des limitations cliniquement significatives dans le domaine social, celui des occupations ou d'autres sphères du fonctionnement dans la vie quotidienne et E) des difficultés ne peuvent pas être expliquées par la déficience intellectuelle ou un grave retard de développement. Pour les critères A et B, la sévérité de l'atteinte doit être spécifiée selon le support requis par accompagner la personne selon 3 niveaux (léger, moyen et sévère) (APA, 2013). En ce sens, les niveaux de soutien requis peuvent varier selon les domaines de développement, mais aussi selon les différentes étapes de vie des individus et devraient être ajustés en conséquence.

Au Canada, le diagnostic de TSA peut être posé par un médecin ou un psychologue. Les évaluations diagnostiques du TSA s'effectuent à partir des critères identifiés dans le DSM-5 et reposants sur une évaluation clinique menée par une équipe multidisciplinaire, généralement par des évaluations du développement, des observations directes de l'enfant et des entrevues, auprès des aidants (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2012).

Les personnes présentant un diagnostic de TSA présentent fréquemment un ou plusieurs troubles de développement associés, notamment, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble du langage, la déficience intellectuelle ou le trouble de l'intégration sensorielle. D'autres conditions, telles que la dépression, le trouble anxieux, le trouble obsessionnel compulsif, le syndrome de Gilles de La Tourette, mais aussi des problèmes de santé (p. ex., épilepsie, troubles gastro-intestinaux et du sommeil) peuvent être associées (Agence de la Santé publique du Canada, 2018; Matson, Adams, Williams et Rieske, 2013; Matson et Godin, 2014). Bien que l'étiologie exacte du TSA soit encore inconnue, des facteurs génétiques et environnementaux sont reconnus comme contribuant à sa présence (Volkmar, Paul, Rogers et Pelphrey, 2014).

Les plus récentes données américaines estiment que le taux de prévalence du TSA aurait atteint 1 enfant sur 59 (*Centers for Disease Control and Prevention* [CDC] (Baio *et al.*, 2018). Parmi ces chiffres, 31% des personnes diagnostiquées auraient une déficience intellectuelle (DI), 25% auraient une intelligence limite et 44 % auraient

une intelligence moyenne ou supérieure à la moyenne. Au Canada, le rapport du Système national de surveillance du trouble du spectre de l'autisme estime la prévalence de du TSA à 1 sur 94, incluant les enfants et les adultes et à 1 sur 66 pour les enfants et les adolescents âgés de 5 à 17 ans (Agence de la Santé publique du Canada, 2018). Le TSA est quatre fois plus fréquent chez les garçons (1/42) que chez les filles (1/165) et, dans 56 % des cas, il est diagnostiqué avant l'âge de 6 ans. L'incidence du TSA est passée de 3,9/ 10 000 en 2000 à 19,1/10 000 en 2015 (Agence de la Santé publique du Canada, 2018). Pour la province du Québec, il y a 19 425 jeunes de 1 à 17 ans avec un TSA, soit une prévalence de 1,3 % ou 1 enfant sur 75 en 2015-2016 (Institut National de la Santé publique du Québec, 2017; Noisieux, 2018).

Le TSA est un trouble complexe et permanent qui affecte non seulement la personne, mais aussi sa famille, ses proches et son environnement. Les caractéristiques diagnostiques, , tout comme les conditions qui y sont souvent associées, met fréquemment les familles devant des situations de stress et de détresse (des Rivières-Pigeon et Courcy, 2014; Volkmar *et al.*, 2014). En ce sens, l'intervention auprès des enfants et des familles est donc essentielle pour diminuer la présence des symptômes liés au TSA, pour développer les comportements fonctionnels des enfants tout comme les capacités adaptatives des familles. Pour les enfants en bas âge, l'ICI est l'intervention de choix (Eikeseth, 2009; Eldevik *et al.*, 2009; Huffman, Sutcliffe, Tanner et Feldman, 2011; Makrygianni et Reed, 2010; National Autism Center, 2009; Odom, Boyd, Hall et Hume, 2010; Reichow, 2012; Odom, Collet-Klingberg, Rogers et Hatton, 2010; Reichow Barton, Boyd et Hume, 2012; Reichow et Wolery, 2009;

Virués-Ortega, 2010; Warren *et al.*, 2011; Wong *et al.*, 2014; Young, Corea, Kimani et Mandell, 2010). La somme de connaissances scientifiques au sujet de ce type d'intervention, mais aussi les avis d'experts et les demandes des parents, a amené certaines provinces canadiennes, dont le Québec, à en favoriser l'accès aux jeunes enfants ayant un TSA (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2003; Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé [OCCETS], 2001).

L'ICI pour les enfants présentant un TSA

Plus de trente ans se sont écoulés depuis la publication pionnière de Lovaas portant sur l'efficacité de l'intervention comportementale intensive (ICI) (ou en anglais *Early Intensive Behavioral Intervention*) auprès de jeunes enfants présentant un TSA (Lovaas, 1987). Cette étude, portant sur 19 enfants autistes de moins de 46 mois ayant suivi, pendant deux à trois ans, un programme universitaire de 40 heures de traitement par semaine, administré par des thérapeutes et par la famille, a mis en lumière des progrès importants pour le groupe ayant reçu l'ICI. Pour le groupe expérimental, l'intervention s'est déroulée durant trois ans, soit 365 jours par année à raison de 40 heures ou plus par semaine. Parmi les résultats obtenus dans cette étude, Lovaas (1987) a mis en évidence les progrès importants des enfants suite à l'intervention. Ainsi, 47 % des enfants ayant reçu l'intervention ont retrouvé un fonctionnement intellectuel

normal suite à la première année de l'intervention, comparativement à 2 % des enfants du groupe contrôle. De plus, les enfants ayant suivi le programme de Lovaas ont pu intégrer une école ordinaire sans soutien éducatif spécialisé, par rapport au groupe contrôle ayant un classement scolaire plus restrictif et doté de plus de ressources spécialisées en raison des besoins plus importants. Bien que cette étude ait été pointée du doigt par la communauté scientifique, entre autres, pour ses lacunes méthodologiques (p. ex., groupe non randomisé, non-équivalence des groupes, absence de comparaison entre deux traitements différents et description de l'intervention insuffisante), elle a été marquante dans le développement des interventions précoces pour les jeunes enfants ayant un TSA, mais aussi pour la recherche sur les interventions. Elle a également contribué à un mouvement de revendication des parents d'enfants présentant un TSA à l'égard des services publics, ceux-ci désirant l'accessibilité de ce type d'intervention pour leurs enfants en bas âge (Walsh, 2011).

Les modèles de l'ICI

L'ICI est souvent confondu avec l'AAC (*Applied Behavior Analysis*). L'AAC est définie comme étant la science qui applique les principes de l'analyse du comportement pour améliorer des comportements socialement significatifs en utilisant l'expérimentation pour identifier les variables responsables du changement

de comportement (Baer, Wolf et Risley, 1968; Cooper, Heron et Heward, 2007). Cette science peut être appliquée à différents publics de tout âge, dans différents contextes, sans restriction sur le lieu ou sur le dosage de l'intervention. L'ICI, quant à elle, est un exemple d'utilisation de l'AAC auprès des jeunes enfants présentant un TSA (Perry, Koudys et Blacklock, 2016).

Il y a plusieurs définitions de l'ICI mais un consensus se dégage aujourd'hui des écrits scientifiques sur certaines caractéristiques. L'intervention devrait 1) être globale et individualisée; 2) être offerte durant la période de la petite enfance (dès 3 ans); 3) cibler les déficits fondamentaux liés au TSA; 4) être basée sur l'analyse appliquée du comportement (AAC); 5) être enseignée avec un ratio adulte-enfant de 1:1 (avec une intégration graduelle avec pairs); 6) être appliquée entre 20 et 40 heures/semaine dans tous les lieux de vie de l'enfant durant 1 à 4 ans et 7) intégrer une composante familiale (formation, supervision, co-intervention) (Reichow, Hume, Barton et Boyd, 2018). Perry *et al.*, (2016) ajoutent certaines caractéristiques à celles de Reichow et al. (2018), soit qu'elle soit appliquée durant une période d'au moins 12 mois; qu'elle utilise la collecte et l'analyse de données pour la prise de décision concernant l'intervention, qu'elle vise l'intégration de l'enfant ayant un TSA dans un milieu ordinaire fréquenté par des enfants au développement typique et qu'elle planifie systématiquement la transition vers le prochain milieu. Ces caractéristiques sont identifiées comme étant des facteurs responsables de l'efficacité de l'intervention et donc, essentielles à mettre en place dans le contexte d'une application conforme et fidèle de l'ICI (National Research Council, 2001, Perry *et al.*, 2016, Reichow *et al.*, 2018).

Au fil des ans et de l'évolution des connaissances scientifiques, divers modèles d'ICI se sont développés. Dans les écrits scientifiques, deux classifications d'ICI ont été proposées par Odom, Boyd *et al.* (2010), soit les modèles globaux d'intervention (*Comprehensive Treatment Models*) et les stratégies d'intervention (*focussed intervention*). Dans la catégorie de modèles globaux, une trentaine de modèles ont été identifiés, dont la majorité est basée sur l'AAC ainsi que sur le modèle développemental (*relationship-based model*) (Odom, Boyd *et al.*, 2010). À titre d'exemple, on retrouve, notamment, le *Early Start Denver Model* (Rogers et Dawson, 2010), le *Pivotal Response Model* (Koegel, Koegel, Harrower et Carter, 1999) et le *TEACCH* (Lord et Schopler, 1994).

Selon Odom, Boyd *et al.* (2010), les modèles globaux d'ICI se distinguent des stratégies d'intervention par la présence de cinq critères. En ce sens, ces modèles doivent 1) être opérationnels et être appuyés sur une documentation écrite de référence précisant le processus d'intervention, les procédures et le contenu du curriculum ; 2) être rédigé dans un manuel ou un guide d'intervention; 3) avoir un cadre conceptuel clair; 4) viser le développement de plusieurs sphères du développement; 5) être intensif et offert à raison de plus de 25 heures par semaine. Les différents modèles d'ICI intègrent et combinent généralement plusieurs stratégies d'intervention (*focussed*) permettant d'enseigner des comportements dans différentes sphères du développement. Les travaux du *National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders* (NPDC) ont identifié 27 stratégies d'intervention (*focussed*) telle que le renforcement, l'apprentissage par essais distincts, les scénarios sociaux, la médiation par les pairs (Wong *et al.*, 2014).

En dépit des définitions et des composantes jugées responsables de l'efficacité de l'ICI, les grands défis actuels concernant les PDBD tel que l'ICI concernent notamment, le maintien de la qualité des interventions et la mise en oeuvre des interventions dans les services (Cook et Odom, 2013; Odom, 2009; Odom, Brandinger, Gersten, Horner, Thompson et Harris, 2005; Odom, Collet-Klingenberg, Rogers et Hatton, 2010).

L'évaluation de l'efficacité de l'ICI

Depuis la publication de Lovaas (1987), les études sur l'efficacité sur l'ICI se sont multipliées de telle sorte qu'elle est aujourd'hui considérée comme étant l'une des interventions les plus connues et les plus documentées pour les jeunes enfants présentant un TSA. Elle est également considérée comme étant une pratique basée sur des données probantes (PBDP) (*Evidence-Based*) dans plusieurs revues systématiques et méta-analyses (Eikeseth, 2009; Eldevik *et al.*, 2009; Huffman *et al.*, 2011; Makrygianni et Reed, 2010; National Autism Center, 2009; Odom, Boyd *et al.*, 2010; Odom, Collet-Klingenberg *et al.*, 2010; Reichow *et al.* 2014; Reichow et Wolery, 2009; Virués-Ortega, 2010; Warren *et al.*, 2011; Wong *et al.*, 2014; Young, Corea, Kimani et Mandell, 2010). Les études documentent des améliorations du développement général, du fonctionnement cognitif, du langage, du comportement adaptatif, ainsi qu'une diminution de la sévérité des symptômes liés au TSA (Eikeseth,

2009; Eldevik *et al.*, 2009; Reichow, 2012; Reichow *et al.*, 2014; Virués-Ortega, 2010; Warren *et al.*, 2011).

Les connaissances scientifiques actuelles concernant l'efficacité de l'ICI ont influencé plusieurs pays dans la mise en place de services publics pour les enfants présentant un TSA, notamment l'Australie (Australian Government, 2013; Prior et Roberts, 2012), la France (Haute Autorité de Santé, 2012), la Nouvelle-Zélande (Ministries of Health and Education, 2008), l'Écosse (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2007), l'Angleterre (National Institute for Health and Care Excellence, 2013), les États-Unis (National Autism Center, 2009; Wong *et al.*, 2014), l'Union européenne plus globalement (Parsons *et al.*, 2011), et le Canada (Health Technology Inquiry Service, 2008).

Au Canada, l'OCCETS (2001), en se fondant surtout sur l'opinion et l'expérience de spécialistes, des comités indépendants de professionnels et de parents, a recommandé que "tout programme d'intervention pour les jeunes enfants atteints d'autisme fasse appel à des principes d'AAC [Analyse appliquée du comportement] et à des techniques comportementales administrées, au minimum, une vingtaine d'heures par semaine" (OCCETS, 2001, p. 63). Suivant cette recommandation, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a mis en place le programme ICI à partir de 2003 dans les établissements publics (MSSS, 2003). En 2014, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2014a; 2014b) a également examiné les interventions de réadaptation et les traitements pharmacologiques efficaces pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre

de l'autisme. L'INESSS a réitéré la recommandation émise par l'OCCETS en préconisant l'ICI pour les enfants TSA d'âge préscolaire, compte tenu de ses effets sur le fonctionnement cognitif, le langage et le comportement adaptatif, et ce, à raison d'une intensité minimale de 20 heures par semaine. La formation et la supervision des intervenants ont également été recommandées.

Bien que l'ICI soit aujourd'hui considérée comme une PBDP et qu'elle soit recommandée dans le cadre d'avis, les résultats décrits dans les revues systématiques tout comme dans les méta-analyses ont été obtenus dans le cadre de recherches expérimentales. Ce type d'étude, utilisé pour évaluer l'efficacité des interventions menées dans des conditions bien contrôlées, obtiennent généralement des gains supérieurs en raison des conditions de recherche rigoureuses (p. ex., en raison de la formation du personnel, de la supervision, des mesures incitatives à la participation) que les études menées en contexte réel (Bibby, Eikeseth, Martin, Mudford et Reeves, 2002; Magiati, Charman et Howlin, 2007; Smith, Buch et Gamby, 2000; Smith *et al.*, 2010). L'étape suivant la validation d'une PBDP dans les études expérimentales est l'évaluation de son efficacité dans des contextes de services courants (*effectiveness*) (Smith *et al.*, 2007, Weisz, Jensen et McLeod, 2005). Ce type d'étude, considéré, comme étant la dernière étape de la validation d'une PBDP, permet d'évaluer dans quelle mesure les effets obtenus dans les études d'efficacité sont reproduits en contextes de services courants (Smith *et al.*, 2007; Vivanti *et al.*, 2018). Dans ce cas, l'intervention est mise en oeuvre dans des contextes moins contrôlés (p. ex., éventail de clients plus diversifié, contextes culturels variés et comportant plusieurs contraintes de ressources humaines ou matérielles telles que roulement du personnel). En

conséquence, les effets peuvent être moindres en raison des diverses transformations effectuées dans la pratique (Aarons *et al.*, 2012). Il est donc essentiel d'évaluer l'efficacité et l'implantation des PBDP dans le contexte de leur implantation en contexte réel, tout comme les adaptations effectuées afin de pouvoir nuancer l'efficacité, à la lumière de l'intervention offerte et documenter comment les PBDP s'implantent dans divers contextes (Chen, 2015; Dunsenbury, Brannigan, Hansen, Walsh et Falco, 2003; Durlak et DuPre, 2008).

À l'échelle internationale, les travaux s'intéressent de plus en plus à l'efficacité de la mise en oeuvre de l'ICI dans les services publics courants (*effectiveness*) comparativement aux études d'efficacité menées en contexte de recherche expérimentale (*efficacy*) (Vivanti *et al.*, 2018). Suivant ce second courant, le programme ICI a été évalué dans le contexte de l'offre de services publics de la Scandinavie (Eikeseth, Klintwall, Jahr et Karlsson, 2012). Cette étude a comparé les effets de l'ICI offert à 35 enfants présentant un TSA, comparativement à l'intervention dite « habituelle » (*Treatment as usual*) offerte à 24 enfants. Pour le groupe ayant bénéficié de l'ICI, offerte sur une durée de deux ans et basée sur le *UCLA Model* (Lovaas, 1993) ainsi que sur divers curriculums d'intervention (Leaf et McEachin, 1999, Lovaas, 1981; Maurice, Green et Luce, 1996; Maurice, Green et Fox, 2001). Durant la première année de l'intervention, un dosage moyen de 23 heures par semaine (entre 15 et 37 heures) a été offert aux enfants ainsi que deux heures de supervision, mais peu d'informations étaient disponibles sur la seconde année. En ce qui concerne le groupe d'enfant ayant bénéficié de l'intervention dite « habituelle », elle est décrite comme étant une approche éclectique combinant les procédures de l'éducation

spécialisée, l'apprentissage de la communication, du jeu, des habiletés fonctionnelles et la modification des comportements perturbateurs, mais aucune information concernant le dosage n'a été fournie. Les résultats de cette étude ont mis en lumière des progrès plus importants des enfants ayant reçu l'ICI dans les domaines du comportement adaptatif ainsi qu'une réduction des symptômes liés au diagnostic comparativement aux enfants ayant bénéficié de l'intervention habituelle. Pour les deux groupes, bien que certaines informations relatives au curriculum de référence comme au dosage de l'intervention aient été indiquées, aucune mesure d'évaluation de la fidélité de l'implantation n'a été utilisée. En conséquence, les effets de l'intervention ne peuvent être nuancés à la lumière de l'intervention reçue par les enfants. Pourtant, les données sur l'implantation sont considérées comme étant essentielles pour tirer des conclusions concernant les liens entre l'intervention et les effets observés (validité interne), mais aussi pour permettre de généraliser les résultats à d'autres contextes (validité externe) (Dunsenbury *et al.*, 2003; Durlak et DuPre, 2008; Moncher et Prinz, 1991; Sanetti, Dobey et Gritter, 2012).

Au Canada, l'ICI est offerte dans différentes provinces. En Ontario, Perry *et al.* (2008) ont évalué son efficacité auprès de plus de 300 enfants dans le contexte de l'offre de services publics (Perry *et al.* 2008). Dans cette étude, l'ICI est décrite comme étant un programme d'intervention offert entre 20 et 40 heures par semaine par enfant, basé sur l'AAC, selon les lignes directrices provinciales (Perry, 2002) qui s'appuie sur divers curriculums et manuels d'intervention (Bondy et Frost, 2001; Johnson-Martin, Attermeier et Hacker, 1990; Leaf et McEachin, 1999; Lovaas, 2003; Maurice *et al.*, 2001; Maurice *et al.*, 1996; Sundberg et Partington, 1998). Les résultats de cette étude

ont mis en évidence les progrès importants pour la majorité des enfants (75 %) au plan du fonctionnement cognitif, adaptatif et de la réduction des symptômes de l'autisme. Malgré cela, les auteurs ont mentionné une hétérogénéité des progrès des enfants et souligné les progrès plus modestes de certains enfants, tout comme l'absence de mesure de la fidélité de l'intervention offerte dans le cadre des services de l'Ontario (Perry *et al.* 2008).

Une autre évaluation canadienne de l'ICI a été réalisée dans la province de la Nouvelle-Écosse sur le programme *Nova-Scotia early intensive behavioral intervention model* (Smith *et al.* 2010). Ce programme s'appuie sur les lignes directrices de Bryson *et al.* (2007) ainsi que sur une combinaison de formation des parents et d'intervention dans les milieux naturels employant le modèle de l'entraînement aux réponses pivots (Koegel et Koegel, 2006). Il a été implanté auprès de 45 enfants à raison de 15 heures par semaine durant un an. Bien que les auteurs aient mis en évidence les progrès des enfants ayant bénéficié de cette intervention dans divers domaines de développement, aucune évaluation d'implantation du programme n'a été effectuée. En conséquence, comme c'est le cas pour l'étude menée dans la province de l'Ontario, l'absence d'une mesure d'implantation de l'intervention ne permet pas d'interpréter les effets de l'intervention à la lumière de l'intervention offerte.

Dans la province de la Colombie-Britannique, Stock, Mirenda et Smith (2013) ont également évalué l'efficacité de l'ICI offert dans le cadre de l'offre de services publics destinés aux jeunes enfants présentant un TSA. L'étude a comparé la mise en oeuvre de deux modèles d'intervention, respectivement appliqués auprès de 14 enfants

pour une période de 12 mois. Le premier modèle d'intervention était basé sur l'enseignement des comportements verbaux (*Applied Behavior Analysis-Verbal Behavior*) (Sundberg et Michael, 2001), appliqué à raison de 12 à 20 heures par semaine alors que le second modèle était basé sur l'apprentissage des réponses pivots (*Pivotal Response Treatment*) (Koegel et Koegel, 2006) appliqué à raison de 15 heures par semaine. Pour le premier modèle, une évaluation de la fidélité de l'intervention a été effectuée par le biais d'observations ponctuelles (une à quatre fois par année selon l'expérience des intervenants). Cette évaluation de la fidélité était concentrée autour de trois aspects principaux soit, 1) l'utilisation des renforcements et les stratégies pour augmenter la motivation, 2) les techniques liées au contrôle instructionnel et 3) les habiletés d'organisation de l'intervenant. Pour le second modèle, une mesure de la fidélité de l'intervention a également été réalisée à partir de bande vidéo au début de l'intervention. Celle-ci a été effectuée sur la base de six habiletés de l'intervenant à administrer le programme, soit la capacité à, 1) fournir des occasions et des instructions claires, 2) offrir à l'enfant le choix d'un contrôle partagé, 3) fournir un renforcement contingent immédiat, 4) utiliser des renforçateurs naturels, 5) fournir un renforcement pour les tentatives verbales et les réponses correctes, et 6) maintenir et acquérir un équilibre approprié dans le degré de difficulté des tâches. La majorité des intervenants ont obtenu le score de 80 % de fidélité exigé durant les quatre premiers mois de l'intervention. Ceux qui n'ont pas obtenu le seuil de fidélité exigé ont reçu des formations et de la supervision supplémentaire jusqu'à l'obtention du seuil exigé. Les résultats de cette étude ont mis en lumière l'efficacité des deux modèles d'intervention, notamment, sur le développement cognitif, la communication réceptive et expressive, tout comme sur la sévérité des troubles de comportements. Cependant, bien que les

auteurs aient mentionné l'utilisation d'une évaluation de la fidélité de l'intervention, celle-ci a été utilisée pour ajuster le niveau de formation et de supervision des intervenants et non pas pour interpréter les effets de l'intervention, à la lumière des évaluations de la fidélité effectuée.

Le contexte et l'évaluation de l'ICI au Québec

Au Québec, l'ICI a été implantée en 2003 dans les services publics suite à une orientation donnée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (MSSS, 2003). Le MSSS propose alors un programme universel gratuit basé sur l'AAC pour les enfants présentant un TSA de deux à cinq ans. Ce sont d'abord les centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), puis les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED) qui ont offert ce programme. Depuis 2015, ce sont les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ainsi que les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui offrent l'ICI dans 22 établissements répartis dans les 18 régions administratives du Québec. Au moment de l'implantation, les lignes directrices fournies aux services mandatés pour la mise en place de l'ICI ont été définies sur la base des connaissances scientifiques disponibles (OCCETS, 2001). Suivant ces orientations, le programme québécois a été implanté avec des précisions en ce qui concerne la population cible (enfants présentant un diagnostic de TSA de deux à cinq ans) ainsi que sur le dosage de l'intervention (une vingtaine d'heures d'intervention par semaine par enfant) (MSSS, 2003).

En 2008, cinq ans après son implantation, la Fédération québécoise des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (FQCRDITED) a publié un guide de pratique destiné à offrir un cadre commun à tous les établissements québécois responsables de l'implantation du programme ICI (FQCRDITED, 2008). Les recommandations énoncées dans ce guide présentaient alors divers moyens d'intervention (des modèles, des stratégies, des curriculums d'intervention) connus par les cliniciens québécois, considérés comme étant des experts de l'ICI, sans toutefois reposer sur une revue systématique des écrits scientifiques. Sans offrir de lignes directrices très claires, ce guide contribue à créer une variété de pratiques dans les divers milieux d'intervention en offrant des suggestions aux milieux qui appliquent l'ICI et non des recommandations scientifiques précises permettant de faciliter l'implantation et l'harmonisation de l'implantation de l'ICI.

En 2010, une première étude québécoise a été menée sur le programme ICI (Mercier, Boyer et Langlois, 2010). Celle-ci a documenté le parcours de 555 enfants ayant reçu l'ICI à partir de trois indicateurs d'exposition au programme (l'âge au début des services ICI, la durée totale de l'intervention et l'intensité hebdomadaire des services ICI). De plus le type d'intégration scolaire des enfants après le programme ICI a été documenté (rappelons que l'intégration scolaire en milieu régulier était l'un des objectifs du MSSS en 2003). Les résultats de cette étude mettent en évidence une augmentation de la durée totale de l'intervention entre 2005 (41,6 semaines) et 2007 (69,3 semaines) ainsi qu'une diminution du nombre moyen d'heures de services ICI

passants de 15,3 heures par semaine (en 2005) à 13,7 par semaine (en 2007). En ce qui concerne le type d'intégration scolaire, les enfants ont été répartis en fonction de 5 types de classe et du nombre d'heures de soutien reçu, soit 1) ordinaire sans soutien; 2) ordinaire avec soutien entre 1 et 15 heures et 3) ordinaire avec soutien entre 16 à 24 heures; 4) ordinaire avec soutien de 25 heures et 5) l'école ou la classe spéciale (classe adaptation scolaire). Suite au programme ICI, près de la moitié (50 %) des enfants étaient orientés en classe ou en école spécialisée alors que l'autre moitié des enfants était répartie entre les autres types de classe avec soutien, avec une grande proportion (20 %) des enfants placés dans les classes avec un soutien avec entre une et 15 heures par semaine. Or, ces chiffres témoignent de l'orientation scolaire des enfants suite au programme ICI mais n'indiquent pas si le choix du type de classe était relié aux besoins des enfants ou aux ressources disponibles des commissions scolaires de leur région. En ce sens, l'orientation scolaire des enfants ne peut être attribuée uniquement aux effets de l'ICI puisqu'elle a pu être influencée par plusieurs autres facteurs relatifs aux politiques et procédures des commissions scolaires ou aux ressources disponibles.

En 2010, une autre étude québécoise a été menée sur l'implantation de l'ICI. Celle-ci a été effectuée à partir de questionnaires adressés à six établissements responsables de l'implantation de ce programme (96 répondants constitués d'intervenants, de superviseurs et de coordonnateurs) (Gamache, Joly et Dionne, 2011). Cette étude a mis en lumière certains défis d'implantation de ce programme, notamment, une grande variabilité dans les pratiques d'un établissement à un autre, ainsi que des divergences dans les pratiques à l'intérieur même de chacun des établissements. De plus, certaines lacunes au niveau de la documentation scientifique

du programme ICI tout comme au niveau de la formation ont été soulevées (Gamache *et al.*, 2011).

En 2014, Rivard, Terroux et Mercier (2014) ont effectué une étude sur l'efficacité du programme ICI implanté auprès de 93 enfants présentant un TSA dans le cadre de l'offre de services publics d'un centre de réadaptation de la Rive-Sud de Montréal (Québec). L'ICI, alors basée sur divers curriculums d'intervention (Lovaas, 1981; Maurice *et al.*, 1996) a été offerte à raison de 16 à 20 heures par semaine par enfant durant une année. Cette étude rapporte des améliorations en termes de quotient intellectuel, de comportements adaptatifs et de compétences socioaffectives chez les 93 enfants bénéficiaires de l'ICI. Malgré des résultats encourageants sur les effets de l'ICI, aucune mesure d'implantation n'a été recueillie dans cette étude. En conséquence, il n'est donc pas possible de savoir si tous les enfants ont reçu exactement le même protocole d'intervention ni si certaines pratiques se sont avérées plus porteuses de changements que d'autres.

En 2016, d'autres chercheurs québécois ont mené des travaux sur l'ICI en s'intéressant, notamment, aux facteurs qui affectaient l'implantation de l'ICI du point de vue des organisations responsables de son application (Dionne, Joly, Paquet, Rousseau et Rivard, 2016). Cette étude a permis de documenter un niveau d'implantation perçu comme étant variable d'un établissement à l'autre et d'identifier de nombreux facteurs pouvant affecter l'implantation de ce programme, notamment, la formation, la documentation spécifique et la supervision. Un deuxième volet de

l'étude a permis de conclure à l'efficacité du programme ICI chez les enfants (autant sur le développement global que sur le fonctionnement adaptatif) (Dionne *et al.*, 2016). Cependant, cette étude a mis en évidence que le programme ICI est implanté à partir de différentes combinaisons de modèles et de stratégies d'intervention, ces combinaisons pouvant rendre complexe le travail des intervenants et la description de l'intervention offerte. Cette étude n'a pas pu identifier quelles caractéristiques de l'intervention prédisent clairement une évolution plus positive d'un enfant à un autre. Enfin, les auteurs ont conclu à la nécessité de fournir une documentation visant à soutenir l'implantation de l'ICI et à la nécessité de l'encadrer à l'échelle du Québec. En 2017, le MSSS a publié un plan d'action sur les TSA regroupant plusieurs objectifs, dont l'amélioration de l'accès et de la qualité de l'application de l'ICI, dans les différents milieux de vie de l'enfant; la documentation et l'évaluation d'autres approches basées sur les meilleures pratiques afin de diversifier l'offre de services spécialisés selon les profils et les besoins. (MSSS, 2017). Pour ce faire, le MSSS préconise de définir des lignes directrices ministérielles pour baliser l'application de l'ICI et d'établir des balises pour l'utilisation d'approches d'intervention de réadaptation autre que l'ICI (MSSS, 2017).

Plusieurs auteurs ont mis en évidence les progrès des enfants ayant bénéficié de l'ICI en contexte de recherche (Eikeseth, 2009; Eldevik *et al.*, 2009; Makrygianni et Reed, 2010; National Autism Center, 2009; Reichow, 2012; Reichow *et al.*, 2014; Reichow et Wolery, 2009; Virués-Ortega, 2010; Warren *et al.*, 2011), mais aussi en contexte de services courants (*effectiveness*) (Dionne *et al.*, 2016; Eikeseth, 2012; Perry *et al.*, 2008; Rivard *et al.*, 2014). Nonobstant l'efficacité soulevée dans ces écrits

scientifiques, l'une des limites évidentes des recherches sur l'ICI concerne l'évaluation de l'implantation (Cook et Odom, 2013; Johnson, Fleury, Ford, Rudolph et Young., 2018; Lechago et Carr, 2008; Matson *et al.*, 2013; Vivanti *et al.*, 2018). Bien que certaines informations sur l'intervention aient été fournies dans une majorité des études, notamment, le dosage de l'intervention, le modèle ou le curriculum de référence, ces informations semblent insuffisantes pour interpréter les effets de l'ICI puisque peu d'entre elles ont effectué, de façon systématique, l'évaluation de l'implantation de l'intervention, parallèlement à l'évaluation de l'efficacité, de façon à pouvoir nuancer les effets à la lumière de l'intervention offerte.

En ce qui concerne la notion de fidélité de l'implantation, elle a été abordée par quelques auteurs dans une optique de formation et de certification des intervenants à certains modèles d'intervention. Cependant, les mesures de la fidélité n'ont pas été utilisées tout au long de la mise en oeuvre ni utilisées pour interpréter les effets de l'intervention. En conséquence, bien que les études menées en contexte de services courants aient obtenu des résultats encourageants quant à l'efficacité de l'ICI, celles-ci n'ont pas étudié les conditions d'implantation pouvant faire fluctuer l'efficacité de l'ICI. D'ailleurs, le constat concernant le manque d'informations sur l'implantation des interventions en TSA a été fait par plusieurs auteurs au cours des années, mais continue d'être le talon d'Achille de ce champ de recherche (Cook et Odom, 2013; Gresham, Gansle, Noell et Cohen, 1993; McIntyre, Gresham, DiGenarro et Reed, 2007; Peterson, Horner et Wonderlich, 1982). Certains auteurs ont même décrit cette faiblesse des recherches comportementales comme étant un curieux double standard dans lequel les recherches définissent et évaluent la variable dépendante sur le plan

opérationnel, mais ignorent pratiquement la variable indépendante (Peterson *et al.*, 1982). Cela est vrai pour les travaux de recherche menés sur l'ICI à l'échelle internationale, mais également pour la situation québécoise. Pourtant, cette question mérite qu'on y accorde une importance de choix puisqu'elle permet d'étudier la mise en place des PBDB dans différents contextes.

Fidélité vs adaptation de l'implantation des PBDP

Les défis liés à l'implantation de l'ICI au Québec ne représentent pas une exception et ceux-ci sont également soulignés à l'échelle internationale (Cook et Odom, 2013; Eikeseth *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2010; Vivanti *et al.*, 2018). En effet, dans le processus d'implantation des PBDP, les milieux peuvent avoir recours à divers types d'adaptations des interventions afin que celles-ci correspondent davantage à leur contexte tout comme à leurs contraintes respectives (Aarons et Palinkas, 2007; Aarons *et al.*, 2012; Chen, 2015; Durlak et DuPre, 2008; Escoffrey *et al.*, 2018). Dans le processus d'implantation des PBDP, l'un des défis est de trouver le juste équilibre entre le maintien de la fidélité d'un programme et l'adaptation de celui-ci à son contexte local (Aarons *et al.*, 2012; Bania, Roebuck et Chase, 2017). D'une part, la fidélité de l'intervention (aussi connue sous d'autres termes anglophones tels que *integrity*, *adherence* ou *compliance*) est définie comme étant le degré de correspondance entre le programme implanté dans le contexte d'un service courant et celui prévu par les

concepteurs d'un programme (Dunsenbury *et al.*, 2003). D'autre part, la notion d'adaptation, aussi connue sous d'autres termes tels que *modification*, *re inventions* ou *drift*, souvent mis en opposition au concept de la fidélité, est définie comme étant la modification délibérée ou accidentelle d'un programme (Aarons *et al.*, 2012). Elle peut inclure des modifications telles que la suppression ou l'ajout d'éléments du programme; des changements dans la façon dont l'intervention est offerte ou dans son dosage prévu dans le manuel, tout comme des modifications du public cible ou liées aux contextes culturels ou aux circonstances locales (Aarons *et al.*, 2012; Bania *et al.*, 2017; Escoffrey *et al.*, 2018).

Si certains auteurs mettent en avant l'importance de mettre en œuvre les PBDP dans les contextes réels fidèlement (sans modifier le protocole original), d'autres soulignent que les adaptations aux PBDP sont jugées positives et nécessaires car elles permettent aux milieux de s'approprier les interventions afin qu'elles correspondent davantage à leurs contextes respectifs (Aarons *et al.*, 2012). Bien que ces deux positions semblent opposées, certains auteurs soulignent plutôt que la fidélité, tout comme les adaptations sont essentielles et complémentaires dans la mise en œuvre, l'efficacité et la pérennité des programmes (Bania *et al.*, 2017; Aarons et Palinkas, 2007; Aarons *et al.*, 2012). Ces deux positions opposent une approche "*top-down*" de l'évaluation de l'implantation, où chaque élément du programme a été réfléchi et doit faire partie de l'intervention, à une approche "*bottom-up*", où la réalité des milieux commande certaines adaptations. Il s'avère que ces deux approches peuvent, en fait, être complémentaires (Bania *et al.*, 2012).

Pour rapprocher la notion de fidélité à celle de l'adaptation, les écrits scientifiques proposent la notion de composantes principales (*core components*). Celles-ci sont définies comme étant les composantes jugées essentielles, car elles sont associées aux effets et il est suggéré de les implanter fidèlement (Aarons *et al.*, 2012). En ce qui concerne les adaptations, bien qu'elles soient considérées comme bénéfiques si elles facilitent la mise en oeuvre dans les divers contextes, elles ne devraient pas être effectuées sur les composantes principales pour ne pas diluer l'efficacité de l'intervention (Aarons *et al.*, 2012; Bania *et al.*, 2012). En ce sens, le maintien de l'équilibre entre la fidélité et l'adaptation des programmes peut se faire à travers la mise en place des composantes jugées essentielles (*core components*) (fidélité), mais aussi par l'adaptation des composantes non essentielles (Aarons *et al.*, 2012). Les composantes principales d'une intervention sont généralement définies à partir d'un consensus d'experts et des écrits scientifiques et sont, par la suite, opérationnalisées afin qu'elles soient mesurables (McGrew, Bond, Dietzen et Salyers, 1994). Dans une optique de diffusion et de réplique des PBDP, les composantes principales de l'intervention permettent une implantation plus uniforme en proposant des balises pour les adaptations (Aarons *et al.*, 2012).

En conclusion, plusieurs auteurs ont documenté les effets de l'ICI mais peu d'entre elles se sont intéressées particulièrement aux notions de fidélité et d'adaptation pour interpréter les effets. Pourtant, ces deux aspects sont nécessaires pour assurer une bonne mise en oeuvre des PBDP dans les différents contextes de services courants (Aarons *et al.*, 2012; Bania *et al.* 2012). Dans le contexte québécois, les auteurs ayant évalué le programme ICI ont souligné son efficacité, mais aussi l'hétérogénéité de son

implantation (Dionne *et al.*, 2016; Gamache *et al.*, 2011; Paquet, Dionne, Joly, Rousseau et Rivard, 2017). Dans cette optique, il semble désormais nécessaire d'aborder le programme ICI sous l'angle de l'évaluation de la fidélité de l'implantation, mais aussi sous l'angle des adaptations effectuées dans le cadre de son implantation en contexte réel. Pour ce faire, il est nécessaire de se situer dans ce vaste champ afin d'évaluer les différentes perspectives d'évaluation possibles ainsi que les approches à préconiser en science de l'implantation.

L'évaluation de la fidélité d'implantation

La science de l'implantation (en anglais, *implementation science*) a recours à l'évaluation de l'implantation pour étudier les contextes dans lesquelles les PBDP sont mises en oeuvre (Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman et Wallace, 2005). Elle ne s'intéresse pas à l'efficacité d'une intervention, mais plutôt au comment et au pourquoi les PBDP sont traduites et mises en oeuvre dans divers contextes (dits *real world context*) (Halle, Metz et Martinez-Beck, 2013). Dans l'ère des PBDP, elle constitue le pont entre les connaissances scientifiques et la pratique dans divers domaines ainsi que dans divers contextes de services tel que la santé mentale et physique, l'éducation, la psychologie, les sciences sociales et la médecine (Fixsen *et al.*, 2005; Halle *et al.*, 2013).

