

les Collections

INSTITUT UNIVERSITAIRE
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
ET EN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME



Crédit photo pixabay-finelightarts-1073638

Rapport d'ETMI

Mars 2023

La télépratique comme modalité d'intervention innovante ou adaptative auprès des parents ou des proches de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

Par :
Geneviève Pinard
Evelyne Robert Berger

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN DI ET EN TSA

Auteures

Geneviève Pinard, M. Sc., erg.,
Agente de planification, de programmation et de
recherche (APPR), Direction de l'enseignement
universitaire, de la recherche et de l'innovation
(DEURI), Centre intégré universitaire de santé et
de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-
du-Québec (CIUSSS MCQ), Institut universitaire
en déficience intellectuelle et en trouble du spectre
de l'autisme (IU DI-TSA)

Evelyne Robert Berger, Ph. D(c),
APPR, DEURI, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Collaborateurs principaux

Germain Couture, Ph. D, (au moment du projet)
APPR et chercheur en établissement, DEURI,
CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Vicky Tessier, MA litt. Comp., MSI,
Bibliothécaire, DEURI, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Josée Mac Donald,
Technicienne en documentation, DEURI, CIUSSS
MCQ, IU DI-TSA

Sean Gayadeen, M.A.P., (au moment du projet)
APPR, DEURI, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Nadia Loirdighi, Ph. D,
APPR, DEURI, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Demandeurs

Jacinthe Cloutier,
Directrice des programmes déficience
intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et
déficience physique (DITSADP), CIUSSS MCQ

Nathalie Magnan, (au moment du projet)
Directrice adjointe, continuum santé et bien-être
DI-TSA-déficience physique (DP) 0-21 ans,
CIUSSS MCQ

Majorie Bouchard,
Directrice des programmes DI, TSA et DP, Centre
intégré universitaire de santé et de services
sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CIUSSS
SLSJ)

Véronique Lévesque,
Directrice adjointe à la direction des programmes
DI, TSA et DP, Centre intégré universitaire de
santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS
de l'Estrie-CHUS)

Josée Beurivage,
Directrice, programmes de la déficience et de la
réadaptation, Centre intégré de santé et de
services sociaux de l'Outaouais (CISSSO)

Martine Potvin,
Directrice enseignement, relations universitaires et
recherche, CISSSO

Ghislaine Fabre,
Coordonnatrice, Direction des programmes de la
déficience et de la réadaptation, CISSSO

Comité d'orientation

Alexandra Bernier,
Conseillère cadre, DITSADP - Mission universitaire
et troubles grave du comportement, CIUSSS MCQ,
IU DI-TSA

Marjolaine Bourque,
Psychoéducatrice, Direction DI-TSA-DP, CIUSSS
SLSJ

Sarah Duchaine-Ritchot,
Orthophoniste, Direction DI-TSA-DP, CISSSO

Caroline Hamel, Ps. Ed.,
APPR, Direction des programmes DI-TSA-DP,
CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Arnela Kovac,
APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN DI ET EN TSA

Gestionnaire du mandat

Véronique Larouche

Chef de service de l'innovation, de la valorisation des connaissances et des données scientifiques, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Révision interne

Marie-Anne Ferlatte, Ph. D.
APPR, DEURI, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Révision externe

Eve-Line Bussièrès, Ph. D.
Professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, chercheuse de l'IU DI-TSA

Marie-Pier Bouchard, M. Sc., MBA
Conseillère en évaluation, Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention (UETMISSS), CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Marie-Belle Poirier, Ph. D.
Chef de service - mobilisation des connaissances, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Révision et mise en page

Martine Thibeault
Agente administrative, DEURI, SDIU, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Rébecca Lévesque
Adjointe à la direction, DEURI, CIUSSS MCQ

Soutien à l'édition

Sonia Dany
APPR, DEURI, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Il est recommandé de citer le document de cette façon :

Pinard, G. et Robert Berger, E. (2022). *La télépratique comme modalité d'intervention innovante ou adaptative auprès des parents ou des proches de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*. Trois-Rivières, Canada : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.

Toute reproduction est interdite sans l'autorisation écrite du CIUSSS MCQ.

Dépôt légal 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-550-94085-2

© Gouvernement du Québec (2023)

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Liste des annexes..... | ii |
| Liste des tableaux..... | ii |
| Liste des figures..... | ii |
| Liste des abréviations et des sigles..... | iii |
| Résumé..... | 1 |
| 1. Introduction..... | 3 |
| 1.1 Contexte et problématique..... | 3 |
| 1.2 Question décisionnelle et questions d'évaluation..... | 3 |
| 2. Méthode..... | 5 |
| 2.1 Critères de sélection des documents..... | 5 |
| 2.2 Recherche documentaire..... | 6 |
| 2.3 Sélection des documents..... | 6 |
| 2.4 Qualité méthodologique..... | 7 |
| 2.5 Extraction des données..... | 7 |
| 2.6 Analyse des données..... | 7 |
| 2.7 Appréciation du niveau de preuve..... | 8 |
| 3. Résultats..... | 9 |
| 3.1 Sélection des documents..... | 9 |
| 3.2 Caractéristiques des études retenues..... | 10 |
| 3.3 Profil des interventions du corpus de références..... | 11 |
| 3.4 Résultats d'efficacité..... | 12 |
| 3.4.1 Résultats d'efficacité - études ayant évalué la fidélité d'implantation par le parent..... | 12 |
| 3.4.2 Résultats d'efficacité – études n'ayant pas évalué la fidélité d'implantation par le parent..... | 13 |
| 3.4.3 Comparaison d'une même intervention offerte en présentiel et en télépratique..... | 14 |
| 3.5 Caractéristiques des participants pouvant expliquer les résultats d'efficacité de la télépratique..... | 14 |
| 3.6 Caractéristiques de la télépratique favorisant l'efficacité des interventions..... | 14 |
| 3.7 Satisfaction des parents ou des proches envers la télépratique..... | 14 |
| 3.8 Satisfaction des intervenants envers la télépratique..... | 16 |
| 3.9 Facteurs favorisant l'adhésion des intervenants à l'utilisation de la télépratique..... | 16 |
| 3.10 Enjeux d'adaptation ou psychologiques des parents ou des proches envers la télépratique et comment les surmonter..... | 16 |
| 4. Discussion..... | 19 |
| 5. Conclusion..... | 23 |
| Bibliographie..... | 24 |

Liste des annexes

| | |
|--|----|
| Annexe I : Stratégie de recherche documentaire | 28 |
| Annexe II : Résultats d'efficacité – études ayant évalué la fidélité d'implantation par le parent | 33 |
| Annexe III : Résultats d'efficacité – études n'ayant pas évalué la fidélité d'implantation par le parent | 61 |
| Annexe IV : Évaluation de la qualité méthodologique | 75 |
| Annexe V : Description des interventions répertoriées parmi le corpus de références | 76 |

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau I : Critères de sélection des documents | 5 |
| Tableau II : Caractéristiques des études primaires retenues | 10 |
| Tableau III : Profil des interventions étudiées | 11 |
| Tableau IV : Efficacité de la télépratique – études ayant évalué la fidélité d'implantation par le parent | 13 |
| Tableau V : Efficacité de la télépratique – études n'ayant pas évalué la fidélité d'implantation par le parent | 13 |
| Tableau VI : Résultats d'efficacité – études comparant la même intervention en présentiel et en télépratique .. | 14 |

Liste des figures

| | |
|---|---|
| Figure 1 : Diagramme de sélection des documents | 9 |
|---|---|