La science de l'implantation s'intéresse à l'ensemble des étapes nécessaires à la mise en place d'une PBDP dans la pratique. Elle étudie d'abord le choix d'une PBDP,

puis son adoption par les milieux de pratique (pré-implantation), son implantation en tant que telle ainsi que l'évaluation de cette implantation. Pour réaliser l'évaluation de l'implantation d'un programme mature (ou implantés depuis plusieurs années), Chen (2015) propose l'approche d'évaluation de la fidélité. Celle-ci a pour but d'évaluer si une intervention mise en œuvre sur le terrain est implantée de façon conforme à la version originale d'un programme (Chen, 2015; Dane et Schneider, 1998 ; Dunsenbury *et al.*, 2003; Hagermoser Sanetti et Kratchowill, 2009; Perplectchikova et Kazdin, 2005).

Sous le terme évaluation de la fidélité de l'implantation, plusieurs modèles ont été proposés (Carroll *et al.*, 2007; Chen, 2015; Dane et Schneider, 1998; Durlak et DuPre, 2008). L'un des modèles couramment utilisés est celui de Dane et Schneider, 1998. L'avantage de celui-ci est qu'il permet de catégoriser une multitude d'informations sur un programme et qu'il peut être appliqué dans différents domaines (p. ex., éducation, psychologie) auprès de différents publics (p. ex., enfants, adolescents ou adultes). À titre d'exemple, il a été utilisé pour recueillir de l'information sur un programme de prévention de la toxicomanie destiné aux adolescents (Dunsenbury *et al.*, 2003; Dunsenbury *et al.*, 2015), dans un contexte de services offerts aux familles en protection de l'enfance (Bérubé *et al.*, 2014) ainsi que dans un programme destiné aux adolescentes victimes d'agression sexuelle (Paquette, Joly et Tourigny, 2010). Les informations recueillies à partir de ce modèle peuvent être mises en lien avec les effets (Dane et Schneider, 1998).

Le modèle de Dane et Schneider (1998) propose de diviser la fidélité en cinq dimensions: 1) l'*adhésion* ou la conformité de l'intervention par rapport au programme prévu, 2) la *qualité* de l'intervention (par exemple, la qualité de la relation entre l'intervention et l'enfant), 3) le *dosage* (ou le degré d'exposition des participants au programme), 4) la *participation* (par exemple, le degré d'engagement des participants dans le programme), 5) la *différenciation*, soit la différence ou la valeur ajoutée d'un programme par rapport au programme habituel. Depuis le modèle de Dane et Schneider (1998), d'autres modèles d'évaluation ont été proposés. Certains auteurs ont développé la notion de composantes essentielles (*core components* ou *program components*) en parlant des éléments qui devraient faire l'objet de l'évaluation de la fidélité (*fidelity criteria*) (Carroll *et al.*, 2007; Mowbray, Holter, Teague et Bybee, 2003). Ces travaux mentionnent l'importance de l'identification des composantes principales du programme, de façon à pouvoir les évaluer dans le cadre d'une évaluation de la fidélité. Les critères de la fidélité d'une intervention sont généralement définis à partir des ingrédients actifs de l'intervention (les éléments responsables des effets de l'intervention), mais aussi à partir de la théorie du programme, des composantes, des activités, du dosage, du protocole et du mode d'administration d'une intervention (Aarons *et al.*, 2012; Ibrahim et Sidani, 2014; Johnson *et al.*, 2018).

En 2007, Carroll *et al.* (2007) ont repris la notion de composantes principales, combinée avec le modèle en cinq dimensions de Dane et Schneider (1998) dans un nouveau modèle permettant d'intégrer la notion d'interaction entre les composantes. Ils proposent d'explicitier la théorie du programme et les ingrédients de la fidélité de l'implantation et de développer des instruments de mesure pour chacun des contextes.

Dans le même sens, Durlak et DuPre (2008) ont aussi présenté des modifications au modèle de Dane et Schneider (1998) en ajoutant trois nouvelles dimensions de la fidélité de l'implantation, soit le monitoring d'un groupe de contrôle, la clientèle rejointe et l'adaptation.

Les différents modèles d'évaluation de la fidélité décrits plus haut visent tous le même objectif, celui de recueillir des informations sur un programme d'intervention de façon à décrire l'implantation et interpréter son efficacité afin d'informer les parties prenantes sur ce qui se passe au sein de celui-ci et identifier des leviers d'amélioration. Le modèle de Dane et Schneider (1998) est la pierre angulaire de plusieurs travaux qui se sont appuyés sur celui-ci par la suite. Il apparaît comme étant le plus utile et pertinent pour recueillir des informations sur un programme mature implanté dans un contexte de services courants car chacune des dimensions est opérationnelle. De plus, ce modèle fournit une précision quant aux cinq dimensions, mais il est suffisamment souple concernant les différents moyens de recueillir les informations (p. ex., observations, entretiens, liste à cocher, mesures autorapportées) en fonction des différents contextes (Dunsenbury *et al.*, 2003).

La majorité des travaux réalisés sur l'ICI ont documenté son efficacité (en contexte de recherche et en contexte de services courants) en adoptant une approche « *top down* ». Cette perspective permet d'établir un lien de causalité étroit entre une intervention et les effets (validité interne) car les études sont menées dans des conditions de recherche idéales et hautement contrôlées, notamment parce les interventions sont mises en oeuvre avec un niveau d'adhérence élevé (dosage,

protocole d'intervention), avec des patients homogènes et coopératifs et mises en oeuvre par du personnel bien formé. Cependant, l'inconvénient de ce type d'étude est qu'il néglige la validité externe en ayant une portée limitée pour la pratique. En conséquence, les cliniciens (ou parties prenantes) qui sont chargés de mettre en oeuvre sur le terrain des PBDP considèrent que les études d'efficacité réalisées avec une approche « *top-down* » sont peu utiles pour la pratique et les informations contenues dans les études d'efficacité ne sont pas suffisantes pour reproduire les interventions dans les services courants (validité externe limitée). Cette limite peut engendrer un fossé entre les connaissances issues de la recherche et le terrain. En conséquence, les parties prenantes des programmes oeuvrant dans les services courants peuvent être réticents à mettre en oeuvre les PBDP ou peuvent avoir recours à certaines adaptations afin d'ajuster les interventions à leurs contextes spécifiques (Castro, Barrera et Martinez, 2004). C'est pourquoi une alternative à l'approche « *top-down* » est l'approche « *bottom-up* », jugée comme étant plus pertinente pour évaluer les programmes sociaux ou de santé car elle permet de mieux refléter les points de vue et les besoins des parties prenantes impliquées dans les services courants. Cette approche permet d'intégrer les points de vue et les intérêts des parties prenantes dans l'évaluation et de générer des résultats ayant une portée pratique supérieure en abordant les questions de la viabilité de l'intervention en contexte réel (est-elle pratique, abordable, convenable et accessible?) (Chen, 2010; Tchala Vignon Zomahoun *et al.*, 2019).

En dépit d'une efficacité démontrée dans les études scientifiques, le programme ICI a été peu étudié sous l'angle de l'implantation. Les études menées sur cette question ont mis en lumière une implantation non homogène de l'ICI, mais aussi une

faiblesse dans la documentation de ce programme (Gamache *et al.*, 2011, Dionne *et al.*, 2016). Implanté depuis 2003 dans les services publics québécois, le programme ICI est dans la phase d'implantation mature. Pour cette phase de vie d'un programme, l'évaluation de la fidélité de l'implantation est recommandée dans les écrits scientifiques afin d'étudier la mise en œuvre d'un programme dans un contexte de l'application de services courants. Elle permet de vérifier le niveau de conformité entre une PBDP et sa mise en œuvre dans la pratique (Cook et Odom, 2013; Vivanti *et al.*, 2018). En d'autres mots, elle permet de voir comment une PBDP, évaluée en contexte de recherche (*efficacy*) est mise en place dans le contexte de services courants (*effectiveness*). Pour ce faire, bien que différents modèles aient été proposés, celui de Dane et Schneider (1998) semble le plus approprié pour l'évaluation d'un programme implanté dans un contexte réel, car il permet à la fois de recueillir des informations sur l'intervention (adhérence, dosage, qualité, participation), mais aussi de documenter les éléments distinctifs de l'implantation (différenciation). En ce sens, l'avantage de ce modèle est qu'il permet de dépasser l'évaluation stricte du protocole d'intervention en intégrant la notion d'adaptation comme faisant partie intégrante des éléments à documenter dans le cadre de l'évaluation de l'implantation (Dane et Schneider, 1998).

La notion de fidélité, tout comme la notion d'adaptation doivent être considérées, car elles sont complémentaires dans le processus d'implantation et d'évaluation d'une PBDP dans la pratique. En ce sens, une juxtaposition de ces deux perspectives constitue une combinaison de choix pour documenter l'implantation de l'ICI dans le contexte des écrits scientifiques, mais aussi celui du contexte réel d'intervention. Elle combine donc l'approche "*top-down*" et l'approche "*bottom-up*",

considérées comme étant complémentaires pour aborder la question de l'évaluation d'une PBDP en contexte réel (Chen, 2010; Tchala Vignon Zomahoun *et al.*, 2019). Cette thèse propose donc d'étudier l'ICI selon deux perspectives (2 volets).

Objectifs de recherche et considérations méthodologiques

Dans le cadre de cette thèse, il est proposé d'étudier la question de la fidélité de l'implantation de l'ICI en prenant appui sur le modèle de Dane et Schneider (1998) selon deux perspectives complémentaires. La thèse est donc divisée en deux volets. Le chapitre II correspond au premier article de la thèse. Il s'intéresse à l'évaluation de la fidélité de l'implantation telle que documentée dans les études ayant porté sur les effets de l'ICI. Il a pour objectifs de : 1) Recenser les études qui ont évalué les effets de l'ICI (2005-2015); 2) Examiner quelles composantes de la fidélité de l'implantation ont été documentées et 3) Vérifier si ces informations ont été mises en relation avec les effets. Pour répondre à ces objectifs, la méthode de la revue systématique a été utilisée. Celle-ci a comme avantage de recenser de façon très précise les écrits sur un sujet donné à partir de critères d'inclusion spécifiques (Liberati *et al.*, 2009). Ce volet de la thèse a été publié sous forme d'article dans la revue *Evaluation and Program Planning* (Caron, Bérubé et Paquet, 2017).

Le chapitre III correspond au second article de la thèse. Ce second volet permet d'aborder l'ICI dans une perspective de recherches basées sur la pratique en s'intéressant à la perception des intervenants qui implantent l'ICI dans un service

courant québécois. Il a comme objectif de décrire le point de vue des intervenants sur les composantes essentielles de la fidélité de l'implantation de l'ICI ainsi que les adaptations jugées favorables. Pour répondre à ce dernier objectif, la seconde méthode utilisée dans cette thèse est la démarche inductive. Pour ce faire, un site québécois responsable de la mise en oeuvre de l'ICI a été sélectionné afin de réaliser des entretiens semi-dirigés permettant de recueillir les perceptions des intervenants quant à l'implantation actuelle de l'ICI dans leur établissement. Le questionnaire a été élaboré à partir des dimensions du modèle d'évaluation de la fidélité de Dane et Schneider (1998). L'analyse thématique (Paillé et Muchielli, 2012) des entretiens a permis d'analyser les perceptions des intervenants quant à la manière dont ils implantent le programme ICI dans leur établissement, en permettant d'identifier les éléments du programme qu'ils considèrent essentiels et ceux qu'ils ont adaptés. Ce second volet de la thèse a été publié sous forme d'article dans la *Revue de psychoéducation* (Caron, Paquet et Bérubé, 2019).

Le chapitre IV est constitué d'une discussion générale des résultats obtenus dans le cadre des deux volets de la thèse. Il permet de discuter des résultats et des enjeux associés à l'évaluation de l'implantation de l'ICI. Ce chapitre aborde également les apports de cette thèse en regard de la pratique des psychoéducateurs. Le chapitre V constitue la conclusion et présente les forces, les limites de la thèse ainsi que certaines perspectives de recherche futures.

Conformément aux directives du Comité des programmes d'études supérieures en psychoéducation pour le dépôt d'une thèse de doctorat par articles, les directives de publication de chacune des revues ciblées pour la publication de ces derniers sont présentées aux Appendices A et B. Les articles ont été rédigés selon les directives de publication de chacune des revues et insérés dans la thèse. Une liste de références est présentée à la suite de chacun des articles. Les références pour les chapitres I, III, V et VI sont présentées à la fin de la thèse. Enfin, en raison de la forme d'une thèse par articles, certaines redondances dans le texte n'ont pu être évitées d'un chapitre à l'autre. Par conséquent, certaines informations ont été présentées à plus d'un endroit dans la thèse. Les lecteurs sont donc priés de bien vouloir excuser l'auteur à cet égard.

Chapitre II: Article 1

Cet article a été publié :

Caron, V., Bérubé, A. et Paquet, A. (2017). Implementation evaluation of early intensive behavioral intervention programs for children with autism spectrum disorders: A systematic review of studies in the last decade. *Evaluation and Program Planning*, 62, 1-8.

**L'évaluation de l'implantation des programmes d'intervention précoces
intensifs auprès des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme: Une
revue systématique des écrits de la dernière décennie**

Résumé

Pour les jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme, l'une des interventions de choix est l'intervention comportementale intensive (ICI) (*Early Intensive Behavioral Intervention*). Depuis les dix dernières années, l'efficacité de cette intervention a été abondamment documentée en fonction de différents paramètres, tels que l'intensité et la durée. En dépit des avancées importantes concernant l'efficacité, les données sur l'implantation de cette intervention sont souvent décrites de façon partielle et les ingrédients essentiels sont rarement mis en lien avec les effets.

Objectifs: Cette étude vise à recenser les études ayant porté sur l'ICI offerte aux enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme publiées au cours des dix dernières années (2005-2015), d'examiner quelles composantes de la fidélité de l'implantation ont été documentées et vérifier si ces informations ont été mises en relation avec les effets. Les études ont été recensées à partir de la méthode de la revue systématique (*PRISMA guidelines*) et analysées à partir des dimensions du modèle de Dane et Schneider (1998).

Résultats: Les résultats mettent en évidence que plusieurs études fournissent des informations sur le dosage ainsi que sur l'adhérence de l'intervention plusieurs mais peu d'entre elles n'en tiennent pas compte dans l'analyse des effets. De plus, la majorité des études analysées n'ont pas documenté les dimensions de la qualité, de la participation et de différenciation de l'intervention offerte.

Conclusions: Les informations sur l'implantation sont partiellement décrites dans les articles analysés dans cette revue systématique. En ce sens, une meilleure description de l'implantation de l'ICI, tout comme une évaluation systématique des différentes dimensions semblent nécessaires pour nuancer les effets de l'intervention.

Mots clés: *Early intensive behavioral intervention, autism, implementation science*

**Implementation evaluation of early intensive behavioral intervention programs
for children with autism spectrum disorders: A systematic review of studies in
the last decade**

Caron, Valérie ¹

Bérubé, Annie ²

Paquet, Annie ¹

¹ Université du Québec à Trois-Rivières, Département de psychoéducation, 3351
Boulevard des Forges, Trois-Rivières, QC G9A 5H7, Canada, valerie.caron1@uqtr.ca

² Université du Québec en Outaouais, Département de psychoéducation, Pavillon
Alexandre

Taché, 283 Boulevard Alexandre-Taché, Gatineau, QC, J9A 1L8, Canada,
annie.berube@uqo.ca

Corresponding author

Valérie Caron, Université du Québec à Trois-Rivières, Département de
Psychoéducation,

3351 Boulevard des Forges, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7, Canada,
valerie.caron1@uqtr.ca

Abstract

For young children with autism spectrum disorders, one of the choice interventions is *Early Intensive Behavioral Intervention*. Over the past ten years, its effectiveness has been abundantly evaluated based on various parameters, including the intensity and duration of the intervention. Despite major advances in effectiveness evaluation, data concerning the implementation of the intervention are often described briefly, and the active ingredients of the intervention are but rarely linked to the documented effects.

Objectives: This study aims at reviewing with a systematic method, the studies pertaining to EIBI provided to children with autism spectrum disorders over the past ten years (2005-2015) and at documenting the program implementation components described in the studies, based on Dane and Schneider's (1998) model in accordance with PRISMA guidelines.

Results: The results show that, although the variables related to intervention dosage and protocol are relatively well described, the authors do not always consider them in the effects analysis. Furthermore, the majority of the studies did not report information on intervention participation, differentiation or quality.

Conclusions: Data concerning the implementation of the intervention are partially described in the articles retained. In this regard, a better description of the intervention provided and a more systematic evaluation of its implementation seem necessary to detect the subtle differences in the effects of the intervention.

Keywords: *Early intensive behavioral intervention, autism, implementation science, preschool child*

1. Introduction

The prevalence of children with autism spectrum disorders (ASD) is now estimated at one in 68 children (CDC, 2014), or even one in 45 according to one recent survey (CDC, 2015). In Canada, the data indicate a slightly lower prevalence rate, of one in 127 children (Lazoff, Zhong, Piperni, & Fombonne, 2010). Parallel to the increasing prevalence is a rapidly growing demand for autism services (Keenan et al., 2014). To date, *Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI)*, which is based on the principles of applied behavioral analysis (ABA), is recognized as a choice intervention for young children, as demonstrated in various systematic reviews and meta-analyses (Eikeseth, 2009; Eldevik *et al.*, 2009; Huffman, Sutcliffe, Tanner, & Feldman, 2011; Makrygianni & Reed, 2010; National Autism Center, 2009; National Autism Center, 2015; Reichow, 2012; Reichow, & Wolery, 2009; Virués-Ortega, 2010). This type of intervention helps, notably, to improve the children's levels of adaptive functioning as well as their language, while reducing the severity of their autism-related symptoms, such as stereotypical gestures and behavioral disorders (Odom, Boyd, Hall, & Hume, 2010; Odom, Collet-Klingberg, Rogers, & Hatton, 2010; Reichow, 2012; Reichow, Barton, Boyd, Hume, 2014; Virués-Ortega, 2010; Warren et al., 2011; Young, Corea, Kimani & Mandell, 2010; Wong et al., 2014). EIBI programs use a variety of ABA-based intervention procedures or strategies. The National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders (NPDC) has identified 27 focused ABA-based interventions, including Antecedent-Based Intervention, Discrete Trial Teaching, Reinforcement, Prompting, Task Analysis or Visual Supports (Wong et al., 2014). To distinguish these specific strategies from the more comprehensive programs, some authors propose two broad categories of autism intervention: Comprehensive

Treatment Models (CTM) and Focused Interventions (Eikeseth & Klintwall, 2014; Odom, Boyd et al., 2010). This study focuses particularly on CTM.

1.1 Intervention success factors

Some conditions are now known to contribute to the effectiveness of EIBI programs for children; they include early intervention, a child-caseworker ratio of 1:1, an intensity of 25 to 40 hours per week, a minimum duration of 12 months, the caseworker's training in the principles of ABA, supervision of the intervention, parental training and parental participation (Fava & Strauss, 2014; Granpeesheh, Dixon, Tarbox, Kaplan, & Wilke, 2009; Makrygianni & Reed, 2010). Despite major advances in evidence-based practices, a gap remains between the scientific knowledge and the services provided in several educational areas, notably those designed for children with ASD (Cook & Odom, 2013; Odom, 2009; Odom et al., 2005; Odom, Collet-Klingenberg, Rogers & Hatton, 2010). Therefore, application of the knowledge is not always guaranteed, and intervention centers do not always have the capacity to translate best practices faithfully into intervention services (Cook & Odom, 2013).

1.2 Implementation outcomes

Implementation data are essential information that reflect how the programs were applied (Proctor et al., 2011). These data serve as indicators that can be used to document prior conditions that are required to achieve the objectives of community-based services. The attention given to the implementation measures helps improve our knowledge of the factors that influence the effectiveness of an intervention, in addition

to providing the information needed to export evidence-based interventions to various sites outside a laboratory context (Proctor et al., 2011).

1.3 Implementation fidelity

Fidelity is an implementation component (Dunsenbury, Brannigan, Falco et Hansen, 2003; Proctor et al., 2011). It is defined as the degree of compliance with which an intervention was implemented with respect to the program authors' original plans (Dunsenbury et al. 2003; Rabin et al., 2008). Among the data that could be collected when evaluating the implementation of an intervention program, fidelity is one component that is regularly assessed. Although there is no consensus on the best method to accomplish this, fidelity is generally measured by comparing the evidence-based intervention with the intervention actually implemented in the center (Proctor et al., 2011). This variable is also considered to be the critical link between research and practice. In the absence of implementation data, even the most effective intervention will not yield the desired outcomes (Cook & Odom, 2013).

1.4 Implementation fidelity dimensions

In other areas of psychosocial intervention, the scientific literature emphasizes very clearly that data concerning the implementation of a program cannot be ignored, because they help in understanding and interpreting the effectiveness of an intervention, in addition to providing the information required to replicate the intervention in practice (Bérubé, Coutu, Dubeau, Lafantaisie & Devault, 2012; Bérubé, Lafantaisie, Dubeau, Coutu, Caron et Devault, 2014; Dunsenbury et al., 2003; Durlak,

2010; Durlak & DuPre, 2008; Gresham, 2009; Joly, Touchette, & Pauzé, 2009; Matson & Jang, 2013; Proctor et al., 2011).

Among the most commonly used models in the scientific literature, the one by Dane and Schneider (1998) was retained by several authors to document the implementation of a program (Durlak & DuPre, 2008; Dunsenbury et al., 2003; Meyers, Durlak & Wandersman, 2012). This model is used to evaluate and describe the various components of an intervention program implemented in public services, in various fields of intervention (Bérubé et al., 2014; Dunsenbury, Brannigan, Falco, & Hansen, 2003; Dunsenbury, Brannigan, Hansen, Walsh, & Falco, 2005; Paquette, Joly, & Tourigny, 2010). It further serves to classify a multitude of implementation data under the following five components: 1) *adherence*, or adherence, of the intervention with respect to the proposed program; 2) *quality* of the intervention, for example the quality of the relationship between the caseworker and the child; 3) *dosage*, or the participants' degree of exposure to the program; 4) *participation*, namely the participants' degree of engagement in the program; and 5) *differentiation*, that is, the difference between the program received and the interventions usually received by the clientele.

1.5 Implementation outcomes and the field of ASD

Several authors have found that the majority of published studies do not provide much information on program implementation in real-life intervention contexts (Cook & Odom, 2013). In fact, advances made in the field of implementation sciences continue to be ignored by the EIBI community (Cook & Odom, 2013; Matson & Jang,

2013; Sanetti & Kratchowill, 2009). To our knowledge, the model by Dane and Schneider (1998) has never been used to describe the implementation of EIBI programs with children with ASD. Yet, the use of this model in other research areas has demonstrated the influence of these dimensions on the intervention effects. For instance, several school-based prevention programs show that a higher quality intervention implementation is associated with greater effects (Askill, Williams, Dix, Lawson, & Slee, 2013; Dunsenbury et al., 2005; Little, Riggs, Shin, Tate, & Pentz, 2015; Pettigrew et al., 2015). A significant meta-analysis on the subject led to the conclusion that the intervention effect size is from two to three times greater when researchers control the degree of implementation of the program (Durlak & Dupré, 2008). In the field of ASD, other authors have highlighted the importance of documenting intervention fidelity to better understand the effects (Hume et al., 2011; Wheeler et al., 2009). Furthermore, a few years ago, Wheeler and colleagues (2009) found that only 36% of the studies published between 1996 and 2006 included an implementation evaluation measure. Unfortunately, the degree of implementation has rarely been considered in studies on the effectiveness of EIBIs (Cook & Odom, 2013; Odom, Cox, Brock, 2013; Wheeler et al., 2009). Moreover, several authors advise caution when interpreting the effectiveness of an intervention and insist that in the absence of information on the implementation, it is difficult to understand what caused the effects (Cook & Odom, 2013; Fiske, 2008; Gresham, Kristin, Gansle & George, 1993; Hume et al., 2011; McIntyre, Gresham, DiGennaro & Reed, 2007; Peterson, Horner, & Wonderlich, 1982; Odom, Cox & Brock, 2013; Wheeler, Baggett, Fox & Belvins, 2006; Wheeler et al., 2009). Yet, applied in the field of EIBI, implementation evaluations would help researchers and practice communities pinpoint the factors that

are important to consider to optimize the effects of interventions designed for young children with ASD. Given the current state of knowledge on EIBI and the limited focus on the implementation of these programs, the purpose of the present study is to 1) review the studies having evaluated the EIBIs provided to children with ASD over the past ten years, 2) examine which implementation components were documented, and 3) check whether this information was linked to the data on the effects. We therefore examined experimental and quasi-experimental studies that measured the effects of EIBI on preschool children.

2. Method

A literature search was conducted in the following databases: MedLine, PubMed and Science Direct Elsevier with a PRISMA Guidelines (Liberati et al., 2009). The keywords used in the search were *early intensive behavioral intervention* associated with *autism*, *pervasive development disorder* and *autism spectrum disorder*, *child* and *preschool*. Also included were reference lists drawn from meta-analyses and systematic reviews published in the target period for this review, that is, between 2005 and 2015, to further enrich the search (Eikeseth, 2009; Eldevik et al., 2009; Huffman, Sutcliffe, Tanner, & Feldman, 2011; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2013; Makrygianni & Reed, 2010; National Autism Center, 2009; Odom et al., 2010a; Odom et al., 2010b; Reichow, 2012; Reichow, Barton, Boyd, Hume, 2014; Reichow, & Wolery, 2009; Virués-Ortega, 2010; Warren et al., 2011; Young et al., 2010; Wong et al., 2014). The literature search was performed by the first author using the NPDC classification (Wong et al., 2014). The articles retained thus pertain more specifically to CTM. Articles concerning the effects of "focused

interventions" were removed from the selection. A second person then evaluated the articles selected by the first author. This second evaluator holds a Ph.D., is a professor in the field of autism, and has experience, training, as well as publications in scientific journals, in the field of EIBI intervention evaluation.

Inclusion and Exclusion Criteria

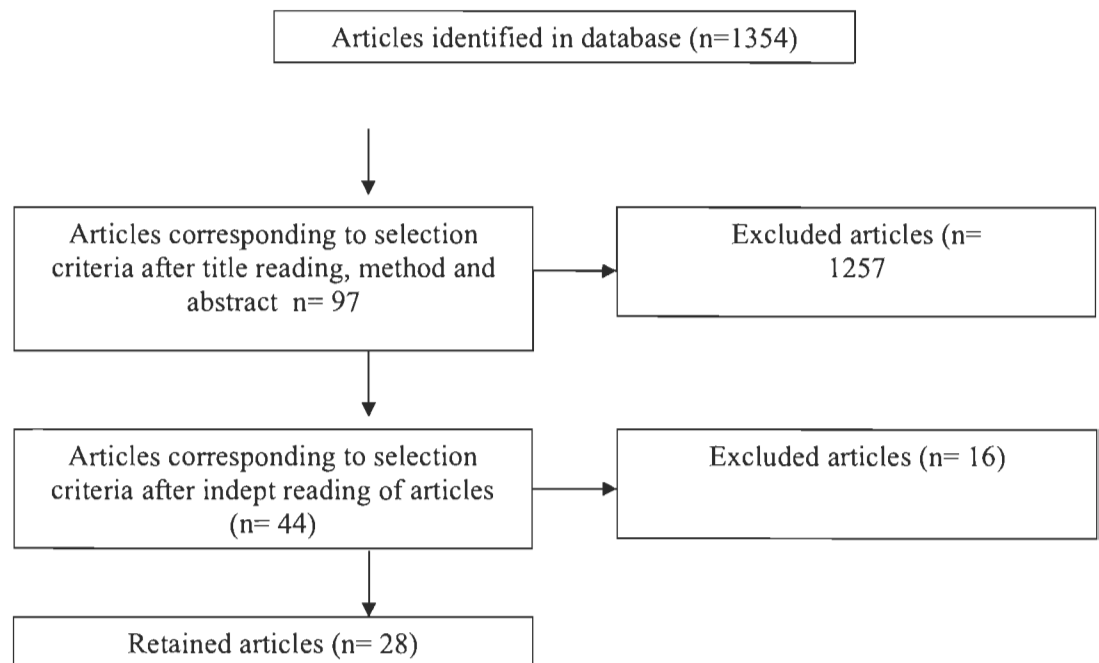
Seven criteria were used to select which studies to retain for the review. To be eligible, the articles had to 1) concern the evaluation of ABA-based EIBI; 2) target children with ASD aged 7 years or under; 3) pertain to various spheres of development (e.g., communication, social skills, increase/decrease in behaviors); 4) be intensive (15 hours per week or more); 5) be offered over a minimum period of six months; 6) be center-, classroom-, home- or preschool-based; 7) be published in English or in French, between 2005 and 2015.

3. Results

To begin, this literature search turned up 1354 articles. A first reading led to the elimination of 1257 articles. Next, the third author conducted a second evaluation of the articles retained by the first author. Another 55 articles were then excluded because they did not meet all the selection criteria. Finally, another 16 articles were removed following the reading of either the Method sections or the entire articles. Table 1 presents process used to select the articles. Once the selection protocol was complete, there remained 28 studies that met the selection criteria listed above (These articles are identified with an asterisk in the reference list). These 28 articles were coded based on

an evaluation grid that was developed for this purpose based on the five components of Dane and Schneider's (1998) fidelity evaluation model. One third of the articles was independently recoded by the second author of the article. This second evaluator holds a Ph.D, is a professor in the field of program evaluation, and has publications in scientific journals in the field of psychosocial intervention evaluation relating to the model retained. Disagreements were discussed and another almost 20% (6/26) of the articles were independently coded to obtain an interjudge agreement of 100%.

Table 1 Article Selection Process



The articles retained are presented in alphabetical order in Table 2. Each of the articles was coded so as to document the presence or absence of an evaluation by the authors of the five implementation dimensions (in accordance with Dane and

Schneider's model) as well as their relationship with the effects. For this purpose, the following criteria were used: 1) the dosage received by the participants was evaluated; 1.1) the information on the dosage was linked to the intervention effects; 2) adherence to the program was assessed; 2.1) the authors considered adherence in the intervention effects analysis; 3) the authors evaluated the difference between their intervention and a comparison one; 3.1) the researchers linked the degree of differentiation to the intervention effects; 4) the quality of the intervention was evaluated; 4.1) the intervention effects were linked to the quality evaluation; 5) the authors measured the children's participation; and 5.1) the participation data were linked to the intervention effects.

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 14) Magiati et al. (2007) | USA | Y | Y | N | N | N | N | N | N | N | N |
| 15) MacDonald et al. (2014) | USA | Y | N | N | N | N | N | N | N | N | N |
| 16) Perry et al. (2008) | Canada | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N |
| 17) Perry et al. (2011) | Canada | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N |
| 18) Remington et al. (2007) | USA | Y | Y | N | N | N | N | N | N | N | N |
| 19) Rivard et al. (2014) | Canada | Y | N | N | N | N | N | N | N | N | N |
| 20) Sallows & Graupner (2005) | USA | Y | N | Y | N | N | N | N | N | N | N |
| 21) Smith, I. et al. (2010) | USA | N | N | Y | N | N | N | N | N | N | N |
| 22) Smith, I. et al. (2015) | Canada | N | N | Y | N | N | N | N | N | N | N |
| 23) Smith, T. et al. (2015) | USA | Y | Y | Y | N | N | N | Y | N | N | N |
| 24) Stock et al. (2013) | Canada | Y | N | Y | N | N | N | N | N | N | N |
| 25) Strauss et al. (2012) | Italy | Y | N | Y | Y | N | N | N | N | N | N |
| 26) Virués-Ortega et al. (2013) | Spain | Y | Y | N | N | N | N | N | N | N | N |
| 27) Vivanti et al. (2013) | Australia | Y | Y | Y | N | N | N | N | N | N | N |
| 28) Vivanti et al. (2014) | Australia | Y | Y | N | N | N | N | Y | N | N | N |
| Compilation | | 19/28 | 10/28 | 8/28 | 2/28 | 0/28 | 0/28 | 1/28 | 0/28 | 0/28 | 0/28 |
| | | 73 % | 36% | 31 % | 8 % | 0 % | 0 % | 4 % | 0 % | 0 % | 0 % |

Dosage

This dimension refers to the participants' degree of exposure to the intervention offered. Even though all the authors indicate the proposed dosage, they do not systematically give information on the dosage actually administered to the children participating in the program. Among the 28 studies selected, 21 (75%) evaluated the dosage received by each participant (Berlinger et al., 2005; Cohen et al., 2006; Eapen et al., 2013; Estes et al., 2015; Eikeseth et al., 2012; Fava et al., 2011; Fernell et al., 2011; Flanagan et al., 2012; Howard et al., 2014; Magiati et al., 2007; MacDonald et al., 2014; Remington et al., 2007; Rivard et al., 2014; Sallows & Graupner, 2005; Smith et al., 2015b; Stock et al., 2013; Strauss et al., 2012; Virues-Ortega & Rodriguez, 2013; Vivanti et al., 2013; Vivanti et al., 2014). The dosage provided varies between 15 and 35 hours per week, and the duration, from six to 36 months. Additionally, ten nine articles (36%) considered the dosage variable in the intervention effects analysis (Estes et al., 2015; Fava et al., 2011; Fernell et al., 2011; Flanagan et al., 2012; Magiati et al., 2007; Remington et al., 2007; Smith, Flanagan et al., 2015; Virues-Ortega & Rodriguez, 2013; Vivanti et al., 2013; Vivanti et al., 2014).

Two main trends emerged from the studies that did consider dosage in the effects analysis. Some authors conclude that a higher value for this variable (hours per week and program duration) produces greater benefits for the children (Flanagan et al., 2012; Magiati et al., 2007; Remington et al., 2007; Rivard et al., 2014, Virues-Ortega & Rodriguez, 2013). Others conclude rather that the dosage does not necessarily influence the effects, but that other variables, such as the child's, parents' and caseworkers' characteristics, do (Fernell et al., 2011; Strauss et al., 2012; Vivanti et al., 2013).

Adherence

This dimension concerns the extent to which the intervention complied with the proposed program. In all the studies, the authors provide information regarding the intervention offered. The most frequently mentioned interventions include discrete trial teaching, natural environment teaching, and incidental teaching. UCLA, Verbal Behavior and Pivotal Response Training, in addition to various intervention curriculums, are the most commonly cited intervention models (Maurice, Green, & Luce, 1996; Koegel & Koegel, 1995). However, only nine of the 28 studies (32%) conducted a compliance (or adherence) assessment. The two main tools used were: a checklist filled out after the viewing of videotapes of the intervention sessions (Estes et al., 2015; Fava et al., 2011; Sallow & Graupner, 2005; Strauss et al., 2012; Stock, Miranda & Smith., 2013; Vivanti et al., 2013; Vivanti et al., 2014) and an observational measure of the intervention sessions (Smith et al., 2010; Smith et al., 2015; Smith et al., 2015b). Finally, despite the mention of an intervention adherence assessment in these eight studies, only two (8%) analyzed the relationship between this variable and the intervention effects (Fava et al., 2011; Strauss et al., 2012). The authors concluded that a high level of fidelity on the part of the caseworkers helps improve the children's behaviors and decrease parental stress.

Differentiation

This dimension serves to distinguish between two intervention types and to identify which program component is related to the effects. Among the articles evaluated, 16 (62%) compared the effectiveness of two intervention types, e.g., eclectic programs versus an ABA-based one or two programs with different dosages (Eikeseth et al., 2012; Fava et al., 2011; Flanagan et al., 2012; Fernell et al., 2011; Howard et al., 2005; Howard et al., 2014; MacDonald et al., 2014; Magiati et al., 2007; Smith et al., 2010; Smith et al., 2015; Remington et al., 2007; Rivard et

al., 2014; Sallows & Graupner, 2005; Stock et al., 2013; Strauss et al., 2012; Viruès-Ortega et al., 2013). Nevertheless, none of the studies performed an actual differentiation assessment to see how much the programs offered differed from one another and to which program component the results could be attributed. Without this analysis of the various program components, it is especially difficult to pinpoint which EIBI particularities account for the advantages of this program over the so-called eclectic ones. In fact, other than the dosage, the content of each type of intervention is poorly described and is not analyzed in terms of differentiation.

Quality

Although this dimension may be evaluated from various angles depending on the authors, it generally concerns the quality of the services provided, notably how well the caseworker masters the program; the characteristics related to the caseworker's know-how; and the relationship between the caseworker and the program recipient, whom, in this case, is a child with an autism spectrum disorder. Among the 28 studies examined, only two articles (7%) evaluated this dimension (Smith et al., 2015b; Vivanti et al., 2013). Despite the mention of quality evaluation in this article, the authors did not evaluate the relationship between this variable and the intervention effects. For the other 27 articles, consequently, the information on quality could not be used in the intervention effects analysis to determine whether this variable could influence the effectiveness of the intervention.

Participation

This dimension concerns the participants' degree of engagement in an intervention program, for example, their level of attention during tasks. None of the 28 studies selected documented this component. As in the case of quality, in the absence of information on

participation, the effects analysis could not show whether this dimension could have an impact on the effects of EIBI.

In total, among the articles evaluated, only 11 (39%) considered one or several implementation components in the intervention effects analysis. More specifically, 10 articles (36%) analyzed the dosage data, one article (4%) considered information on adherence, and another one (4%) incorporated both dosage and adherence in the effects analysis.

4. Discussion

These results illustrate clearly that the data on intervention implementation are often partially described in studies on the effectiveness of EIBI. In this branch of intervention, as in several others, quantity (or intervention dosage) is a widely studied variable in the scientific literature, but implementation quality evaluations remain the exception rather than the rule (Cook & Odom, 2013; Downer & Yazejian, 2013; Fiske, 2008; McMahon & Cullinan, 2014; Odom, Cox & Brock, 2013; Wheeler et al., 2009). In the articles retained, the most commonly evaluated dimensions are intervention dosage and adherence. Nonetheless, the description of the intervention offered is often general and imprecise. The authors usually mention the proposed dosage and the reference curriculum but do not systematically assess adherence to these parameters in practice. In the articles evaluated, several authors do not use the information regarding implementation to analyze and interpret the intervention effects and identify the variables that influence the progress of children receiving the program.

Furthermore, none of the studies specifically analyzed the difference between two intervention types to help identify specifically which program components were responsible for the effects or the extent of the difference between ABA-based programs and eclectic ones.

Instead, the authors generally used variables related to the children (e.g., age, adaptive functioning level, intellectual quotient or symptom severity prior to the intervention) to analyze the intervention effects, but did not examine how these variables relate to the characteristics of the intervention received. Furthermore, most of the authors did not include a fidelity measure in their studies to help understand the implementation process and the relationships between the implementation and the results of the intervention, as suggested by Proctor and colleagues (2011), among others.

The scientific literature recommends implementing EIBI programs for 25 to 40 hours per week over a period of 12 to 24 months (Fava & Strauss, 2014; Granpeesheh et al., 2009; Makrygiannis & Reed, 2010). The intensity of the intervention offered in the 26 studies evaluated varies between 15 and 35 hours per week, over a period varying from six to 36 months. Whereas some authors conclude that the dosage (or intensity) of the intervention is a variable that mediates the effects (Flanagan et al., 2012; Magiati et al., 2007; Remington et al., 2007; Rivard et al., 2014, Virues-Ortega & Rodriguez, 2013), others qualify these conclusions by pointing out that the effects are influenced mostly by the variables related to the children, such as their development level before the intervention, as well as by those related to the parents and caseworkers (Fernell et al., 2011; Strauss et al., 2012; Vivanti et al., 2013).

Concerning adherence, little attention was given in the studies examined to systematically evaluating the intervention protocol implemented compared with the one initially proposed. The studies published in the past ten years that were retained based on the above-described selection criteria generally give little information concerning the intervention provided, as already pointed out by other authors (Cook & Odom, 2013; Fiske, 2008; Gresham, Kristin, Gansle & George, 1993; Matson & Jang, 2013; McIntyre, Gresham, DiGennaro & Reed, 2007;

Wheeler et al., 2009). The few authors who did assess adherence to the intervention protocol did so notably using checklists and by systematically observing videos of the intervention sessions. However, only one of the studies linked this information to the effects of the programs evaluated, and it shows that intervention-related variables, notably application adherence, influence the effects on the children (Strauss et al., 2012).

Regarding the differentiation dimension, despite several studies including a comparison group, none attempted to distinguish which specific components of each program were responsible for its effectiveness or to determine how much the interventions actually differed from one another. Finally, information on the quality and participation dimensions is practically non-existent in the articles retained and, consequently, was not used to interpret the intervention effects. These results clearly demonstrate the limitations relating to implementation evaluation in studies on the effectiveness of EIBI administered to children with ASD (Cook & Odom, 2013; Fiske, 2008; Gresham, Kristin, Gansle & George, 1993; McIntyre, Gresham, DiGennaro & Reed, 2007; Odom, Cox, Brock, 2013; Wheeler et al., 2009).

In other fields, authors use the information on the program implementation to better understand the factors responsible for the progress and to interpret the effects in light of this information (Durlak & Dupré, 2008; Paquette et al., 2010). The implementation of an intervention protocol is not guaranteed, and the programs may be modified or adapted in practice. Without implementation data, it is risky to conclude that an intervention is effective, since the one implemented could differ from the one originally proposed. The risk is even greater in the case of an intervention like EIBI, which consists of several procedures that are applied differently depending on each child's development level and needs.

Among the various tools used to evaluate implementation fidelity, self-reported measures as well as checklists based on direct observation and audiotapes seem to be the most commonly used (Fava et al. 2011; Sallows & Graupner 2005; Smith et al. 2010; Stock et al. 2013; Strauss et al., 2010). Regarding the field of autism, a few tools have emerged without, however, being generalized in the publications on EIBI effectiveness evaluation (Whitehead, Blacklock, & Perry, 2012). Despite the relevance of these means, these various fidelity evaluation tools are "home-made" and specific to each program evaluated. In fact, to date, there does not seem to be a consensus on what constitutes EIBI. Definitions differ from one program or study to the next. Consequently, authors who propose measures of implementation fidelity or quality focus on elements that differ from the CTM. This makes it difficult to access standardized evaluation tools that match their model.

In the era of Evidence-Based Practices, it is crucial that implementation measures be incorporated in future research and that they be analyzed in the effects evaluation. Thus far, despite being partially used in a few studies, these data are generally treated as components of prior training for caseworkers, and not as influencing factors in intervention effectiveness. Concerning their contribution for clinical settings, implementation measures could serve as a guide for applying and evaluating practices, in addition to ensuring standardization between centers.

Despite the important contribution of the NPDC's work regarding implementation and evaluation of focused intervention, few tools or methods seem to be currently available for intervention centers that would like to implement good practices in comprehensive programs (CTM) as defined by the NPDC (Wong et al., 2014). Therefore, future work in the field of EIBI should focus on developing standardized evaluation tools that could be used to regularly assess

implementation fidelity of the comprehensive models (CTM) and provide guidelines to intervention centers that would like to use them. This type of tool would undoubtedly represent the way to faithfully implement evidence-based quality practices in the community's intervention centers.

Lessons Learned

Several interventions are now identified as being effective for intervening with young children (Wong et al., 2014). The term "EIBI," commonly used in the field of ASD, refers notably to the use of ABA principles and procedures. It would thus be important to take a close look at the fidelity and quality of the implementation of these procedures with children with ASD. In the future, studies on the effectiveness of EIBI should provide more information on all the dimensions of the programs evaluated, as suggested in Dane and Schneider's (1998) model. The present review shows that dosage and adherence are currently well described, but that few studies provide sufficient information to replicate the intervention in practice and systematically assess adherence to the proposed intervention protocol.

Finally, the evidence-based practices movement is now very present in the field of ASD intervention. EIBI is recognized for its effectiveness with children, but it may also comprise a variety of intervention procedures that are somewhat ill-defined for the purpose of putting them into practice (Cook & Odom, 2013; Dillenburger et al., 2014). A better definition of EIBI programs, as well as improved evaluations of their implementation in practice, seems necessary to ensure that children with ASD and their families derive benefits from the interventions. In the future, it is imperative that the issue of implementation evaluation be considered by the various actors involved in the design, implementation and evaluation of the programs. Program designers should provide various means of evaluating the implementation for each program or

published curriculum so that clinicians can ensure proper implementation and ongoing evaluation of the main intervention ingredients. Researchers should evaluate the various implementation components using tools that can help link the components to the intervention effects. Those tools are mostly home-made instruments that are customized to reflect the particularities of the intervention and often take the form of checklists, observation grids and self-report questionnaires (Proctor et al., 2011). The results of these evaluations could thus guide decision makers by shedding light on which components are best suited for ensuring effective interventions and quality services for children with ASD and their families.

References

- Askell-Williams, H., Dix, K. L., Lawson, M. J., & Slee, P. T. (2013). Quality of implementation of a school mental health initiative and changes over time in students' social and emotional competencies. *School Effectiveness and School Improvement, 24*(3), 357-381.
- * Ben-Itzhak, E., & Zachor, D. A. (2007). The effects of intellectual functioning and autism severity on outcome of early behavioral intervention for children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 28*, 287-303.
- Bérubé, A., Lafantaisie, V., Dubeau, D., Coutu, S., Caron, J., & Devault, A. (2014). Using implementation evaluation to uncover a child neglect prevention program. *Evaluation and Program Planning, 45*, 1-8.
- Bérubé, A., Coutu, A., Dubeau, D., Lafantaisie, V., Devault, A. (2012). Propositions théoriques et pratiques pour l'évaluation des programmes en négligence. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 27*(1), 93-115.
- * Beglinger, L., & Smith T. (2005). Concurrent validity of social subtype and IQ after early intensive behavioral intervention in children with autism: a preliminary investigation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35*(3), 295-303.
- Center for Disease Control and Prevention (2014). Prevalence of autism spectrum disorders among children aged 8 years: autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveillance Summaries, 63*(2), 1-22.
- Center for Disease Control and Prevention (2015). Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey. *National Health Statistic Report, 87*(13)13, 1-21.
- * Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA model in a community setting. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 27*, 145-155.
- Cook, B. G., & Odom, S. L. (2013). Evidence-Based Practices and Implementation Science in Special Education. *Exceptional Children, 79*(2), 135-144.
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review, 18*(1), 23-45.
- * Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenon, J., et al., (2010). Randomized, Controlled Trial of an Intervention for Toddlers With Autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics, 125*(1), e17-e23.
- Dillenburger, K., Röttgers, H. R., Dounavi, K., Sparkman, C., Keenan, M., Thyer, B., & Nikopoulos, C. (2014). Multidisciplinary Teamwork in Autism: Can One Size Fit All? *The Australian Educational and Developmental Psychologist, 31*(2), 1-16.

- Downer, J. & Yazejian, N. (2013). Measuring the quality and quantity of implementation in early childhood interventions (OPRE Research Brief OPRE 2013-12). Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services.
- Dunsenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research, 18*(2), 237-256.
- Dunsenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W. B., Walsh, J., & Falco, M. (2005). Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research: Theory & Practice, 20*(3), 308-313.
- Durlak, J. (2010). The importance of doing well in whatever you do: A commentary on the special section, "Implementation research in early childhood education". *Early Childhood Research Quarterly, 25*, 348–357.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327–350.
- * Eapen, V., Crnec, R., Walter, A., (2013). Clinical outcomes of an early intervention program for young children with autism spectrum disorders in a community group setting. *BMC Pediatrics, 3*(3), 1-9.
- Eikeseth S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 30*(1), 158-78.
- Eikeseth, S., & Klintwall, L. (2013). Comprehensive educational interventions. In V. B.. Patel, V.R. Preedy, & C. R. Martin (Eds). *The comprehensive guide to autism* (pp. 2101-2123). New York: Springer.
- * Eikeseth, S., Klintwall, L., Jahr, E., & Karlsson, P. (2012). Outcome for children with autism receiving early and intensive behavioral intervention in mainstream preschool and kindergarten settings. *Research in Autism Spectrum Disorders, 6*, 829-835.
- Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 38*, 439–450.
- * Estes, A., Munson, J., Rogers, S. J., Greenson, J., Winter, J., & Dawson, G. (2015). Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(7), 580-587.
- Fava, L., & Strauss, K. (2010). Cross-setting complementary staff- and parent-mediated Early Intensive Behavioral Intervention for young children with autism: A research-based comprehensive approach, *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*(1), 512-522.

- Fava, L. & Strauss, K. (2014). Response to Early Intensive Behavioral Intervention for Autism- An umbrella approach to issues critical to treatment individualization. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 39, 49-58.
- * Fava, L. Strauss, K., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S., & Vicari, S. (2011). The effectiveness of a cross-setting complementary staff- and parent-mediated Early Intensive Behavioral Intervention for young children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1479-1492.
- * Fernell, E., Hedvall, A., Westerlund, J., Höglund Carlsson L, Eriksson M, Barnevik Olsson M, et al. (2011). Early intervention in 208 Swedish preschoolers with autism spectrum disorder. A prospective naturalistic study. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2092-2101.
- Fiske, K. E. (2008). Treatment Integrity of School-Based Behavior Analytic Interventions: A Review of Research. *Behavior Analysis in Practice*, 1(2), 19-25.
- * Flanagan, H. E., Perry, A., & Freeman, N. (2012). Effectiveness of a large-scale community-based Intensive Behavioral Intervention: A waitlist comparison study exploring outcomes and predictors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 673-682.
- * Granpeesheh, D., Dixon, D. R., Tarbox, J., Kaplan, A. M. & Wilke, A. E. (2009). The effects of age and treatment intensity on behavioral intervention outcomes for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 1014-1022.
- Gresham, F. M., Gansle, K. A., & Noel, G. H. (1993). Treatment integrity in applied behavior analysis with children, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 257-263.
- * Howard, S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 26, 359-383.
- * Howard, J. S., Stanislaw, H., Green, G., Sparkman, C., & Cohen, H. G. (2014). Comparison of behavioral analytic and eclectic early interventions for young children with autism after three years. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 3326-3344.
- Huffman, L. C., Sutcliffe, T. K., Tanner, I. S. D., & Feldman, H. M. (2011). Management of symptoms in children with autism spectrum disorders: A comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32, 56-68.
- Hume, K., Boyd, B., McBee, M., Coman, D. C., Gutierrez, A., Shaw, E., et al. (2011). Assessing implementation of comprehensive treatment models for young children with ASD: Reliability and validity of two measures. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1430-1440.
- Joly, J., Touchette, L., Pauzé, R. (2009). Les dimensions formative et sommative de l'évaluation d'implantation d'un programme : une combinaison des perspectives objectives et subjectives en accord avec les modèles d'évaluation basés sur la théorie des programmes. In Alain, M.,

- Dessureault, D. (Ed.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*, Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Koegel, L. K. & Koegel, R. L. (1995). Motivating communication in children with autism (pp.73-87). New York: Plenum.
- Lazoff, T., Zhong, L., Piperni, T. & Fombonne, E. (2010). Prevalence of pervasive developmental disorders among children at the English Montreal School Board. *Canadian Journal of Psychiatry* 55(11), 715-720.
- Liberati, A, Altman, D. G, Tetzlaff, J, Mulrow, C, Gøtzsche, P. C, et al. (2009) The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med*, 6(7): e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100
- Little, M. A., Riggs, N. R., Shin, H. S., Tate, E. B. & Pentz, M. A. (2015). The Effects of Teacher Fidelity of Implementation of Pathways to Health on Student Outcomes. *Evaluation & the Health Professions*, 38(1), 21-41.
- * MacDonald, R., Parry-Cruwys, D., Duper, S., & Ahearn, W. (2014). Assessing progress and outcome of early intensive behavioral intervention for toddlers with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 3632–3644.
- * Magiati, I., Charman, T., & Howlin, P. (2007). A two-year prospective follow-up study of community-based early intensive behavioural intervention and specialist nursery provision for children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 803–812.
- Makrygianni, M. K., & Reed, P. (2010). A meta-analytic review of the effectiveness of behavioral early intervention programs for children with autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 577-593.
- Matson, J. L. & Jang, J. (2013). Autism Spectrum Disorders: Methodological Considerations for Early Intensive Behavioral Intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 809–814.
- Maurice, C., Green, G., & Luce, S. (Eds.) (1996). Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals. Austin, TX: PRO-ED.
- McIntyre, L. L., Gresham, F. M., DiGennaro, F. D., & Reed, D. D. (2007). Treatment integrity of school-based interventions with children in the Journal of Applied Behavior Analysis 1991–2005. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 40, 659–972.
- McMahon, J., & Cullinan, V. (2014). Education programmes for young children with Autism Spectrum Disorder: An Evaluation Framework. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 3689-3697.

- Meyers, D. C., Durlak, J. A., & Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps to the implementation process. *American Journal of Community Psychology, 50*(3), 462-480.
- Mihalic, S. (2004). The importance of implementation fidelity. *Emotional and Behavioral Disorders in Youth, 4*, 83-86.
- National Autism Center. (2009). National standards report: The national standards project —Addressing the need for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorders. Retrieved from: <http://www.nationalautismcenter.org/pdf/NAC%20Standards%20Report.pdf>
- National Autism Center. (2015). Findings and conclusions: National standards project, phase 2. Randolph, MA: Author
- Odom, S. L. (2009). The ties that bind: Evidence-based practice, implementation science, and outcomes for children. *Topics in Early Childhood Special Education, 29*, 53-61.
- Odom, S. L., Brandinger, E., Gersten, R., Horner, R. H., Thompson, B., & Harris, K. R. (2005). Research in special education: Scientific methods and evidence-based practices. *Exceptional Children, 71*, 137-148.
- Odom, S. K., Boyd, B. A., Hall, L. J., Hume, K. (2010). Evaluation of Comprehensive Treatment Models for Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*, 425-436.
- Odom, S. L., Collet-Klingenberg, L., Rogers, S. J., & Hatton, D. D. (2010). Evidence-Based Practices in Interventions for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. *Preventing School Failure, 54*(4), 275-282.
- Odom, S. L., Cox, A.W., Brock M. E. (2013). Implementation Science, Professional Development, and Autism Spectrum Disorders. *Exceptional Children, 79*(2), 233-251.
- Ouellette-Kuntz, H., Coo, H., Lam, M., Breitenbach, M. M., Hennessey, P. E, Jackman, P. et al. (2014). The changing prevalence of autism in three regions of Canada. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 44*(1), 120-136.
- Paquette, G., Joly, J. & Tourigny, M. (2010). La fidélité de l'implantation d'un programme d'intervention pour des adolescentes agressées sexuellement : Une mesure par observation systématique. *Revue canadienne d'évaluation de programme, 24*(2), 57-79.
- * Perry, A., Cummings, A., Dunn Geier, J., Freeman, N., Hughes, S., LaRose, L., et al. (2008). Effectiveness of intensive behavioral intervention in a large, community-based program. *Research in Autism Spectrum Disorders, 2*, 621-642.
- * Perry, A., Cummings, A., Dunn Geier, J., Freeman, J., Hugues, S., Managhan, T., et al. (2011). Predictors of outcome for children receiving intensive behavioral intervention in a large, community-based programs. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5*, 592-603.

- Peterson, L., Horner, A. L., & Wonderlich, S. A. (1982). The integrity of independent variables in behavior analysis. *Journal of Applied Behavioral Analysis, 15*(4), 477-492.
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health Services Research, 36*(1), 24-34.
- Pettigrew, J., Graham, J. W., Miller-Day, M., Hecht, M. L., Krieger, J. L., & Shin, Y. J. (2015). Adherence and Delivery: Implementation Quality and Program Outcomes for the Seventh-Grade keepin' it REAL Program. *Prevention Science, 16*(1), 90-99.
- Proctor, E. Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A. et al. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy Mental Health Services Research, 38*, 65-76.
- Rabin, B. A., Brownson, R. C., Haire-Joshu, D., Kreuter, M. W., & Weaver, N. L. (2008). A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of Public Health Management and Practice, 14*(2), 117-123.
- * Remington, B., Hastings, R. P., Kovshoff, H., Espinosa, F. D., Akershus, E. J., Brown, T. et al. (2007). Early Intensive Behavioral Intervention: Outcomes for Children With Autism and Their Parents After Two Years. *American Journal on Mental Retardation, 112*(6), 418-438.
- Reichow, B. (2012). Overview of Meta-Analyses on Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 42*(4), 512-20.
- Reichow, B., Barton, E.E, Boyd, B.A, Hume, K. (2014). Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) for Young Children with Autism Spectrum Disorders (ASD): A Systematic Review. *Cochrane Database Syst Rev. 2012b Oct 17;10:CD009260.*
- Reichow, B., & Wolery, M. (2009). Comprehensive synthesis of early intensive behavioral interventions for young children with autism based on the UCLA young autism project model. *Journal of Autism Developmental Disorders, 39*, 23-41.
- * Rivard, M., Therroux, A. & Mercier, C., (2014). Effectiveness of early intensive behavioral intervention in public and mainstream setting: The case of preschool age children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 8*, 1031-1043.
- * Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive Behavioral Treatment for Children With Autism: Four-Year Outcome and Predictors. *American Journal on Mental Retardation, 110*(6), 417-438.
- Sanetti, L. M. H., & Kratochwill, T. R. (2009b). Treatment integrity assessment in the schools: An evaluation of the Treatment Integrity Planning Protocol (TIPP). *School Psychology Quarterly, 24*, 24-35.

- * Smith, I., M. Flanagan, H. E., Garon, N., & Bryson, S. E. (2015). Effectiveness of community-based early intervention based on pivotal response treatment. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*, 1858-1872.
 - * Smith, T., Klorman, R., Mruzek, D. W. (2015). Predicting Outcome of Community-Based Early Intensive Behavioral Intervention for Children with Autism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(7), 1271-1282.
 - * Smith, I. M., Koegel, R. L., Koegel, L.K., Kristin, D. A., Fossum, K. L., & Bryson, S. E. Bryson (2010). Effectiveness of a Novel Community-Based Early Intervention Model for Children With Autistic Spectrum Disorder. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, *115*(6), 504-523.
 - * Stock, R., Mirenda, P. & Smith, I. (2013). Comparison of community-based verbal behavior and pivotal response treatment for young children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *7*, 1168-1181.
 - * Strauss, K, Vicari, S., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S., Fava, L. (2012). Parent inclusion in Early Intensive Behavioral Intervention: The influence of parental stress, parent treatment fidelity and parent-mediated generalization of behavior targets on child outcomes. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *33*, 688-703.
- Thompson, T. (2011). Individualized Intervention for Autism. Blending Discrete Trial and Naturalistic Strategies. Baltimore. Maryland: Brookes Publishing.
- Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, *4*, 387-99.
- * Virues-Ortega, J., Rodríguez, V. (2013). Prediction of treatment outcomes and longitudinal analysis in children with autism undergoing intensive behavioral intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *13*, 91–100.
 - * Vivanti, G., Dissanayake, C., Zierhut, C., & Rogers, S. J. (2013). Brief Report: Predictors of Outcomes in the Early Start Denver Model Delivered in a Group Setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *43*(7), 1717-1724.
 - * Vivanti, G., Paynter, J., Duncan, E., Fothergill, H., Dissanayake, C., Rogers, S. J., & Victorian ASELCC Team. (2014). Effectiveness and feasibility of the Early Start Denver Model Implemented in a group-based community childcare setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(12), 3140-3153.
- Warren, Z., Veenstra-VanderWeele, J., Stone, W., Bruzek, J. L., Nahmias, A. S., Foss-Feig, J. H. & McPheeters, M. (2011). Therapies for Children with Autism Spectrum Disorders. Comparative Effectiveness Review Number 26. AHRQ Publication No. 11-EHC029-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved 14 August 2015 from: http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/106/656/CER26_Autism_Report_04-14-2011.pdf

- Wheeler, J. J., Baggett, B. A., Fox, J., & Blevins, L. (2006). Treatment integrity: A review of intervention studies conducted with children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 21*, 45–54.
- Wheeler, J. J., Mayton, M. R., Carter, S. L., Chitityo, M., Menendez, A. L. & Huang, A. (2009). An Assessment of Treatment Integrity in Behavioral Intervention Studies Conducted with Persons with Mental Retardation. *Education and Training in Developmental Disabilities, 44*(2), 187–195.
- Whitehead, S., Blacklock, K., & Perry, A. (2012). Reliability of the York Measure of Quality of Intensive Behavioural Intervention (YMQI). *Journal on Developmental Disabilities, 18*(3), 63-67.
- Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S., ... Schultz, T. R. (2014). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism Spectrum Disorder. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, Autism Evidence-Based Practice Review Group. Retrieved 14 August 2015 from: <http://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/reports-and-policy-briefs/2014-EBP-Report.pdf>
- Young, J., Corea, C., Kimani, J. & Mandell, D. (2010). Autism spectrum disorders services: Final report on environmental scan. Presented to the Centers for Medicare and Medicaid Services. IMPAQ International, LLC. Retrieved 12 August 2015 from: http://www.impaqint.com/sites/default/files/files/Autism_Spectrum_Disorders.pdf

Chapitre III : Article 2

Cet article a été publié :

Caron, V., Paquet, A. et Bérubé, A. (2019). La perception des intervenants quant à l'implantation et l'adaptation du programme intervention comportemental intensive (ICI) dans le contexte réel d'un établissement québécois. *Revue de psychoéducation*, 48(2), 303-331.

**La perception des intervenants quant à l'implantation et l'adaptation du
programme Intervention comportementale intensive dans le contexte réel d'un
établissement québécois**

Caron, Valérie ¹

Paquet, Annie ¹

Bérubé, Annie ²

¹ Université du Québec à Trois-Rivières, Département de psychoéducation, 3351
Boulevard des Forges, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7, Canada, valerie.caron1@uqtr.ca

² Université du Québec en Outaouais, Département de psychoéducation, Pavillon
Alexandre

Taché, 283 Boulevard Alexandre-Taché, Gatineau, QC, J9A 1L8, Canada,
annie.berube@uqo.ca

Note des auteurs

Valérie Caron, Université du Québec à Trois-Rivières, Département de
Psychoéducation,
3351 Boulevard des Forges, Trois-Rivières, QC, G9A 5H7, Canada,
valerie.caron1@uqtr.ca

Résumé

L'intervention comportementale intensive (ICI) pour les jeunes enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme est identifiée comme étant une pratique basée sur des données probantes (PBDP). Elle a été implantée en 2003 dans les services publics québécois suite à une orientation donnée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les écrits scientifiques mentionnent clairement les défis des milieux de pratique à implanter, à grande échelle, les PBDP dans les services courants, tout comme la nécessité d'en modifier certains éléments afin de les adapter aux contextes réels d'intervention dans lesquels elles s'implantent. Ce projet vise à documenter l'implantation de l'ICI à partir des représentations des intervenants en ce qui concerne les composantes essentielles de la fidélité de l'ICI, ainsi que des adaptations jugées favorables à sa mise en oeuvre. Ce travail s'inscrit dans le courant des recherches basées sur la pratique en utilisant le savoir des cliniciens comme source d'informations. Les propos de 10 intervenants d'un établissement québécois ont été analysés en considérant les cinq dimensions du modèle de Dane et Schneider (1998) pour évaluer la fidélité d'implantation de programmes proposés : l'adhésion, le dosage, la qualité, la participation et la différenciation. Les résultats indiquent que les intervenants ont mis en place l'ICI en regard des caractéristiques essentielles, mais que certaines adaptations ont été effectuées pour favoriser son implantation dans le contexte réel d'un service de réadaptation.

Mots clés : *Intervention comportementale intensive, trouble spectre autisme, fidélité, implantation, adaptations, pratique basée sur des données probantes*

Abstract

Early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders has been identified as an evidence-based practice (EBP). As such, the program Intensive Behavioral Intervention (IBI) was implemented in 2003 in Quebec public services following a direction given by the Ministry of Health and Social Services. The scientific literature clearly mentions the challenges of practical settings to implement EBP in mainstream services on a large scale, as well as the need to modify some of their components to adapt them to the actual intervention contexts in which they are implemented. This project aims to document the implementation of the IBI based on practitioners' representations of the essential components of the IBI's fidelity, as well as adaptations deemed favorable to a better fit to their context. This work is in line with practice-based research using clinicians' knowledge as a source of information. The comments of ten practitioners from a Quebec rehabilitation center were analyzed by considering the five dimensions of Dane and Schneider's (1998) model to assess the fidelity of the implementation of proposed programs: adherence, dosage, quality, participation and differentiation. The results indicate that the practitioners have implemented the IBI with respect to the essential characteristics, but that some adaptations have been made to facilitate its implementation in the real context of a rehabilitation service.

Key words: *Intensive behavioral intervention, autism spectrum disorders, implementation, fidelity, evidence-based practice, adaptations*

Introduction

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est considéré comme étant l'un des troubles neurodéveloppemental les plus fréquents (National Autism Center [NAC], 2015). Au Canada, la prévalence de ce diagnostic chez les enfants est estimée à 1 sur 66 (Agence de la Santé publique du Canada, 2018) et pour la province du Québec, à 1,3 % ou 1 enfant sur 75 en 2015-2016, ce qui correspond à 19 425 jeunes de 1 à 17 ans (Institut National de Santé publique du Québec, 2017; Noiseux, 2018). Pour les enfants d'âge préscolaire, l'intervention comportementale intensive (ICI) est considérée comme étant une pratique basée sur des données probantes (PBDP) qui permet des améliorations significatives du fonctionnement des enfants sur le plan adaptatif, de la communication ainsi qu'une diminution de la sévérité des symptômes liés à ce diagnostic, comme le démontrent plusieurs revues systématiques et méta-analyses (Eikeseth, Klintwall, Jahr et Karlsson, 2012; Eldevick *et al.*, 2009; Huffman, Sutcliffe, Tanner et Feldman, 2011; Makrygianni, Gena, Katoudi et Galanis, 2018; Makrygianni et Reed, 2010; National Autism Center, 2009, 2015; Reichow, 2012; Reichow, Barton, Boyd et Hume, 2012; Virués-Ortega, 2010). La somme de connaissances scientifiques au sujet de ce type d'intervention, mais aussi les avis d'experts et les demandes des parents, a amené certaines provinces canadiennes, dont le Québec, à en favoriser l'accès aux jeunes enfants ayant un TSA (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2003).

Les composantes essentielles de l'ICI

L'intervention comportementale intensive (ICI) regroupe différents modèles globaux (*comprehensive treatment model*) basés sur l'analyse appliquée du

comportement (AAC) (Odom, Boyd, Hall et Hume, 2010; Odom, Collet-Klingenberg, Rogers et Hatton, 2010). Le but de l'ICI est de modifier la trajectoire développementale des jeunes enfants ayant un TSA (Perry, Koudys et Blacklock, 2016). Les études disponibles ont permis d'identifier certaines composantes des programmes d'intervention comportementale intensive précoce qui peuvent influencer les résultats chez les enfants, notamment : l'âge préscolaire, l'application à une intensité de 20 à 40 heures par semaines, la durée d'au moins 12 mois, l'utilisation des stratégies d'enseignement basées sur l'AAC, l'individualisation de l'intervention à partir d'un curriculum regroupant plusieurs domaines de développement dont les domaines déficitaires en TSA et l'utilisation de la collecte de données pour la prise de décision; l'implication des parents dans l'intervention, l'application dans les différents lieux de vie de l'enfant, l'intégration en milieu ordinaire, la planification de la généralisation et le maintien des acquis, la planification de la transition vers le milieu scolaire ainsi que la formation et la supervision clinique des intervenants (Eikeseth, 2009, 2017 ; National Research Council [NRC], 2001; Perry, 2002, Perry *et al.*, 2016 ; Rogers et Vismara, 2008). Bien que les recommandations mentionnent une intensité de 20 à 25 heures d'intervention par semaine, la question du dosage ne fait pas totalement consensus, car certaines études concluent qu'une intensité moindre peut également entraîner des effets positifs sur le bien-être de la famille (Rivard *et al.*, 2014). Pour leur part, Lindstead *et al.* (2017) soulignent que c'est plutôt le dosage de l'intervention (la combinaison de l'intensité ou le nombre d'heures avec la durée (en mois) qui affecte les effets et non l'intensité uniquement.

L'efficacité de cette intervention a été abondamment étudiée dans le contexte de la recherche expérimentale (*efficacy*), mais aussi dans le contexte de services courants (*effectiveness*) (Bryson, Koegel, Koegel et Opended, 2007; Dionne, Joly, Paquet, Rousseau et Rivard, 2016; Eikeseth, 2009; Eikeseth, Klintwall, Jahr et Karlsson, 2012; Gamache, Joly et Dionne, 2010; Perry *et al.*, 2008; Rivard, Terroux et Mercier 2014; Stock, Miranda et Smith, 2013; Vivanti *et al.*, 2018). Bien que les études menées en contexte de services courants aient obtenu des résultats encourageants quant à l'efficacité de l'ICI, les conditions d'implantation pouvant faire fluctuer l'efficacité ont été peu documentées (Cook et Odom, 2013; Gresham, Gansle et Noell, 1993; McIntyre, Gresham, DiGenarro et Reed, 2007; Peterson, Horner et Wonderlich, 1982).

L'implantation de l'ICI au Québec

Au Québec, l'ICI s'inscrit dans une offre de services spécialisés dispensée par les établissements publics (MSSS, 2003). Selon la transformation du réseau québécois, ce sont d'abord les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement, puis les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme qui ont mis en oeuvre ce programme. Depuis 2015, ce sont les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ainsi que les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) qui offrent l'ICI dans 22 établissements de la santé et services sociaux répartis dans les 18 régions administratives du Québec. Au moment de l'implantation en 2003, certaines lignes directrices ont été proposées aux établissements québécois lorsque ceux-ci ont reçu le mandat d'offrir l'ICI (MSSS, 2003). Des précisions concernant la population

cible (enfants présentant un TSA de 2 à 5 ans) ainsi que l'intensité de l'intervention, soit une vingtaine d'heures d'intervention par semaine par enfant, ont été fournies en soutien à la mise en œuvre de ce programme (MSSS, 2003). Concernant les modalités d'intervention, le MSSS (2003) préconisait que l'ICI intègre « les approches adaptées aux troubles envahissants du développement, notamment, l'approche Lovaas, l'approche TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*) et le système de communication « *Picture Exchange Communication System* (PECS) » (MSSS, 2003, p. 38). En 2008, un guide de pratique basé sur des savoirs d'experts a été publié par la Fédération québécoise des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (FQCRDITED) en soutien à l'implantation de ce programme dans les établissements québécois (FQCRDITED, 2008). En 2014, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2014a, 2014b) a préconisé que l'ICI soit l'intervention privilégiée pour les enfants d'âge préscolaire présentant un TSA, compte tenu de ses effets sur le fonctionnement cognitif, le langage et le comportement adaptatif, et ce, à raison d'une intensité minimale de 20 heures par semaine. En 2017, le MSSS a publié un plan d'action sur les TSA regroupant plusieurs objectifs, dont « l'amélioration de l'accès et de la qualité de l'application de l'ICI dans les différents milieux de vie de l'enfant; la documentation d'autres approches basées sur les meilleures pratiques et la diversification de l'offre de services spécialisés selon les profils et les besoins » (MSSS, 2017, p. 11). Pour ce faire, le MSSS préconise de « définir des lignes directrices ministérielles pour baliser l'application de l'ICI et d'établir des balises pour l'utilisation d'approches d'intervention de réadaptation autre que l'ICI » (MSSS, 2017, p. 12).

Entre temps, les établissements concernés par la mise en oeuvre de l'ICI ont été amenés à faire des choix relativement à la façon d'implanter l'ICI dans leurs organisations respectives (Dionne *et al.*, 2016). Malgré des efforts importants de leurs parts pour mettre en place une intervention respectant les principales composantes de l'ICI et les lignes directrices proposées, certains défis d'implantation ont été soulevés et, en conséquence, la façon d'offrir l'intervention s'est articulée différemment d'un centre à l'autre, voire au sein d'un même établissement (Dionne *et al.*, 2016; Gamache, Joly et Dionne, 2010). En effet, les études québécoises ont mis en lumière certains défis liés à l'implantation de l'ICI, notamment, la grande diversité des pratiques, la variabilité dans les modèles de supervision clinique, le manque de documentation spécifique, de guide ou de matériel d'intervention (surtout francophone), le manque de ressources humaines et le dosage de l'intervention inférieur au dosage de la vingtaine d'heures préconisée par le MSSS (Dionne *et al.*, 2016; Gamache *et al.*, 2010; Paquet, Dionne, Joly, Rousseau, Rivard, 2017; Rivard *et al.*, 2014). Suivant ces constats, les chercheurs québécois recommandent de fournir une documentation officielle sur ce programme et de poursuivre les efforts visant à soutenir la qualité de l'implantation de l'ICI (Dionne *et al.*, 2016 ; Gamache *et al.*, 2010; Paquet *et al.*, 2017; Rivard *et al.*, 2014).

La mise en oeuvre des PBDP dans les services courants

Le contexte du Québec ne représente pas une exception, mais plutôt une règle. En effet, les écrits scientifiques soulignent que l'existence des PBDP n'est pas suffisante pour assurer leur implantation dans les services (Aarons *et al.*, 2012; Cook

et Odom, 2013). En ce sens, la combinaison d'une PBDP avec une mise en œuvre efficace est nécessaire pour engendrer les effets escomptés des interventions (Fixsen, Blase, Metz et Van Dyke, 2013). Bien que les défis d'implantation des PBDP soient bien documentés, ils demeurent d'actualité, notamment dans le champ des interventions en TSA (Cook et Odom, 2013). Pour réduire cet écart, la science de l'implantation (en anglais, *implementation science*) a recours à l'évaluation de l'implantation pour étudier les contextes dans lesquelles les PBDP sont mises en œuvre sur le terrain (Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman et Wallace, 2005). Celle-ci n'étudie pas les effets des PBDP, mais plutôt leur mise en œuvre dans divers contextes de services courants (*real-world context*). Elle s'intéresse aux étapes de la mise en place d'une PBDP dans la pratique : le choix d'une PBDP, son adoption par les milieux de pratique ou pré-implantation, son l'implantation, l'évaluation de son implantation en contexte réel (Fixsen *et al.*, 2005; Martinez-Beck, 2013). Pour ce faire, la science de l'implantation recommande d'évaluer la fidélité de l'intervention, mais aussi de documenter les adaptations effectuées en regard de l'intervention prévue initialement (Chen, 2015; Dunsenbury, Brannigan, Hansen, Walsh et Falco, 2005; Durlak et DuPre, 2008; Pérez *et al.*, 2016).

Adaptation c. Fidélité des PBDP

La fidélité de l'implantation, aussi connue sous le terme de l'intégrité de l'intervention (*integrity*) est définie comme étant le degré de conformité de la mise en place d'une intervention en regard de ce qui était prévu à la base (Dane et Schneider, 1998; Moncher et Prinz, 1991; Sanetti et Kratchowill, 2009). Bien que les définitions

des termes de la fidélité et de l'adaptation (*reinvention, modification*) des PBDP semblent s'opposer, certains auteurs soulignent que les deux sont complémentaires et qu'ils devraient coexister dans le processus d'implantation dans les services courants (Aarons *et al.*, 2012; Chen, 2015; Durlak et DuPre, 2008 ; Dunsenbury *et al.*, 2005, Pérez, Van der Stuyft, Carmen Zabala, Castro et Lefèvre, 2016). Les adaptations aux PBDP sont considérées comme étant fréquentes et bénéfiques lorsqu'elles permettent une meilleure adéquation entre les contextes d'origine dans lesquels les pratiques ont été évaluées et les contextes de services courants dans lesquels elles s'implantent par la suite (Aarons et Palinkas, 2007, Aarons *et al.*, 2012; Durlak et DuPre, 2008; Escoffery *et al.*, 2018). Pour cela, différents types d'adaptations peuvent être réalisés par les milieux, notamment, la modification du contenu (ajout et retrait de certains éléments prévus), le matériel pédagogique, la durée, la structure des activités, l'intégration de nouvelles approches d'intervention ou la modification pour un public cible différent (Escoffery *et al.*, 2018). Les principales raisons qui sous-tendent ces adaptations sont, le besoin d'adaptation culturelle, une nouvelle population cible ou un contexte d'implantation différent (Escoffery *et al.*, 2018).