Liste des abréviations et des sigles

| | |
|----------------------------------|---|
| AAC | Analyse appliquée du comportement |
| ACC | Analyste certifié du comportement |
| ACT | <i>Acceptance and Commitment Training</i> |
| AF | Analyse fonctionnelle |
| APPR | Agent(e) de planification, de programmation et de recherche |
| APT | <i>Autism Parent Training</i> |
| BST | <i>Behavioral skills training</i> |
| CAA | Communication alternative améliorée |
| C-HOPE | <i>COMPASS for Hope</i> |
| CISSSO | Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais |
| CIUSSS MCQ | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec |
| CIUSSS SLSJ | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean |
| CIUSSS de l'Estrie – CHUS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke |
| COVID-19 | Maladie à coronavirus |
| CPEITC | Centre de partage d'expertise en intervention technoclinique |
| DI | Déficience intellectuelle |
| DP | Déficience physique |
| É-T | Écart-Type |
| ECF | Entraînement à la communication fonctionnelle |
| ÉDS | Évaluation descriptive structurée |
| ESDM | <i>Early Start Denver Model</i> |
| ETMI | Évaluation des technologies et des modes d'intervention |
| Gr | Groupe |

| | |
|----------------|---|
| GT | Groupe témoin sur liste d'attente |
| ImPACT | <i>Improving Parents as Communication Teachers</i> |
| i-PiCS | <i>Internet-based Parent-implemented Communication Strategies</i> |
| LD | Lecture dialogique |
| LMÉ | Longueur moyenne des énoncés |
| MA | Modification de l'antécédent du comportement |
| M | Moyenne |
| NMD | Nombre de mots différents |
| OASIS | <i>Online and Applied System for Intervention Skills</i> |
| OT | <i>Optimism Training</i> |
| P-ESDM | <i>Parent training in the Early Start Denver Model</i> |
| PICOTS | Population, Intervention, Comparateur, <i>Outcomes</i> (résultats d'intérêt), Temporalité, <i>Setting</i> (milieu où se déroule l'intervention) |
| PND | Pourcentage de non-chevauchement entre les données |
| RD | Renforcement différentiel |
| RGD | Retard global de développement |
| RUBI-PT | <i>Research Unit on Behavioral Interventions Parent Training</i> |
| SQA | <i>Standard Quality Assessment Criteria</i> |
| TP | Télépratique |
| TSA | Trouble du spectre de l'autisme |
| vs | Versus |
| WWC | <i>What Works Clearinghouse</i> |

Résumé

Contexte : L'arrivée de la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) a contribué à accélérer le déploiement de la télépratique (TP) comme modalité d'intervention dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois. Observant un intérêt de plusieurs usagers, parents et proches à maintenir des services en TP en contexte postpandémique et considérant la nécessité de soutenir les intervenants dans l'utilisation de cette nouvelle modalité, une demande conjointe provenant de quatre directions cliniques en déficience intellectuelle (DI), trouble du spectre de l'autisme (TSA) et déficience physique (DP) a été acheminée à l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).

Objectif : Cette évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) abrégée vise à documenter l'efficacité de la TP, employée en mode synchrone, pour former les parents ou proches à intervenir auprès de personnes présentant une DI, un TSA ou un retard global de développement (RGD) dans le but d'atteindre les résultats souhaités auprès de ces dernières. Elle vise également à documenter a) les caractéristiques des participants et de la TP qui favorisent l'efficacité des interventions; b) la satisfaction des parents ou proches et des intervenants à l'égard de cette modalité; c) les facteurs favorisant l'adhésion des intervenants quant à son utilisation; d) les enjeux d'adaptation vécus par les parents ou proches ayant utilisé cette modalité d'intervention.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été effectuée en consultant 13 banques de données. Plusieurs sites Internet ont également été consultés afin d'y repérer la littérature grise. La sélection des documents en fonction des critères d'admissibilité désignés, l'évaluation de la qualité méthodologique des articles scientifiques et l'extraction des données ont été réalisées de manière indépendante par deux professionnels en ETMI.

Résultats : Sur les 1877 documents initialement repérés, 31 études primaires ont été retenues. À la suite de l'analyse des résultats, les constats suivants ont été émis :

- Il est raisonnable de conclure qu'en fonction des données consultées, la TP est une modalité d'intervention efficace pour former les parents à appliquer une intervention spécifique auprès de leur enfant. La fidélité d'implantation a toutefois été évaluée de manière hétérogène entre les études.
- Les résultats du corpus tendent à démontrer une efficacité variable de la TP quant à l'atteinte des résultats d'intervention souhaités auprès des enfants présentant une DI et/ou un TSA. En effet, à l'exception d'une étude pour laquelle la variable distale évaluée tend à démontrer que la TP est non efficace, le nombre d'études qui tendent à démontrer l'efficacité de la TP et le nombre d'études qui présentent des résultats mitigés sont pratiquement équivalents. Par contre, plusieurs études n'ont pas évalué la fidélité d'implantation par le parent et ainsi, le lien entre l'intervention et le résultat clinique mesuré n'a pas été démontré pour l'ensemble du corpus.
- La comparaison d'une même intervention offerte en TP et en présentiel tend à démontrer une efficacité équivalente entre les deux modalités de service. Il est par contre important de considérer ces résultats avec prudence considérant le petit nombre d'études inclus dans cette analyse.
- Une seule étude a démontré un lien causal entre les caractéristiques des participants et leurs résultats d'efficacité, les mères des participants étant plus susceptibles d'atteindre les critères de fidélité d'implantation comparativement aux pères. Considérant que la majorité des parents participants était des mères, les auteurs soulignent que ce résultat se doit d'être interprété avec prudence. Les auteurs n'ayant établi aucun lien causal entre les caractéristiques de la TP et son efficacité, aucun élément n'a pu être repéré afin de documenter les caractéristiques de la TP favorisant l'efficacité des interventions.
- Les éléments de satisfaction des parents envers la TP s'articulent autour de cinq thèmes principaux soit : 1) l'appréciation générale; 2) l'utilité; 3) le niveau d'aisance; 4) la relation avec l'intervenant;

5) l'accessibilité. De manière générale, les parents manifestent une préférence pour la modalité d'intervention en TP comparativement au présentiel. Quelques irritants sont également soulevés par les parents tels que les difficultés technologiques et la complexification de l'intervention qui découlent de l'utilisation de la TP.

- La satisfaction des intervenants est partagée par rapport à l'équivalence perçue entre les modalités d'intervention en TP et en présentiel. Par contre, tous les intervenants sondés confirment leur aisance à utiliser les équipements technologiques, ce qui contribue à leur satisfaction envers la TP.
- Les références consultées ne permettent pas l'identification de facteurs favorisant l'adhésion des intervenants quant à l'utilisation de la TP auprès de parents ou proches de personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD.
- Parmi le corpus de références, les enjeux d'adaptation vécus par les parents dans le cadre de l'utilisation de la TP sont regroupés sous six thèmes : 1) gestion physique du matériel et/ou de l'équipement; 2) difficultés technologiques reliées à la TP; 3) gestion des comportements perturbateurs de l'enfant par le parent; 4) interventions nécessitant le soutien en présentiel d'une tierce personne; 5) accès limité au soutien de l'intervenant; 6) gestion de l'activité domiciliaire lors des rencontres. Les résultats permettent d'anticiper les difficultés qui pourraient être vécues par les parents. Par contre, malgré le vaste éventail d'enjeux soulevés, les auteurs proposent très peu de recommandations visant à les surmonter. Aucun enjeu psychologique vécu par les parents dans le cadre de l'utilisation de la TP n'a été repéré parmi le corpus de références.

Ces constats sont basés sur un corpus dans lequel la majorité des participants enfants présentent un TSA. La clientèle présentant exclusivement une DI se trouve donc sous-représentée (11 %) et celle présentant un RGD est absente du corpus. De manière similaire, les mères sont majoritaires parmi les participants parents comparativement aux pères qui comptent uniquement pour 26 % des parents dont le genre est rapporté. Ainsi, il est important de considérer ces constats avec prudence en fonction du profil des parents et des usagers avec lesquels la TP pourrait être employée comme modalité d'intervention. De plus, bien que l'évaluation de l'efficacité de la TP soit l'objet principal de ce projet, l'efficacité de la TP est ici mesurée dans le cadre d'interventions précises. Ainsi, il est pertinent de considérer les résultats d'efficacité avec prudence quant à leur généralisation à d'autres types d'interventions non traitées dans le cadre du corpus de références étudié.

1. Introduction

1.1 Contexte et problématique

La pandémie de la COVID-19 a mené au déploiement rapide de la TP comme modalité de prestation de services dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois. En effet, la TP a permis de maintenir l'accessibilité à plusieurs services en contexte de crise sanitaire (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2021). Cette modalité étant très peu ancrée dans les pratiques courantes des établissements au moment de son déploiement, les intervenants ont manifesté le besoin d'être accompagnés afin d'approfondir leurs connaissances quant à l'utilisation de la TP. La mise sur pied du comité Télépratque – Centre de partage d'expertise en intervention technoclinique (CPEITC), qui regroupe des représentants de quatre établissements du réseau de la santé et des services sociaux et piloté par l'Institut universitaire en DI et en TSA rattaché au CIUSSS MCQ, témoigne de ce besoin. De plus, l'intérêt de plusieurs usagers, parents et proches envers la TP amène à considérer son maintien, du moins en mode hybride, en contexte postpandémique, ce qui démontre la nécessité de poursuivre les travaux en ce sens (Ménard, 2020).

En complémentarité avec le travail effectué par le comité Télépratque – CPEITC, et dans un désir de documenter plus spécifiquement l'emploi de la TP auprès de la clientèle présentant une DI, un TSA ou un retard global de développement (RGD), une demande conjointe provenant des directions cliniques en DI-TSA-déficience physique (DP) du CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean, du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, du Centre intégré de santé et services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) et du CIUSSS MCQ a été acheminée à l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention du CIUSSS MCQ. Pour le premier volet, les demandeurs désiraient documenter l'efficacité de la TP comme modalité d'intervention adaptative ou innovante auprès de personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD (résultats publiés sous Gayadeen et al., 2022). Le présent rapport concerne le deuxième volet qui vise à documenter l'efficacité de la TP comme modalité d'intervention innovante ou adaptative auprès de parents ou de proches de personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD. En adéquation avec les besoins énoncés par les demandeurs, la TP, dans le cadre du présent projet, réfère à l'utilisation de la vidéo bidirectionnelle en mode synchrone dans le cadre de la prestation de services. Le mode synchrone fait référence à l'utilisation d'une plateforme de vidéoconférence pour tenir une rencontre en temps réel alors que le mode asynchrone réfère au matériel de formation disponible en ligne et auquel le participant pouvait accéder au moment qui lui convenait (Pierson et al., 2021). Pour sa part, le mode hybride signifie qu'une portion de l'intervention se déroule en mode synchrone et une portion de l'intervention se déroule en mode asynchrone.

1.2 Question décisionnelle et questions d'évaluation

La question décisionnelle de ce projet d'ETMI est la suivante :

Est-ce que la vidéo en mode synchrone (TP) est une modalité efficace pour outiller les parents ou les proches à intervenir auprès de personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD dans le but de favoriser l'atteinte d'objectifs d'intervention ou de résultats cliniques?

Elle a été formulée de concert avec les membres du comité d'orientation représentant les demandeurs et repose sur les éléments clés du PICOTS (**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparateur, **O**utcomes, **T**emporalité, **S**etting) qui seront présentés à la section 2.1.

Sept questions d'évaluation permettent de documenter diverses dimensions liées à la question décisionnelle :

1. La télépratique est-elle une modalité efficace pour former les parents ou les proches dans le but d'atteindre les résultats souhaités auprès des personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD (p. ex., communication, comportements problématiques, habiletés sociales, réduction du stress)?
2. Quelles sont les caractéristiques des participants aux recherches qui pourraient expliquer des résultats positifs ou négatifs ou, le cas échéant, l'absence de résultats?
3. Quelles sont les caractéristiques de la télépratique qui favorisent l'efficacité des interventions (p. ex., particularités de la technologie, de la plateforme)?
4. Est-ce que les parents ou les proches des personnes ayant une DI ou un TSA sont satisfaits de leur expérience avec la télépratique?
5. Est-ce que les intervenants sont satisfaits de leur expérience avec la télépratique?
6. Quels sont les facteurs qui favorisent l'adhésion des intervenants à l'utilisation de la télépratique auprès de cette population?
7. Quels sont les enjeux psychologiques ou d'adaptation à la TP pour les parents ou les proches de personnes présentant une DI ou un TSA ou un RGD et comment peut-on les surmonter?

2. Méthode

Une revue systématique de la littérature a été réalisée afin de répondre aux questions d'évaluation de ce projet d'ETMI. La collecte des données scientifiques s'est effectuée selon les étapes déclinées ci-dessous.

2.1 Critères de sélection des documents

Les critères du PICOTS, utilisés pour définir les principaux éléments de la question décisionnelle, sont présentés au tableau I. Des critères additionnels d'inclusion/exclusion portant sur la langue, l'année de publication et le type de document s'ajoutent au PICOTS et complètent ainsi les balises servant à structurer la recherche documentaire et la sélection des documents qui seront utilisés pour répondre aux questions d'évaluation.

Tableau I
Critères de sélection des documents

| Critères | Inclusion | Exclusion |
|---------------------------------------|--|---|
| Population | <ul style="list-style-type: none"> - Parent ou proche d'une personne avec un diagnostic de DI, de TSA ou de RGD (ou en attente de diagnostic) recevant ou non des services en adaptation/réadaptation. Le terme <i>proche</i> inclut les membres de la famille immédiate et élargie ainsi que les responsables de ressources intermédiaires. | <ul style="list-style-type: none"> - Le terme <i>proche</i> exclut les titres d'emploi tels que : enseignant, éducateur en CPE ou tout autre intervenant rémunéré pour offrir des services à la population. |
| Intervention | <ul style="list-style-type: none"> - Toute intervention offerte en TP avec vidéo en mode synchrone dont le but premier est d'outiller le parent ou le proche afin qu'il puisse intervenir adéquatement auprès de la personne qui a le diagnostic. D'autres modalités technologiques peuvent accompagner l'emploi de la TP en mode synchrone, mais cette dernière doit demeurer prépondérante. - Après consultation du comité d'orientation, il a été convenu d'inclure les données de l'analyse fonctionnelle (AF) bien qu'elle constitue une évaluation et non une intervention. En effet, parmi les études retenues, l'AF est toujours utilisée en combinaison avec l'entraînement à la communication fonctionnelle (ECF), une intervention pour laquelle les données sont rapportées. | <ul style="list-style-type: none"> - Interventions combinant des modalités d'intervention à distance et dont la proportion de la TP en mode synchrone est inconnue; - Services ou suivis médicaux; - Modalités de rappels ou de confirmation de rendez-vous. |
| Comparateur | <ul style="list-style-type: none"> - Intervention en présence (si ce comparateur apparaît dans la documentation scientifique). | |
| Outcomes (résultats d'intérêt) | <ul style="list-style-type: none"> - Résultats proximaux associés aux capacités d'intervention développées chez le parent ou le proche afin d'assurer la fidélité de l'intervention. - Résultats distaux : résultats cliniques (incluant l'atteinte d'objectifs du plan d'intervention) de la personne présentant une DI, un TSA ou un RGD. | |

| | | |
|--|---|--|
| Temporalité | - Selon ce qui sera rapporté dans les documents retenus. | |
| Setting (milieu ou environnement) | - Selon ce qui sera rapporté dans les documents retenus. | - Milieux institutionnels et résidences à assistance continue. |
| Langues de publication | - Anglais ou français | |
| Période de publication | - 2007-2021 | |
| Type de documents | <ul style="list-style-type: none"> - Scientifique (articles primaires, revues systématiques); - Littérature grise (guides de pratiques cliniques, cadres de référence, rapports d'évaluation, thèses, mémoires, etc.); - Autres documents susceptibles d'aider à répondre aux questions (p. ex. récits de pratiques, résumés de conférences ou actes de colloques, livres ou chapitres de livres, commentaires ou éditoriaux). | <ul style="list-style-type: none"> - Articles primaires où il est impossible d'isoler les résultats obtenus par ceux ayant les diagnostics d'intérêt de ceux ayant d'autres diagnostics; - Des lettres ou des notes; - Études primaires à un seul participant (ex. étude de cas). |

Les critères de sélection sont définis afin d'identifier des documents portant sur l'efficacité de la TP en tant que modalité d'intervention pour former les parents ou les proches de personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD, et ce, dans le but d'atteindre les résultats souhaités auprès de ces dernières (question d'évaluation n° 1). Ainsi, lorsqu'elles s'y trouvent, les informations permettant de documenter les six autres questions d'évaluation sont extraites à même les études d'efficacité, avec les limites inhérentes à cette façon de procéder.