Un mauvais équilibre entre la fidélité et l'adaptation peut engendrer des effets moindres que ceux documentés dans le cadre des études évaluatives (Aarons *et al.*, 2012). Pour éviter ce déséquilibre, la notion de composantes principales (*core components ou active ingredients*), définies comme étant les composantes jugées nécessaires pour atteindre les effets escomptés, s'est imposée (Aarons *et al.*, 2012). Ces composantes sont considérées comme étant les éléments centraux d'une intervention qui définissent fondamentalement sa nature et ont une influence sur les

effets, tels que déterminés par la théorie du programme, le modèle logique ou les preuves scientifiques (Backer, 2001; Lee, Altschul et Mowbray, 2008). Comme ces composantes principales sont celles qui expliquent les effets, elles ne devraient pas être modifiées ou « adaptées ». En contrepartie, les composantes non principales (dites secondaires) peuvent être adaptées aux différents contextes et particularités organisationnelles sans en affecter négativement les effets (Aarons *et al.*, 2012 ; Michie, Fixsen, Grimshaw et Eccles, 2009). Dans tous les cas de figure, les adaptations effectuées aux composantes principales sont susceptibles d'affecter les effets de l'intervention (Aarons *et al.*, 2012; Castro *et al.*, 2004; Fixsen *et al.*, 2013; Hansen *et al.*, 2013). Pour trouver l'équilibre entre la fidélité et l'adaptation des interventions dans la pratique, les écrits scientifiques suggèrent d'évaluer la fidélité de l'implantation des PBDP dans le contexte réel et de documenter les adaptations effectuées par les milieux de façon à pouvoir comprendre et contextualiser l'efficacité (Aarons *et al.*, 2012; Chen, 2015; Dane et Schneider, 1998; Durlak et DuPre, 2008). En ce sens, l'évaluation de la fidélité est donc essentielle pour décrire l'intervention mise en œuvre dans la pratique, mais aussi pour interpréter adéquatement les résultats lors de l'évaluation des effets (Aarons et Palinkas, 2007 ; Dane et Schneider, 1998, Dunsenbury *et al.*, 2003 ; Durlak et DuPre, 2008 ; Leclair, Paquette et Letarte, 2017).

L'évaluation de la fidélité

Bien que son importance soit reconnue depuis plusieurs années, l'évaluation de la fidélité est effectuée dans une minorité d'études sur l'ICI et elle est rarement

considérée dans l'analyse des effets de l'ICI (Caron, Bérubé et Paquet, 2017; Cook et Odom, 2013 ; Matson et Jang, 2013 ; Odom, Boyd, Hall et Hume, 2010; Odom, Collet-Kingenberg, Rogers et Hatton, 2010 ; Odom, Cox et Brock, 2013). En effet, les données sur l'implantation sont souvent décrites de façon partielle, notamment, par la mention du dosage prescrit, du curriculum utilisé et, dans certains cas, par l'évaluation du dosage offert, mais les informations sur l'implantation sont souvent partielles et incomplètes (Caron *et al.*, 2017). Pourtant, différents modèles d'évaluation existent, suggérant des dimensions à considérer lors de l'évaluation de la fidélité d'implantation d'un programme. Celui de Dane et Schneider (1998) a été repris par plusieurs auteurs dans le cadre de l'évaluation de l'implantation de programmes d'intervention psychosociale offerts dans le cadre de services publics (Bérubé *et al.*, 2014; Dunsenbury *et al.*, 2003, Dunsenbury *et al.*, 2015; Leclair *et al.*, 2017 ; Paquette *et al.*, 2010). Pour ce faire, cinq dimensions de la fidélité de l'implantation sont proposées par ce modèle, soit 1) l'adhésion ou la conformité de l'intervention par rapport au programme prévu ; 2) le dosage ou le degré d'exposition des participants au programme; 3) la qualité de l'intervention, par exemple la qualité de la relation entre l'intervenant et l'enfant; 4) la participation, à savoir le degré d'engagement des participants dans le programme et 5) la différenciation, soit la valeur ajoutée du programme par rapport à d'autres interventions offertes pour le même public cible. Ce modèle permet de recueillir une multitude d'informations sur un programme, mais aussi de nuancer les effets d'une intervention à la lumière des informations recueillies (Dane et Schneider, 1998 ; Dunsenbury *et al.*, 2003).

Dans le contexte québécois, les lignes directrices offertes par le MSSS pour la mise en œuvre de l'ICI semblent avoir laissé une certaine marge de manoeuvre aux établissements en ce qui concerne l'implantation de l'ICI. En conséquence, les choix des établissements québécois sont divers et variés et l'implantation de ce programme semble avoir fait l'objet de plusieurs adaptations locales (Dionne *et al.*, 2016; Gamache *et al.*, 2010; Paquet, Dionne, Joly, Rousseau et Rivard, 2016). Bien que celles-ci soient certainement jugées nécessaires par les différents établissements, elles n'ont pas fait l'objet d'évaluation tel que le recommandent les écrits scientifiques et sont donc peu documentées. Le MSSS (2017), tout comme les chercheurs québécois (Dionne *et al.*, 2016), recommande d'améliorer l'application de l'ICI ainsi que le soutien à son implantation, en fournissant, notamment une documentation officielle ainsi qu'une diversification de l'offre de services spécialisés selon les profils et les besoins.

Considérant l'état d'avancement des connaissances à la fois dans le domaine de l'ICI et relativement aux meilleures pratiques d'implantation des programmes exposés précédemment, il apparaît tout à fait indiqué de tenter de mieux comprendre comment l'implantation du programme ICI est perçue par les intervenants sur le terrain. Pour ce faire, cette étude s'inspire des recherches basées sur la pratique en utilisant le savoir des cliniciens comme source d'information (Crooke et Olswang, 2015; Olswang et Prelock, 2015). Elle a comme objectif de documenter la perception des intervenants quant à l'implantation de l'ICI dans un établissement québécois. Elle vise à décrire leur point de vue sur les composantes essentielles de la fidélité de l'implantation de l'ICI ainsi que les adaptations jugées favorables. Cette recherche a été approuvée par le

comité éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi que le comité d'éthique de l'établissement concerné.

Méthode

Participants

L'étude se penche sur la perception qu'ont les intervenants de l'implantation de l'ICI en prenant comme objet d'étude un établissement du réseau de la santé et des services sociaux québécois. Au moment de cette recherche, le service offrant le programme ICI était composé de 16 intervenants et accueillait 20 enfants ayant un TSA. Tous les intervenants ont été invités de façon écrite à participer à des entrevues, suite à une présentation du projet. Dix intervenants de ce service (62,5%) ont accepté de participer au projet et ont été interrogés (sept intervenants, deux superviseurs et une professionnelle) (un homme et neuf femmes). Parmi ceux-ci, tous étaient embauchés sous le titre d'emploi de conseiller en enfance inadaptée sauf pour la professionnelle (ergothérapeute). Ils ont des formations initiales diverses ainsi qu'un nombre d'années d'expérience moyen de 7,2 années (écart type de 5,03) (Tableau 1). Parmi l'échantillon, un seul intervenant a complété une formation de deuxième cycle spécialisée en TSA.

Le choix de recruter des participants d'un seul établissement a été fait afin d'avoir une vision en profondeur, du point de vue des intervenants qui travaillent au sein du même établissement. Il n'est pas rare que le nombre de participants dans le cadre d'études qualitatives en sciences sociales au Québec soit en deçà de 20 (Royer, Baribeau et Duschesne, 2009). Le taux de participation (62,5 % des membres de

l'équipe), de même que la diversité des profils des répondants suggèrent une certaine représentativité.

Procédure

Des entrevues semi-dirigées, d'une durée variant entre une heure et une heure et demie, ont été effectuées auprès de chacun des intervenants par la première auteure. En ce qui concerne la durée des entretiens, elle est généralement entre 60 et 90 minutes (Royer *et al.*, 2009). L'utilisation de mesures auto-rapportées, recueillies entre autres sous forme d'entretien, est régulièrement utilisée pour documenter l'implantation d'une intervention en contexte de services courants (Breinstein *et al.*, 2010). Elles sont considérées comme étant une source d'information pertinente pour documenter la mise en oeuvre et l'adhésion des participants au protocole d'intervention prévu (Lee *et al.*, 2008). Les entrevues ont été menées entre les mois de mai et juillet 2014 et ont été enregistrées, retranscrites et codées.

Instrument

Un guide d'entrevue dirigée a été élaboré par l'équipe de recherche en prenant appui sur le modèle de Dane et Schneider (1998) (Appendice A). Les questions portaient sur la perception des intervenants du programme et de son application dans leur établissement. Les entrevues ont permis d'aborder les perceptions des intervenants quant aux cinq dimensions du modèle, à savoir: 1) l'adhésion (le degré de conformité de l'intervention, les modifications apportées, le modèle d'intervention préconisé, les documents de référence, les éléments faciles à mettre en place et les obstacles

rencontrés); 2) le dosage (le nombre d'heures et les lieux d'intervention); 3) la qualité (la relation intervenant-enfant et les mécanismes d'assurance qualité mis en place); 4) la participation (les acteurs impliqués, le niveau d'engagement des participants) et 5) la différenciation (la valeur ajoutée d'une intervention par rapport à une autre, des programmes complémentaires). De plus, trois questions concernant la formation et les expériences professionnelles des participants précédaient l'entretien, soit la formation initiale, la formation continue et le nombre d'années d'expérience en ICI.

Stratégies d'analyse

Une analyse thématique des données a été réalisée (Paillé et Mucchielli, 2012). Elle correspond à la « transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche » (Paillé et Mucchielli, 2012, p.124). Le logiciel N-Vivo 11 a été utilisé afin de faciliter la gestion du matériel recueilli. Ainsi, une transcription des verbatim, suivie d'une première étape de lecture latente, a permis de se familiariser avec le contenu. Le contenu des entrevues a d'abord été regroupé en fonction de grandes rubriques correspondant aux cinq dimensions du modèle d'évaluation retenu, soit le modèle de Dane et Schneider (1998). Au sein de chacune des rubriques, un processus de thématization en continu a été utilisé, c'est-à-dire un travail d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique. Ainsi, des analyses, suivies d'échanges et de discussions avec les deuxièmes et troisièmes auteures ont permis de valider et d'affiner les thèmes, ainsi que l'arbre thématique, tout au long du processus.

Résultats

Les résultats sont présentés selon les cinq dimensions du modèle de Dane et Schneider (1998). L'analyse porte donc sur la perception qu'ont les intervenants du programme, tel qu'il est implanté en regard de 1) l'adhésion ; 2) le dosage ; 3) la qualité ; 4) la participation et 5) la différenciation. Pour chacune des dimensions, les informations ont été regroupées de façon à documenter la perception des intervenants quant aux composantes principales de l'ICI et les adaptations qu'ils jugent utiles ou nécessaires.

1. L'adhésion

La dimension de l'adhésion concerne la conformité de l'intervention par rapport au programme prévu. En ce qui concerne le modèle d'intervention, les ouvrages de référence et les stratégies d'intervention, les intervenants évoquent une certaine évolution de leurs pratiques d'intervention en ICI depuis le début de l'implantation du programme dans leur établissement en 2003. Actuellement, les intervenants estiment que l'ICI, telle que mise en place dans leur établissement, est basée sur l'AAC, mais plus spécifiquement sur un modèle d'intervention de l'AAC qui intègre l'approche fonctionnelle des comportements verbaux proposée par Skinner (1957), soit le modèle *ABA-VB* (*Applied Behavior Analysis-Verbal Behavior*) (Sundberg, 2008). Les intervenants décrivent le modèle *ABA-VB* comme étant conçu pour motiver les enfants à apprendre à communiquer et à développer une communication fonctionnelle. Ils soulignent que ce choix permet une harmonisation de leurs pratiques en leur permettant de s'appuyer sur un modèle de référence commun et complet. Le modèle ABA-VB

propose une intervention centrée sur le développement du langage (à partir de l'enseignement des opérants verbaux de la communication, mais leur modèle intègre également des objectifs d'intervention qui concernent des habiletés fonctionnelles et les barrières à l'apprentissage (comportements-défis). Ils considèrent que les composantes essentielles de leur programme ICI sont: 1) l'évaluation de l'enfant, 2) l'évaluation des renforçateurs, 3) la rédaction d'objectifs d'intervention, 4) la planification des stratégies spécifiques d'intervention, 5) le recueil de données et la révision des objectifs d'intervention et 6) la préparation de la transition vers le milieu scolaire.

1.1 L'évaluation de l'enfant est réalisée à l'aide du curriculum *VB-MAPP* (*Verbal Behavior – Milestones Assessment and Placement Program*)¹ (Sundberg, 2008). Selon les intervenants, cette évaluation permet de fournir un portrait de l'enfant et d'identifier des cibles d'intervention de façon très précise en plus d'harmoniser les pratiques d'évaluation et de planification de l'intervention dans leur établissement. Il permet également de suivre l'évolution de l'enfant et d'ajuster les cibles d'intervention durant le programme. « Avec le VB-MAPP, je trouve qu'on voit beaucoup plus l'évolution de l'enfant [...] Puis c'est facile d'aller chercher les objectifs et aussi d'atteindre des buts avec l'enfant. [...] Oui, avec le VB je vois plus de sens. » (P7). L'outil permet également d'évaluer les barrières à l'apprentissage (section de l'outil VB-MAPP) et de réaliser une **analyse fonctionnelle des comportements-défis**

¹ L'évaluation est divisée en plusieurs domaines d'évaluation correspondant aux comportements verbaux définis par Skinner (1957) divisés en trois niveaux d'âge (0-18 mois ; 18-30 mois ; 30-48 mois) et sous-divisés en 170 jalons (*milestones*) qui sont des habiletés représentatives du développement du langage.

lorsqu'ils sont présents. Les intervenants soulignent que cette analyse permet de rédiger le plan d'intervention visant l'enseignement des comportements alternatifs.

Il faut lui donner les bons moyens [...] Si l'enfant frappe et fait des crises, il n'est pas bien. Donc, je veux lui donner une meilleure carte [...] Tu sais, nous autres c'est ce qu'on fait. On fait de l'extinction sur ses mauvaises cartes et on lui en donne des meilleures [...] Oui, chacune des cartes a été analysée et en plus, on a montré aux parents comment jouer. (P1)
(superviseur)

En complément à cette évaluation initiale, les intervenants conçoivent que d'autres outils d'évaluation de développement standardisés ainsi que différentes observations ou grilles d'évaluation tirées de différents curriculums d'intervention (p. ex., Maurice *et al*, 1996; Lovaas, 2003) peuvent être combinés, de façon optionnelle, pour préciser le profil de l'enfant, mais l'outil d'évaluation privilégié pour tous les enfants est le VB-MAPP.

1.2 L'évaluation des renforçateurs. Les intervenants conçoivent que **l'évaluation des renforçateurs** est une composante essentielle de l'ICI. Selon eux, elle devrait être réalisée au début de l'intervention, mais également à chacune des séances afin de pouvoir utiliser les intérêts de l'enfant et susciter sa motivation pour les apprentissages. Ils mentionnent l'importance d'utiliser et de varier les différents types de renforçateurs primaires (p. ex., alimentaires, jouets) et secondaires (p. ex., sociaux, systèmes de jetons) afin d'éviter la saturation.

1.3 La rédaction des objectifs d'intervention. Les intervenants soulignent que la rédaction des objectifs d'intervention constitue également une composante essentielle du programme ICI, car elle permet d'identifier les objectifs d'intervention

en combinaison avec les priorités des parents. Les objectifs sont basés sur l'évaluation VB-MAPP qui permet la planification et le suivi des objectifs d'intervention. « Nous autres, on a un programme de 18 pages avec du détail, c'est tout spécifique, microgradué et très précis » (P4). Ils soulignent que les objectifs devraient être rédigés de façon opérationnelle et permettre la planification des séances d'intervention. « Avoir un objectif de base, précis, observable et mesurable et de bâtir les activités autour de cet objectif et non le contraire. » (P2). Les intervenants soulignent que le modèle actuel implanté à partir de l'ABA-VB les amène à cibler des objectifs plus fonctionnels pour les enfants qu'avec les curriculums utilisés lors des premières années d'implantation.

C'est le fun de travailler le rouge, le jaune et le vert, mais est-ce que ça va l'aider dans la vie s'il n'est pas capable de suivre maman à l'épicerie, s'il n'est pas capable de s'asseoir dans l'auto sans se détacher. (P3)

1.4 La planification des stratégies d'intervention. Les intervenants soulignent qu'il est nécessaire d'utiliser une variété de stratégies d'intervention basées sur l'AAC. Ils considèrent que celles-ci devraient être individualisées à chaque enfant et adaptées tout au long du programme, selon l'évolution de chacun. Ainsi, ils considèrent désormais que la planification des séances devrait permettre de multiplier les opportunités d'apprentissage en insérant les objectifs d'intervention dans la vie quotidienne, tout en prenant appui sur la motivation de l'enfant et la routine de la famille. Cela permet aux enfants de faire des apprentissages fonctionnels et d'utiliser leurs compétences dans le quotidien. Ainsi, les intervenants privilégient **l'enseignement dans l'environnement naturel** afin de permettre de généraliser les objectifs dans les différents milieux de vie. « Cela augmente aussi le potentiel

d'apprentissage étant donné qu'on n'est pas tout le temps tout seul justement à la table, qu'on utilise toutes les opportunités de l'environnement. » (P9)

L'enseignement par essais distincts (angl. *Discrete Trial Teaching*) est une stratégie qui devrait être utilisée en ICI selon les intervenants. Ils soulignent que cette stratégie était majoritairement utilisée lors des premières années de l'ICI, mais ils estiment qu'elle devrait être combinée, autant que possible, avec l'enseignement dans l'environnement naturel. C'est d'ailleurs le recours au modèle ABA-VB qui a entraîné cette modification dans le choix des stratégies d'enseignement. Ils considèrent désormais l'importance de combiner les stratégies d'intervention et d'avoir recours à l'enseignement dans l'environnement naturel pour développer la communication fonctionnelle de l'enfant. En ce sens, les intervenants mentionnent qu'ils planifient leurs séances d'intervention judicieusement en intégrant des opportunités de demandes en combinaison avec les intérêts et les acquis des enfants dans les séances d'apprentissage de façon à rendre les séances plus motivantes. « J'essaie d'avoir plusieurs petits moments de travail en apprentissage parce que je suis la disponibilité de l'enfant. Si c'est 25 minutes, on va alterner avec autre chose et on va retourner faire un autre 25 minutes. » (P10)

L'enseignement d'un moyen de communication constitue une composante principale du programme ICI lorsque les enfants présentent des déficits en communication, car il permet de prévenir le développement de comportements défis.

« Le PECS² ça prend du temps à faire, mais s'il en a besoin, même si c'est juste pour 3 mois, ce n'est pas grave, on le met en place puis, ça va prendre le temps que ça va prendre [...] On évite bien des crises. »
(P7)

L'enseignement d'habiletés sociales peut aussi faire partie intégrante des éléments à travailler en ICI représente également une composante essentielle du programme selon les intervenants. Ils soulignent toutefois que ces compétences devraient être enseignées dans la mesure où l'enfant possède les prérequis dans les résultats de l'évaluation du domaine social de l'outil *VB-MAPP*. Ils proposent de travailler ces compétences en dyade (deux enfants) ou en groupe dans les milieux réguliers tels que les milieux de garde ou les milieux scolaires et préscolaires. Ceci représente une adaptation effectuée par rapport au programme initial.

L'après-midi, c'est pour la généralisation et l'autonomie et aller au parc et faire le social. Par exemple, les habiletés sociales, c'est cela qui ressemble beaucoup à du *natural environmental teaching*. (P1)
(superviseur)

Les scénarios sociaux³ constituent une autre stratégie d'enseignement couramment utilisée en ICI pour les enfants qui possèdent un niveau de fonctionnement correspondant au niveau 2 et 3 selon l'outil *VB-MAPP*.

² Le PECS © (Bondy et Frost, 1994) réfère au système de communication par échanges d'images (PECS)

³ Les scénarios sociaux © (Gray, 1994) est un outil visuel présenté sous la forme de courtes histoires dont le but est de décrire une situation sociale et d'enseigner les comportements attendus.

⁴ TEACCH © (Mesibov, Schopler et Hearsey, 1994) est une approche qui favorise un enseignement structuré en insistant sur l'utilisation de structures visuelles dans la disposition physique de la salle, sur les horaires qui réduisent la confusion concernant le temps, sur des systèmes d'apprentissage visuel et une organisation visuelle de matériaux pour favoriser un fonctionnement indépendant.

Les scénarios, c'est plus dans la vie de tous les jours. Moi je l'utilise plus avec les enfants qui sont très forts. Comme j'ai un petit, on est à l'école, la cloche a sonné, il ne rentrait pas parce qu'il jouait. Donc c'est juste lui montrer quand la cloche sonne, je prends mon rang, je rentre. (P3)

Les intervenants mentionnent que **la structure de l'environnement** (référant le plus souvent à *TEACCH*^d ainsi que **les supports visuels** sont très utilisés pour donner des repères spatiaux ou visuels aux enfants et les rendre plus autonomes.

Moi je lui montre la séquence, je ne dis pas un mot, je mets le *time-timer* (horloge visuelle), il lit ça, il regarde le *time-timer* et ça fait « bip », il s'en va, il s'enligne, puis il fait la transition. [...] Il a juste besoin de quelque chose qui est clair, qui sonne et qui lui dit que je suis rendu à autre chose. (P8)

En ce qui concerne les adaptations effectuées, les intervenants rapportent l'utilisation **des appareils numériques** à plusieurs fins dans l'intervention, notamment, pour filmer des séances d'intervention ou certains comportements de l'enfant pour lesquels ils souhaitent avoir différents avis pour l'intervention. « Je prenais des vidéos pour documenter une situation, par exemple, avec le pédopsychiatre, le médecin, le pédiatre [...] Pour le montrer, pour qu'ils comprennent un peu la situation. » (P6)

De plus, ils rapportent qu'ils utilisent également les appareils numériques pour préparer des séquences visuelles ou pour enseigner certaines habiletés par modelage vidéo. Par contre, ils mentionnent que l'enseignement de la communication par tablettes numériques est peu utilisé, car ce moyen peut être plus contraignant que l'apprentissage de gestes, de signes ou de pictogrammes.

C'est une intervention qui est vraiment plus rare parce que ce n'est pas ce qu'on vise. Ce n'est pas naturel d'avoir un appareil de communication

pour un enfant [...] Je trouve que le iPad pourrait être plus utilisé à des fins éducatives et il est un petit peu malheureusement plus utilisé en renforçateurs. (P2)

1.5 Le recueil des données et la révision des objectifs d'intervention.

Les intervenants soulignent que le recueil des données tout comme la révision des objectifs constituent des composantes essentielles au programme ICI, car ils permettent de recueillir des informations sur l'évolution des objectifs d'intervention par le biais d'une prise de données réalisée à chaque séance d'intervention. Ainsi, ils soulignent que ce recueil peut s'effectuer de différente manière, mais qu'ils ont, pour leur part, privilégié la méthode de la cotation par échantillonnage à froid (*cold probe*) lors du premier essai de la séance d'intervention de l'enfant, car il la juge plus pertinente que la cotation de chaque essai, tout en leur permettant d'assurer un suivi rigoureux des cibles d'apprentissage.

Le cold probe c'est le matin-là ou en début de séance. Tu testes tes cibles, tu as entre 10 et 20 cibles dans ta journée, peu importe que cela soit des mots, des activités en lien avec tes objectifs spécifiques [...] Durant la thérapie, je vais continuer d'enseigner, par exemple, le chapeau, je vais le travailler plusieurs fois, mais je ne le coterai plus. (P1) (superviseur)

En ce qui concerne la révision des objectifs d'intervention, les intervenants soulignent que celle-ci devrait être effectuée régulièrement tout comme la mise à jour de l'outil d'évaluation de référence VB-MAPP. « Le *VB-MAPP*, on le met à jour au minimum aux trois mois ». (P5)

1.6 La préparation de la transition vers le milieu scolaire

Les intervenants soulignent que l'une des composantes essentielles du programme ICI est la préparation des enfants à la transition vers le milieu scolaire. Pour cela, ils effectuent un bilan de l'enfant visant à décrire le fonctionnement actuel tout comme les stratégies d'intervention à privilégier afin d'assurer une transition harmonieuse entre les services. Pour préparer cette transition, les intervenants rapportent que leur outil de référence principal est le portfolio de l'enfant ainsi que l'*Évaluation des possibilités d'orientation* du VB-MAPP.

« En fait, il y a un outil de transition qui vient avec le *VB-MAPP* [...] Donc, c'est comme pour faire ton portrait à la fin de ton ICI, tu peux aller coter tous tes jalons. » (P5). De plus, cette transition s'effectue à partir du transfert d'informations entre les acteurs du milieu scolaire et les intervenants du programme ICI.

Je donne aux enseignants tout le matériel que j'ai utilisé dans l'année précédente. Ils peuvent s'en faire des photocopies [...] Des scénarios sociaux, des bandes illustrées, des routines, des stratégies gagnantes, on fait tout le temps le petit rapport. On essaie que ça ressemble le plus possible à ce qu'ils vont vivre à l'école. (P8)

2. Le dosage

Cette dimension concerne le degré d'exposition au programme (Dane et Schneider, 1998). Malgré une orientation ministérielle unique d'une vingtaine d'heures par semaine et la reconnaissance dans la littérature scientifique qu'une intensité est nécessaire, les intervenants considèrent que le dosage actuel (entre 14 et 16 heures) répond aux besoins. « En moyenne, ça dépend, c'est 16 heures pour les équipes à trois puis 14 pour les équipes à 4. [...]. Moi, je trouve que 14 à 16 heures, c'est très bien. »

(P5). Les intervenants soulignent que le dosage pour chaque enfant est offert dans divers milieux de vie tels que le domicile familial, le milieu de garde, le centre de réadaptation et l'école préscolaire. Les intervenants soulignent que le dosage unique préconisé par le MSSS n'est pas favorable pour tous les enfants et que, dans certains cas, celui-ci doit être adapté en fonction des besoins et de la disponibilité des enfants en cours de programme. Ils considèrent que le dosage optimal de l'ICI devrait être un dosage souple qui leur permet de bien répondre aux besoins des enfants selon les situations.

Tu sais, avec un petit coco de 2 ans et demi, 3 ans, 3 ans et demi, tu sais, 16-20 heures, cela n'a pas de bon sens. Physiquement, un enfant n'est pas capable de tenir cela [...]. Il s'endort à côté de moi. Il n'en peut plus. (P3)

Ils considèrent que le dosage optimal est celui qui devrait permettre d'intervenir dans toutes les sphères du développement de l'enfant, et ce, dans les différents milieux de vie tels que le domicile familial, le milieu de garde ou l'école maternelle.

Parce qu'on peut aller vraiment en profondeur " [...] Au niveau des parents, c'est rassurant d'avoir quelqu'un aussi. Il ne dort pas, le soir, moi je vais venir faire des soirs chez vous, je vais t'aider avec la routine du dodo. Ça fait vraiment partie du service ICI. (P4)

3. La qualité

La dimension de la qualité concerne deux aspects, soit la qualité de la relation entre l'intervenant et l'enfant et le soutien organisationnel permettant d'assurer la qualité de l'intervention au sein du programme. Ces deux aspects sont considérés globalement par les intervenants comme des composantes essentielles, mais dont les

stratégies à mettre en place devraient être ajustées afin de s'adapter aux besoins de chacun.

3.1 La qualité de la relation avec l'enfant. Les intervenants soulignent que la qualité de la relation entre l'enfant et l'intervenant (définie comme étant la notion de *pairing* dans le modèle ABA-VB) constitue une composante essentielle du programme ICI puisqu'elle permet, par la suite, l'application du programme d'une façon plus fluide. Les intervenants soulignent également l'importance de la mise en place du contrôle instructionnel auprès des enfants. « Au début, on est plus dans le plaisir. On va en demander moins à l'enfant, on donne plus de renforcement. » (P6). Ils le décrivent comme étant essentiel au démarrage de l'apprentissage des objectifs d'intervention, mais tout au long du programme ICI, car il vise à motiver l'enfant, à rendre intéressants les moments partagés avec l'intervenant et les activités proposées pour ensuite passer aux apprentissages plus formels.

Le contrôle instructionnel, c'est de faire comprendre à l'enfant pourquoi il doit travailler. De lui faire comprendre qu'il y a un échange, que si je vais te demander quelque chose, ce ne sera pas toujours plate et que des fois, ça ne te tente pas de travailler, mais tu vas avoir quelque chose au bout [...]. Dans le fond, c'est par ça qu'on arrive à tout instaurer l'apprentissage et si tu n'as pas ça, tu ne peux pas faire grand-chose avec l'enfant parce que c'est lui qui a le contrôle, ce n'est pas toi. Donc ça, c'est important. (P6)

3.2 Le soutien organisationnel pour assurer la qualité. Les intervenants considèrent que la qualité de l'ICI repose sur plusieurs piliers organisationnels. D'abord, ils estiment que la formation initiale est primordiale pour permettre à tous d'acquérir les connaissances de base avant de démarrer au programme ICI et pour faciliter l'adhésion et la compréhension du programme. Les intervenants soulignent

que le **travail d'équipe interdisciplinaire** constitue une composante essentielle du programme ICI, ce qui leur permet de partager les points de vue cliniques concernant les stratégies d'intervention. « Le travail interdisciplinaire nous aide beaucoup. » (P5). De plus, ils considèrent que le fait de travailler en équipe auprès de l'enfant permet de généraliser les objectifs. « Travailler aussi en trio. Ça apporte beaucoup justement au niveau du recul puis le fait de se remettre en question. On n'est pas toujours tous d'accord sur tout. » (P5)

Les intervenants soulignent que la **supervision clinique** constitue une autre composante essentielle du programme ICI, car elle permet un soutien clinique ainsi que des conseils provenant d'une équipe clinique aux différentes étapes du programme. Pour ce faire, une équipe de superviseurs composée de 5 professionnels a été mise en place (psychoéducateurs, orthophonistes et ergothérapeutes) pour offrir du soutien sur demande à l'équipe d'intervenants qui appliquent l'ICI.

Tu sais, pour avoir un jugement clinique, il faut quand même que tu aies un bagage de connaissances et d'expériences pour être capable de nuancer. Je pense que cela va dépendre du soutien de l'équipe qui va être en place, tu sais je veux dire peu importe la formation, peu importe où tu travailles, c'est la façon dont tu es coaché qui fait la différence. (P2, superviseur clinique).

L'équipe de superviseurs met en place des **formations continues** pour maintenir la qualité des interventions en ICI pour l'ensemble des intervenants afin d'harmoniser les connaissances tout comme un accompagnement individuel des intervenants selon leurs besoins. Ils peuvent aller observer les intervenants en situation d'intervention, offrir une supervision sous forme de discussion clinique et de conseils ou avoir recours à **une auto-évaluation** permettant que chacun des intervenants puisse s'évaluer et se

fixer des objectifs de supervision. « Donc les intervenants vont s'autoévaluer en début d'année. [...] À partir de là, ils vont se fixer des objectifs qu'on va les aider à travailler. » (P1) (superviseur)

En ce qui concerne les adaptations jugées favorables par les intervenants, ils rapportent que la supervision devrait être offerte de façon systématique et obligatoire et reposer sur des objectifs professionnels déterminés par les superviseurs et les intervenants eux-mêmes. Certains proposent même de faire une évaluation des connaissances de l'ICI chez les intervenants. « Tu sais de faire un test au début, pour que tout le monde ait les mêmes bases. » (P1). Ils souhaiteraient également une mise en place de **rencontres d'échanges sur les pratiques** régulières pour discuter des différents cas cliniques et des pratiques d'intervention.

Donc c'est cela d'avoir quelque chose de plus uniforme et peut-être de parler plus dans les réunions des interventions qu'on fait et de nos bons coups. Tu sais, peut-être de partir des thématiques, faire du co-développement, peut-être que cela pourrait être aidant. [...] Parce que là on travaille tous en équipes de trio, mais tu sais, qu'on mette tout cela ensemble. Parce que c'est tout le même programme au bout du compte. (P4)

4. La participation

4.1 La participation des parents. Cette dimension correspond à la participation des différents acteurs impliqués dans le programme. Selon les intervenants, la participation des parents représente une composante essentielle au programme ICI. Ils rapportent que les parents devraient être impliqués dès le début de l'ICI pour le choix des objectifs d'intervention, ainsi que tout au long du programme pour la poursuite des

interventions à domicile et la discussion entourant les stratégies d'intervention. « Ça fait partie de nos mandats, de transmettre aux parents ce qu'on fait. » (P7)

Ils proposent une adaptation au programme actuel et suggèrent la mise en place d'au moins une séance d'intervention par semaine en présence du parent afin de l'impliquer dans le processus d'intervention et de favoriser le transfert des informations concernant les objectifs et les stratégies d'intervention.

4.2 La participation des différents professionnels. Les intervenants soulignent qu'ils travaillent actuellement avec plusieurs partenaires tels que les écoles, les centres de réadaptation. Pour ce faire, divers moyens sont mis oeuvre. « On fait beaucoup de plans de services individualisés aussi. On essaie de s'arrimer. » (P2). Dans certaines situations, la mise en place de cahiers de liaison est jugée favorable pour assurer les échanges réguliers entre les partenaires impliqués.

On a vraiment un cahier d'intervention et on le laisse dans les casiers. C'est vraiment écrit textuellement tous les bons coups, ce qu'on a travaillé et on essaie de donner des idées pour reprendre les choses à la maison. (P4)

De plus, les intervenants offrent de la formation aux acteurs externes au programme ICI pour faciliter les relations et l'arrimage des partenariats. Ils suggèrent de **sensibiliser les différents milieux au programme ICI** afin d'expliquer le rôle et les missions. « Je pense aussi que c'est de faire connaître qui on est, à quoi on sert. On n'est pas là pour te dire quoi faire, pour t'observer, pour te juger, puis souvent c'est l'impression qu'ils ont. » (P6)

Les intervenants soulignent que d'autres adaptations du programme seraient favorables à la participation, car la collaboration est jugée inégale d'une situation à une autre. Ils estiment que l'ajout de **mécanismes de collaboration formalisés** par leur établissement, notamment, par la mise en place de plans de services et de rencontres d'échanges avec les milieux impliqués auprès de l'enfant serait favorable. Ils estiment également que les intervenants du programme ICI devraient offrir un **soutien aux milieux externes** qui accueillent un enfant présentant un TSA par le biais de conseils, de propositions de stratégies d'intervention et de conseils concernant l'adaptation des objectifs d'intervention ou de l'environnement.

5. La différenciation

Cette dimension concerne les caractéristiques uniques d'un programme qui le distingue des autres programmes habituellement implantés pour les enfants présentant un TSA. Les intervenants soulignent que le modèle préconisé par leur établissement les distingue des autres établissements qui implantent l'ICI par le choix qu'ils ont fait du modèle de l'*ABA-VB*, et ce, pour tous les enfants du programme. Ils soulignent que le choix de modèle a plusieurs avantages et considèrent qu'il s'agit d'une valeur ajoutée par rapport à d'autres programmes ICI implantés dans différents services québécois. Ils insistent sur l'intérêt d'avoir opté pour un modèle d'intervention centré sur l'enseignement d'objectifs fonctionnels, et ce, dans tous les milieux de vie de l'enfant et pour l'ensemble des sphères du développement.

On est vraiment dans tout ce qui est fonctionnel pour l'enfant dans sa réalité [...] On ratisse plus large, mais plus efficacement que juste d'apprendre à l'enfant ce qui ne lui servira pas. [...] Moi je pense qu'on

est vraiment en train de créer un modèle. [...] On est dans la bonne voie. Je pense qu'on a un modèle fort, tu sais les intervenants, la force, ils portent un dossier au complet, ils voient tous les aspects et ce n'est pas quelqu'un qui leur dit applique tel programme comme ça peut se faire ailleurs. C'est une force, et ça demande beaucoup de soutien puis beaucoup de travail d'équipe. (P2) (superviseur)

Enfin, les intervenants mentionnent que la formation initiale constitue un caractère unique dans leur établissement, car ceux-ci sont tous détenteurs d'une formation universitaire. « Quand le programme a été mis en place, la gestionnaire a vraiment insisté pour que ce soit des professionnels qui portent le dossier, par exemple, un psychoéducateur. » (P2)

Les intervenants soulignent que leur établissement se distingue par une prise de position claire sur un modèle d'intervention précis, soit l'ABA-VB. Ce choix permet un cadre clinique de référence entre les intervenants à partir d'un curriculum d'intervention qui permet à la fois d'évaluer le développement de l'enfant et de cibler des objectifs d'intervention fonctionnels dans les différents lieux de vie de l'enfant. Ils considèrent que le modèle préconisé dans leur établissement permet une intervention fonctionnelle ainsi qu'une préparation adéquate des enfants à intégrer le milieu scolaire.

Discussion

Dans le processus d'implantation des PBDP dans les services courants, certaines modifications peuvent être effectuées afin d'adapter les pratiques aux contextes dans lesquels elles s'implantent (Aarons *et al.*, 2012; Escoffery *et al.*, 2018; Pérez *et al.*, 2016). Pour trouver l'équilibre entre la fidélité d'une PBDP et son implantation en contextes de services courants, la science de l'implantation recommande d'évaluer la fidélité de l'implantation pour vérifier comment les composantes essentielles d'une intervention sont implantées, mais aussi de documenter les adaptations effectuées en regard de l'intervention prévue à la base (Aarons *et al.*, 2012; Chen, 2015; Dunsenbury *et al.*, 2005; Escoffery *et al.*, 2018; Pérez *et al.*, 2016). En contexte québécois, l'ICI a été implanté à grande échelle dans les services depuis 2003. Les établissements ont effectué des choix variés et l'implantation de l'ICI ayant fait l'objet de plusieurs adaptations locales (Dionne *et al.*, 2016; Gamache *et al.*, 2010; Paquet *et al.*, 2017). La présente étude visait à recueillir le point de vue des intervenants d'un de ces établissements concernant les composantes de leur programme ICI qu'ils implantent, ainsi que les adaptations qu'ils jugent favorables.

D'abord, du point de vue de l'**adhésion**, les intervenants basent leur programme ICI sur le modèle ABA-VB et ils utilisent le curriculum VB-MAPP (Sundberg, 2008) comme outil de référence pour tous les enfants qui reçoivent l'ICI dans leur établissement. Ce choix d'offrir une intervention basée sur un curriculum de référence (Sundberg, 2008) diffère de ce qui est généralement rapporté par les représentants d'établissements québécois, optant plutôt pour diverses combinaisons de curriculums, tel que celui de Lovaas (1987, 2003) ou Maurice, Green et Luce (1996) (Dionne *et al.*,

2016). D'ailleurs, l'identification d'objectifs dans les différentes sphères de développement, dont celles qui sont particulièrement affectées par le TSA, est considérée comme une composante essentielle de l'ICI (Perry *et al.*, 2016).