2.2 Recherche documentaire

La recherche documentaire s'est effectuée en trois étapes. Tout d'abord, une stratégie de recherche documentaire a été élaborée avec le soutien d'une bibliothécaire spécialisée en DI-TSA (voir annexe I pour plus de détails). Cette stratégie a été utilisée afin d'interroger 13 banques de données. La recherche s'est effectuée le 9 mars 2021 et ciblait les documents publiés de 2007 à 2021.

À la suite du premier tour de sélection des documents, la technique boule de neige a été appliquée aux huit revues systématiques ainsi qu'aux deux revues littéraires faisant partie des références retenues. Cette technique consiste à consulter la bibliographie de ces articles afin d'identifier des références supplémentaires.

Finalement, une recherche de la littérature grise a été effectuée à partir de sites Internet jugés pertinents pour ce projet en employant quelques mots-clés de la stratégie de recherche. Les sites Internet ont été consultés les 17, 18 et 30 mars 2021 (voir annexe I pour plus de détails).

2.3 Sélection des documents

La sélection des documents s'est déroulée en deux étapes et a été effectuée selon les critères présentés au tableau I.

Une première sélection a été effectuée en consultant les titres et les résumés des références identifiées lors de la recherche documentaire. Une seconde sélection a eu lieu à la suite d'une lecture du texte intégral des références retenues au premier tour de sélection. Deux professionnels en ETMI se sont prononcés sur la sélection de chacune des références et les divergences entre les évaluateurs ont été résolues par un troisième évaluateur.

2.4 Qualité méthodologique

L'évaluation de la qualité méthodologique des études retenues dans le cadre de ce projet a été effectuée par deux professionnels en ETMI. La grille quantitative du *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields (SQA)* (Kmet et al., 2004) a été employée pour l'évaluation de la qualité méthodologique des devis de groupe. Le *What Works Clearinghouse Standards for single-case designs* version 4.1 (WWC, 2020) a été utilisé pour l'évaluation de la qualité méthodologique des devis à cas unique. Les divergences ont été discutées jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Les résultats du SQA sont rapportés en pourcentage de critères satisfaits. Bien que le WWC suggère de rapporter les résultats comme ne répondant pas aux standards du WWC dès qu'un seul critère d'évaluation n'est pas satisfait, les résultats sont rapportés en pourcentage de critères satisfaits afin de faciliter l'appréciation de l'ensemble de la qualité méthodologique par les lecteurs. La qualité méthodologique est considérée comme élevée en présence de résultats au SQA ou au WWC variant de 80 à 100 %, modérée lorsque les résultats varient entre 60 % et 79 % et faible lorsqu'ils sont inférieurs à 60 %.

2.5 Extraction des données

Les données visant à répondre aux questions d'évaluation ont été extraites par un professionnel en ETMI à l'aide d'une grille structurée dans laquelle ont été compilées les informations suivantes : la référence complète; le pays; le devis; l'objectif et les questions ou hypothèses de recherche; la description de l'intervention; les résultats d'efficacité; les caractéristiques des participants; les caractéristiques de la TP; les données de satisfaction des parents ou proches et des intervenants; les facteurs favorisant l'adhésion des intervenants; ainsi que les enjeux psychologiques ou d'adaptation pour les parents ou les proches. Les informations ont ensuite été validées par un second professionnel. Les dissensions ont été discutées jusqu'à ce qu'il y ait consensus.

2.6 Analyse des données

L'objectif principal de ce projet est de déterminer si la TP est une modalité efficace pour former les parents ou les proches de personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD dans le but d'atteindre les résultats souhaités auprès de ces dernières. Ainsi, l'efficacité de la TP en tant que modalité d'intervention a été déterminée selon un processus en deux étapes afin de pouvoir documenter les deux aspects de la question d'évaluation, soit l'efficacité pour former les parents ou les proches et l'atteinte des résultats souhaités. De ce fait, l'efficacité de la TP pour former le parent est évaluée via l'analyse des résultats proximaux de fidélité d'implantation tels qu'identifiés par les auteurs. L'efficacité de la TP pour atteindre les résultats souhaités est, quant à elle, évaluée via l'analyse des résultats distaux référant aux résultats cliniques des personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD.

Conséquemment, les études ayant évalué la fidélité d'implantation de l'intervention par le parent, qui permettent de répondre aux deux aspects de la question d'évaluation, sont considérées distinctement de celles n'ayant pas mesuré cette variable proximale. La fidélité d'implantation réfère au degré avec lequel une intervention est mise en œuvre comme prévu (Brady et al., 2019). Sa mesure ajoute à la validité interne des études et bonifie l'interprétation des données en permettant de distinguer une intervention inefficace d'un point de vue clinique d'une intervention inadéquatement implantée (An et al., 2020).

Pour l'analyse des résultats, un statut d'efficacité est assigné à chacune des variables proximales et distales rapportées dans les tableaux synthèses (voir annexes II et III) en fonction des résultats mesurés pendant l'intervention. Ensuite, un statut global d'efficacité est défini pour l'ensemble des variables proximales d'une même étude en considérant leurs statuts individuels établi à l'étape précédente. De

manière similaire, un statut global d'efficacité est également assigné pour l'ensemble des variables distales d'une même étude. Les statuts globaux sont employés pour rapporter les résultats dans la section 3.4.

- Statut individuel - trois statuts possibles :

- Tendent à démontrer une efficacité de la TP : s'applique lorsque le résultat attendu est obtenu.
- Résultats d'efficacité de TP partagés : s'applique en contexte de devis de groupe lorsque certaines sous-échelles de mesure suggèrent une efficacité alors que d'autres non. En contexte de devis à cas unique, ce statut est assigné lorsque l'amélioration escomptée est présente pour certains participants seulement.
- Tendent à démontrer que la TP est non efficace : s'applique lorsque le résultat attendu ne se manifeste pas.

- Statut global - trois statuts possibles :

- Positif : est assigné lorsque l'ensemble des variables rapportées pour une même étude tend à démontrer l'efficacité de la TP.
- Partagé : est employé lorsque, pour une même étude, les statuts assignés individuellement aux variables sont hétérogènes. Ainsi, diverses combinaisons de résultats individuels sont possibles (variables qui tendent à démontrer l'efficacité de la TP, qui suggèrent une efficacité mitigée ou qui évoquent l'absence d'efficacité).
- Non efficace : est utilisé lorsque l'ensemble des variables rapportées pour une même étude tend à démontrer l'absence d'efficacité de la TP.

Il est important de noter que les résultats collectés lors des phases de maintien et de généralisation n'ont pas été considérés pour établir le statut d'efficacité. Ils sont rapportés dans les tableaux synthèses dans une perspective d'intérêt clinique seulement.