Les composantes que les répondants jugent essentielles pour la mise en place de l'ICI sont : l'évaluation de l'enfant avec le curriculum VB-MAPP, l'évaluation des renforçateurs, la rédaction des objectifs d'intervention, la planification des stratégies spécifiques d'intervention, le recueil des données quotidiennes, la révision des objectifs et la préparation de la transition vers le milieu scolaire. Ces composantes ont permis aux intervenants d'harmoniser les pratiques, notamment par la mise en place de documents de référence, tout en permettant d'individualiser l'intervention aux besoins de chacun des enfants et de mettre en oeuvre l'intervention dans les différents milieux de vie. Ces composantes essentielles rejoignent celles qui ont été identifiées dans les écrits scientifiques, notamment, l'utilisation d'un curriculum d'intervention regroupant plusieurs domaines de développement déficitaires chez les enfants présentant un TSA, l'intervention dans les différents milieux de vie de l'enfant et la préparation à l'intégration au milieu scolaire (Perry *et al.*, 2016). La méthode de recueil de données préconisée par les intervenants, soit celle par échantillonnage à froid (*cold probe*), comporte certains avantages, notamment celui du gain de temps (Cumming et Carr, 2009). Les avis concernant l'utilisation de la cotation en discontinu, comme proposé, afin de remplacer les cotations en continu sont partagés, la cotation en discontinu comportant également d'importants avantages (p. ex., un suivi plus étroit des progrès de l'enfant, un monitoring plus étroit de l'intervention offerte) (Cumming et Carr, 2009; Giunta-Fede, Reeve, DeBar, Vladescu, Reeve, 2016; Eikeseth, 2010; Najdowski *et al.*, 2009).

Concernant le **dosage**, les intervenants rapportent que le dosage actuel de l'ICI dans leur établissement correspond plutôt à 14 à 16 heures par semaine et non à une vingtaine d'heures telle que préconisée par le MSSS. Différentes raisons soutiennent cette adaptation du dosage, notamment, des raisons organisationnelles (ressources humaines), mais aussi cliniques et liées aux besoins des enfants. En ce sens, un dosage inférieur à la vingtaine d'heures peut être offert selon les besoins des enfants de leur service. Le défi demeure cependant de préciser le dosage idéal en fonction de ces caractéristiques individuelles de chacun des enfants. Ce dosage est inférieur au dosage recommandé de 20 à 40 heures par semaine (National Research Council, 2001; Perry *et al.*, 2016), mais rejoint le dosage offert dans d'autres études québécoises (Dionne *et al.*, 2016; Rivard *et al.*, 2014).

En ce qui concerne la dimension de la **qualité**, les intervenants soulignent l'importance de créer une relation de confiance avec l'enfant tout au long de l'intervention pour maintenir la qualité de l'ICI. Ceci fait écho à d'autres écrits scientifiques qui ont évalué l'efficacité de la formation des intervenants à l'utilisation de la procédure du pairage avec l'enfant (*pressession pairing*) (Lugo, King, Lamphere, McArdle, 2017). Celle-ci est considérée comme étant prometteuse pour réduire la nature aversive du contexte d'intervention, développer une relation positive entre l'enfant et l'intervenant et prévenir les troubles du comportement en séance. Elle peut se mettre en place dans divers contextes d'intervention par le biais de différentes stratégies telles que l'utilisation des activités et des jouets préférés de l'enfant (renforceurs) et l'imitation des actions de celui-ci (Carbone, Morgenstern, Zecchin-

Tirri et Kolbert, 2007 ; Kelly, Axe, Allen et Magire, 2015; Lugo *et al.*, 2017 ; McLaughlin et Carr, 2005; Shillingsburg, Bowen et Shapiro, 2014).

Ils soulignent également que la mise en place de plusieurs piliers organisationnels est nécessaire pour assurer la qualité de l'ICI, notamment, la formation continue, le travail d'équipe, la supervision, l'auto-évaluation et les rencontres d'échanges sur les pratiques. La supervision clinique est aussi considérée comme étant un moyen d'assurer la qualité de l'ICI (Eikeseth, 2010 ; Eikeseth, Hayward, Gale, Gitlesen et Eldevik, 2009; Love, Carr, Almason et Petursdottir, 2009; Paquet *et al.*, 2017). Par contre, le modèle de supervision adopté par cet établissement diffère des écrits scientifiques par son caractère non obligatoire ainsi que par sa fréquence variable et généralement inférieure à la fréquence hebdomadaire recommandée (Eikeseth, 2010).

En termes de **participation**, les intervenants mentionnent que la participation des parents est essentielle, tout comme celle de plusieurs professionnels qui gravitent autour de l'enfant. Pour cela, ils estiment que l'intervention à domicile est favorable ainsi que la sensibilisation, la formation des intervenants externes au programme ICI et la mise en place de mécanismes formels de collaboration. Ce choix permet une meilleure adhésion des parents à l'intervention tout en favorisant le développement des compétences des parents dans la gestion des comportements défis tout comme dans la poursuite de l'intervention au domicile familial. Ce choix rejoint les écrits scientifiques soulignant l'importance de l'implication parentale dans l'intervention (INESSS,

2014b), tout comme celle des différents acteurs impliqués auprès de l'enfant (Perry *et al.*, 2016).

Enfin, concernant la **différenciation**, la composante essentielle identifiée par les intervenants est l'embauche d'intervenants détenteurs d'une formation universitaire, dont plusieurs issus de la psychoéducation. Ce choix a été effectué par les gestionnaires du programme afin que les intervenants puissent être autonomes et responsables dans leur charge de cas, sans devoir avoir recours au superviseur pour la prise de décision clinique concernant l'orientation du programme de l'enfant. Bien que ceux-ci ne possèdent pas la certification au *Behavior Analyst Certification Board* (BACB), les intervenants interrogés semblent intégrer au programme ICI les compétences-clés identifiées dans les écrits scientifiques telles que l'évaluation fonctionnelle, les procédures de renforcement et les principes d'apprentissage (Eikeseth *et al.*, 2009). L'intervention tout comme la supervision sont offertes par des cliniciens détenteurs d'une formation universitaire, dans la majorité des cas des psychoéducateurs, possédant une expérience clinique en ICI, ce qui est comparable aux données d'autres études (Love *et al.*, 2009; Paquet *et al.*, 2017).

L'établissement québécois concerné par cette étude semble avoir réussi à trouver un équilibre entre la fidélité et l'adaptation du programme ICI en mettant en oeuvre la majorité des composantes essentielles identifiées dans les écrits scientifiques sur l'ICI, telles que le groupe d'âge de référence, l'utilisation des stratégies d'enseignement basées sur l'AAC, la collecte de données; l'implication des parents, la généralisation des habiletés dans les différents milieux de vie, l'intégration en milieu ordinaire ainsi

que la préparation au milieu scolaire (Eikeseth, 2009 ; Eikeseth, 2017 ; National Research Council [NRC], 2001; Perry, 2002; Perry *et al.*, 2016 ; Rogers et Vismara, 2008). L'utilisation du modèle ABA-VB et du curriculum VB-MAPP permet une intervention globale en intégrant plusieurs sphères du développement dans l'ICI (la communication, l'imitation, la perception visuelle et l'appariement, le jeu, le comportement social, la routine de classe et les habiletés de groupe, la lecture, l'écriture et les mathématiques), tout comme la réduction des comportements-défis (Sundberg, 2008 ; Dixon, Peach et Daar, 2017).

Par contre, nonobstant les lignes directrices offertes par le MSSS, les intervenants interrogés perçoivent que diverses adaptations sont favorables pour la mise en place de l'ICI dans leur établissement. Les principales adaptations effectuées sont conformes à celles qui sont généralement effectuées dans les milieux de pratique, notamment, l'ajout de matériel pédagogique, la modification du dosage de l'intervention et l'intégration de nouvelles approches d'intervention, mais aucune modification n'a été effectuée en ce qui concerne le public cible (Escoffery *et al.*, 2018). L'établissement concerné par cette étude semble se distinguer des établissements québécois par une position claire concernant un modèle clinique de référence (Dionne *et al.*, 2016 ; Gamache *et al.*, 2010), soit l'ABA-VB, ce qui semble favoriser l'harmonisation de l'ICI d'un intervenant à un autre.

Conclusion

La présente étude visait à recueillir le point de vue des intervenants en ce qui concerne les composantes essentielles du programme ICI ainsi que les adaptations jugées favorables. Le modèle de Dane et Schneider (1998) utilisé a permis de recueillir une multitude d'informations sur le programme selon cinq dimensions, soit l'adhésion, le dosage, la qualité, la participation et la différenciation. Les propos de 10 intervenants qui appliquent l'ICI ont été recueillis à partir d'entrevues semi-dirigées puis analysés à partir des dimensions d'un modèle d'évaluation de la fidélité de l'intervention. Les résultats obtenus illustrent la perception des intervenants qui appliquent l'ICI sur le terrain, ce qui constitue la force de cette étude. Leurs points de vue ont permis de contextualiser l'implantation de l'ICI dans un contexte de services courants et d'examiner les adaptations effectuées. Ces résultats représentent, bien entendu, le contexte singulier d'un établissement à un moment précis et les propos recueillis témoignent des perceptions des intervenants d'un contexte spécifique. Les propos analysés portent sur la perception des intervenants interrogés, ils sont donc teintés par leur subjectivité tout comme leur contexte singulier. Les résultats ne sont pas transférables à d'autres établissements québécois. Malgré leur apport, les limites potentielles de l'utilisation des données auto-rapportées ont trait à la validité et à l'exactitude des informations, tout comme par leur expérience au sein d'un programme d'intervention ou par leur désir de fournir une évaluation positive de leur adhésion au programme (Breitenstein *et al.*, 2010; Perepletchikova, Treat et Kazdin, 2007).

De plus, les dimensions abordées sont celles qui sont suggérées par le modèle d'évaluation de la fidélité d'implantation de Dane et Schneider (1998). Bien que ce modèle permette de considérer un ensemble de facteurs utiles pour documenter la façon dont est implanté un programme, il n'a pas été conçu dans la perspective de différencier spécifiquement les composantes essentielles. Aussi, il faut souligner que les différentes composantes du modèle (adhésion, qualité, dosage, participation) peuvent parfois se chevaucher, rendant difficile le classement de certains éléments liés à l'implantation du programme (Carroll *et al.*, 2007). Il est également possible que l'utilisation d'un autre modèle d'évaluation ait pu permettre mettre en exergue d'autres aspects du programme ou encore une catégorisation différente. Enfin, cette étude n'aborde pas la perception des parents ni celle des acteurs qui gravitent autour de l'ICI par rapport aux composantes essentielles, ce qui pourrait être pertinent afin de compléter le portrait et apporter certaines nuances.

Étant donné l'augmentation importante des diagnostics de TSA, les services publics ont une responsabilité d'avoir recours aux PBDP. Cependant, leur implantation dans les services publics courants ne va pas de soi et des mécanismes devraient être mis en place pour assurer le lien entre les connaissances scientifiques et la pratique. L'évaluation de la fidélité constitue l'un de ces moyens. Pour ce faire, la définition des composantes essentielles de l'intervention est nécessaire afin de trouver l'équilibre entre la fidélité et l'adaptation des pratiques dans le contexte de services courants. Le savoir issu de la pratique (*bottom-up*) combiné au savoir scientifique (*top-down*) permet de réduire l'écart entre les connaissances scientifiques et les services

d'intervention courants et de mieux connaître comment une PBDP s'implante dans le contexte réel (Bania *et al.*, 2012 ; Bania, Roebuck et Chase, 2017 ; Chen, 2010).

À ce jour, les orientations fournies aux établissements responsables de l'implantation de l'ICI ne semblent pas assez précises pour assurer une implantation fidèle et uniforme de ce programme provincial, car elles balisent certains éléments tels que le dosage, mais laissent une marge d'interprétation ou « d'adaptation » importante. Il serait donc souhaitable que les établissements puissent avoir accès à de la documentation rendant explicites les composantes essentielles du programme ainsi qu'à un outil d'évaluation de la fidélité avec laquelle le programme est mis en place. De plus, l'évaluation continue de la fidélité de l'ICI devrait constituer une règle et non une exception afin de prévenir les « adaptations » risquant d'amenuiser les effets du programme, tout en laissant une marge de manœuvre aux établissements. Dans les situations « d'adaptation » du programme ICI, celles-ci devraient être planifiées rigoureusement et faire l'objet d'évaluation continue. Bien que le dosage soit l'une des variables de l'évaluation de la fidélité, cette composante n'est pas suffisante pour juger de l'implantation optimale d'un programme. En ce sens, dans le contexte québécois, l'évaluation du dosage ne devrait pas constituer la seule cible d'évaluation, car elle n'est pas garante de la fidélité ni de la qualité de l'ICI.

À la lumière des propos recueillis dans le cadre de cette étude et des connaissances scientifiques, il apparaît souhaitable de s'intéresser davantage à la question de la mise en place des composantes essentielles de la fidélité de l'ICI, mais aussi aux adaptations de ce programme implanté en contexte de services courants. Cela

permettrait de fournir des clarifications aux établissements concernés par l'implantation et d'assurer une harmonisation des pratiques offertes aux jeunes enfants ayant un TSA dans les services québécois. Pour ce faire, il serait également intéressant de poursuivre les démarches d'identification des composantes essentielles de l'ICI. Cela permettrait, sur le plan de l'évaluation de l'implantation, de construire des devis d'évaluation de la fidélité qui considèrent les caractéristiques spécifiques des modèles de même que les caractéristiques communes entre les différents programmes. Cela serait utile également dans les études d'évaluation des effets, en considérant l'implantation des programmes et en facilitant les comparaisons entre les différents programmes. Aussi, de telles démarches contribueraient, dans un contexte de ressources limitées, à identifier les composantes pour lesquelles aucune économie ne doit être faite.

Tableau 1

| Description des intervenants | | |
|------------------------------|------------------------|--|
| | Années d'expérience | Formation |
| P1 | 15 | Baccalauréat en psychoéducation et DESS en supervision |
| P2 | 4 | Maîtrise en psychoéducation |
| P3 | 4 | Maîtrise en psychoéducation |
| P4 | 9 | Baccalauréat en psychoéducation et maîtrise en cours |
| P5 | 10 | Baccalauréat en psychologie |
| P6 | 2 | Maîtrise en psychoéducation |
| P7 | 10 | Baccalauréat adaptation scolaire |
| P8 | 14 | Maîtrise en psychoéducation |
| P9 | 2 | Baccalauréat en ergothérapie |
| P10 | 2 | Maîtrise en psychoéducation |

Références

- Aarons, G. A. et Palinkas, L. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare : service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 411-419. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0121-3>
- Aarons, G. A., Green, A. E., Palinkas, L. A., Self-Brown, S., Whitaker, D. J., Lutzker, J. R. et Chaffin, M. J. (2012). Dynamic adaptation process to implement an evidence-based child maltreatment intervention. *Implementation Science*, 7(32), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-32>
- Agence de la santé publique du Canada (2018). *Trouble du Spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents au Canada 2018. Un Rapport Du Système National de Surveillance du Trouble Du Spectre De l'autisme*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. Récupéré de <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder-children-youth-canada-2018/trouble-spectre-autisme-enfants-adolescents-canada-2018.pdf>
- Backer, T. E. (2001). Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention: A state-of-the-art review. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Récupéré de <https://www.csun.edu/sites/default/files/FindingBalance1.pdf>
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, J., ...Dowling, N. F. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ*, 67(No. SS-6), 1–23. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>
- Bania, M., Roebuck, B. et Chase, V. (2017). Local adaptations of crime prevention programs: Finding the optimal balance between fidelity and fit - A Literature Review. Ottawa, ON: Public Safety Canada. (Research Report 2017-R019). <https://doi:10.13140/RG.2.2.20315.41767>
- Bérubé A., Lafantaisie, V., Dubeau, D., Coutu, S., Caron, J. et Devault, A. (2014). Using implementation evaluation to uncover a child neglect prevention program. *Evaluation and Program Planning*, 45, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.03.001>
- Bibby, P., Eikeseth, S., Martin, N. T., Mudford, O. C. et Reeves, D. (2002). Progress and Outcomes for Children with Autism Receiving Parent-Managed Intensive Interventions. *Research in Developmental Disabilities*, 22(6), 425-447. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(01\)00082-8](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(01)00082-8)

- Bondy, A. S. et Frost, L. A. (2001). The picture exchange communication system. *Behavior Modification*, 25(5), 725-744. <https://doi.org/10.1177/0145445501255004>
- Breitenstein, S., M., Gross, D., Garvey, C., Hill, C., Fogg, L. et Resnick, B. (2010). Implementation Fidelity in Community-Based Interventions, *Research in Nursing and Health*, 33(2), 164–173. <https://doi.org/10.1002/nur.20373>
- Bryson, S. E.; Koegel, L. K., Koegel, R. L., Openden, D., Smith, I. M. et Nefdt, N. (2007). Large Scale Dissemination and Community Implementation of Pivotal Response Treatment: Program Description and Preliminary Data, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 32(2), 142-153. <https://doi.org/10.2511/rpsd.32.2.142>
- Carbone, V. J., Morgenstern, B., Zecchin-Tirri, G. et Kolberg, L. (2007). The role of the reflexive conditioned motivating operation (CMO-R) during discrete trial instruction of children with autism. *Journal of Early Intensive Behavioral Intervention*, 4(4), 658–680. <https://doi.org/10.1037/h0100399>
- Caron, V., Bérubé, A. et Paquet, A. (2017). Implementation evaluation of early intensive behavioral intervention programs for children with autism spectrum disorders: A systematic review of studies in the last decade. *Evaluation and Program Planning*, 62, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.01.004>
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. et Balain, S. (2007) A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(40), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- Castro, F. G., Barrera, M. et Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5(1), 41-45. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd>
- Center for Disease Control and Prevention (2014). Prevalence of autism spectrum disorders among children aged 8 years: autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveillance Summaries* 63(2): 1–22. Récupéré de <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm>
- Chen, H. T. (2010). Bottom-up approach to integrative validity: A new perspective for program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 33, 205–214. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.10.002>
- Chen, H. T. (2015). Practical Program Evaluation. Theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective, (2e éd). Los Angeles, CA: Sage Publications.

- Cook, B. G. et Odom, S. L. (2013). Evidence-Based Practices and Implementation Science in Special Education. *Exceptional Children*, 79(2), 135-144. <https://doi.org/10.1177/001440291307900201>
- Cooper, J. O., Heron, T. E. et Heward, W. L. (2007). *Applied Behavior Analysis* (2e éd). Upper Saddle River, New Jersey, NJ: Pearson.
- Crooke, P. J. et Oslwang, L. B. (2015). Practice-Based Research: Another Pathway for Closing the Research-Practice Gap, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58, 1871-1882. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-15-0243.
- Cummings, A. R. et Carr, J. E. (2009). Evaluating progress in behavioral programs for children with autism spectrum disorders via continuous and discontinuous measurement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42, 57 -71. <https://doi.org/10.1901/jaba.2009.42-57>.
- Dane, A. V. et Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00043-3)
- Des Rivières-Pigeon, C. et I. Courcy, 2014. *Autisme et TSA : Quelles réalités pour les parents ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Dionne, C., Joly, J., Paquet, A., Rousseau, M. et Rivard, M. (2016). Organizations' choices when implementing an Early Intensive Behavioral Intervention program (EIBI). *Education Sciences et Society*, 2, 150-170. <https://doi.org/10.3280/ess2-2016oa3934>
- Dixon, M. R., Peach, J. et Daar, J. H. (2017). Teaching complex verbal operants to children with autism and establishing generalization using the Peak curriculum, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 50(2), 317-331. <http://doi.org/10.1002/jaba.373>
- Dunsenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256. <http://doi.org/10.1093/her/18.2.237>
- Dunsenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W. B., Walsh, J. et Falco, M. (2005). Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research: Theory & Practice*, 20(3), 308-313. <http://doi.org/10.1093/her/cyg134>
- Durlak, J. A. et Dupre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting

- implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327–350. <http://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 30(1), 158–78. <http://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.02.003>.
- Eikeseth, S. (2010). Examination of qualifications required of an EIBI professional. *European Journal of Behavior Analysis*, 11(2), 239–246. <https://doi.org/10.1080/15021149.2010.11434348>
- Eikeseth, S., Hayward, D., Gale, C., Gitlesen, J.-P. et Eldevik, S. (2009). Intensity of supervision and outcome for preschool aged children receiving early and intensive behavioral interventions: A preliminary study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 67–73. <http://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.04.003>
- Eikeseth, S. (2017). Additional Treatment Parameters and Issues Requiring Study: Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI). Dans J. Matson (dir.), *Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder. Autism and Child Psychopathology Series*. (p. 209-230). Bâle, Suisse: Springer International Publishing AG.
- Eikeseth, S., Klintwall, L., Jahr, E. et Karlsson, P. (2012). Outcome for children with autism receiving early and intensive behavioral intervention in mainstream preschool and kindergarten settings. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 829–835. <http://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.09.002>
- Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S. et Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 439–450. <http://doi.org/10.1080/15374410902851739>
- Escoffrey, C, Lebow-Skelley, E., Haardoefer, R., Boing, E., Udelson, H., Wood, R....Mullen, P. D. (2018). A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally, *Implementation Science*, 13(125), 1-21. <http://doi.org/10.1186/s13012-018-0815-9>
- Fava, L. et Strauss, K. (2014). Response to Early Intensive Behavioral Intervention for Autism- An umbrella approach to issues critical to treatment individualization. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 39, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2014.05.004>
- Fixsen, D., Blase, K., Metz, A. et Van Dyke, M. (2013). Statewide Implementation of Evidence-Based Programs. *Exceptional Children*, 79(2), 213-230. <https://doi.org/10.1177/001440291307900206>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. et Wallace, F. (2005). Implementation Research: A synthesis of the literature (FMHI #231). Tampa, FL:

- University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network. Repéré à : <https://fpg.unc.edu/node/4445>
- Gamache, V., Joly, J. et Dionne, C. (2010). La fidélité et qualité d'implantation du programme québécois d'intervention comportementale intensive destiné aux enfants présentant un trouble envahissant du développement en CRDITED. *Revue de psychoéducation*, 40(1), 1-23.
- Giunta-Fede, T. A., Reeve, S. A., DeBar, R. M., Vladescu, J. C., et Reeve, K. F. (2016). Comparing continuous and discontinuous data collection during discrete trial teaching of tacting by children with autism, *Behavioral Interventions*, 31, 311–331. <https://doi.org/10.1002/bin.1446>
- Gray, C., Broek, E., Cain, S. L., Dutkiewicz, M., Fleck, C., Gray, B., Gray, J., Jonker, S., Lindrup, A. et Moore, L. (Eds.). (1993). *The social story book*. Jenison, MI: Jenison Public Schools.
- Gresham, F. M., Gansle, K. A. et Noell, G. H. (1993). Treatment integrity in applied behavior analysis with children, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 257-263. <https://doi.org/10.1901/jaba.1993.26-257>
- Hagermoser Sanetti, L. M. et Kratchowill, T. R. (2009) Toward developing a science of treatment integrity: Introduction to the special series, *School Psychology Review*, 38(4), 445-459.
- Hansen, W. B., Pankratz, M. M., Dusenbury, L., Giles, S. M., Bishop, D. C., Albritton, J. et Strack, J. (2013). Styles of adaptation: The impact of frequency and valence of adaptation on preventing substance use. *Health Education*, 113, 345–363. <https://doi.org/10.1108/09654281311329268>
- Huffman, L. C., Sutcliffe, T. K., Tanner, I. S. D. et Feldman, H. M. (2011). Management of symptoms in children with autism spectrum disorders: A comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32, 56-68. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182040acf>
- Institut National de Santé publique du Québec (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*. Récupéré de https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2310_surveillance_trouble_spectre_autisme.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2014a). L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) : édition révisée. *ETMIS*, 9(6), 1-67. Repéré à :

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/TNESSSS_Interventions_Readap_TraitementPharmaco_Enfants_Aut.pdf.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2014b). Addenda. L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/TNESSSS_Addenda_TSA.pdf
- Kelly, A. N., Axe, J. B., Allen, R. F. et Maguire, R. W. (2015). Effect of pre-session pairing on the challenging behavior and academic responding of children with autism. *Behavioral Interventions*, 30, 135–156. <https://doi.org/10.1002/bin.1408>
- Leclair, I.-A., Paquette, G. et Letarte, M.-J. (2017). La fidélité d'un programme probant au-delà de son implantation initiale : l'exemple de Ces années incroyables en protection de l'enfance de 2003 à 2013. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 32(1), 90-108. <https://doi.org/10.3138/cjpe.31142>
- Linstead, E., Dixon, D. R., Hong, E., Burns, C. O., French, R., Novack, M. N. et Granspeesheh, D. (2017). An evaluation of the effects of intensity and duration on outcomes across treatment domains for children with autism spectrum disorder. *Translational Psychiatry*, 7, e1234. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.207>
- Lee, S. J., Altschul, A. I. et Mowbray, C. T. (2008). Using Planned Adaptation to Implement Evidence-Based Programs with New Populations. *American Journal on Community Psychology*, 41, 290-303. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9160-5>
- Lee, C.Y, August, G. J, Realmuto, G. M, Horowitz, J. L, Bloomquist, M. L, Klimes-Dougan, B. (2008). Fidelity at a distance: Assessing implementation fidelity of the Early Risers Prevention Program in a going-to-scale intervention trial. *Prevention Science*, 9, 215–229. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0097-6>
- Lovaas O.I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.3>
- Lovaas O.I. (2003). *Teaching Individuals with Developmental Delays: Basic Intervention Techniques*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Lugo, A. M., King, M. L., Lamphere, J. C. et McArdle, P. E. (2017). Developing Procedures to improve therapist-child rapport in early intervention. *Behavior Analysis in Practice*, 10(4), 395-401. <https://doi.org/10.1007/s40617-016-0165-5>
- Makrygianni, M. K., Gena, A., Katoudi, S. et Galanis, P. (2018). The effectiveness of applied behavior analytic interventions for children with Autism Spectrum

- Disorder: A meta-analytic study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 18-31. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.03.006>
- Makrygianni, M. K. et Reed, P. (2010). A meta-analytic review of the effectiveness of behavioral early intervention programs for children with autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 577-593. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.01.014>
- Maurice C., Green G. and Luce S. (1996). *Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals*. Austin, TX: Pro-Ed.
- McEachin, J. J., Smith, T. et Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97(4), 359-372. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8427693>
- McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L. et Salyers, M. (1994). Measuring the Fidelity of Implementation of A Mental-Health Program Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 670-678. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.4.670>
- McIntyre, L. L., Gresham, F. M., DiGennaro, F. D. et Reed, D. D. (2007). Treatment integrity of school-based interventions with children in the Journal of Applied Behavior Analysis 1991–2005. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 40, 659–972. <https://doi.org/10.1901/jaba.2007.659-672>
- McLaughlin, D. M. et Carr, E. G. (2005). Quality of rapport as a setting event for problem behavior: assessment and intervention. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 7(2), 68–91. <https://doi.org/10.1177/10983007050070020401>
- Mesibov G. B., Schopler E. et Hearsey K. A. (1994), Structured teaching, in E. Schopler et G. B. Mesibov (Eds.), *Behavioral Issues in Autism*, (pp. 195-207). New York, Plenum Press.
- Metz, A., Halle, T., Bartley, L. et Blasberg, A. (2013). The key components of successful implementation. Dans T. Halle, A. Metz, et I. Martinez-Beck (Eds.), *Applying implementation science in early childhood programs and systems* (pp. 21-42). Baltimore, MD, US: Paul H. Brookes Publishing.
- Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J. M. et Eccles, M. P. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation Science*, 4(40), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-40>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Un geste porteur d'avenir - Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000837/>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Des actions structurantes pour les personnes et leur famille. Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-824-06W.pdf>
- Moncher, F. J. et Prinz, R. J. (1991) Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review, 11*, 247-266. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90103-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90103-2)
- Najdowski, A. C., Chilingaryan, V., Bergstrom, R., Granpeesheh, D., Balasanyan, S., Aguilar, B. et Tarbox, J. (2009). Comparison of data-collection methods in a behavioral intervention program for children with pervasive developmental disorders: A replication. *Journal of Applied Behavior Analysis, 42*, 827–832. <https://doi.org/10.1901/jaba.2009.42-827>
- National Autism Center. (2009). *National standards report. The national standards project addressing the need for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorders*. Randolph, MA: National Autism Center. Récupéré de <http://www.nationalautismcenter.org/national-standards-project/>
- National Autism Center. (2015). *Findings and conclusions: National standards project, phase 2*. Randolph, MA: National Autism Center. Récupéré de <http://www.nationalautismcenter.org/national-standards-project/phase-2/>
- National Research Council. (2001). *Educating children with autism (Committee on Educational Interventions for Children with Autism, Division of Behavioral and Social Sciences and Education)*. Washington, DC: National Academy Press.
- Odom, S. L., Boyd, B. A., Hall, L. J. et Hume, K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40*, 425–436. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0825-1>
- Odom, S. L., Brandinger, E., Gersten, R., Horner, R. H., Thompson, B. et Harris, K. R. (2005). Research in special education: Scientific methods and evidence-based practices. *Exceptional Children, 71*, 137-148.
- Odom, S. L., Collet-Klingenberg, L., Rogers, S. J. et Hatton, D. D. (2010). Evidence-Based Practices in Interventions for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. *Preventing School Failure, 54*(4), 275-282. <https://doi.org/10.1080/10459881003785506>
- Odom, S. L., Cox, A.W. et Brock, M. E. (2013). Implementation Science, Professional Development, and Autism Spectrum Disorders. *Exceptional Children, 79*(2), 233-251.

- Olswang, L. B. et Prelock, P. A. (2015). Bridging the Gap Between Research and Practice: Implementation Science, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58, 1818-1826. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-14-0305
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Paquette, G., Joly, J. et Tourigny, M. (2010). La fidélité de l'implantation d'un programme d'intervention pour des adolescentes agressées sexuellement : Une mesure par observation systématique. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 24(2), 57-79. Récupéré de <https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/24-2-057.pdf>
- Perepletchikova, F., Treat, T. A. et Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75(6), 829-841. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.829>
- Pérez, D., Van der Stuyft, P. V., Carmen Zabala, M., Castro, M. et Lefèvre, P. (2016). A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. *Implementation Science*, 11(91), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0457-8>.
- Perry, A. (2002). Intensive early intervention program for children with autism: Background and design of the Ontario preschool autism initiative. *Journal on Developmental Disabilities*, 9(2), 121-128. Récupéré de <https://oadd.org/wp-content/uploads/2016/12/art11Perry.pdf>
- Perry, A., Koudys, J. et Blacklock, K. (2016). Early Intensive Behavioral Intervention. Dans N. N. Singh (dir.), *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual Developmental Disabilities, Evidence-Based Practices in Behavioral Health*. (p. 511-535). Bâle, Suisse: Springer International Publishing.
- Peterson, L., Horner, A. L. et Wonderlich, S. A. (1982). The integrity of independent variables in behavior analysis. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 15(4), 477-492. <https://doi.org/10.1901/jaba.1982.15-477>
- Reichow, B. (2012). Overview of Meta-Analyses on Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(4), 512-520. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1218-9>
- Reichow, B., Barton, E. E., Boyd, B. A. et Hume, K. (2012). Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) for Young Children with Autism Spectrum Disorders (ASD): A Systematic Review. *Cochrane Database Syst Rev*, 17(10), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009260.pub2>

- Reichow, B., Hume, K., Barton, E. E. et Boyd, B. A. (2018). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, Art. No.: CD009260. <https://doi: 10.1002/14651858.CD009260.pub3>
- Rivard, M., Therroux, A. et Mercier, C. (2014). Effectiveness of early intensive behavioral intervention in public and mainstream setting: The case of preschool age children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 1031-1043. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.05.010>
- Rogers, S. J. et Vismara, L. A. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 8–38. <https://doi.org/10.1080/15374410701817808>
- Royer, C., Baribeau, C. et Duschesne, A. (2009). Les entretiens individuels dans la recherche en sciences sociales au Québec : où en sommes-nous? Un panorama des usages. *Recherches qualitatives*, Hors Série, 7, 64-79. Récupéré de http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v7/HS7_Texte_Royer_Baribeau.pdf
- Shillingsburg, M. A., Bowen, C. N. et Shapiro, S. K. (2014). Increasing social approach and decreasing social avoidance in children with autism spectrum disorder during discrete trial training. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(11), 1443–1453. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.07.013>
- Stock, R., Miranda, P. et Smith, I. (2013). Comparison of community-based verbal behavior and pivotal response treatment for young children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7, 1168-1181. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.06.002>
- Sundberg, M. L. (2008). *The Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program: The VB-MAPP*. Concord, CA: AVB Press.
- Sundberg, M. L. et Michael, J. (2001). The benefits of Skinner's analysis of verbal behavior for children with autism, *Behavior modification*, 25, 698-724. <https://doi.org/10.1177/0145445501255003>
- Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, 4, 387-99. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.008>
- Vivanti, G., Kasari, C., Green, J., Mandell, D., Maye, M. et Hudry, K. (2018). Implementing and evaluating early intervention for children with autism: Where are the gaps and what should we do? *Autism Research*, 11(1), 16-23. <https://doi.org/10.1002/aur.1900>

- Volkmar, F. R., Paul, R., Rogers, S. et Pephrey, K. A. (2014). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 2, Volume Set, 4th Edition*. New Jersey: Wiley.
- Walsh, M. B. (2011). The Top 10 Reasons Children With Autism Deserve ABA, *Behavior Analysis in Practice, 4*(1), 72-79. <https://doi.org/10.1007/BF03391777>
- Warren Z., McPheeters M.L., Sathe N., Foss-Feig J.H., Glasser A. et VeenstraVanderWeele J. (2011). A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics, 127*(5), 1303-1311. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0426>
- Weisz, J. R., Jensen, A. L. et McLeod, B. D. (2005). Development and Dissemination of Child and Adolescent Psychotherapies: Milestones, Methods, and a New Deployment-Focused Model. In E. D. Hibbs et P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 9-39). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S.,...Schultz, T. R. (2014). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism Spectrum Disorder. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, Autism Evidence-Based Practice Review Group. Récupéré de <http://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/reports-and-policy-briefs/2014-EBP-Report.pdf>
- Young, J., Corea, C., Kimani, J. et Mandell, D. (2010). *Autism spectrum disorders services: Final report on environmental scan*. Presented to the Centers for Medicare and Medicaid Services. IMPAQ International, LLC. Récupéré de http://www.impaqint.com/sites/default/files/files/Autism_Spectrum_Disorders.pdf

Chapitre IV :
Discussion générale

L'objectif général de cette thèse était d'étudier le programme ICI sous l'angle de son implantation. Le premier objectif spécifique était de documenter l'implantation de l'ICI dans les études d'efficacité publiées entre 2005 et 2015. Le deuxième objectif spécifique était de documenter les éléments essentiels à l'implantation de l'ICI, ainsi que les adaptations jugées favorables dans un service courant, à partir des représentations des intervenants d'un établissement. Cette thèse a permis d'aborder les enjeux liés à l'implantation de l'ICI selon deux angles différents : 1) celui des études évaluatives ayant porté sur les effets de cette intervention et 2) celui de la perception des intervenants qui doivent la mettre en place. Pour y arriver, deux démarches méthodologiques ont été utilisées, soit : 1) la revue systématique (Liberati *et al.*, 2009) et 2) la démarche inductive (Paillé et Mucchielli, 2012). Chacune de ces démarches a fait l'objet d'un article constituant le cœur de cette thèse (Caron, Bérubé et Paquet, 2017; Caron, Paquet et Bérubé, 2019).

À la lumière des résultats obtenus dans ces deux articles, certains écarts apparaissent clairement entre les études évaluatives analysées dans la revue systématique (RS) et les perceptions des intervenants sur le terrain. Ainsi, dans le cadre de cette discussion générale, le premier thème discuté portera sur ces écarts, sur la mise en place des critères recommandés ainsi que sur les enjeux liés à l'implantation de l'ICI. Le deuxième thème discuté permettra d'aborder l'apport de cette thèse en regard de la pratique des psychoéducateurs. Cette thèse se terminera par le chapitre IV qui constituera la conclusion qui présentera les forces, les limites ainsi que les perspectives de recherche futures.

Les enjeux liés à l'implantation de l'ICI

Dans les écrits scientifiques, divers modèles d'ICI ont été documentés et deux classifications d'intervention ont été proposées, soit les modèles globaux d'intervention (*Comprehensive Treatment Models*) et les stratégies d'intervention (*focussed intervention*) (Odom, Boyd *et al.*, 2010). Pour être considérés comme un modèle global d'ICI, 5 critères doivent être présents: 1) être opérationnel pour l'intervention et être basé sur une documentation écrite concernant le processus d'intervention, les procédures et le contenu du curriculum ; 2) être rédigé dans un manuel ou dans un guide d'intervention; 3) avoir un cadre conceptuel clair; 4) viser le développement de plusieurs sphères du développement et 5) offrir une intensité de 25 heures et plus d'intervention (Odom, Boyd *et al.*, 2010). Dans le cadre de cette discussion, ces cinq critères seront mis en lien avec les cinq dimensions du modèle de Dane et Schneider (1998) ayant servi de base d'analyses pour les deux démarches (le dosage, l'adhésion, la qualité, la participation et la différenciation).

Le dosage

Cette dimension correspond au niveau d'exposition des participants à une intervention (Dane et Schneider, 1998). Le dosage recommandé dans les écrits scientifiques est de 25 heures d'intervention et plus par semaine (Odom, Boyd *et al.*, 2010). Dans les études analysées dans la RS, la majorité d'entre elles ont évalué le dosage de l'ICI en documentant le nombre d'heures réellement reçues par les enfants par rapport au nombre d'heures prévues. Cela rejoint les conclusions d'autres auteurs ayant mentionné que l'évaluation du dosage, avec ou sans combinaison avec l'adhésion

ou la qualité, est la mesure d'implantation la plus fréquente dans l'évaluation de l'implantation des programmes de prévention et de promotion (Dunsenbury *et al.*, 2003; Durlak et DuPre, 2008). Bien que le dosage soit la dimension la plus couramment évaluée dans la RS, peu d'études ont exploré le lien entre le dosage et les effets de l'intervention. Ceux qui ont effectué cette analyse ont conclu que, dans certains cas, le dosage influençait les progrès des enfants (Flanagan *et al.* 2012; Magiati *et al.*, 2007; Remington *et al.*, 2007; Rivard *et al.*, 2014; Virués-Ortega et Rodriguez, 2013), mais pas dans tous les cas (Fernell *et al.*, 2011; Strauss *et al.*, 2012; Vivanti *et al.*, 2013). Dans d'autres domaines, plusieurs auteurs ont mis en évidence le lien entre le dosage et les effets (Bérubé *et al.*, 2014, Leclair, Paquette et Letarte, 2017; Paquette, Tourigny et Joly, 2011; Poirier, Marcotte, Joly et Fortin, 2013). Bien que la dimension du dosage s'avère essentielle, autant du point de vue des études qui évaluent l'efficacité de l'ICI que du point de vue des balises d'implantation de cette intervention en contexte réel, celle-ci semble insuffisante, car d'autres éléments sont à considérer. D'ailleurs, certains auteurs ont souligné que la mesure du dosage ne devrait pas être exclusive, car elle fournit peu d'information sur la qualité et le nombre d'occasions d'apprentissage offertes à l'enfant (Strain, Schwartz et Barton, 2011).