Finalement, les études ayant comparé la même intervention offerte à la fois en présentiel et en TP ont fait l'objet d'une seconde analyse. En effet, la majorité des études traitées n'offrent pas cette comparaison directe et ainsi, les conclusions pouvant être tirées quant à l'efficacité spécifique de la TP demeurent limitées (Hao et al., 2021). L'analyse distincte des études comparant les deux modalités d'intervention permettra de nuancer l'interprétation des résultats d'efficacité en y apportant une perspective complémentaire.

L'analyse de données est présentée sous la forme d'une synthèse narrative à partir de laquelle des constats ont été formulés.

2.7 Appréciation du niveau de preuve

En raison de la diversité des types de devis rencontrés et de l'hétérogénéité des interventions évaluées, il n'a pas été possible d'établir une force de preuve en ce qui concerne le corpus à l'étude dans le présent document.

3. Résultats

3.1 Sélection des documents

La recherche documentaire a permis d'identifier 2221 références dont 1539 provenaient de banques de données et 682 de sites Internet. À la suite du retrait des doublons, 1877 références ont été traitées auxquelles se sont ajoutées 3 références repérées dans les bibliographies des revues systématiques et des revues littéraires éligibles. Une fois le processus de sélection des documents complété, 31 études primaires provenant de bases de données ont été retenues. Aucun document provenant des sites Internet n'a été conservé (voir figure 1). Les six thèses faisant partie des documents éligibles ont été écartées considérant le volume et la diversité des études primaires déjà repérées.

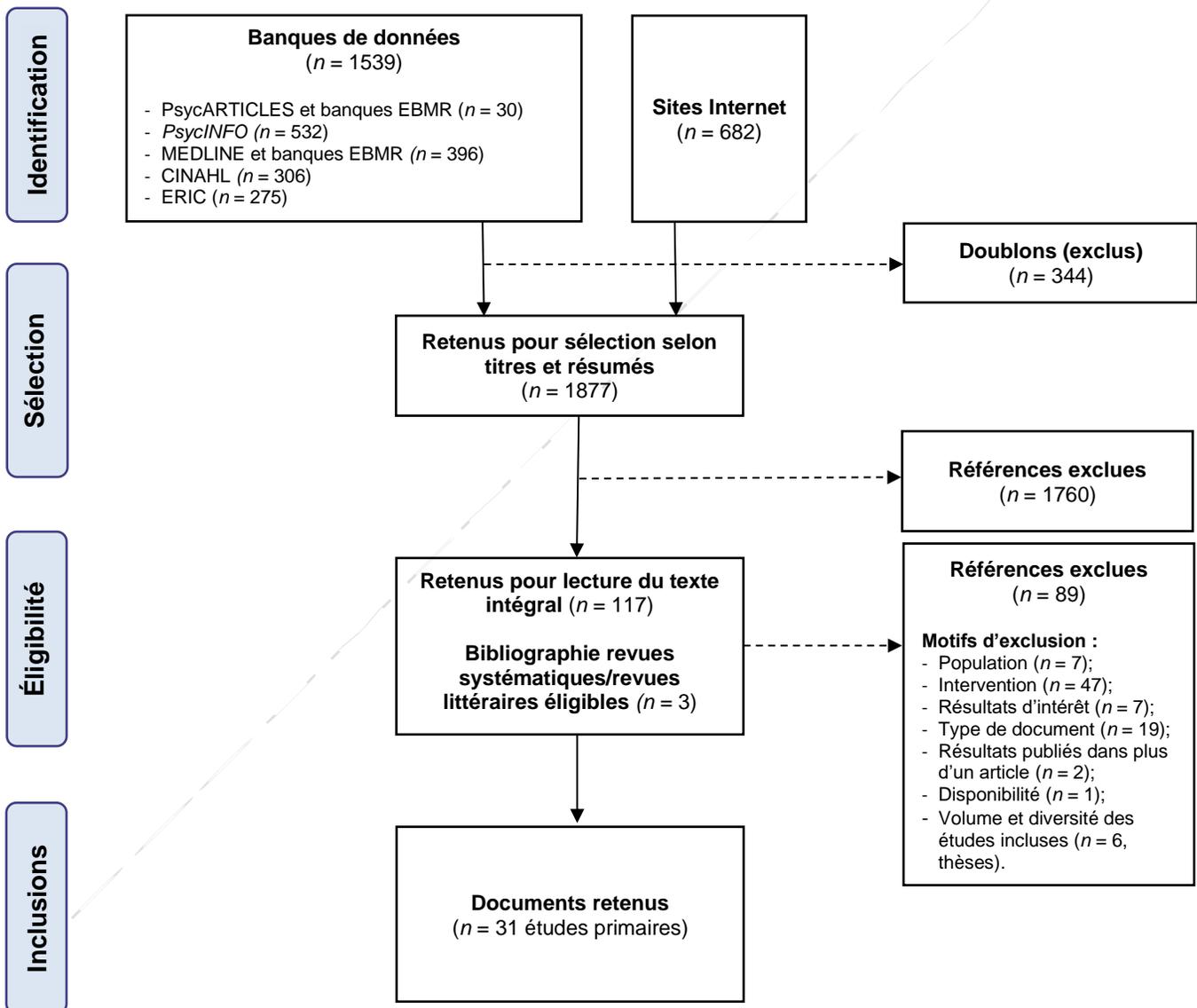


Figure 1 : Diagramme de sélection des documents

Inspiré de Page et al. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. International Journal of Surgery, 88, 105906.

3.2 Caractéristiques des études retenues

Les 31 études primaires traitées dans le cadre de ce projet ont été publiées entre les années 2012 et 2021. La majorité des études est constituée de participants provenant des États-Unis ($n = 28$). Une étude a recruté des participants provenant à la fois des États-Unis et du Canada, une s'est déroulée en présence de participants provenant d'Islande et la dernière étude impliquait des participants provenant de plusieurs pays (Grèce, Turquie, Arabie Saoudite, Costa Rica, Mexique, Ukraine, Russie et États-Unis). Plus de la moitié du corpus est composé de devis à cas unique ($n = 18$) auxquels s'ajoutent quatre essais contrôlés randomisés, deux devis de type expérimental avec groupe unique, quatre devis de type quasi expérimental, deux devis de type préexpérimental avec groupe unique et une analyse rétrospective de données. La qualité méthodologique des études varie de 57 % à 96 % avec une valeur médiane de 78 %. Quatorze études sont considérées de qualité méthodologique élevée, quinze de qualité modérée et deux de faible qualité (voir annexe IV pour plus de détails). Un total de 443 parents et 419 enfants ont participé aux études retenues. L'âge des enfants varie de 1 an et 4 mois à 16 ans. Parmi les enfants ayant pris part aux études retenues, 64 % présentent un TSA ($n = 266$), 11 % présentent une DI ($n = 48$) et 25 % présentent en comorbidité un TSA et une DI ($n = 105$). Aucun participant ne présente un RGD. Parmi les études rapportant le genre du parent participant, 74 % sont des mères ($n = 220$) et 26 % des pères ($n = 78$) (voir tableau II).

Tableau II
Caractéristiques des études primaires retenues

| Années de publication | | 2012 - 2021 |
|---|----------------------------------|------------------|
| Pays (n études) | États-Unis | 28 |
| | Islande | 1 |
| | Autre | 2 ^a |
| Type de devis (n études) | Essai contrôlé randomisé | 4 |
| | Expérimental – groupe unique | 2 |
| | Quasi expérimental | 4 |
| | Préexpérimental – groupe unique | 2 |
| | Cas unique | 18 |
| | Analyse rétrospective de données | 1 |
| Qualité méthodologique (n études) | Élevée | 14 |
| | Modérée | 15 |
| | Faible | 2 |
| Participants (n) | Parents | 473 ^b |
| | Enfants | 419 |
| Âge (ans:mois) | Enfants | 1:4 - 16 |
| Diagnostic - enfants (n participants) | DI | 48 |
| | TSA | 266 |
| | TSA et DI (comorbidité) | 105 |
| | RGD | 0 |

^a Une étude a recruté des participants provenant à la fois des États-Unis et du Canada, et la seconde étude implique des participants provenant de plusieurs pays (Grèce, Turquie, Arabie Saoudite, Costa Rica, Mexique, Ukraine, Russie et États-Unis).