Dans les orientations ministérielles québécoises (MSSS, 2003), le dosage de l'ICI est bien défini et correspond à une vingtaine d'heures d'intervention par semaine. Dans la pratique, un écart entre ces orientations et la réalité du terrain est présent et les intervenants rapportent une adaptation du dosage entre 14 et 16 heures par semaine. Cette adaptation du dosage a également été soulignée dans d'autres études québécoises sur l'ICI (Dionne *et al.*, 2016; Mercier *et al.*, 2010; Gamache *et al.*, 2010; Rivard *et*

al., 2014). Les intervenants interrogés dans le cadre du deuxième volet de la thèse lient cette adaptation aux besoins des enfants, mais aussi aux contraintes humaines et matérielles du milieu. Pour procéder aux adaptations du dosage, les intervenants semblent s'appuyer sur une série d'informations relatives à l'enfant, sur les avis des équipes multidisciplinaires et des parents, mais ils doivent aussi conjuguer avec une multitude de contraintes organisationnelles, humaines et matérielles. Ainsi, ces intervenants ne considèrent pas l'atteinte du dosage recommandé d'une vingtaine d'heures d'intervention par semaine comme une fin en soi, mais plutôt comme un moyen de générer les effets de l'ICI et de faire progresser des enfants.

L'adhésion

Cette dimension concerne le niveau de conformité de l'intervention par rapport au programme prévu. Dans les recommandations, pour être considéré comme un modèle global d'ICI (*Comprehensive Treatment Model*), celui-ci doit répondre à quatre critères supplémentaires, en plus du dosage des 25 heures et plus discuté plus haut, soit 1) être opérationnel pour l'intervention et être basé sur une documentation écrite concernant le processus d'intervention, les procédures et le contenu du curriculum ; 2) être rédigé dans un manuel ou d'un guide d'intervention; 3) avoir un cadre conceptuel clair; 4) viser le développement de plusieurs sphères du développement (Odom, Boyd *et al.*, 2010).

Les modèles d'ICI étudiés dans la RS semblent répondre au premier critère en étant opérationnel pour l'intervention et basé sur une documentation écrite concernant le processus d'intervention, les procédures et le contenu du curriculum. Cependant,

dans ces mêmes études, l'adhésion a été définie à partir de plusieurs modèles, notamment, le modèle UCLA, le modèle ABA-VB et l'entraînement aux réponses pivots, mais aussi à partir de divers curriculums, dont celui de Maurice *et al.* (1996) et de Koegel et Koegel (2006). Ainsi, l'adhésion étant définie par plusieurs modèles et curriculums de référence, le niveau de conformité attendu en ICI semble différer d'une étude à une autre.

De plus, bien que l'information concernant cette dimension ait été fournie dans la plupart des études de la RS, une minorité d'entre elles en ont effectué une évaluation. Ces résultats vont dans le même sens que d'autres articles ayant mentionné le manque d'information sur l'intervention offerte en ICI (Cook et Odom, 2013; Odom, Cox, Brock, 2013; Johnson *et al.*, 2018), mais aussi dans divers domaines d'intervention en santé et en éducation (Cox, Martinez et Southam-Gerow, 2019; Durlak et DuPre, 2008; Pereplechikova, Treat et Kazdin, 2007). Les études de la RS qui ont effectué une évaluation de la fidélité à partir d'une liste de contrôle (Estes *et al.*, 2015; Fava *et al.*, 2011; Sallow et Graupner, 2005; Strauss *et al.*, 2012; Stock *et al.*, 2013; Vivanti *et al.*, 2013; Vivanti *et al.*, 2014) ou par le biais d'une mesure d'observation des séances d'intervention (Smith *et al.*, 2010; Smith *et al.*, 2015) n'ont pas mentionné les informations sur la validité de ces mesures telle que c'est le cas dans d'autres domaines (Dunsenbury *et al.*, 2003). De plus, les études ayant effectué une évaluation de l'adhésion l'ont utilisé comme un outil de formation, de supervision ou de certification des intervenants à un modèle d'intervention, mais les informations recueillies n'ont pas été utilisées pour interpréter l'efficacité. Pourtant, les études évaluatives qui ont exploré ce lien ont souligné que l'adhésion influençait les effets (Dunsenbury *et al.*,

2003; Durlak et DuPre, 2008; Fava *et al.*, 2011; Strauss *et al.*, 2012; Paquette *et al.*, 2011; Poirier *et al.*, 2017).

Dans la pratique, les travaux québécois effectués sur le programme ICI ont mis en lumière une grande diversité dans les pratiques d'intervention, un manque de documentation spécifique, de guide ou de matériel d'intervention ainsi qu'une variabilité dans les modèles de supervision clinique (Dionne *et al.*, 2016; Gamache *et al.*, 2011; Paquet *et al.*, 2017; Rivard *et al.*, 2014). En ce sens, l'adhésion de l'ICI, telle qu'elle est définie dans les lignes directrices québécoises, ne semble pas répondre pas à tous les critères établis par Odom, Boyd *et al.* (2010) et mériterait d'être mieux définie afin de préciser le niveau de conformité attendu.

Pour sa part, le modèle implanté en contexte réel étudié dans le cadre du second volet de cette thèse doctorale semble être plus précis et répondre au premier critère établi par Odom, Boyd *et al.* (2010) en étant « opérationnel pour l'intervention et basé sur une documentation écrite concernant le processus d'intervention, les procédures et le contenu du curriculum ». Les intervenants interrogés soulignent que leur modèle s'appuie sur le modèle théorique de référence de l'ABA-VB (Skinner, 1957), ainsi que sur le curriculum VB-MAPP (Sundberg, 2008). Ce modèle a été largement étudié dans les écrits scientifiques comme dans les services courants (DeSouza, Akers et Fisher, 2017; Presti et Moderato, 2016; Sautter et Leblanc, 2006; Stock *et al.*, 2013; Sundberg et Michael, 2001), bien qu'il soit peu implanté dans les établissements québécois (Dionne *et al.*, 2016).

Ce modèle semble également répondre au deuxième critère d'Odom et ses collègues, en reposant sur « un cadre conceptuel clair » en étant basé sur l'AAC, mais plus spécifiquement, sur le modèle des opérants verbaux de Skinner (1957). Par contre, bien que cet établissement ait choisi de s'appuyer sur un modèle de référence, les intervenants mentionnent qu'ils effectuent certaines adaptations de leur matériel pédagogique en utilisant, pour certains enfants, d'autres curriculums de référence, ce qui constitue une adaptation fréquente dans différents domaines d'intervention (Escoffrey *et al.*, 2018). En ce sens, leur modèle semble répondre partiellement au troisième critère de « s'appuyer sur une documentation écrite et sur un manuel d'intervention spécifique », car il est basé sur plusieurs documentations de référence. Enfin, le modèle implanté dans le contexte étudié semble répondre au quatrième critère de « viser plusieurs sphères du développement » en étant basé sur un modèle qui vise l'apprentissage de la communication à partir de l'enseignement des comportements verbaux, mais qui intègre aussi l'évaluation des barrières à l'apprentissage permettant l'intervention des comportements-défis, tout comme l'évaluation de plusieurs domaines de développement tel que l'imitation, le jeu et les domaines scolaires.

Dans les études évaluatives de la RS comme dans l'étude réalisée auprès d'un établissement québécois, l'adhésion de l'ICI présente un mélange de conformité et d'adaptations. Les lignes directrices sur lesquelles le programme se base mériteraient d'être précisées tout en spécifiant quels éléments peuvent être adaptés et lesquels doivent être adoptés. Autrement, les adaptations autant au niveau du contenu de l'intervention (ajout ou retrait de certains éléments prévus) que du matériel pédagogique ou de la structure des activités sont plus fréquentes (Aarons *et al.*, 2012;

Castro *et al.*, 2004; Escroffrey *et al.* 2018). Bien qu'elles puissent être bénéfiques dans certaines situations, certaines adaptations peuvent affecter les effets de l'intervention si elles modifient les éléments essentiels responsables de l'efficacité (Aarons *et al.*, 2012; Castro *et al.*, 2004; Fixsen *et al.*, 2013; Hansen *et al.*, 2013).

La qualité

Cette dimension réfère à la qualité de l'exécution des techniques décrites dans le protocole (Dane et Schneider, 1998). Dans les études évaluatives sur l'ICI analysées dans la RS, cette dimension a été définie par la mise en place des composantes du modèle d'intervention (Vivanti *et al.* 2013) ainsi que par l'administration précise de stimuli discriminatoires, de conséquences et de séparations entre les essais (Smith *et al.*, 2015). Cette définition de la qualité diffère de celle de Dane et Schneider (1998) et elle se rapproche plutôt de la définition de la dimension de l'adhésion en référant au protocole et au niveau de conformité de l'intervention. Dans d'autres domaines, l'évaluation de la qualité de l'intervention porte sur le climat du groupe, l'appréciation des participants, l'adéquation de l'intervention en regard des besoins des participants (Bérubé *et al.*, 2014), la qualité de l'animation, le respect des principes d'animation préconisés (Paquette *et al.*, 2010) et sur la satisfaction des participants (Leclair *et al.*, 2017). Dans les études analysées dans la RS, malgré des précisions quant à l'utilisation d'une mesure de la qualité, aucune étude n'a étudié la relation entre la qualité et les effets de l'ICI. De plus, la dimension de la qualité et celle de l'adhésion semblent s'entrecroiser et les frontières entre ces deux dimensions ne semblent pas clairement définies. D'ailleurs, certains auteurs ont souligné que les dimensions du modèle de Dane et Schneider (1998) pouvaient parfois se chevaucher, rendant ainsi difficile le

classement de certains éléments liés à l'implantation du programme (Carroll *et al.*, 2007). En ICI, ce chevauchement au niveau des définitions de chacune des dimensions pourrait engendrer une certaine confusion dans la pratique et engendrer des adaptations.

Les intervenants rencontrés dans le cadre du second volet ont défini la qualité à partir de deux aspects, soit la qualité de la relation avec l'enfant et les mesures de soutien organisationnel permettant d'implanter le programme adéquatement. Dans le modèle implanté dans l'établissement québécois étudié, la qualité de l'intervention est traduite par la notion de relation avec l'enfant (*pairing, instructional control*) (Sundberg, 2008), ce qui correspond à la définition proposée par Dane et Schneider (1998). Les intervenants soulignent que la relation doit être établie au début de l'intervention, mais aussi tout au long du programme, car elle permet de conserver la motivation de l'enfant durant les séances d'intervention tout en effectuant les apprentissages du programme. Les propos des intervenants vont dans le même sens que plusieurs écrits ayant mentionné l'importance de la mise en place d'une relation positive avec l'enfant, considérée comme prometteuse pour réduire la nature aversive du contexte d'intervention, pour prévenir les troubles du comportement en séance et pour développer une relation positive entre l'enfant et l'intervenant (Carbone, Morgenstern, Zecchin-Tirri et Kolbert, 2007 ; Kelly, Axe, Allen et Magire, 2015; Lugo, King, Lamphere, McArdle, 2017 ; McLaughlin et Carr, 2005; Shillingsburg, Bowen et Shapiro, 2014; Schram, 2011). Bien qu'elle soit connue et utilisée par les intervenants, la notion de la qualité de la relation n'est pas évaluée dans la pratique et elle demeure subjective. Pourtant, la notion de relation (*pairing*) est bien définie dans

les écrits scientifiques et il existe différents moyens d'en faire une évaluation, notamment à partir de grilles d'observation basées sur l'évaluation des comportements d'approche et d'évitement et sur les étapes de la mise en place du contrôle instructionnel de l'enfant lorsqu'il en interaction avec l'adulte lors des séances (Kelly *et al.*, 2015; Lugo *et al.*, 2017, Schram, 2014; Sundberg et Partington, 1998). Cette mesure permet d'évaluer la relation et d'ajuster le niveau d'exigence durant les séances d'intervention, ce qui permet d'assurer une qualité dans la mise en place de l'intervention.

Par ailleurs, les intervenants interrogés perçoivent que la qualité de l'ICI repose également sur plusieurs mesures de soutien organisationnelles comme la formation initiale et continue, le travail d'équipe interdisciplinaire, la supervision clinique, les rencontres d'échanges sur les pratiques ainsi que l'auto-évaluation des compétences professionnelles. L'évaluation de ces différentes mesures de soutien, bien qu'ils soient parfois mentionnés dans les études de la RS, n'a jamais fait l'objet d'évaluation. En science de l'implantation, ces mesures sont décrites sous différents termes telles que soutien organisationnel (*organization drivers*) et soutien aux compétences (*competency drivers*) (Fixsen *et al.*, 2005; Halle *et al.*, 2013). Ces soutiens sont définis comme étant des mécanismes visant à développer, à améliorer et à soutenir la capacité des éducateurs et des superviseurs à mettre en œuvre un modèle de programme ou une innovation (soutien aux compétences). Pour leur part, les soutiens organisationnels concernent plutôt les conditions mises en place par les organisations visant à créer un environnement accueillant et favorable à la mise en place d'un nouveau modèle d'intervention (Fixsen *et al.*, 2005; Halle *et al.* 2013). En ce qui concerne le programme

ICI au Québec, ces différents soutiens n'ont pas été clairement définis et mériteraient d'être précisés dans le futur.

La participation

Cette dimension correspond à la participation des différents acteurs impliqués dans le programme (Dane et Schneider, 1998). Dans les études analysées dans la RS, cette dimension n'a pas été évaluée ni mise en relation avec les effets de l'ICI par aucun auteur. Or, en l'absence d'information sur la dimension de la participation, notamment celle des parents, il n'est pas possible de savoir comment les différents acteurs ont participé à l'intervention. Pourtant, celle-ci est considérée comme une variable susceptible d'influencer l'efficacité de l'ICI (INESSS, 2014; Paquette *et al.*, 2011; Perry, Koudish et Blackblock, 2016).

Dans d'autres domaines, cette participation a été évaluée à partir de l'évaluation du niveau d'engagement, de la présence ou de l'assiduité des participants (Bérubé *et al.*, 2014; Leclair *et al.*, 2017; Paquette *et al.*, 2011). En ICI, l'évaluation de la participation auprès des participants eux-mêmes semble très difficile en raison de l'âge et des caractéristiques des enfants qui reçoivent l'intervention. Par contre, la participation des parents à l'ICI a été définie par le biais de plusieurs activités comme la présence aux différentes réunions concernant l'éducation de leur enfant, la participation à des ateliers ou à des formations sur le TSA, les échanges avec les professionnels et l'intégration des objectifs d'intervention dans le milieu familial (Benson, Karlof et Siperstein, 2008). Dans leur étude menée auprès des parents de la province de l'Ontario, Solish, Perry et Shine (2016) ont défini et évalué la participation

des parents à partir d'un questionnaire divisé en quatre niveaux, soit 1) la participation formelle à des séances d'ICI; 2) la participation au programme de l'enfant (notamment, par la généralisation des objectifs de l'enfant au domicile familial); 3) la participation à la formation et 4) la participation à partir de collaborations avec les services qui offrent le programme à l'enfant. Ils ont mis en lumière que les parents avaient différents niveaux de participation en ICI et que certains d'entre eux n'étaient pas forcément en mesure de mener des séances d'intervention, mais pouvaient s'impliquer par différents moyens de participation. Suivant ces travaux, les lignes directrices de l'ICI au Québec devraient préciser le type de participation attendu tout comme le soutien à la participation offert par les établissements.

Dans la pratique, les intervenants rencontrés rapportent que la participation de plusieurs acteurs est nécessaire au bon fonctionnement du programme ICI, notamment, celle des parents, des milieux de garde, des milieux scolaires et des professionnels externes impliqués auprès des enfants qui reçoivent l'ICI. L'importance de la participation de plusieurs acteurs a également été mentionnée dans une autre étude québécoise (Dionne *et al.*, 2016). Selon les intervenants interrogés, celle-ci se traduit par différents moyens d'implication et de coordination des interventions tels que les plans de services, la sensibilisation, la formation et le soutien-conseil aux différents acteurs. Il semble donc important de poursuivre l'identification des différents partenaires dans les programmes et de poursuivre les efforts de compréhension sur la façon dont ces partenaires articulent leurs rôles et comment ils influencent les effets de l'intervention.

La différenciation

Cette dimension concerne les caractéristiques uniques d'un programme qui le distingue des autres programmes visant les mêmes objectifs ou le même public cible. Dans les études de la RS, aucune étude n'a évalué cette dimension ni mis cette dimension en relation avec les effets de l'ICI. Ce constat rejoint d'autres travaux ayant mentionné que la différenciation est la dimension la moins évaluée dans les évaluations d'implantation des programmes de prévention et d'intervention (Dunsenbury *et al.* 2003; Durlak et DuPre, 2008). Certains auteurs mentionnent même que la mesure de l'adhésion suffit pour déterminer si le programme est distinct (Perepletchikova et Kazdin, 2005).

Dans la pratique, les intervenants interrogés soulignent que leur programme se différencie des autres programmes québécois par le choix qu'ils ont fait de s'appuyer sur le modèle de référence de l'ABA-VB, tout comme le choix d'embaucher des intervenants détenteurs d'une formation universitaire, dont plusieurs issus de la psychoéducation. Ces choix constituent une distinction par rapport aux établissements québécois qui ont plutôt opté pour l'embauche de techniciens en éducation spécialisée pour la mise en place de l'ICI et l'embauche des psychoéducateurs pour les rôles de supervision clinique (Gamache *et al.*, 2011; Dionne *et al.*, 2016; Paquet *et al.*, 2017). Les intervenants soulignent également que la composition de leur équipe de soutien composée de professionnels possédant une expérience clinique en ICI (psychoéducateurs, orthophoniste, ergothérapeute) représente une caractéristique spécifique de leur programme. Celle-ci est également reportée dans d'autres études (Love, Carr, Almason et Ingeborg Petursdottir, 2009; Paquet, Dionne, Joly, Rousseau

et Rivard, 2017). À ce jour, peu d'études québécoises se sont penchées sur la question de l'impact des différentes modalités de supervision, bien que celle-ci soit identifiée comme un facteur pouvant influencer les effets (Dixon *et al.*, 2016).

Apport de la thèse à la pratique des psychoéducateurs

La recherche en psychoéducation

Les écrits en psychoéducation des quarante dernières années mettent en lumière l'engagement des psychoéducateurs à faire évoluer leur profession et à améliorer leur pratique à partir de la recherche évaluative et de la recherche appliquée. L'un des thèmes récurrents dans l'histoire de la psychoéducation est l'importance d'allier les connaissances issues de la recherche à l'intervention psychoéducative (Charlebois, 1998; Gagnon, 1985; 1991; Gendreau, 1983; 1984; Leblanc, 1983; Leblanc, 1998; OPPQ, 2014; Potvin, 2009; Pronovost, 1991; Renou et Tremblay, 1979). Bien que les différents auteurs en psychoéducation insistent sur l'importance d'évaluer les pratiques et de fonder l'intervention psychoéducative sur des données scientifiques, un fossé demeure présent (Gauquelin et Potvin, 2006; Potvin, 2009).

L'exercice de la psychoéducation et du rôle-conseil

Avec la loi 21, les psychoéducateurs sont désormais autorisés à exercer des activités réservées telles que l'évaluation des difficultés d'adaptation, l'élaboration et la mise en oeuvre de plan d'intervention, tout comme l'exercice du rôle-conseil auprès de personnes, de groupes ou d'organisations offrant des services à une clientèle en difficulté d'adaptation en vue de les aider à répondre au mieux aux besoins de cette clientèle (OPPQ, 2018). En 2014, Renou soutenait que « l'évolution des pratiques des psychoéducateurs vers le rôle-conseil est un fait accompli » (p. 149) (Renou, 2014). En 2018, le référentiel de compétences liées à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec indiquait que l'exercice du rôle-

conseil prenait une importance croissante dans la pratique professionnelle des psychoéducatrices et des psychoéducateurs (OPPQ, 2018). Bien que le rôle-conseil soit de plus en plus exercé par les psychoéducateurs dans les divers milieux d'intervention, les moyens et les opérations permettant de l'effectuer demeurent assez généraux et peu spécifiques pour chacun des contextes d'intervention. Selon un sondage effectué auprès des psychoéducateurs intervenants auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TSA, 67% d'entre eux pratiquaient dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED) et 64 % avaient moins de cinq ans d'expérience (Ordre des conseillers et conseillères en orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2010). Les psychoéducateurs répondants ont mentionné un écart entre la formation reçue et les attentes du milieu professionnel et ils considèrent que leur formation initiale n'était pas suffisante pour répondre adéquatement à l'ensemble des défis que pose l'exercice de leur profession auprès de la clientèle présentant une DI ou un TSA et aux problématiques associées. En 2013-2014, l'ordre rapportait qu'il y avait 367 psychoéducateurs en exercice dans les CRDITED sur 4040 membres, équivalent à 9% des psychoéducateurs (OPPQ, 2014).

Le rôle-conseil au programme ICI

À ce jour, peu d'informations semblent disponibles sur la situation spécifique des psychoéducateurs exerçant le rôle-conseil au programme ICI. Nonobstant un code de déontologie ainsi qu'un référentiel de compétences lié à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec (OPPQ, 2018), les différentes tâches découlant de la fonction du rôle-conseil semblent relativement vagues, bien

qu'elles soient fréquentes dans les établissements québécois. Ce rôle-conseil ou de supervision peut avoir un impact important sur le développement et le maintien des compétences des personnes qui implantent l'intervention, mais aussi sur les effets de celle-ci (Fixsen *et al.*, 2005). La supervision peut être considérée comme un outil fourni par une organisation pour assurer la formation, le soutien et la rétroaction liés au rendement des intervenants durant la mise en œuvre d'un programme (Chen, 2015). En ICI, les superviseurs doivent être compétents dans plusieurs domaines et exercer diverses activités professionnelles tels que l'évaluation des enfants, la rédaction des objectifs d'intervention, l'analyse des données, l'intervention directe, la planification des stratégies d'intervention et la mise en œuvre des stratégies visant la diminution des comportements problématiques, ainsi que la rétroaction aux parents et aux intervenants (Eikeseth, Hayward, Gale, Gitlesen et Eldevick, 2009; Eikeseth, 2010). Leurs tâches peuvent s'effectuer par le biais d'un contact direct avec les enfants (vécu partagé) mais aussi par le biais d'un contact indirect avec les enfants via la supervision des éducateurs responsables de mettre en œuvre le programme.

En ICI, la charge de travail des superviseurs est complexe et s'articule autour de plusieurs enfants en même temps en parallèle, mais aussi auprès de plusieurs éducateurs (Eikeseth, 2010). Elle consiste à ajuster le programme d'intervention suite à des observations de l'enfant, des échanges cliniques et à analyser les données d'évolution (Eikeseth, 2010). Dans un sondage, Love *et al.* (2009) notent qu'un peu plus de la moitié des superviseurs déclarent devoir superviser le programme d'au moins sept enfants, qu'ils discutent presque tous de l'intervention pour ces enfants les intervenants au moins une fois par mois, observent les enfants tous les mois ou plus

fréquemment, et examinent les données d'observation tous les mois ou plus fréquemment. Au Québec, dans le cadre de l'exercice du rôle-conseil ou de superviseur, les psychoéducateurs ont la responsabilité d'évaluer les enfants, de déterminer les objectifs d'intervention et de mettre en oeuvre le programme de plusieurs enfants, mais aussi d'assurer la formation des équipes, le coaching sur le terrain, tout comme la coordination des interventions et des acteurs impliqués. Par le mandat de supervision qu'ils occupent, les psychoéducateurs peuvent également s'impliquer dans les réflexions entourant le développement et l'évaluation des programmes dans lesquels ils pratiquent.

Cette thèse a permis de décrire comment l'ICI se met en place dans le contexte réel dans un établissement en particulier et d'identifier certains leviers d'amélioration de ce programme. À la lumière des résultats recueillis dans cette thèse, le levier principal de l'amélioration de ce programme semble être la précision sur les différentes dimensions de l'ICI (le dosage, l'adhésion, la qualité, la participation et la différenciation), mais aussi des adaptations possibles. En ce sens, une réflexion devrait être poursuivie afin que des balises plus précises soient offertes aux psychoéducateurs qui interviennent au sein de ce programme. Cette thèse a permis d'identifier certaines balises pouvant servir de points de repère aux psychoéducateurs dans l'exercice du rôle-conseil. En ce sens, les résultats obtenus dans les deux démarches effectuées peuvent contribuer à alimenter la réflexion des psychoéducateurs sur ce qu'est le programme ICI, comment le mettre en place, comment le superviser, mais aussi comment l'adapter à diverses situations.

Chapitre V :

Conclusion

L'objectif général de cette thèse était d'étudier le programme ICI sous l'angle de son implantation. Le premier volet de cette thèse visait à répondre aux premiers objectifs qui étaient de recenser les études qui ont évalué les effets de l'ICI (2005-2015), d'examiner quelles composantes de la fidélité ont été documentées et de vérifier si ces informations ont été mises en relation avec les effets. L'atteinte de ces objectifs s'est concrétisée par la rédaction d'un article théorique publié sous la forme d'une RS. Les résultats ont permis d'arriver à un constat concernant le manque d'information sur l'implantation de l'ICI dans les études analysées, mais aussi le manque d'études qui ont exploré le lien entre l'implantation et l'efficacité. Le second volet de la thèse a permis de répondre au dernier objectif qui était de documenter les éléments essentiels à l'implantation de l'ICI, ainsi que les adaptations jugées favorables dans un service courant, à partir des représentations des intervenants d'un établissement. Cet objectif a été concrétisé par la rédaction d'un article qualitatif analysant les propos des intervenants d'un établissement québécois. L'analyse des propos des intervenants a permis d'identifier plusieurs composantes essentielles de l'ICI, pour chacune des dimensions du modèle de Dane et Schneider (1998), ainsi que plusieurs adaptations effectuées en contexte réel.

L'un des éléments centraux à retenir de ces deux démarches est l'importance de la définition des composantes de l'intervention, et de la marge d'adaptation de celles-ci dans la pratique. Faire l'économie de cette étape, généralement préalable à la mise en oeuvre d'une pratique dans des services courants, peut être préjudiciable à plusieurs niveaux. D'abord, au niveau de la charge de travail engendrée pour les milieux

cliniques responsables de l'implantation qui doivent « inventer » une définition du programme, à la lumière de leur interprétation et de leurs ressources et par la suite, le mettre en oeuvre. Un deuxième impact est celui du manque d'uniformité du programme selon les établissements. Si les composantes de l'implantation de l'intervention ne sont pas clairement définies, et que leur marge d'adaptation est aussi vague, les milieux d'intervention peuvent se retrouver confrontés à faire des choix et des compromis, souvent influencés par la disponibilité des ressources. Or, ces choix peuvent être effectués au détriment de l'efficacité et de la qualité de l'intervention. Malgré la publication de nombreuses études évaluatives sur l'efficacité de l'ICI, tout comme une politique gouvernementale en place appuyant la mise en oeuvre de cette intervention à l'échelle provinciale, un travail reste à faire sur la définition de cette intervention pour l'implantation dans la pratique, tout comme sur la notion de la fidélité attendue. Ce travail semble fondamental pour soutenir les milieux d'intervention dans la mise en place de l'ICI, mais aussi pour harmoniser l'offre de services provinciale destinée à offrir l'ICI à l'échelle québécoise.

Pour l'amélioration continue de ce programme, il semble primordial que les parties prenantes, les intervenants et les chercheurs s'intéressent davantage aux notions de fidélité et d'adaptation de l'implantation de l'ICI, tout comme de leur évaluation. À plus long terme, ce travail autour de la définition et de l'évaluation de l'implantation de l'ICI permettrait de comparer l'efficacité de différents modèles et d'identifier les éléments responsables des effets qui devraient être intégrés à la définition de la fidélité.

Forces et limites

Cette thèse a permis d'aborder l'ICI sous l'angle de son implantation, ce qui constitue un apport original aux travaux à ce jour disponibles sur l'ICI, qui l'ont surtout abordé sous l'angle de l'efficacité. L'utilisation du modèle d'évaluation de la fidélité de Dane et Schneider (1998) a permis de combiner le savoir scientifique en analysant les études ayant porté sur l'efficacité (*top-down*) avec le savoir issu de la pratique (*bottom-up*) en analysant les propos des intervenants. La combinaison de ces deux perspectives constitue une contribution aux travaux québécois à ce jour réalisés sur ce programme. Malgré ces forces, cette thèse comporte également certaines limites. L'implantation de l'ICI a été décrite à partir des dimensions du modèle de l'évaluation de Dane et Schneider (1998), et, en conséquence, un autre modèle d'évaluation aurait pu permettre de dégager des informations différentes. La RS a permis d'analyser les articles publiés entre 2005 et 2015, car elle correspond à la période la plus largement étudiée dans les différentes revues systématiques et méta-analyses existantes sur l'ICI. Cette RS a donc analysé les articles correspondant aux critères d'inclusion et a donc exclu, les articles qui ne correspondaient pas aux critères identifiés. Les articles publiés en dehors de cette période, celles qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion ainsi que les études non publiées n'ont pas été incluses dans cette analyse. D'autre part, les propos recueillis auprès des intervenants qui appliquent l'ICI dans un établissement québécois sont singuliers à un contexte et représentent leurs perceptions de la situation. Les choix effectués par cet établissement en ce qui concerne le modèle d'intervention ne sont pas représentatifs des autres sites québécois qui implantent ce programme.

Perspectives de recherche futures

Dans les recherches futures, les définitions des cinq dimensions de l'ICI devraient être précisées et évaluées systématiquement dans les études sur l'ICI, mais aussi dans la pratique. Le grand défi derrière l'évaluation de la fidélité de l'implantation est non seulement de bien la définir, mais aussi d'élaborer des instruments de mesure qui peuvent évaluer le caractère spécifique de chaque modèle d'intervention. Étant donné les adaptations courantes dans le processus d'implantation d'une PBDP en contexte réel, les marges d'adaptation devraient être mieux définies. En ce sens, les orientations ministérielles devraient préciser ces éléments afin que les établissements puissent mettre en œuvre l'ICI de façon conforme aux écrits scientifiques, mais qu'ils puissent aussi l'adapter selon les contextes, sans affecter les effets. En ce sens, des précisions au niveau des adaptations possibles en ce qui concerne le dosage, de l'adhésion, la qualité et la participation seraient des pistes à explorer. En termes de différenciation, il serait également important que le caractère spécifique et les éléments distinctifs de chacun des modèles d'ICI soient identifiés, afin qu'ils puissent être évalués et analysés dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité de l'ICI.

Dans le futur, l'évaluation du dosage devrait être combinée à l'évaluation d'autres dimensions de la fidélité et être utilisée pour explorer les liens avec les effets de l'intervention. De plus, le développement d'outils d'évaluation permettant d'orienter les enfants vers un dosage optimal devrait constituer des pistes de recherche prioritaires. De plus, comme il existe une variété de modèles d'ICI, le modèle implanté devrait être

explicité, tout comme les curriculums de référence et les modalités d'évaluation de l'adhésion. Les recherches sur l'ICI devraient s'appuyer sur une définition commune de l'adhésion tout comme de la qualité de l'ICI afin de faciliter la comparaison entre les différents modèles et permettre l'exploration du lien entre la qualité et l'efficacité. Enfin, la notion de participation des parents comme celle des acteurs impliqués dans l'ICI mériterait d'être mieux définie et évaluée. En ce sens, les liens entre la participation et les effets de l'intervention pourraient être explorés.

Références

- Aarons, G. A. et Palinkas, L. A. (2007). Implementation of evidence-based practice in child welfare : service provider perspectives. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(4), 411-419. <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0121-3>
- Aarons, G. A., Green, A. E., Palinkas, L. A., Self-Brown, S., Whitaker, D. J., Lutzker, J. R. et Chaffin, M. J. (2012). Dynamic adaptation process to implement an evidence-based child maltreatment intervention. *Implementation Science*, 7(32), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-32>
- Agence de la santé publique du Canada (2018). *Trouble du Spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents au Canada 2018. Un Rapport Du Système National de Surveillance du Trouble du Spectre de l'autisme*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. Récupéré de <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder-children-youth-canada-2018/trouble-spectre-autisme-enfants-adolescents-canada-2018.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Australian Government. (2013). *Helping Children with Autism (HCWA)*. Récupéré de <http://www.fahcsia.gov.au/our-responsibilities/disability-and-carers/program-services/for-people-with-disability/helping-children-with-autism>
- Backer, T. E. (2001). *Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention: A state-of-the-art review*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Récupéré de <https://www.csun.edu/sites/default/files/FindingBalance1.pdf>
- Baer, D. M., Wolf, M. M. et Risley, T. R. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1(1), 91-97.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, J., ...Dowling, N. F. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ*, 67(No. SS-6), 1-23. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>
- Bania, M., Roebuck, B. et Chase, V. (2017). *Adaptations locales de programmes de prévention du crime : trouver l'équilibre optimal entre la fidélité et la correspondance—Une analyse documentaire* (Rapport de recherche 2017-R019). Ottawa. Sécurité publique Canada. Récupéré de <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2017-s019/index-fr.aspx>
- Benson, P. R., Karlof, K. et Siperstein, G. N. (2008). Maternal involvement in the education of young children with autism spectrum disorders, *Autism*, 12(1), 47-63. <https://doi.org/10.1177/1362361307085269>

- Bérubé, A., Lafantaisie, V., Dubeau, D., Coutu, S., Caron, J. et Devault, A. (2014). Using implementation evaluation to uncover a child neglect prevention program. *Evaluation and Program Planning*, 45, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.03.001>
- Bibby, P., Eikeseth, S., Martin, N. T., Mudford, O. C. et Reeves, D. (2002). Progress and Outcomes for Children with Autism Receiving Parent-Managed Intensive Interventions. *Research in Developmental Disabilities*, 22(6), 425-447. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(01\)00082-8](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(01)00082-8)
- Bondy, A. S., et Frost, L. A. (2001). The picture exchange communication system. *Behavior Modification*, 25(5), 725-744. <https://doi.org/10.1177/0145445501255004>
- Breitenstein, S., M., Gross, D., Garvey, C., Hill, C., Fogg, L. et Resnick, B. (2010). Implementation Fidelity in Community-Based Interventions, *Research in Nursing and Health*, 33(2), 164-173. <https://doi.org/10.1002/nur.20373>
- Bryson, S. E.; Koegel, L. K., Koegel, R. L., Openden, D., Smith, I. M. et Nefdt, N. (2007). Large Scale Dissemination and Community Implementation of Pivotal Response Treatment: Program Description and Preliminary Data, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 32(2), 142-153. <https://doi.org/10.2511/rpsd.32.2.142>
- Carbone, V. J., Morgenstern, B., Zecchin-Tirri, G. et Kolberg, L. (2007). The role of the reflexive conditioned motivating operation (CMO-R) during discrete trial instruction of children with autism. *Journal of Early Intensive Behavioral Intervention*, 4(4), 658-680. <https://doi.org/10.1037/h0100399>
- Caron, V., Bérubé, A. et Paquet, A. (2017). Implementation evaluation of early intensive behavioral intervention programs for children with autism spectrum disorders: A systematic review of studies in the last decade. *Evaluation and Program Planning*, 62, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2017.01.004>
- Caron, V., Paquet, A., et Bérubé, A. (2019). La perception des intervenants quant à l'implantation et l'adaptation du programme ICI dans le contexte réel d'un établissement québécois, *Revue de Psychoéducation*. 48(2), 303-331.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. et Balain, S. (2007) A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(40), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- Castro, F. G., Barrera, M. et Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5(1), 41-45. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013980.12412.cd>

- Center for Disease Control and Prevention (2014). Prevalence of autism spectrum disorders among children aged 8 years: autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2010. *MMWR Surveillance Summaries* 63(2): 1–22. Récupéré de <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm>
- Charlebois, P. (1998). Évaluation: un passe-temps pour chercheurs ou une nécessité? *Revue de Psycho-Éducation*, 27(2), 253-269.
- Chen, H. T. (2010). Bottom-up approach to integrative validity: A new perspective for program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 33, 205–214. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.10.002>
- Chen, H. T., (2015). (Eds). *Practical program evaluation. Theory-Driven evaluation and the Integrated Evaluation Perspective*. (Second Edition). Thousand Oak, California: Sage Publications Inc.
- Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec (2012). Les troubles du spectre de l'autisme, l'évaluation clinique, les lignes directrices, Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec. Récupéré de <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/spectre-de-lautisme>
- Cook, B. G. et Odom, S. L. (2013). Evidence-Based Practices and Implementation Science in Special Education. *Exceptional Children*, 79(2), 135-144. <https://doi.org/10.1177/001440291307900201>
- Cooper, J. O., Heron, T. E. et Heward, W. L. (2007). *Applied Behavior Analysis* (2e éd). Upper Saddle River, New Jersey, NJ: Pearson.
- Cox, J. R., Martinez, R. G., et Southam-Gerow, M. A. (2019). Treatment Integrity in Psychotherapy Research and Implications for the Delivery of Quality Mental Health Services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 87(3), 221-233. <http://doi.org/10.1037/ccp0000370>
- Crooke, P. J. et Oslwang, L. B. (2015). Practice-Based Research: Another Pathway for Closing the Research-Practice Gap, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58, 1871-1882. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-15-0243.
- Cummings, A. R., et Carr, J. E. (2009). Evaluating progress in behavioral programs for children with autism spectrum disorders via continuous and discontinuous measurement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42, 57 –71. <https://doi.org/10.1901/jaba.2009.42-57>
- Dane, A. V. et Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23–45. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00043-3)

- De Souza, A. A., Akers, J. S. et Fisher, W. W. (2017). Empirical application of Skinner's Verbal Behavior to Interventions for Children with Autism: A Review. *Analysis of Verbal Behavior*, 33, 229-259. <https://doi.org/10.1007/s40616-017-0093-7>
- Des Rivières-Pigeon, C. et I. Courcy, 2014. *Autisme et TSA : Quelles réalités pour les parents ?*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Dionne, C., Joly, J., Paquet, A., Rousseau, M. et Rivard, M. (2016). Organizations' choices when implementing an Early Intensive Behavioral Intervention program (EIBI). *Education Sciences et Society*, 2, 150-170. <https://doi.org/10.3280/ess2-2016oa3934>
- Dixon, D. R., Linstead, E. Granpeesheh, D., Novack, M. N., French, R. Stevens, ...Alva Powell, A. (2016). An Evaluation of the Impact of Supervision Intensity, Supervisor Qualifications, and Caseload on Outcomes in the Treatment of Autism Spectrum Disorder, *Behavior Analysis in Practice*, 9, 339–348. <https://doi.org/10.1007/s40617-016-0132-1>
- Dixon, M. R., Peach, J. et Daar, J. H. (2017). Teaching complex verbal operants to children with autism and establishing generalization using the Peak curriculum, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 50(2), 317-331. <http://doi.org/10.1002/jaba.373>
- Dunsenbury, L., Brannigan, R., Falco, M. et Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256. <https://doi.org/10.1093/her/18.2.237>
- Dunsenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W. B., Walsh, J. et Falco, M. (2005). Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. *Health Education Research: Theory & Practice*, 20(3), 308-313. <https://doi.org/10.1093/her/cyg134>
- Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327–350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 30(1), 158-78. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.02.003>

- Eikeseth, S. (2010). Examination of qualifications required of an EIBI professional. *European Journal of Behavior Analysis*, 11(2), 239–246. <https://doi.org/10.1080/15021149.2010.11434348>
- Eikeseth, S., Hayward, D., Gale, C., Gitlesen, J.-P. et Eldevik, S. (2009). Intensity of supervision and outcome for preschool aged children receiving early and intensive behavioral interventions: A preliminary study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.04.003>
- Eikeseth, S. (2017). Additional Treatment Parameters and Issues Requiring Study: Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI). Dans J. Matson (dir.), *Handbook of Treatments for Autism Spectrum Disorder. Autism and Child Psychopathology Series*. (p. 209-230). Bâle, Suisse: Springer International Publishing AG.
- Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S. et Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 439–450. <https://doi.org/10.1080/15374410902851739>
- Eikeseth, S., Klintwall, L., Jahr, E. et Karlsson, P. (2012). Outcome for children with autism receiving early and intensive behavioral intervention in mainstream preschool and kindergarten settings. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 829-835. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.09.002>
- Escoffrey, C, Lebow-Skelley, E., Haardoefer, R., Boing, E., Udelson, H., Wood, R....Mullen, P. D. (2018). A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally, *Implementation Science*, 13(125), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0815-9>
- Estes, A., Munson, J., Rogers, S. J., Greenson, J., Winter, J., & Dawson, G. (2015). Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(7), 580-587. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.04.005>
- Fava, L. Strauss, K., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S., & Vicari, S. (2011). The effectiveness of a cross-setting complementary staff- and parent-mediated Early Intensive Behavioral Intervention for young children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1479-1492. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.02.009>
- Fava, L. & Strauss, K. (2014). Response to Early Intensive Behavioral Intervention for Autism- An umbrella approach to issues critical to treatment individualization. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 39, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2014.05.004>
- Fédération québécoise des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (FQCRDITED). (2010). Guide de pratique : le service d'adaptation et de réadaptation à l'enfance 0-5 ans en TED. Montréal.