^b Parmi les études rapportant le genre du parent participant, 74 % sont des mères ($n = 220$) et 26 % des pères ($n = 78$).

3.3 Profil des interventions du corpus de références

Le corpus de références retenues couvre un total de 17 interventions pouvant être regroupées sous 3 volets en fonction de leur objectif principal soit les interventions visant à : 1) diminuer les comportements perturbateurs; 2) développer le langage et la communication; 3) favoriser l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ou diminuer l'anxiété, ces dernières ayant été regroupées sous le volet « autres ». Une brève description de chacun des types d'intervention se trouve à l'annexe V. En termes de modalité d'intervention, 20 études utilisent la TP en mode synchrone. Les 11 autres études, quant à elles, emploient la TP en mode hybride avec une majeure en mode synchrone. Cela signifie que la portion principale de l'intervention, que ce soit en termes d'heures ou de nombre de rencontres, s'est déroulée en mode synchrone, et ce, en combinaison avec certaines activités offertes en mode asynchrone.

Les profils des interventions étudiées sont résumés au tableau III.

Tableau III
Profil des interventions étudiées

| Volets (<i>n études</i>) | Modalité TP (<i>n études</i>) | | Types d'intervention (<i>n études</i>) |
|---|------------------------------------|----------------------|---|
| | Synchrone | Hybride ^a | |
| Comportemental (<i>n = 15</i>) | 11 | 4 | <ul style="list-style-type: none"> - Analyse fonctionnelle (AF)/entraînement à la communication fonctionnelle (ECF) : <i>n = 9</i> - AF/ECF, modification de l'antécédent du comportement (MA), renforcement différentiel (RD) : <i>n = 1</i> - <i>Autism Parent Training</i> (APT) : <i>n = 1</i> - <i>COMPASS for Hope</i> (C-HOPE) : <i>n = 1</i> - Évaluation descriptive structurée (ÉDS)/AF/ECF : <i>n = 1</i> - <i>Online and Applied System for Intervention Skills</i> (OASIS) : <i>n = 1</i> - <i>Research Unit on Behavioral Interventions Parent Training</i> (RUBI-PT) : <i>n = 1</i> |
| Langage-communication (<i>n = 12</i>) | 5 | 7 | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Early Start Denver Model/Parent Training in the Early Start Denver Model</i> (ESDM/P-ESDM) : <i>n = 3</i> - Lecture partagée : <i>n = 3</i> - Intervention langagière naturaliste : <i>n = 2</i> - <i>Improving Parents as Communication Teachers</i> (ImPACT) : <i>n = 1</i> - <i>Internet-based Parent-implemented Communication Strategies</i> (i-PiCS) : <i>n = 1</i> - Procédures modifiées de lecture dialogique : <i>n = 1</i> - <i>Sunny Starts Teaching DANCE</i> : <i>n = 1</i> |
| Autres (<i>n = 4</i>) | 4 | - | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Behavioral skills training-based</i> : <i>n = 2</i> - <i>Occupation-Based Coaching</i> : <i>n = 1</i> - <i>Telehealth Facing your Fears</i> : <i>n = 1</i> |
| Total (<i>n = 31</i>) | 20 | 11 | - 17 types d'intervention répertoriés parmi les 31 études primaires. |

^a Avec majeure en mode TP synchrone, soit plus de 50 % en termes de temps ou de nombre de rencontres.

3.4 Résultats d'efficacité

3.4.1 Résultats d'efficacité - études ayant évalué la fidélité d'implantation par le parent

Parmi le corpus de références, 18 études (58 %) évaluent la fidélité d'implantation de l'intervention par le parent en combinaison ou non avec des mesures d'efficacité clinique (variables distales). En s'attardant d'abord aux résultats d'efficacité de la variable proximale d'intérêt, soit la fidélité d'implantation par le parent :

- Treize études tendent à démontrer l'efficacité de la TP pour former le parent à intervenir auprès de son enfant (Boutain et al., 2020; Bullard et al., 2017; Gerow, Radhakrishnan, Davis et al., 2021; Gerow, Radhakrishnan, S Akers et al., 2021; Guðmundsdóttir et al., 2019; Hall et al., 2020; Hao et al., 2021; Heitzman-Powell et al., 2014; Pierson et al., 2021; Simacek et al., 2017; Suess et al., 2014, Tsami et al., 2019; Vismara et al., 2012);
- Cinq études présentent des résultats partagés concernant l'efficacité de la TP pour former le parent à intervenir auprès de son enfant. Parmi celles-ci, quatre sont des devis à cas unique et, bien que la majorité des parents démontre la fidélité d'implantation attendue, une minorité n'y est pas parvenue (Benson et al., 2018; Machalicek et al., 2016; Meadan et al., 2016; Vismara et al., 2013). L'autre étude est un essai contrôlé randomisé qui a évalué la fidélité d'implantation sur une base individuelle en fonction d'un seuil à atteindre (Vismara et al., 2018). Similairement aux études avec devis à cas unique, la majorité des parents a atteint le seuil fixé.

En considérant les résultats cliniques (variables distales) obtenus auprès des enfants :

- Sur les 13 études qui démontrent l'efficacité de la TP pour former le parent à intervenir auprès de son enfant :
 - Cinq études tendent à démontrer l'efficacité de la TP pour atteindre les résultats souhaités pour l'ensemble des variables mesurées (Boutain et al., 2020; Gerow, Radhakrishnan, Davis et al., 2021; Hall et al., 2020; Suess et al., 2014; Vismara et al., 2012).
 - Sept études présentent des résultats partagés concernant l'efficacité de la TP pour atteindre les résultats souhaités (Bullard et al., 2017; Gerow, Radhakrishnan, S Akers et al., 2021; Guðmundsdóttir et al., 2019; Hao et al., 2021; Pierson et al., 2021; Simacek et al., 2017; Tsami et al., 2019). Pour ce groupe de 7 études, il est important de souligner que seules 4 variables individuelles sur les 18 mesurées présentent un résultat qui tend à démontrer que la TP est non efficace (Guðmundsdóttir et al., 2019; Hao et al., 2021; Pierson et al., 2021). Les autres variables individuelles se sont vu assigner une combinaison de statuts positifs et partagés.
 - Une étude n'a mesuré aucune variable distale (Heitzman-Powell et al., 2014).
- Sur les cinq études qui présentent des résultats partagés concernant l'efficacité de la TP pour former le parent à intervenir auprès de son enfant :
 - Deux études tendent à démontrer l'efficacité de la TP pour atteindre les résultats souhaités pour l'ensemble des variables mesurées (Machalicek et al., 2016; Vismara et al., 2013).
 - Deux études présentent des résultats partagés concernant l'efficacité de la TP pour atteindre les résultats souhaités (Benson et al., 2018; Meadan et al., 2016). Les variables individuelles d'une même étude se sont vu assigner une combinaison de statuts positifs et partagés.
 - Une étude tend à démontrer que la TP est non efficace pour atteindre les résultats souhaités (Vismara et al., 2018); ce résultat se base sur une seule variable distale rapportée.

Les résultats d'efficacité pour les études ayant évalué la fidélité d'implantation par le parent sont résumés au tableau IV et présentés à l'annexe II.