- Fernell, E., Hedvall, A., Westerlund, J., Höglund Carlsson L, Eriksson M, Barnevik Olsson M.,...Gillberg, C. (2011). Early intervention in 208 Swedish preschoolers with autism spectrum disorder. A prospective naturalistic study. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2092–2101. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.08.002>
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tamps, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network.
- Fixsen, D., Blase, K., Metz, A. et Van Dyke, M. (2013). Statewide Implementation of Evidence-Based Programs. *Exceptional Children*, 79(2), 213-230. <https://doi.org/10.1177/001440291307900206>
- Flanagan, H. E., Perry, A., & Freeman, N. (2012). Effectiveness of a large-scale community-based Intensive Behavioral Intervention: A waitlist comparison study exploring outcomes and predictors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 673-682. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.09.011>
- Gagnon, C. (1991). Recherche, formation, perfectionnement: trilogie garante de la qualité de l'intervention. *Revue canadienne de Psycho-Éducation*, 20(1), 55-58.
- Gagnon, C. (1998). La formation universitaire en psychoéducation : la connaissance ou l'employabilité? *Revue canadienne de Psycho-Éducation*, 27(2), 225-229.
- Gamache, V., Joly, J. et Dionne, C. (2011). La fidélité et qualité d'implantation du programme québécois d'intervention comportementale intensive destiné aux enfants présentant un trouble envahissant du développement en CRDITED. *Revue de psychoéducation*, 40(1), 1-23.
- Gauquelin, M., & Potvin, P. (2006). La recherche, l'intervention et le transfert : question autour de l'innovation pédagogique. Communication présentée au Colloque de la Centrale des syndicats du Québec. « États généraux sur l'éducation : 10 ans après ». Québec, Canada. Options CSQ Hors Série no 1.
- Gendreau, G. (1983). Problématique actuelle et future de l'intervention, de la formation et de la recherche en psychoéducation. 1. Un bref retour sur le passé. *Revue canadienne de Psychoéducation*, 12(2), 75-82.
- Gendreau, G. (1984). L'intervention, la formation et la recherche en psycho-éducation. 2. Un regard sur le présent pour y entrevoir l'avenir. *Revue canadienne de Psycho-Éducation*, 13(1), 3-16.

- Granpeesheh, D., Dixon, D. R., Tarbox, J., Kaplan, A. M., & Wilke, A. E. (2009). The effects of age and treatment intensity on behavioral intervention outcomes for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 1014-1022. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.06.007>
- Gresham, F. M., Gansle, K. A., Noell, G. H. et Cohen, S. (1993). Treatment integrity of school-based behavioral intervention studies: 1980–1990. *School Psychology Review*, 22, 254–272. Récupéré de <https://psycnet.apa.org/record/1993-47315-001>
- Gresham, F. M., Gansle, K. A., & Noel, G. H. (1993). Treatment integrity in applied behavior analysis with children, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 257-263. <https://doi.org/10.1901/jaba.1993.26-257>
- Hagermoser Sanetti, L. M. et Krachowill, T. (2009). Toward Developing a Science of Treatment Integrity: Introduction to the Special Series, *School Psychology Review*, 38(4), 445-459.
- Halle, T., Metz, A. Martinez-Beck, I. (2013). *Applying Implementation Science in Early Childhood Programs and Systems*. Baltimore, MD, Paul H. Brookes Publishing Co.
- Hansen, W. B., Pankratz, M. M., Dusenbury, L., Giles, S. M., Bishop, D. C., Albritton, J. et Strack, J. (2013). Styles of adaptation: The impact of frequency and valence of adaptation on preventing substance use. *Health Education*, 113, 345–363. <https://doi.org/10.1108/09654281311329268>
- Haute Autorité de Santé et ANESM (2012). Autisme et autres troubles envahissants du développement: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Méthode Recommandations par consensus formalisé, argumentaire scientifique. Haute Autorité de santé. Récupéré de http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1224085/argumentaire-autismeted-enfant-adolescent-interventions
- Health Technology Inquiry Service. (2008). Diagnosis and treatment of autism: Guidelines and clinical effectiveness. Ottawa, Ontario, Canada: Author. Récupéré de <http://cadth.ca/media/pdf/htis/Diagnosis%20and%20Treatment%20of%20Autism%20Guidelines%20and%20Clinical%20Effectiveness.pdf>
- Huffman, L. C., Sutcliffe, T. K., Tanner, I. S. D. et Feldman, H. M. (2011). Management of symptoms in children with autism spectrum disorders: A comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32, 56-68. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182040acf>
- Ibrahim, S. et Sidani, S. (2015). Fidelity of Intervention Implementation: A Review of Instruments. *Health*, 7(2), 1687-1695. <https://doi.org/10.4236/health.2015.712183>

Institut National de Santé publique du Québec (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*. Récupéré de https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2310_surveillance_trouble_spectre_autisme.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2014a). L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Récupéré de https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_InterventionsReadap_TraitementPharmaco_EnfantsAut.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2014b). Addenda à L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) [Addendum to The Effectiveness of Rehabilitation Interventions and Pharmacological Treatments for Children Aged 2 to 12 Years with Autism Spectrum Disorder (ASD)]. *Montréal, Québec, Canada: Author*. Récupéré de https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Addenda_TSA.pdf

Johnson-Martin, N., Attermeier, S. M. et Hacker, B. J. (1990). *The Carolina curriculum for preschoolers with special needs*. Baltimore, MD: Paul H Brookes

Johnson, L. D., Fleury, V., Ford, A., Rudolph, B. et Young, K. (2018). Translating Evidence-Based Practices to Usable Interventions for Young Children with Autism, *Journal of Early Intervention*, 1-19. <https://doi.org/10.1177/1053815117748410journals.sagepub.com/jei>

Koegel, R. L. et Koegel, L. K. (2006). *Pivotal response treatments for autism: Communication, social, & academic development*. Baltimore, MD, US: Paul H Brookes Publishing.

Koegel, L. K., Koegel, R. L., Harrower, J. K., et Carter, C. M. (1999). Pivotal Response Intervention I: Overview of Approach, *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 24(3), 174-185. <https://doi.org/10.2511/rpsd.24.3.174>

Kelly, A. N., Axe, J. B., Allen, R. F. et Maguire, R. W. (2015). Effect of pre-session pairing on the challenging behavior and academic responding of children with autism. *Behavioral Interventions*, 30, 135–156. <https://doi.org/10.1002/bin.1408>

Leaf, R. B. et McEachin, J. (1999). *A work in progress: Behavior management strategies and a curriculum for intensive behavioral treatment of autism*. New York, NY: DRL Books.

Leblanc, M. (1983). *Boscoville : la rééducation évaluée*. Montréal, Québec : Hurtubise HMH.

- Leblanc, M. (1998). L'intervention de réadaptation en 2010, le prévisible ou le souhaitable. *Revue canadienne de Psychoéducation*, 27(2), 307-343.
- Lechago S. A. et Carr J. E. (2008). Recommendations for reporting independent variables in outcome studies of early intensive behavioral intervention for autism. *Behavior Modification*, 32(4), 489-503. <https://doi.org/10.1177/0145445507309034>
- Leclair, I.- A., Paquette, G. et Letarte, M.-J. (2017). La fidélité d'un programme probant au-delà de son implantation initiale : l'exemple de Ces années incroyables en protection de l'enfance de 2003 à 2013. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 32(1), 90-108. <https://doi.org/10.3138/cjpe.31142>
- Lee, S. J., Altschul, A. I. et Mowbray, C. T. (2008). Using Planned Adaptation to Implement Evidence-Based Programs with New Populations. *American Journal on Community Psychology*, 41, 290-303. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9160-5>
- Lee, C.Y, August, G. J, Realmuto, G. M, Horowitz, J. L, Bloomquist, M. L, et Klimes-Dougan, B. (2008). Fidelity at a distance: Assessing implementation fidelity of the Early Risers Prevention Program in a going-to-scale intervention trial. *Prevention Science*, 9, 215-229. <https://doi.org/10.1007/s11121-008-0097-6>
- Liberati, A, Altman, D. G, Tetzlaff, J, Mulrow, C, Gøtzsche, P. C, Loannidis, J. P. A.,...Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med*, 6(7), 1-28. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Lindstead, E., Dixon, D. R., Hong, E., Burns, C. O., French, R., Novack, M. N. et Granspeesheh, D. (2017). An evaluation of the effects of intensity and duration on outcomes across treatment domains for children with autism spectrum disorder, *Translational Psychiatry*, 7, e1234. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.207>
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.1.3>
- Lovaas, O. I. (1981). Teaching developmentally disabled children: The me book. Austin, TX: Pro-Ed.
- Lovaas O.I. (2003). Opening the road to an enlightened future dans D. Baer., K. Budd, et T. Stokes, (p. 225-232). A small matter of proof: The legacy of editors (Eds). Reno, NV: Context Press.
- Love, J. R., Carr, J. E., Almason, S. et Ingeborg Petursdottir, A. (2009). Early and intensive behavioral intervention for autism: A survey of clinical practices,

- Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 421–428. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.08.008>
- Lugo, A. M., King, M. L., Lamphere, J. C. et McArdle, P. E. (2017). Developing Procedures to improve therapist-child rapport in early intervention, *Behavior Analysis in Practice*, 10(4), 395-401. <https://doi.org/10.1007/s40617-016-0165-5>
- Magiati, I., Charman, T., Howlin, P. (2007). A two-year prospective follow-up study of community-based early intensive behavioural intervention and specialist nursery provision for children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 803-812. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01756.x>
- Makrygianni, M. K., Gena, A., Katoudi, S. et Galanis, P. (2018). The effectiveness of applied behavior analytic interventions for children with Autism Spectrum Disorder: A meta-analytic study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 18-31. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.03.006>
- Makrygianni, M. K. et Reed, P. (2010). A meta-analytic review of the effectiveness of behavioral early intervention programs for children with autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 577-593. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.01.014>
- Matson, J. L., Adam, H. L., Williams, L. W. et Rieske, R. D. (2013). Why are there so many unsubstantiated treatments in autism? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(3), 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.11.006>
- Matson, J. L. et Godin, R. L. (2014). Early Intensive Behavioral Interventions: Selecting behaviors for treatment and assessing effectiveness. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 138–142. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.11.005>
- Maurice C., Green G. et Luce S. (1996). *Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Maurice, C. E., Green, G. E. et Foxx, R. M. (2001). *Making a difference: Behavioral Intervention for Autism*, Austin, TX: PRO-ED.
- McEachin, J. J., Smith, T. et Lovaas, O. I. (1993). Long term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Health Retardation*, 97(4) 359-372. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8427693>
- McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L. et Salyers, M. (1994). Measuring the Fidelity of Implementation of A Mental-Health Program Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 670-678. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.4.670>
- McIntyre, L. L., Gresham, F. M., DiGennaro, F. D. et Reed, D. D. (2007). Treatment integrity of school-based interventions with children in the Journal of Applied

- Behavior Analysis 1991–2005. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 40, 659–972. <https://doi.org/10.1901/jaba.2007.659-672>
- McLaughlin, D. M. et Carr, E. G. (2005). Quality of rapport as a setting event for problem behavior: assessment and intervention. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 7(2), 68–91. <https://doi.org/10.1177/10983007050070020401>
- Mercier, C., Boyer, G., Langlois, S. (2010). *Suivi opérationnel du Programme d'intervention intensive (ICI) à l'intention des enfants ayant un trouble envahissant du développement (TED) 2005-2006-2007*. Équipe de recherche en partenariat FQRSC. Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et intersectorialité.
- Meyers, D. C., Durlak, J. A. et Wandersman, A. (2012). The quality implementation framework: A synthesis of critical steps to the implementation process. *American Journal of Community Psychology*, 50(3), 462-480. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9522-x>
- Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J. M. et Eccles, M. P. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation Science*, 4(40), 1-6. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-40>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Un geste porteur d'avenir - Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000837/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Des actions structurantes pour les personnes et leur famille. Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-824-06W.pdf>
- Ministries of Health and Education. (2008). New Zealand autism spectrum disorder guideline. Wellington, New Zealand: Ministry of Health. Récupéré de [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/7561/\\$File/asd-guideline-apr08.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/7561/$File/asd-guideline-apr08.pdf)
- Moncher, F. J. et Prinz, R. J. (1991). Treatment Fidelity in Outcome Studies, *Clinical Psychology Review*, 11, 247-266. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90103-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90103-2)
- Mowbray, C. T., Holter, M.C., Teague, G.B. et Bybee, D. (2003) Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation. *American Journal of Evaluation*, 24, 315-340. [https://doi.org/10.1016/S1098-2140\(03\)00057-2](https://doi.org/10.1016/S1098-2140(03)00057-2)
- National Autism Center. (2009). *National standards report. The national standards project addressing the need for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorders*. Randolph, MA: National Autism Center. Récupéré de <http://www.nationalautismcenter.org/national-standards-project/>

- National Autism Center. (2015). *Findings and conclusions: National standards project, phase 2*. Randolph, MA: National Autism Center. Récupéré de <http://www.nationalautismcenter.org/national-standards-project/phase-2/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Autism: The management and support of children and young people on the autism spectrum (NICE Clinical guideline 170)*. London, England: Author. Récupéré de <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14257/64946/64946.pdf>
- National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders (2014). *Evidence-based practices for children and youth with ASD*. U.S. Department of Education, Office of Special Education Programs. Récupéré de <http://autismpdc.fpg.unc.edu/node/21>
- National Research Council. (2001). *Educating children with autism (Committee on Educational Interventions for Children with Autism, Division of Behavioral and Social Sciences and Education)*. Washington, DC: National Academy Press.
- Noiseux, Manon. Le trouble du spectre de l'autisme : un nombre toujours en croissance! Périoscope : no 79, Mars 2018. Longueuil: Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, Secteur Planification, évaluation et surveillance. Récupéré de <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Autisme%20en%20chiffre/Periscope-TSA.pdf>
- Odom, S. L. (2009). The ties that bind: Evidence-based practice, implementation science, and outcomes for children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29, 53-61. <https://doi.org/10.1177/0271121408329171>
- Odom, S. L., Boyd, B. A., Hall, L. J. et Hume, K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 425-436. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0825-1>
- Odom, S. L., Brandinger, E., Gersten, R., Horner, R. H., Thompson, B. et Harris, K. R. (2005). Research in special education: Scientific methods and evidence-based practices. *Exceptional Children*, 71, 137-148.
- Odom, S. L., Collet-Klingenberg, L., Rogers, S. J. et Hatton, D. D. (2010). Evidence-Based Practices in Interventions for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. *Preventing School Failure*, 54(4), 275-282. <https://doi.org/10.1080/10459881003785506>
- Odom, S. L., Cox, A.W. et Brock, M. E. (2013). Implementation Science, Professional Development, and Autism Spectrum Disorders. *Exceptional Children*, 79(2), 233-251. <https://doi.org/10.1177/001440291307900207>

- Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (2001). *Interventions comportementales chez les enfants d'âge préscolaire atteints d'autisme*. Ottawa, *Rapport technologique no18*. Récupéré de https://www.cadth.ca/media/pdf/105_autism_tr_f.pdf
- Olswang, L. B. et Prelock, P. A. (2015). Bridging the Gap Between Research and Practice: Implementation Science, *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58, 1818-1826. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-14-0305
- Ordre des conseillers et conseillères en orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2010). Principaux résultats issus de l'enquête menée auprès des psychoéducateurs travaillant avec des personnes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, Octobre. 1-3.
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2014). Le magazine des psychoéducateurs. La pratique en mouvement, Une pratique réfléchie. Numéro 7.
- Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec (2018). Le référentiel de compétences liées à l'exercice de la profession de psychoéducatrice ou psychoéducateur au Québec. Récupéré de <http://www.ordrepsed.qc.ca/~media/pdf/Psychoeducateur/Rf%20de%20competences%20Version%20adoptee%20par%20le%20CA%20duconseil%2017%20mai%202018.ashx?la=fr>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Paris, France : Armand Colin.
- Paquette, G., Joly, J. et Tourigny, M. (2010). La fidélité de l'implantation d'un programme d'intervention pour des adolescentes agressées sexuellement : Une mesure par observation systématique. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 24(2), 57-79. Récupéré de <https://evaluationcanada.ca/system/files/cjpe-entries/24-2-057.pdf>
- Paquet, A., Dionne, C., Joly, J., Rousseau, M., et Rivard, M. (2017). Supervision of Large-Scale Community-Based Early Intensive Behavioural Intervention Programs in Quebec: Description of Practices, *Journal on Developmental Disabilities*, 23(1), 54-63. Récupéré de <https://oadd.org/wp-content/uploads/2017/11/41024-JoDD-23-1-v9f-54-63-Paquet-et-al-1.pdf>
- Paquette, G., Tourigny, M. et Joly, J. (2011). Programme d'intervention de groupe pour adolescentes agressées sexuellement: Étude des effets spécifiques et exploration du lien avec l'implantation. In M. Tardif (Ed.). *L'agression sexuelle: Transformations et paradoxes, CIFAS 2009. Textes choisis* (pp. 56-78). Montréal: CIFAS - Institut Philippe Pinel de Montréal.

- Parsons, S., Guldberg, K., MacLeod, A., Jones, G., Prunty, A., et Balfe, T. (2011). International review of the evidence on best practice in educational provision for children on the autism spectrum. *European Journal of Special Needs Education*, 26, 47-63. <https://doi.org/10.1080/08856257.2011.543532>
- Perepletchikova, F. et Kazdin, A. E. (2005). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. In K. Cheng & K. M. Myers (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: The essentials* (pp. 73–88). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pérez, D., Van der Stuyft, P. V., Carmen Zabala, M., Castro, M. et Lefèvre, P. (2016). A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. *Implementation Science*, 11(91), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0457-8>.
- Perry, A. (2002). Intensive early intervention program for children with autism: Background and design of the Ontario preschool autism initiative. *Journal on Developmental Disabilities*, 9(2), 121–128. Récupéré de <https://oadd.org/wp-content/uploads/2016/12/art11Perry.pdf>
- Perry, A., Cummings, A., Geier, J. D., Freeman, N. L., Hughes, S., LaRose, L., ... Williams, J. (2008). Effectiveness of intensive behavioral intervention in a large, community-based program. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 621-642. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2008.01.002>
- Perry, A., Koudys, J. et Blacklock, K. (2016). Early Intensive Behavioral Intervention. Dans N. N. Singh (dir.), *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual Developmental Disabilities, Evidence-Based Practices in Behavioral Health*. (p. 511-535). Bâle, Suisse: Springer International Publishing.
- Peterson, L., Horner, A. L. et Wonderlich, S. A. (1982). The Integrity of independent variables in behavior analysis, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15(4), 477-492. <https://doi.org/10.1901/jaba.1982.15-477>
- Poirier, M., Marcotte, D. Joly, J. (2017). Évaluation de la qualité de l'implantation du programme Pare-Chocs à l'école secondaire, *Santé mentale au Québec*, 42(1), 355–377. <https://doi.org/10.7202/1040259ar>
- Poirier, M., Marcotte, D., Joly, J. et Fortin, L. (2013). Program and implementation effects of a cognitive-behavioural intervention to prevent depression among adolescents at risk of school dropout exhibiting high depressive symptoms. *Educational Research and Evaluation*, 19(6), 561-577. <https://doi.org/10.1080/13803611.2013.803932>
- Potvin, P. (2009). Réfléchir et évaluer pour favoriser une intervention psychoéducative de qualité. *Revue en Pratique*, 11, 7-8.

- Presti, G. et Moderato, P. (2016). Verbal behavior: What is really researched? An analysis of the papers published in TAVB over 30 years, *European Journal of Behavior Analysis*, 17(2), 166-181, <https://doi.org/10.1080/15021149.2016.1249259>
- Prior, M. et Roberts, J. M. A. (2012). Early intervention for children with autism spectrum disorders: "Guidelines for good practice." Canberra: Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs.
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A... Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy Mental Health Services Research*, 38, 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Pronovost, J. (1991). La recherche en psychoéducation : une perspective orientée vers l'intervention. *Revue canadienne de Psycho-Éducation*, 20(1), 41-44.
- Renou, M. (2014). L'identité professionnelle des psychoéducateurs. Une analyse, une conception, une histoire. Collection Psychoéducation: fondements et pratiques. Béliveau éditeur, Longueuil (Québec).
- Renou, M. et Tremblay, R. E. (1979). L'éducateur et la méthode scientifique. *Revue canadienne de Psychoéducation*, 8(2), 109-134.
- Reichow, B. (2012). Overview of Meta-Analyzes on Early Intensive Behavioral Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(4), 512-520. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1218-9>
- Reichow, B., Barton, E. E, Boyd, B. A. et Hume, K. (2012). Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) for Young Children with Autism Spectrum Disorders (ASD): A Systematic Review. *Cochrane Database Syst Rev*, 17(10), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009260.pub2>.
- Reichow, B. et Wolery, M. (2009). Comprehensive Synthesis of Early Intensive Behavioral Interventions for Young Children with Autism Based on the UCLA Young Autism Project Model, *Journal on Autism and Developmental Disorders*, 39, 23-41. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0596-0>
- Remington, B., Hastings, R. P., Kovshoff, H., Espinosa, F. D., Jahr, E., Brown, T...Ward, N. (2007). Early Intensive Behavioral Intervention: Outcomes for Children With Autism and Their Parents After Two Years. *American Journal on Mental Retardation*, 112(6), 418-438.

- Rivard, M., Therroux, A. et Mercier, C. (2014). Effectiveness of early intensive behavioral intervention in public and mainstream setting: The case of preschool age children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 1031-1043. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.05.010>
- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2010). *Early start Denver model for young children with autism: Promoting language, learning, and engagement*. Guilford Press.
- Rogers, S. J. et Vismara, L. A. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 8–38. <https://doi.org/10.1080/15374410701817808>
- Royer, C., Baribeau, C., et Duschesne, A. (2009). Les entretiens individuels dans la recherche en sciences sociales au Québec : où en sommes-nous? Un panorama des usages. *Recherches qualitatives*, Hors Série, 7, 64-79. Récupéré de http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v7/HS7_Texte_Royer_Baribeau.pdf
- Sallows, G.O. and Graupner, T.D. (2005) Intensive Behavioral Treatment for Children with Autism: Four-Year Outcome and Predictors. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 417-438. [http://dx.doi.org/10.1352/0895-8017\(2005\)110\[417:IBTFCW\]2.0.CO;2](http://dx.doi.org/10.1352/0895-8017(2005)110[417:IBTFCW]2.0.CO;2)
- Sanetti, L., Dobey, L. M. et Gritter, K. L. (2012). Treatment Integrity of Interventions With Children in the Journal of Positive Behavior Interventions From 1999 to 2009. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 14(1), 29-46. <https://doi.org/10.1177/1098300711405853>
- Sautter, R. A. et LeBlanc, L. A. (2006). Empirical applications of Skinner's analysis of verbal behavior with humans, *Analysis of Verbal Behavior*, 22(1), 35-48. <https://doi.org/10.1007/BF03393025>
- Schram, R. (2011). *Motivation and Reinforcement: Turning the Tables on Autism* (dir.), London: Lulu.com.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2007). *Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders: A national clinical guideline*. Edimburg, Scotland: Author.
- Shillingsburg, M. A., Bowen, C. N., & Shapiro, S. K. (2014). Increasing social approach and decreasing social avoidance in children with autism spectrum disorder during discrete trial training. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(11), 1443–1453. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.07.013>
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Prentice Hall.

- Smith, T., Buch, G. A., & Gamby, T. E. (2000). Parent-directed, intensive early intervention for children with pervasive developmental disorder. *Research in Developmental Disabilities, 21*, 297-309. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(00\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(00)00043-3)
- Smith, I. M., Koegel, R. L., Koegel, L. K., Openden, D. A., Fossum, K. L. et Bryson, S. E. (2010). Effectiveness of a novel community-based early intervention model for children with autistic spectrum disorder. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 115*, 504-523. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-115.6.504>
- Smith, T., Klorman, R., Mruzek, D. W. (2015). Predicting Outcome of Community-Based Early Intensive Behavioral Intervention for Children with Autism. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*(7), 1271-1282. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0002-2>.
- Smith, T., Scahill, L., Dawson, G., Guthrie, D., Lord, C., Odom, S., ...Wagner, A. (2007). Designing research studies on psychosocial interventions in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*, 354-366. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0173-3>
- Solish, A. Perry, A. et Shine, R. (2016). The Parent Involvement Questionnaire: Measuring Parents' Involvement in Behavioural Intervention for their Children with an Autism Spectrum Disorder, *Journal on Developmental Disabilities, 21*(1), 34-44. Récupéré de : http://oadd.org/wp-content/uploads/2016/12/41020_JoDD_21-1_v9f_34-44_Solish_et_al.pdf
- Strauss, K., Vicari, S., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S. et Fava, L. (2012). Parent inclusion in Early Intensive Behavioral Intervention: The influence of parental stress, parent treatment fidelity and parent-mediated generalization of behavior targets on child outcomes. *Research in Autism Spectrum Disorders, 33*, 688-703. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.11.008>
- Stock, R., Mirenda, P. et Smith, I. (2013). Comparison of community-based verbal behavior and pivotal response treatment for young children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*, 1168-1181. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2013.06.002>
- Strain, P., Schwartz, I. S. et Barton, E. E. (2011). Providing Interventions for Young Children With Autism Spectrum Disorders: What We Still Need to Accomplish, *Journal of Early Intervention, 33*(4), 331-332. <https://doi.org/10.1177/1053815111429970>
- Sundberg, M. L. (2008). The Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program: The VB-MAPP. Concord, CA: AVB Press.

- Sundberg, M. L. et Partington, J. W. (1998). *Teaching language to children with autism or other developmental disabilities*. Pleasant Hill, CA: Behavior Analysts, Inc.
- Tchala Vignon Zomahoun, H., Charif, A. B., Freitas, A., Garvelink, M. M., Menear, M., Dugas, M.,...Légaré, F. (2019). The pitfalls of scaling up evidence-based interventions in health. *Global Health Action*, 12(1), 2-8. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1670449>
- Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, 4, 387-99. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.008>
- Virues-Ortega, J., Rodriguez, V. et Yu, C. T. (2013). Prediction of treatment outcomes and longitudinal analysis in children with autism undergoing intensive behavioral intervention, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(2), 91-100. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70012-7](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70012-7)
- Vivanti, G., Dissanayake, C., Zierhut, C. et Rogers, S. J. (2013). Brief Report: Predictors of Outcomes in the Early Start Denver Model Delivered in a Group Setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(7), 1717-1724. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1705-7>
- Vivanti, G., Paynter, J., Duncan, E., Fothergill, H., Dissanayake, C., Rogers, S. J. et Victorian ASELCC Team. (2014). Effectiveness and feasibility of the Early Start Denver Model Implemented in a group-based community childcare setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 3140-3153. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2168-9>
- Vivanti, G., Kasari, C., Green, J., Mandell, D., Maye, M. et Hudry, K. (2018). Implementing and Evaluating Early Intervention for Children with Autism: Where Are the Gaps and What Should We Do? *Autism Research*, 11, 16-23. <https://doi.org/10.1002/aur.1900>
- Volkmar, F. R., Paul, R., Rogers, S. et Pehrey, K. A. (2014). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 2, Volume Set, 4th Edition. New Jersey: Wiley.
- Walsh, M. B. (2011). The Top 10 Reasons Children With Autism Deserve ABA, *Behavior Analysis in Practice*, 4(1), 72-79. <https://doi.org/10.1007/BF03391777>
- Warren Z., McPheeters M.L., Sathe N., Foss-Feig J.H., Glasser A. and VeenstraVanderWeele J. (2011). A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 127(5), 1303-1311. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-0426>

- Weisz, J. R., Jensen, A. L. et McLeod, B. D. (2005). Development and Dissemination of Child and Adolescent Psychotherapies: Milestones, Methods, and a New Deployment-Focused Model. In E. D. Hibbs et P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp. 9-39). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Wong, C., Odom, S. L., Hume, K. Cox, A. W., Fettig, A., Kucharczyk, S.,...Schultz, T. R. (2014). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with Autism Spectrum Disorder. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, Autism Evidence-Based Practice Review Group. Récupéré de <http://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/reports-and-policy-briefs/2014-EBP-Report.pdf>
- Young, J., Corea, C., Kimani, J. et Mandell, D. (2010). *Autism spectrum disorders services: Final report on environmental scan*. Presented to the Centers for Medicare and Medicaid Services. IMPAQ International, LLC. Récupéré de http://www.impaqint.com/sites/default/files/files/Autism_Spectrum_Disorders.pdf

Appendice A :

Instructions aux auteurs pour la soumission d'un article à la revue

Evaluation and program planning



EVALUATION AND PROGRAM PLANNING

An International Journal

AUTHOR INFORMATION PACK

TABLE OF CONTENTS

| | |
|----------------------------|-----|
| • Description | p.1 |
| • Audience | p.2 |
| • Impact Factor | p.2 |
| • Abstracting and Indexing | p.2 |
| • Editorial Board | p.2 |
| • Guide for Authors | p.4 |



ISSN: 0149-7189

DESCRIPTION

Purpose and Intent of the Journal

Evaluation and Program Planning is based on the principle that the techniques and methods of **evaluation** and **planning** transcend the boundaries of specific fields and that relevant contributions to these areas come from people representing many different positions, intellectual traditions, and interests. In order to further the development of evaluation and planning, we publish articles from the private and public sectors in a wide range of areas: organizational development and behavior, training, planning, human resource development, health and mental, social services, mental retardation, corrections, substance abuse, and education. The primary goals of the journal are to assist evaluators and planners to improve the practice of their professions, to develop their skills and to improve their knowledge base.

Types of Articles Published

We publish articles, "special issues" (usually a section of an issue), and book reviews. Articles are of two types: 1) reports on specific evaluation or planning efforts, and 2) discussions of issues relevant to the conduct of evaluation and planning.

Reports on individual evaluations should include presentation of the evaluation setting, design, analysis and results. Because of our focus and philosophy, however, we also want a specific section devoted to "lessons learned". This section should contain advice to other evaluators about how you would have acted differently if you could do it all over again. The advice may involve methodology, how the evaluation was implemented or conducted, evaluation utilization tactics, or any other wisdom that you think could benefit your colleagues. More general articles should provide information relevant to the evaluator/planner's work. This might include theories in evaluation, literature reviews, critiques of instruments, or discussions of fiscal, legislative, legal or ethical issues affecting evaluation or planning.

Special issues are groups of articles which cover a particular topic in depth. They are organized by "special issue editors" who are willing to conceptualize the topic, find contributors, set up a quality control process, and deliver the material. Often several editors share responsibility for these tasks. Suggestions for special issues are encouraged.

Book reviews cover any area of social science or public policy which may interest evaluators and planners. As with special issues, suggestions for books and book reviewers are encouraged.

AUDIENCE

Planners (e.g. health, mental health, education, development), policy analysts, program developers, management consultants and social scientists with professional interest in assessing the impact of innovations in government and private sector settings.

IMPACT FACTOR

2013: 1.096 © Thomson Reuters Journal Citation Reports 2014

ABSTRACTING AND INDEXING

AGRICOLA
 Current Contents
 Current Index to Statistics
 Education Research Index
 MEDLINE®
 EMBASE
 ERIC
 GEOBASE
 Public Affairs Information Service Bulletin
 Research into Higher Education Abstracts
 Social SciSearch
 Social Sciences Citation Index
 Social Services Abstracts
 Sociological Abstracts
 Special Education Needs Abstracts
 UnCover
 Educational Management Abstracts
 Multicultural Education Abstracts
 ERA (Educational Research Abstracts Online)
 Scopus
 PsychINFO
 ERA (Educational Research Abstracts)

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief:

Jonathan Morell, Director of Evaluation, Fulcrum Corporation

Editorial Board:

T.A. Abma, Vrije Universiteit Medisch Centrum (VUMC), Amsterdam, Netherlands
A. Brousselle, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Quebec, Canada
M. Bustelo, Complutense University of Madrid, Madrid, Spain
T.J. Chapel, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Georgia, USA
H.T. Chen, Mercer University, Atlanta, Georgia, USA
E. A. Corley, Arizona State University, Phoenix, Arizona, USA
C. Coryn, Western Michigan University, Kalamazoo, Michigan, USA
M. Dennis
S.I. Donaldson, Claremont Graduate University, Claremont, California, USA
D. Fishman, Rutgers University, New York, USA
D. Fitch, University of Missouri, Columbia, Missouri, USA
M.T. French, University of Miami, Coral Gables, Florida, USA
G. Julnes, University of Baltimore, Baltimore, Maryland, USA
L. E. Lee, Proactive Information Services Inc, Winnipeg, Manitoba, Canada
Y.F. Lee, National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, ROC
X. Li, Institute of Policy and Management, Chinese Academy of Sciences, Beijing, China
T. Lorenc, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, England, UK
T. F. Luschei, Claremont Graduate University, Claremont, California, USA
B. Milstein, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, Georgia, USA

Z. Ofir

K. Oliver, University of Manchester, Manchester, England, UK

J. Owen, University of Melbourne, Parkville, Australia

M.S. Patel, UNICEF EAPRO, Bangkok, Thailand

N. Persaud, University of The West Indies, St. Michael, Barbados

A Rowe

C. Russon, International Labor Organization, ILO, Geneva 22, Switzerland

M A Scheirer, Scheirer Consulting, Princeton, New Jersey, USA

J.M. Spector, University of North Texas, Denton, Texas, USA

S. Sridharan, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

A. Tashakkori, University of North Texas, Denton, Texas, USA

S. Taut, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

J. Uitto, Global Environment Facility, Washington DC, District of Columbia, USA

B. Williams

B. Yates, The American University, Washington, District of Columbia, USA

GUIDE FOR AUTHORS

supp_media3.gif Supplementary Multimedia Data in your Article! Publish videos, soundclips and more

INTRODUCTION

Authors are requested to submit their papers electronically by using the *Evaluation and Program Planning* online submission and review web site (<http://ees.elsevier.com/epp>). This site will guide authors stepwise through the submission process. Authors are requested to submit the text, tables, and artwork in electronic form to this address. Authors who are unable to provide an electronic version or have other circumstances that prevent online submission must contact the Editor prior to submission to discuss alternative options; email: Jonny.Morell@newvectors.net. The Publisher and Editor regret that they are not able to consider submissions that do not follow these procedures.

Types of paper

Full length articles

We publish articles that deal with the fields of evaluation and planning. These may include: 1) individual evaluation or planning efforts, 2) aggregations of such efforts, 3) explanations of methodologies, 4) discussions about the development and future of the fields of evaluation and planning, 5) rigorous literature reviews or analyses of aspects of the fields of evaluation and planning. Acceptable articles may use any methodology or set of methodologies as long as the case is made for their appropriateness. The overall goal of any article should be to help evaluators and planners do their work better.

Special issues and book reviews

Special issues are groups of articles which cover a particular topic in depth. They are organized by "special issue editors" who are willing to conceptualize the topic, find contributors, set up a quality control process, and deliver the material. Often several editors share responsibility for these tasks. Suggestions for special issues are encouraged; please email the Editor at: Jonny.Morell@newvectors.net.

New! Evaluation and Program Planning is soliciting book reviewers. People with suggestions that are within the journal's editorial scope are asked to contact Jonny Morell, EPP's editor, at Jonny.Morell@newvectors.net. Book reviews cover any area of social science or public policy which may interest evaluators and planners.

BEFORE YOU BEGIN

Ethics in publishing

For information on Ethics in publishing and Ethical guidelines for journal publication see <http://www.elsevier.com/publishingethics> and <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics>.

Conflict of interest

All authors are requested to disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within three years of beginning the submitted work that could inappropriately influence, or be perceived to influence, their work. See also <http://www.elsevier.com/conflictsofinterest>. Further information and an example of a Conflict of Interest form can be found at: http://help.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/286/p/7923.

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis or as an electronic preprint, see <http://www.elsevier.com/sharingpolicy>), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service CrossCheck <http://www.elsevier.com/editors/plagdetect>.

Changes to authorship

This policy concerns the addition, deletion, or rearrangement of author names in the authorship of accepted manuscripts:

Before the accepted manuscript is published in an online issue: Requests to add or remove an author, or to rearrange the author names, must be sent to the Journal Manager from the corresponding author of the accepted manuscript and must include: (a) the reason the name should be added or removed, or the author names rearranged and (b) written confirmation (e-mail, fax, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed. Requests that are not sent by the corresponding author will be forwarded by the Journal Manager to the corresponding author, who must follow the procedure as described above. Note that: (1) Journal Managers will inform the Journal Editors of any such requests and (2) publication of the accepted manuscript in an online issue is suspended until authorship has been agreed.