Tableau IV
Efficacité de la télépratique – études ayant évalué la fidélité d'implantation par le parent

| Efficacité de la TP pour former le parent à intervenir auprès de son enfant (fidélité d'implantation - variable proximale) <i>n</i> = 18 | Efficacité de la TP pour atteindre les résultats souhaités (résultats cliniques – variables distales) | | | |
|---|---|--|---|---|
| | Statut global positif ^a (<i>n</i> études) | Statut global partagé ^b (<i>n</i> études) | Statut global non efficace ^c (<i>n</i> études) | Absence de mesure distale (<i>n</i> études) |
| Statut global positif ^a (<i>n</i> études) <i>n</i> = 13 | <i>n</i> = 5 | <i>n</i> = 7 | - | <i>n</i> = 1 |
| Statut global partagé ^b (<i>n</i> études) <i>n</i> = 5 | <i>n</i> = 2 | <i>n</i> = 2 | <i>n</i> = 1 | - |

^a L'ensemble des variables rapportées pour une même étude tend à démontrer l'efficacité de la TP.

^b Pour une même étude, certaines variables rapportées tendent à démontrer l'efficacité de la TP alors que d'autres suggèrent une efficacité mitigée ou l'absence d'efficacité.

^c La variable rapportée suggère une absence d'efficacité de la TP.

3.4.2 Résultats d'efficacité – études n'ayant pas évalué la fidélité d'implantation par le parent

Les auteurs de 13 des 31 études primaires retenues (42 %) ne rapportent aucun résultat identifié comme étant de la fidélité d'implantation de l'intervention par le parent. Sur ces 13 études :

- Six études tendent à démontrer l'efficacité de la TP pour atteindre les résultats souhaités pour l'ensemble des variables mesurées (Hepburn et al., 2016; Kuravackel et al., 2018; Lindgren et al., 2016; Lindgren et al., 2020; McDuffie et al., 2018; Suess et al., 2016);
- Sept études présentent des résultats partagés concernant l'efficacité de la TP pour atteindre les résultats souhaités (Bearss et al., 2018; Little et al., 2018; McDuffie et al., 2013; McDuffie, Machalicek et al., 2016; McDuffie, Oakes et al. (2016); Pennefather et al., 2018; Suess et al., 2020). Il est important de souligner que seule 1 variable individuelle sur les 15 mesurées parmi ce groupe d'études présente un résultat qui tend à démontrer que la TP est non efficace (Bearss et al., 2018). Les autres variables individuelles se sont vu assigner une combinaison de statuts positifs et partagés.

Les résultats d'efficacité pour les études n'ayant pas évalué la fidélité d'implantation par le parent sont résumés au tableau V et présentés à l'annexe III.

Tableau V
Efficacité de la télépratique – études n'ayant pas évalué la fidélité d'implantation par le parent

| Efficacité de la TP pour atteindre les résultats souhaités (résultats cliniques – variables distales) | | |
|---|--|---|
| Statut global positif ^a (<i>n</i> études) | Statut global partagé ^b (<i>n</i> études) | Statut global non efficace ^c (<i>n</i> études) |
| <i>n</i> = 6 | <i>n</i> = 7 | - |

^a L'ensemble des variables rapportées pour une même étude tend à démontrer l'efficacité de la TP.

^b Pour une même étude, certaines variables rapportées tendent à démontrer l'efficacité de la TP alors que d'autres suggèrent une efficacité mitigée ou l'absence d'efficacité.

^c Les variables rapportées suggèrent une absence d'efficacité de la TP.

3.4.3 Comparaison d'une même intervention offerte en présentiel et en télépratique

En ce qui a trait aux études ayant comparé la même intervention livrée en présentiel et en TP, une a évalué la fidélité d'implantation par le parent (Hao et al., 2021) et deux ne l'ont pas mesuré (Kuravackel et al., 2018; Lindgren et al., 2016). Pour chacune de ces études, aucune différence statistiquement significative n'est rapportée entre les résultats obtenus avec l'une ou l'autre des modalités de service, ce qui suggère une efficacité équivalente que l'intervention soit offerte en présentiel ou en TP.

Les résultats d'efficacité provenant des études comparant la même intervention offerte en présentiel et en TP sont résumés au tableau VI et présentés aux annexes II et III.

Tableau VI

Résultats d'efficacité – études comparant la même intervention en présentiel et en télépratique

| Comparaison TP et présentiel (<i>n</i> études) | |
|--|---|
| Avec fidélité d'implantation (<i>n</i> = 1) | Efficacité équivalente en présentiel et en TP |
| Sans fidélité d'implantation (<i>n</i> = 2) | Efficacité équivalente en présentiel et en TP |

3.5 Caractéristiques des participants pouvant expliquer les résultats d'efficacité de la télépratique

L'examen détaillé des références composant le corpus de la présente étude a permis d'identifier une seule étude mettant en relation les caractéristiques des participants et les résultats concernant l'efficacité de la TP en tant que modalité d'intervention. En effet, Vismara et ses collaborateurs (2018) ont démontré que les mères des participants étaient plus susceptibles d'atteindre les critères de fidélité d'implantation que les pères. Ainsi, le genre du parent participant aurait une influence sur les résultats proximaux d'efficacité de la TP. Les auteurs soulignent toutefois qu'une majorité de mères a participé à l'étude comparativement aux pères. Conséquemment, ces résultats se doivent d'être interprétés avec précaution.

3.6 Caractéristiques de la télépratique favorisant l'efficacité des interventions

Aucune relation entre les caractéristiques de la TP et les résultats d'efficacité n'est établie par les auteurs des références consultées dans le cadre de ce projet.

3.7 Satisfaction des parents ou des proches envers la télépratique

Dans le cadre de cette ETMI, la notion de satisfaction est utilisée au sens large du terme.

L'examen du corpus de littérature de ce projet a permis de distinguer sept grandes catégories d'éléments de satisfaction de parents d'enfants présentant une DI ou un TSA dans le cadre de l'intervention en TP. Ces catégories sont : a) l'appréciation/satisfaction générale de la TP; b) l'utilité de la TP; c) l'aisance concernant la TP; d) la relation avec l'intervenant en TP; e) l'accessibilité de la TP; f) les préférences concernant la modalité d'intervention; g) les irritants reliés à la TP.

Appréciation/satisfaction générale de la TP

L'utilisation de la TP dans le cadre d'activités d'intervention semble appréciée par les parents (Tsami et al., 2019). Les parents sondés sont satisfaits de la formation dispensée à l'aide de tutoriels en ligne et de la supervision offerte en TP (Heitzman-Powell et al., 2014).

Lorsqu'ils sont consultés à cet égard, les parents mentionnent qu'ils recommanderaient cette modalité d'intervention à d'autres parents (Bearss et al., 2018; Boutain et al., 2020; Vismara et al., 2013).

Dans le cadre d'une étude menée en 2018, Kuravackel et ses collaborateurs rapportent que les parents démontrent une satisfaction équivalente entre les modalités d'intervention en présentiel et en TP (Kuravackel et al., 2018).

Utilité de la TP

La TP est perçue par les parents comme étant une modalité d'intervention utile (Guðmundsdóttir et al., 2019; McDuffie, Oakes et al., 2016; McDuffie et al., 2013; Vismara et al., 2012). La formation et la supervision offertes en ligne sont perçues, par ces derniers, comme étant utiles pour enseigner à l'enfant et atteindre les objectifs d'intervention (Boutain et al., 2020).

Niveau d'aisance concernant la TP

Les parents sondés indiquent être à l'aise de recevoir l'intervention en TP (Bearss et al., 2018). De plus, la TP est perçue, par les parents, comme étant une modalité facile d'utilisation (Vismara et al., 2013; Vismara et al., 2012).

Relation avec l'intervenant en TP

Les parents semblent satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec l'intervenant en TP (Kuravackel et al., 2018). En effet, les parents ont indiqué qu'ils se sentent supportés par l'intervenant attiré à leur dossier lorsque la TP est employée comme modalité d'intervention (Vismara et al., 2012; Vismara et al., 2018; Vismara et al., 2013). De plus, les parents mentionnent se sentir soutenus par l'intervenant en cas de difficultés technologiques reliées à la TP et se disent satisfaits du partage de moments du quotidien avec l'intervenant rendu possible avec la TP (Vismara et al., 2012). Finalement, la satisfaction concernant la relation thérapeutique semble équivalente en TP et en présentiel (Kuravackel et al., 2018).