After the accepted manuscript is published in an online issue: Any requests to add, delete, or rearrange author names in an article published in an online issue will follow the same policies as noted above and result in a corrigendum.

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (for more information on this and copyright, see <http://www.elsevier.com/copyright>). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations (please consult <http://www.elsevier.com/permissions>). If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: please consult <http://www.elsevier.com/permissions>.

For open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete an 'Exclusive License Agreement' (for more information see <http://www.elsevier.com/OAauthoragreement>). Permitted third party reuse of open access articles is determined by the author's choice of user license (see <http://www.elsevier.com/openaccesslicenses>).

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. For more information see <http://www.elsevier.com/copyright>.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established a number of agreements with funding bodies which allow authors to comply with their funder's open access policies. Some authors may also be reimbursed for associated publication fees. To learn more about existing agreements please visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>.

Open access

This journal offers authors a choice in publishing their research:

Open access

- Articles are freely available to both subscribers and the wider public with permitted reuse
- An open access publication fee is payable by authors or on their behalf e.g. by their research funder or institution

Subscription

- Articles are made available to subscribers as well as developing countries and patient groups through our universal access programs (<http://www.elsevier.com/access>).
- No open access publication fee payable by authors.

Regardless of how you choose to publish your article, the journal will apply the same peer review criteria and acceptance standards.

For open access articles, permitted third party (re)use is defined by the following Creative Commons user licenses:

Creative Commons Attribution (CC BY)

Lets others distribute and copy the article, create extracts, abstracts, and other revised versions, adaptations or derivative works of or from an article (such as a translation), include in a collective work (such as an anthology), text or data mine the article, even for commercial purposes, as long as they credit the author(s), do not represent the author as endorsing their adaptation of the article, and do not modify the article in such a way as to damage the author's honor or reputation.

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC BY-NC-ND)

For non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, and to include in a collective work (such as an anthology), as long as they credit the author(s) and provided they do not alter or modify the article.

The open access publication fee for this journal is **USD 1800**, excluding taxes. Learn more about Elsevier's pricing policy: <http://www.elsevier.com/openaccesspricing>.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the English Language Editing service available from Elsevier's WebShop (<http://webshop.elsevier.com/languageediting/>) or visit our customer support site (<http://support.elsevier.com>) for more information.

Submission

Submission to this journal proceeds totally online. Use the following guidelines to prepare your article. Via the journal's online submission and tracking tool at: <http://ees.elsevier.com/epp> you will be guided stepwise through the creation and uploading of the various files. The system automatically converts source files to a single Adobe Acrobat PDF version of the article, which is used in the peer-review process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF at submission for the review process, these source files are needed for further processing after acceptance. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, takes place by e-mail and via the author's homepage, removing the need for a hard-copy paper trail.

Referees

Please submit the names and institutional e-mail addresses of several potential referees. For more details, visit our [Support site](#). Note that the editor retains the sole right to decide whether or not the suggested reviewers are used.

PREPARATION

Authors are advised to consult a recent issue of the journal (a free sample copy is available online at: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01497189>) to become familiar with layout and conventions. Please prepare your manuscript using double-spacing and wide margins. Number all pages consecutively.

Word Count

The recommended length for a paper is **5000-8000 words**, plus illustrations; the preferred length for reviews and conference reports is 2500 words.

Review Policy

To facilitate blind review by one or more readers, all indication of authorship should appear on a detachable cover page only. Please ensure that no author's name appears in the main text, in-text citations, reference list, or any running header. Replace all references to the author with "Author, 2003", "Author et al, 2006", etc. The title of the article and the name of the journal, or book, etc., should also be removed from these references.

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the Guide to Publishing with Elsevier: <http://www.elsevier.com/guidepublication>). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Sections

Section headings should divide the article in a manner that leads the reader from a knowledge of the background of the problem, through a discussion of what was done, what was discovered, and what should be done in the future. For many articles this means the sequence: Introduction, Methods, Results, Discussion, and Conclusion. Other sections, however, may be appropriate depending on the topic and intent of the authors. Whatever headings are chosen, they should be designed to facilitate readers' understanding of what was done, and why it matters. In addition, we request that articles **include a "Lessons Learned" section** that briefly distills guidance to evaluators and planners as to how similar work should be done in the future.

Appendices

If there is more than one appendix, they should be identified as A, B, etc. Formulae and equations in appendices should be given separate numbering: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.; in a subsequent appendix, Eq. (B.1) and so on. Similarly for tables and figures: Table A.1; Fig. A.1, etc.

Vitae

Include in the manuscript a short (maximum 100 words) biography of each author.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Abstract

A concise and factual abstract is required (maximum length **200 words**). The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separate from the article, so it must be able to stand alone. References should therefore be avoided, but if essential, they must be cited in full, without reference to the reference list. Non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

Highlights

Highlights are mandatory for this journal. They consist of a short collection of bullet points that convey the core findings of the article and should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point). See <http://www.elsevier.com/highlights> for examples.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a list of keywords, avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, "and", "of"). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many word processors can build footnotes into the text, and this feature may be used. Otherwise, please indicate the position of footnotes in the text and list the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.

A detailed guide on electronic artwork is available on our website:

<http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or online only. For further information on the preparation of electronic artwork, please see <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Please note: Because of technical complications that can arise by converting color figures to 'gray scale' (for the printed version should you not opt for color in print) please submit in addition usable black and white versions of all the color illustrations.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules.

References

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the text and place any table notes below the table body. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

References in a special issue

Please ensure that the words 'this issue' are added to any references in the list (and any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

Reference management software

Most Elsevier journals have a standard template available in key reference management packages. This covers packages using the Citation Style Language, such as Mendeley (<http://www.mendeley.com/features/reference-manager>) and also others like EndNote (<http://www.endnote.com/support/enstyles.asp>) and Reference Manager (<http://refman.com/support/rmstyles.asp>). Using plug-ins to word processing packages which are available from the above sites, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article and the list of references and citations to these will be formatted according to the journal style as described in this Guide. The process of including templates in these packages is constantly ongoing. If the journal you are looking for does not have a template available yet, please see the list of sample references and citations provided in this Guide to help you format these according to the journal style.

If you manage your research with Mendeley Desktop, you can easily install the reference style for this journal by clicking the link below:

<http://open.mendeley.com/use-citation-style/evaluation-and-program-planning>

When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plug-ins for Microsoft Word or LibreOffice. For more information about the Citation Style Language, visit <http://citationstyles.org>.

Reference Style

In the text refer to the author's name (without initial) and year of publication, followed, if necessary, by a short reference to the appropriate pages. Examples: "Since Peterson (1988) has shown that..."; "This is in agreement with results obtained later (Kramer, 1989, pp. 12-16)". If reference is made in the text to a publication written by more than 6 authors the name of the first 5 authors should be used followed by 'et al.'. References cited together in the text should be arranged alphabetically by first author.

List

References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. If an author's name in the list is also mentioned with co-authors the following order should be used: publications of the single author arranged according to publication dates; publications of the same author with one co-author; publications of the author with more than one co-author. Note that for more than 6 authors the first 6 should be listed followed by 'et al.'. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters "a", "b", "c", etc., placed after the year of publication.

Examples:

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J. A. J., & Lupton R. A. (2000). The art of writing a scientific article. *Journal of Scientific Communications*, 163, 51-59.

Reference to a book:

Strunk, W., Jr., & White, E. B. (1979). *The elements of style*. (3rd ed.). New York: Macmillan.

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G. R., & Adams, L. B. (1994). How to prepare an electronic version of your article. In B. S. Jones, & R. Z. Smith (Eds.), *Introduction to the electronic age* (pp. 281-304). New York: E-Publishing Inc.

Video data

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the files in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our video instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>. Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

AudioSlides

The journal encourages authors to create an AudioSlides presentation with their published article. AudioSlides are brief, webinar-style presentations that are shown next to the online article on ScienceDirect. This gives authors the opportunity to summarize their research in their own words and to help readers understand what the paper is about. More information and examples are available at <http://www.elsevier.com/audioslides>. Authors of this journal will automatically receive an invitation e-mail to create an AudioSlides presentation after acceptance of their paper.

Supplementary material

Elsevier accepts electronic supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please provide the data in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork instruction pages at <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Inline supplementary material

Articles in *Evaluation and Program Planning* have offered the possibility to include supplementary material for some time. This has now been improved, as supplementary material can now be placed inline with the article. This means that the supplementary figures or tables will appear within the text of the online (HTML) article in an expandable viewing box - delivering the supplementary information at the appropriate place to increase its visibility and place it into context.

Submission of inline supplementary material (ISM) is very similar to submitting regular supplementary material. The main difference is you will now need to indicate where the Inline Supplementary Material should appear within your article, by including an instruction such as: "Insert Supplementary Table 1 here" or by referencing the Inline Supplementary Material in the body of the text e.g. "see Inline Supplementary Table 1". For more information and to see an example visit <http://www.elsevier.com/ism>.

Submission checklist

The following list will be useful during the final checking of an article prior to sending it to the journal for review. Please consult this Guide for Authors for further details of any item.

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded, and contain:

- Keywords
- All figure captions
- All tables (including title, description, footnotes)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell-checked' and 'grammar-checked'
- References are in the correct format for this journal
- All references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)

Printed version of figures (if applicable) in color or black-and-white

- Indicate clearly whether or not color or black-and-white in print is required.
- For reproduction in black-and-white, please supply black-and-white versions of the figures for printing purposes.

For any further information please visit our customer support site at <http://support.elsevier.com>.

AFTER ACCEPTANCE

Use of the Digital Object Identifier

The Digital Object Identifier (DOI) may be used to cite and link to electronic documents. The DOI consists of a unique alpha-numeric character string which is assigned to a document by the publisher upon the initial electronic publication. The assigned DOI never changes. Therefore, it is an ideal medium for citing a document, particularly 'Articles in press' because they have not yet received their full bibliographic information. Example of a correctly given DOI (in URL format; here an article in the journal *Physics Letters B*):

<http://dx.doi.org/10.1016/j.physletb.2010.09.059>

When you use a DOI to create links to documents on the web, the DOIs are guaranteed never to change.

Online proof correction

Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

Offprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a personalized link providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). This link can also be used for sharing via email and social networks. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's WebShop (<http://webshop.elsevier.com/myarticleservices/offprints>). Authors requiring printed copies of multiple articles may use Elsevier WebShop's 'Create Your Own Book' service to collate multiple articles within a single cover (<http://webshop.elsevier.com/myarticleservices/booklets>).

Author Benefits

Discount

Authors are entitled to a 30% discount on Elsevier books (excluding major reference works).

Fast Electronic Publication

Once the article has been proofed by the author, it will be published immediately on the journal's 'Articles in Press' section online, thus making it available to subscribers to read and cite. For more information, visit: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/01497189>.

AUTHOR INQUIRIES

You can track your submitted article at <http://www.elsevier.com/track-submission>. You can track your accepted article at <http://www.elsevier.com/trackarticle>. You are also welcome to contact Customer Support via <http://support.elsevier.com>.

© Copyright 2014 Elsevier | <http://www.elsevier.com>

Appendice B :

**Instructions aux auteurs pour la soumission d'un article à la revue de
psychoéducation**

POLITIQUE ÉDITORIALE

La *Revue de psychoéducation* privilégie la publication d'articles abordant l'une ou l'autre des principales dimensions des problèmes d'inadaptation psychosociale : description, étiologie, prévalence, prédiction, diagnostic et pronostic, intervention et évaluation de l'intervention. Les articles peuvent prendre la forme de recensions des écrits, d'études empiriques, d'expériences cliniques, d'études de cas ou de travaux théoriques.

Le numéro international normalisé des publications en série (I.S.S.N.) de la *Revue de psychoéducation* est 1713-1782.

Depuis 1983, les textes de la *RPE* sont également indexés dans la base de données bibliographiques

Repère : <http://repere.sdm.qc.ca>

DIRECTIVES AUX AUTEURS

1. Manuscrits inédits. La *Revue de psychoéducation* ne publie que des manuscrits originaux. Les manuscrits soumis ne doivent pas avoir été publiés ni proposés ailleurs durant la période de soumission à la *Revue de psychoéducation*. Les auteurs doivent faire parvenir le fichier en format Word.

2. Langue de publication. La langue de publication de la *Revue de psychoéducation* est le français, à la qualité duquel le comité de direction attache une grande importance. Bien que les manuscrits acceptés fassent l'objet d'une révision éditoriale, celle-ci ne saurait atténuer la responsabilité des auteurs quant au niveau rédactionnel du texte soumis.

3. Format et normes de publication. Les articles doivent être écrits à double interligne, sur du papier 8,5 X 11 po (ou A4). La police utilisée devrait être Times New Roman 12 ou Arial 11. Le texte doit être aligné à gauche ou justifié. Les marges doivent être de 2,5 cm (1po) et les pages numérotées en haut à droite et de manière consécutive (la page titre étant la première). Les articles soumis doivent compter au maximum 35 pages, incluant les références et les tableaux. Les manuscrits peuvent exceptionnellement dépasser 35 pages lorsque la nature du sujet l'exige. Toutes les pages doivent contenir un court entête (dérivé du titre) dans le coin supérieur droit. La présentation du texte, des tableaux, des figures et des références doit respecter les normes décrites dans le *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA 2010, 6^e édition). Voir point 7 ci-dessous.

4. Page titre. Celle-ci contient le titre (maximum de 20 mots), noms et affiliations de tous les auteurs, de même que l'adresse de correspondance, numéros de téléphone et de télécopieur, et adresse électronique de l'auteur responsable de la soumission du manuscrit. La page titre du fichier doit être envoyée séparément.

5. Page du résumé et mots-clés. Celle-ci doit inclure le titre de l'article, un résumé de 250 mots MAXIMUM, et de trois à cinq mots-clés. Lors de la décision finale, et si celle-ci se révèle positive, les auteurs devront fournir une traduction en anglais du résumé ainsi que des mots-clés. Un service de traduction pour le résumé est offert aux auteurs. Le tarif est de 22 cents par mot français. Les auteurs peuvent proposer leur propre traduction, mais la qualité de cette traduction sera évaluée et au besoin, le coût d'une nouvelle traduction au tarif mentionné ci-dessus sera facturé aux auteurs.

6. Texte principal. La première ligne d'un paragraphe (sauf celui du résumé) doit avoir un retrait positif de 1,25 cm (ou ½ po). Dans le cas des études empiriques, le texte doit être subdivisé en sections intitulées : Introduction, Méthode, Résultats, Discussion et références.

7. Niveaux de titre (APA, 6^e édition)

| NIVEAU | FORMAT | EXEMPLE |
|--------|--|--|
| 1 | Centré, gras | Titre Texte : nouveau paragraphe, avec un alinéa de 1,25 cm. |
| 2 | Aligné à gauche ou justifié, gras | Titre Texte : nouveau paragraphe, avec un alinéa de 1,25 cm. |
| 3 | Aligné à gauche ou justifié, alinéa de 1,25 cm, gras, point final | Titre. Le texte suit le point. |
| 4 | Aligné à gauche ou justifié, alinéa de 1,25 cm, gras, italique point final | <i>Titre.</i> Le texte suit le point. |
| 5 | Aligné à gauche ou justifié, alinéa de 1,25 cm, italique, point final | <i>Titre.</i> Le texte suit le point. |

8. Notes de bas de page. L'utilisation des notes de bas de page doit être limitée au strict minimum.

9. Références. Les auteurs sont priés de suivre les directives de la 6^e édition des normes de l'APA, accessibles à l'adresse suivante :

<http://www.bib.umontreal.ca/ED/disciplines/psychologie/references.htm>

À titre d'exemple :

Article de revue

Dodge, K.A. et Coie, J.D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.

Connor, D.F., Steingard, R.J., Anderson, J.J. et Melloni, R. H. Jr. (2003). Gender differences in reactive and proactive aggression. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 279-294.

Livre

Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O. et Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven, CT: Yale University Press.

Livre sous la direction de :

Gibbs, J.T. et Huang, L.N. (Dir.). (1991). *Children of color: Psychological interventions with minority youth*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Chapitre de livre sous la direction de :

Blanchard, D.C. et Blanchard, R.J. (1989). Experimental animal models of aggression: What do they say about human behavior? Dans J. Archer et K. Browne (dir.), *Human aggression: Naturalistic approaches* (p. 94-121). London, U. K. : Routledge.

[Note : l'abréviation « dir » s'écrit ici en minuscules, puisque la parenthèse qui la contient n'est pas précédée d'un point.]

10. Tableaux et figures. Tous deux doivent être numérotés de **1** à **n** et comporter des légendes au besoin. Leur titre — ainsi que le contenu des tableaux — doivent être à simple interligne.

11. Évaluation. Le processus d'évaluation a lieu en double aveugle. Les manuscrits sont soumis anonymement à au moins trois lecteurs arbitres. Le comité de rédaction s'inspirera de leur avis pour accepter les articles, les refuser ou requérir des modifications. Les auteurs recevront les commentaires des lecteurs arbitres, ainsi que la décision du comité de direction en deçà de trois mois (dans la mesure du possible) de la réception du manuscrit.

12. Gestion des droits d'auteurs. Les opinions émises dans les articles publiés dans la *Revue de psychoéducation* n'engagent que leurs auteurs. Lorsqu'un auteur reçoit un avis de publication, l'article devient la propriété de la *Revue de psychoéducation*. Toute reproduction du texte ou d'extraits n'est dès lors permise que sur autorisation. L'auto-archivage par l'auteur sur un dépôt institutionnel n'est permis que pour la version publiée (*postprint*) de l'article, dûment accompagnée de la référence à la première publication dans la *Revue de psychoéducation*.

Les manuscrits qui respectent les directives ci-haut mentionnées seront envoyés au directeur de la revue. Toute correspondance doit être adressée à :

M. Serge Larivée
Revue de psychoéducation
École de psychoéducation, Université de Montréal
Casier postal 6128, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) Canada H3C 3J7

Téléphone : 514 343-6111 poste 2522
Télécopieur : 514 343-6951
Courriel : <mailto:serge.larivee@umontreal.ca>

POLITIQUE ANTI-PLAGIAT

La *Revue de psychoéducation* refuse toute forme de plagiat, soit le fait de copier, en tout ou en partie, les travaux d'autrui en les faisant passer pour siens. L'auto-plagiat, soit le fait de copier ses propres travaux déjà publiés sans mentionner la référence à la publication d'origine, est également proscrit.

Si un plagiat est suspecté avant la publication, l'auteur sera contacté afin qu'il remédie à la situation. Dans le cas d'un plagiat substantiel, l'article sera automatiquement rejeté et l'auteur ne pourra plus publier dans la *Revue*. Si un plagiat est découvert après la publication de l'article, celui-ci sera retiré de la *Revue*. L'auteur ne pourra plus publier dans la *Revue de psychoéducation*.

POLITIQUE DE PRÉSERVATION NUMÉRIQUE

L'archivage pérenne de la *Revue de psychoéducation* est assuré par Portico.

Appendice C :
Certificat éthique



CENTRE DU FLORÈS

➤ SIÈGE SOCIAL

500, boul. des Laurentides, bureau 252
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M2
Tél. : 450 569-2970
Sans frais : 1 877 569-2970
Télééc. : 450 569-2967
www.centreduflorès.com

SERVICE ENFANCE + FAMILLE • 0-5 ANS

1810, rue Lacombe
Mirabel (Québec) J7J 1X8
Tél. : 450 437-8850
Sans frais : 1 877 437-8850
Télééc. : 450 437-8448

BASSIN SUD SERVICES À LA COMMUNAUTÉ

DEUX-MONTAGNES • MIRABEL
333, rue Antonin-Campeau, bureau 102
Deux-Montagnes (Québec) J7R 0A2
Tél. : 450 472-7327
Télééc. : 450 472-3181

THÉRÈSE-DE-BLAINVILLE
140, chemin de la Grande-Côte
Rosemère (Québec) J7A 1H3
Tél. : 450 433-1957
Télééc. : 450 433-2618

BASSIN CENTRE SERVICES À LA COMMUNAUTÉ

ARGENTEUIL
390, avenue Bithomy
Lachute (Québec) J8H 4G8
Tél. : 450 562-8563
Télééc. : 450 562-7302

RIVIÈRE-DU-NORD
500, boul. des Laurentides, bureau 255
Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M2
Tél. : 450 436-5984
Télééc. : 450 431-5813

BASSIN NORD SERVICES À LA COMMUNAUTÉ

MONT-LAURIER
600, rue de la Madone
Mont-Laurier (Québec) J8L 1S9
Tél. : 819 623-1187
Télééc. : 819 623-2227

RIVIÈRE-ROUGE
624, rue l'Annonciation Nord
Rivière-Rouge (Québec) J0T 1T0
Tél. : 819 275-7455
Télééc. : 819 275-5454

SAINTE-AGATHE • PAYS-D'EN-HAUT
201, rue Saint-Vincent
Sainte-Agathe (Québec) J8C 2B6
Tél. : 819 326-2182
Télééc. : 819 326-0014

SERVICES À LA CLIENTÈLE • SANTÉ MENTALE

55, 104^e Avenue
Saint-Jérôme (Québec) J7Y 1H5
Tél. : 450 436-5437
Télééc. : 450 565-1236

Saint-Jérôme, le 25 février 2014

Madame Karoline Girard
Coordonnatrice CÉRC/CRDITED
CRDITED MCQ-Institut universitaire
1025, rue Marguerite-Bourgeoys
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3T1

OBJET : Projet de recherche CERC-0180 : Portrait des pratiques et des stratégies d'intervention implantées dans un programme d'intervention comportementale intensive dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement québécois

Madame,

Nous avons pris connaissance des préoccupations du comité d'éthique de la recherche CRDITED adressées à madame Valérie Caron, dans le cadre de son projet de doctorat tel que cité en titre. Pour donner suite à une de celles-ci mentionnée dans cette correspondance, nous avons tenu une rencontre en date du 24 février 2014 où étaient présentes madame Sylvie Bourguignon, adjointe au directeur des services professionnels et de réadaptation, madame Valérie Caron, étudiante responsable du projet de recherche et employée du Centre du Florès ainsi que moi-même.

Nous avons convenu que les directions représentées par madame Bourguignon et moi-même, s'engageons à affirmer auprès de l'ensemble de l'organisation, le statut de chercheure indépendante de madame Caron dans le cadre du projet mentionné en titre, et ce, peu importe les résultats de la recherche. De plus, lors de la présentation des résultats, un mécanisme tel qu'un comité de diffusion des résultats composé de membres des directions des services professionnels et de réadaptation ainsi que de la qualité et de la performance organisationnelles, pourra être constitué, selon les besoins.

Nous accueillerons avec intérêt les résultats finaux de la recherche de madame Caron et ceci, quelles qu'en soient les conclusions. Nous croyons que ce projet de recherche contribuera à l'amélioration des pratiques au Centre du Florès et conséquemment, le statut d'indépendance de la chercheure nous apparaît absolument nécessaire.

Espérant le tout à votre entière satisfaction, veuillez agréer, madame, nos cordiales salutations.

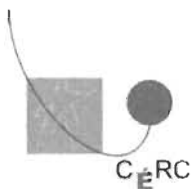
Marie-France Joly
Directrice de la qualité et de la performance organisationnelles

c.c. M^{me} Sylvie Bourguignon, adjointe au DSPR
M^{me} Marie-France Joly, DQPO
M^{me} Valérie Caron, APPR

FAIRE FLORÈS...
POUR UNE CULTURE DU SUCCÈS

Appendice D :

Certificat éthique CERC/CRDITED



Trois-Rivières, 25 mars 2014

Madame Valérie Caron
8442, Place du Meunier
Mirabel (Québec) J7N 3M2

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Objet : Certificat de conformité aux normes éthiques du projet de recherche CÉRC-0180 : « Portrait des pratiques et des stratégies d'intervention implantées dans un programme d'intervention comportemental intensive (ICI) dans un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissant du développement (CRDITED) québécois ».

Site de recherche affilié au CÉRC/CRDITED : Centre Du Florès

Madame,

Les modifications apportées au protocole de recherche, de même qu'aux formulaires d'information et de consentement, tel que demandé dans notre lettre datée du 6 février dernier, répondent à nos attentes. C'est donc avec plaisir que le Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux CRDI (CÉRC/CRDITED) vous délivre ce certificat de conformité aux règles éthiques pour le projet précité.

Cette approbation suppose que vous vous engagez à respecter les conditions et les modalités de recherche telles que présentées au CÉRC-CRDITED.

Cette approbation suppose que vous vous engagez à :

- respecter la décision du CÉRC/CRDITED;
- respecter les moyens relatifs au suivi continu figurant au point 6 de la seconde section du *Guide de rédaction d'une demande d'évaluation d'un nouveau projet de recherche et modalités d'évaluation à l'intention des chercheurs* (CÉRC/CRDITED) et à utiliser les formulaires préparés à cette fin;
- conserver les dossiers de recherche pour une période couvrant minimalement la période de publication qui découlera de la recherche (voir le *Guide*, section II, point 5);

Comité d'éthique de la recherche conjoint destiné aux
Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en
troubles envahissants du développement (CÉRC-CRDITED)
Site Web : www.cerc-crdited.ca

1025, rue Marguerite-Bourgeoys
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3T1
Téléphone : 819 376-3984, poste 347
Télécopie : 819 376-6957
karoline.girard_csd@ssss.gouv.qc.ca

... 2

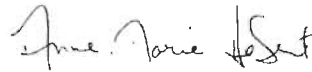
- respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des participants à la recherche des établissements concernés par le projet, à savoir, la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des participants recrutés pour les CRDI qui pourront l'obtenir sur demande.

Les modifications que vous avez apportées aux différents documents doivent être acheminées aux établissements concernés par votre projet de recherche, si ce n'est pas déjà fait (tel que mentionné dans la précédente lettre du CÉRC/CRDITED).

La présente décision vaut pour une année (date d'échéance : **25 mars 2015**) et peut être suspendue ou révoquée en cas de non respect de ces conditions. Je profite de cette occasion pour vous rappeler que le *Formulaire de demande de renouvellement* doit être rempli et expédié au CÉRC/CRDITED, 30 jours avant la date d'échéance du présent certificat d'éthique.

Pour toute question relative à ce certificat, n'hésitez pas à contacter M^{me} Karoline Girard, au bureau de coordination du CÉRC/CRDITED, au numéro 819 376-3984, poste 347.

Veuillez recevoir, madame, mes salutations distinguées.



Anne-Marie Hébert
Présidente du CÉRC/CRDITED

c. c. Mme Marie-France Joly, Centre Le Florès

Appendice E :
Formulaires de consentement



FORMULAIRE D'AUTORISATION PARENTALE

Autorisation parentale à participer au projet de recherche intitulé « *Portrait des pratiques et des stratégies d'intervention implantées dans un programme d'intervention comportementale intensive (ICI) dans un Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED) québécois* »

Valérie Caron, chercheuse principale, étudiante au doctorat en psychoéducation au département de psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), sous la direction de Mme Annie Paquet (professeure au département de psychoéducation à l'UQTR) et Mme Annie Bérubé (professeure au département de psychoéducation à l'Université du Québec en Outaouais).

Ce projet se déroulera au Centre du Florès, au Service Enfance 0-5 ans, la P'tite Girafe, plus spécifiquement au programme ICI. Votre participation serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif général de ce projet de recherche est d'évaluer la qualité de l'implantation du programme ICI dans un CRDITED dans une région du Québec, soit le Centre du Florès. Plus spécifiquement, le premier objectif est de décrire les pratiques d'intervention implantées par des intervenants d'un programme ICI. Le second objectif est d'évaluer la qualité des pratiques d'intervention mises en place à l'aide de standards de qualité reconnus. Le troisième objectif est de décrire la perception des acteurs du programme quant à l'implantation des pratiques d'intervention utilisées dans le cadre de l'implantation de ce programme.

Les renseignements fournis dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle autorisation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre autorisation à cette recherche vise à permettre que des observations des séances d'intervention soient effectuées lors des séances de votre enfant. Plus précisément, les observations auront lieu à partir du mois de mars 2014 et le mois de juin 2014. Au total, un maximum de 10 séances d'intervention fera l'objet d'observation. Les observations porteront sur les différentes stratégies d'interventions mises en place par l'intervenant et aucune donnée portant sur votre enfant ne sera recueillie.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à la participation à ce projet de recherche, mis à part la présence d'une tierce personne (chercheuse principale ou assistants de recherche) pendant les séances. Ces personnes n'auront que très peu d'interaction avec l'intervenant et votre enfant.

Bénéfices

La participation à cette étude permettra à l'établissement le Centre du Florès d'obtenir un portrait des pratiques et des stratégies d'intervention implantées par les intervenants. Il permettra de documenter le point de vue des intervenants quant au programme ICI. À plus long terme, il permettra d'établir plus précisément les lignes directrices de l'intervention, en se référant à un modèle de pratiques basées sur des données probantes, reconnu dans la documentation scientifique. Enfin, il permettra également d'informer les décideurs du milieu de pratique quant aux ajustements possibles, à la lumière des résultats de cette étude.

Aucune compensation d'ordre monétaire ne sera accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude seront entièrement confidentielles et ne pourront, en aucun cas, mener à l'identification de votre enfant. La confidentialité sera assurée et chacun des participants (intervenants au Centre du Florès) sera identifié à partir de code numérique. Les résultats de la recherche seront diffusés dans la thèse de l'étudiante, sous forme d'articles ou dans le cadre de communications orales par affiche. Les résultats ne permettront pas d'identifier les participants et le nom des participants n'apparaîtra pas dans aucun document.

Les données recueillies seront conservées sous clés à l'UQTR. Les seules personnes qui y auront accès seront la chercheuse principale, les directrices de ce projet ou les assistants de recherche. Elles seront détruites à la fin du projet de recherche et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Aucune donnée concernant l'enfant ne sera recueillie lors des séances d'observation.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. La participation à cette recherche n'aura aucun impact sur les services reçus par les intervenants du Centre du Florès.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Valérie Caron, au 450-569-2974, poste 2420 ou l'adresse courriel Valerie.Caron.Flores@ssss.gouv.qc.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro de certificat [CER-14-198-07.14] a été émis le [04-02-2015].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Valérie Caron, sous la direction de Mme Annie Paquet et Mme Annie Bérubé, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____ [nom de l'enfant], confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet intitulé *Portrait des pratiques et des stratégies d'intervention implantées dans un programme d'intervention comportementale intensive (ICI) dans un Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED) québécois*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de mon autorisation à ce que l'intervenant de mon enfant participe à cette recherche.

On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision d'autoriser à ce que mon enfant soit observé dans le cadre de cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

| | |
|--------------------|-----------------|
| Parent ou tuteur : | Valérie Caron : |
| Signature : | Signature : |
| Nom : | Nom : |
| Date : | Date : |



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche « *Portrait des pratiques et des stratégies d'intervention implantées dans un programme d'intervention comportementale intensive (ICI) dans un Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED) québécois* »

Valérie Caron, chercheuse principale, étudiante au doctorat en psychoéducation au Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières.

Ce projet est sous la direction des professeurs Annie Paquet, département de psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières et Annie Bérubé, professeure au département de psychoéducation de l'Université du Québec en Outaouais. Ce projet se déroulera au Centre du Florès, au Service Enfance 0-5 ans, la P'tite Girafe, plus spécifiquement au programme ICI.

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre l'implantation du programme ICI, serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif général de ce projet de recherche est d'évaluer la qualité de l'implantation du programme ICI dans un CRDITED de la province de Québec, soit le Centre du Florès. Plus spécifiquement, le premier objectif est de décrire les pratiques d'intervention implantées par des intervenants d'un programme ICI. Le second objectif est d'évaluer la qualité des pratiques d'intervention mises en place à l'aide de standards de qualité reconnus. Le troisième objectif est de décrire la perception des acteurs du programme quant à l'implantation des pratiques d'intervention utilisées dans le cadre de l'implantation de ce programme.

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

La participation à cette recherche est divisée en deux volets. Le premier volet requiert de la part des intervenants de permettre à l'étudiante chercheuse responsable de ce

projet ou aux assistants de recherche d'observer leurs séances d'intervention à partir d'une grille d'observation. Les observations seront d'une durée d'environ une heure

chacune, et ce, pour dix séances d'intervention, entre le mois de mars 2014 et le mois de juin 2014. Les observations auront lieu dans les différents milieux d'intervention (par ex., Centre du Florès, la petite girafe, le milieu de garde ou le domicile familial). Une autorisation parentale sera nécessaire et demandée auprès des parents des enfants recevant les services du programme ICI afin d'effectuer les observations des séances d'intervention.

Le deuxième volet de cette recherche consiste à participer à une entrevue semi-dirigée avec l'étudiante responsable de ce projet ou un assistant de recherche, d'une durée d'environ 45 minutes, entre le mois de juin 2014 et le mois de septembre 2014. Les entrevues seront enregistrées sur une bande audio permettant la retranscription et l'analyse de données, mais seront détruites à la fin du projet. Les entrevues auront lieu dans un local du Centre du Florès.

Bien que la chercheuse principale de ce projet occupe un poste d'agent de planification, programmation et recherche au sein de l'établissement visé par ce projet, soit le Centre du Florès (Saint-Jérôme), ce projet n'a aucun lien avec les fonctions professionnelles occupées dans l'établissement visé. C'est donc à titre d'étudiante au doctorat que la chercheuse mènera ce projet de recherche.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation, sauf celui d'être observé par l'étudiante ou les assistants de recherche. Le temps consacré au projet, soit environ une heure pour l'entrevue, demeure le seul inconvénient. Aucune modification ne sera apportée à votre horaire de travail habituel.

Bénéfices

La participation à cette étude permettra à l'établissement le Centre du Florès d'obtenir un portrait des pratiques et des stratégies d'intervention implantées par les intervenants. Il permettra de documenter le point de vue des intervenants quant au programme ICI. À plus long terme, il permettra d'établir plus précisément les lignes directrices de l'intervention, en se référant à un modèle de pratiques basées sur des données probantes, reconnu dans la documentation scientifique. Enfin, il permettra également d'informer les décideurs du milieu de pratique quant aux ajustements possibles, à la lumière des résultats de cette étude.

Aucune compensation d'ordre monétaire ne sera accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude seront entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée et chacun des participants à cette étude sera identifié à partir de code numérique. Les résultats de la recherche seront diffusés dans la thèse de l'étudiante, sous forme d'articles ou dans le cadre de communications orales par affiche. Les résultats ne permettront pas d'identifier les participants et le nom des participants n'apparaîtra pas dans aucun document. Les informations recueillies par la chercheuse principale et les assistants de recherche demeureront strictement confidentielles. Elles ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles spécifiées dans ce projet ni transmises à d'autres personnes au Centre du Florès.

Les données recueillies seront conservées sous clés à l'UQTR. Les seules personnes qui y auront accès seront la chercheuse principale, les directrices de ce projet ou les

assistants de recherche. Elles seront détruites à la fin de projet de recherche et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. L'observation des séances d'intervention n'est pas une évaluation de votre travail, mais bien une évaluation de l'implantation des pratiques d'intervention utilisées dans le cadre du programme ICI. Dans le même sens, les entrevues permettront de recueillir votre point de vue sur le programme et non d'en faire une évaluation.

La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Valérie Caron, au 450-569-2974, poste 2420 ou adresse courriel Valerie.Caron.Flores@ssss.gouv.qc.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro de certificat [CER-14-198-07.14] a été émis le [04-02-2015].

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Valérie Caron, sous la direction de Mme Annie Paquet et Mme Annie Bérubé, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____ [nom du participant], confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet intitulé *Portrait des pratiques et des stratégies d'intervention implantées dans un programme d'intervention comportementale intensive (ICI) dans un Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED) québécois*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

| | |
|-----------------------------|-----------------|
| Participante ou participant | Valérie Caron : |
| Signature : | Signature : |
| Nom : | Nom : |
| Date : | Date : |

Appendice F :
Canevas d'entretien qualitatif semi-dirigé
(article II)

Caractéristiques sociodémographiques de l'intervenant

Années d'expérience de l'intervenant au programme ICI : _____ Sexe de l'intervenant :

Quelle est votre formation initiale?

Avez-vous suivi une formation spécialisée pour travailler au sein du programme ICI?

- Programme National de Formation (PND) en TED
- Diplôme d'études supérieur spécialisé (DESS) en TED
- Autres formations (précisez les thèmes): _____
- _____
- _____

Depuis combien d'années intervenez-vous auprès des enfants présentant un TSA au programme ICI?

Les composantes de l'intervention

1- L'adhésion :

Qu'est-ce qu'une séance type d'intervention auprès d'un enfant au programme ICI?

Y a-t-il des différences quant au programme pour un enfant qui débute l'intervention et un enfant qui le termine? Quelles sont-elles?

Quels sont les éléments que vous considérez comme étant importants à mettre en place dans le cadre des séances d'intervention ICI?

Avez-vous effectué des modifications ou des adaptations au programme original de l'ICI? Si oui, pourquoi?

Quels avantages comportent ces ajustements?

En quoi ces ajustements facilitent-ils l'intervention?

Ces ajustements/adaptations comportent-ils des défis pour vous dans l'actualisation du programme? Lesquels?

2- Le dosage

Quel serait, selon vous, le dosage optimal (le nombre d'heures optimales) à offrir à un enfant? Pourquoi?

Est-ce que le programme vous permet d'atteindre cet idéal? Pourquoi?

3- La qualité

Quels sont, selon vous, les critères de qualité d'un programme d'intervention offert à un enfant présentant un TSA?

Selon vous, quelles sont les meilleures pratiques (ou pratiques novatrices) à mettre en place dans un programme ICI? Pourquoi?

Réussissez-vous à mettre en place toutes ces pratiques?

Selon vous, quelles sont les pratiques à éviter de mettre en place dans un programme ICI? Pourquoi?

4- La participation :

Dans un monde idéal, qui participerait au programme ICI?

Quel est le niveau d'engagement de chacun des participants au programme ICI?

Quel est l'apport de chacun de ses participants dans le programme ICI?

Y a-t-il des mécanismes ou des pratiques qui favorisent la participation des différentes personnes dans le programme ICI?

Considérez-vous que la participation de chacun des acteurs impliqués est adéquate?

5- La différenciation :

Selon vous, en quoi le programme ICI se démarque des autres programmes d'intervention offerts à des enfants présentant un TSA?

Considérez-vous que d'autres programmes seraient complémentaires pour l'enfant avec lequel vous intervenez? Pourquoi?

Selon vous, quels sont les avantages du programme ICI? Pourquoi?

Selon vous, quelles sont les limites du programme ICI? Pourquoi?