Accessibilité de la TP

Les parents rapportent la TP comme étant une modalité d'intervention accessible afin de recevoir de la formation (Guðmundsdóttir et al., 2019). Toutefois, les auteurs n'élaborent pas davantage sur les éléments spécifiques du concept d'accessibilité.

Préférences concernant la modalité d'intervention

L'examen détaillé du corpus de références de ce projet a permis de révéler des préférences de la part de parents en ce qui concerne la modalité d'intervention utilisée. Alors que la majorité des parents sondés à cet égard indiquent une préférence pour la TP comparativement à l'intervention en présentiel (Guðmundsdóttir et al., 2019; Boutain et al., 2020), un des trois parents manifeste une préférence pour cette dernière (Guðmundsdóttir et al., 2019).

Pour leur part, McDuffie et ses collaborateurs (2013) rapportent que les parents participant à leur étude perçoivent la TP comme étant plus bénéfique que la modalité en présentiel. De plus, un parent révèle être plus à l'aise de recevoir l'intervention en TP comparativement à l'intervention à domicile en présence de l'intervenant (Guðmundsdóttir et al., 2019).

Irritants reliés à la TP

Bien que plusieurs éléments de la TP semblent satisfaisants pour les parents qui en font l'utilisation, certains rapportent des irritants qui y sont reliés. Parmi ceux-ci, on retrouve les frustrations vécues concernant les difficultés technologiques reliées à la TP telles que les problèmes avec la connexion Internet ou les problèmes reliés à l'équipement technologique (Vismara et al., 2012). De plus, 4 des 12 parents consultés par Bearss et ses collaborateurs (2018) rapportent que l'intervention est inutilement complexifiée par la TP.

3.8 Satisfaction des intervenants envers la télépratique

L'étude des références sélectionnées dans le cadre de ce projet a permis de documenter deux aspects concernant la satisfaction des intervenants à l'égard de la TP, soit l'équivalence perçue entre les modalités d'intervention en ligne et en présentiel ainsi que l'utilisation de l'équipement technologique par les intervenants.

Équivalence perçue entre les modalités d'intervention en ligne et en présentiel

Les quatre intervenants consultés par Bearss et ses collaborateurs (2018) considèrent que la télépratique n'interfère pas avec la dispensation de la formation offerte aux parents. Deux d'entre eux indiquent toutefois entretenir des incertitudes quant à l'équivalence entre les modalités d'intervention en TP et en présentiel. Les intervenants consultés par Hepburn et ses collaborateurs (2016) mentionnent quant à eux que l'intervention dispensée en présentiel permet l'utilisation d'une plus grande diversité de stratégies d'intervention que la TP.

Aisance à utiliser les équipements technologiques

Les intervenants consultés quant à l'utilisation de l'équipement technologique dans le cadre de l'intervention en TP rapportent être à l'aise d'utiliser l'équipement nécessaire pour mener à bien leurs interventions en TP (Bearss et al., 2018).

3.9 Facteurs favorisant l'adhésion des intervenants à l'utilisation de la télépratique

Les références consultées n'ont pas permis d'identifier de facteurs qui favorisent l'adhésion des intervenants quant à l'utilisation de la TP.

3.10 Enjeux d'adaptation ou psychologiques des parents ou des proches envers la télépratique et comment les surmonter

L'examen du corpus de littérature de ce projet a permis de distinguer six grandes catégories d'enjeux d'adaptation auxquels ont été confrontés les parents d'enfants présentant une DI ou un TSA dans le cadre de l'intervention en TP. Ces catégories sont : a) la gestion physique du matériel et/ou de l'équipement; b) les difficultés technologiques reliées à la TP; c) la gestion des comportements perturbateurs par le parent; d) les interventions nécessitant le soutien en présentiel d'une tierce personne; e) l'accès limité au soutien de l'intervenant; f) la gestion de l'activité domiciliaire lors des rencontres d'intervention. Lorsque documentées par les auteurs, les solutions employées ou suggérées afin de surmonter ces enjeux sont rapportées. Aucun enjeu psychologique n'a été repéré dans la littérature consultée.

Gestion physique du matériel et/ou de l'équipement

La gestion physique du matériel et/ou de l'équipement dans le cadre de l'intervention en TP peut constituer un enjeu d'adaptation pour les parents qui en font l'usage. En effet, les parents présents lors de l'intervention doivent s'assurer de demeurer avec leurs enfants dans le champ visuel de la caméra

(Gerow, Radhakrishnan, Davis et al., 2021; Guðmundsdóttir et al., 2019). Ceci peut constituer un défi lorsque l'enfant quitte l'endroit où se déroule l'intervention (Gerow, Radhakrishnan, Davis et al., 2021) ou lorsqu'une zone doit être aménagée afin de permettre à l'intervenant de voir l'enfant lors de l'intervention (Guðmundsdóttir et al., 2019). Afin de surmonter ce défi, les parents peuvent suivre leurs enfants avec l'équipement technologique dans le cadre de ses déplacements et/ou ramener l'enfant dans le champ visuel de la caméra lorsqu'il s'en éloigne (Gerow, Radhakrishnan, Davis et al., 2021).

Dans le cadre d'interventions en TP, un autre enjeu d'adaptation auquel les parents peuvent faire face consiste à s'assurer que l'enfant soit correctement orienté par rapport à la caméra afin que l'intervenant soit en mesure d'observer et/ou d'évaluer adéquatement certains éléments clés reliés à l'intervention (Guðmundsdóttir et al., 2019).

Lorsque l'intervention nécessite l'utilisation de plusieurs plans de travail, comme par exemple lors de la préparation d'un repas (Guðmundsdóttir et al., 2019) ou lors de multiples activités d'intervention (McDuffie et al., 2013), la nécessité de déplacer l'équipement technologique afin de suivre l'enfant au fil des étapes constitue également un enjeu d'adaptation pour les parents (Guðmundsdóttir et al., 2019; McDuffie et al., 2013).

Finalement, maintenir les distractions matérielles (ex. jouets) hors de la portée de l'enfant lors de l'intervention en TP afin de maximiser l'engagement de ce dernier représente un défi pour les parents (McDuffie, Oakes et al., 2016).

Difficultés technologiques reliées à la télépratique

Les difficultés technologiques reliées à l'intervention en TP constituent un défi supplémentaire auquel sont confrontés les parents. Ces difficultés technologiques peuvent prendre plusieurs formes telles qu'une faible qualité visuelle et/ou auditive lors des rencontres (Gerow, Radhakrishnan, Davis et al., 2021; Machalicek et al., 2016), des difficultés techniques reliées à la connexion Internet ou à l'utilisation de l'ordinateur (Guðmundsdóttir et al., 2019) et/ou des difficultés à accéder aux sites Internet du programme d'intervention (Vismara et al., 2018). Les difficultés reliées à une mauvaise connexion Internet peuvent être surmontées en demandant au parent de changer d'endroit dans le domicile afin d'assurer une meilleure connexion, en changeant la méthode de connexion Internet et/ou en appelant le parent pour tenter un second essai (Gerow, Radhakrishnan, S Akers et al., 2021).

Le manque d'aisance et/ou de connaissances concernant les éléments technologiques constitue également un enjeu d'adaptation pour le parent lors d'interventions en TP (Pierson et al., 2021).

Un autre enjeu d'adaptation relié aux difficultés technologiques lors d'interventions en TP est la capacité du parent à entendre les consignes, instructions et rétroactions de l'intervenant. Afin de surmonter ce défi, l'intervenant peut, au besoin, demander au parent de répéter l'intervention à effectuer (Gerow, Radhakrishnan, S Akers et al., 2021).

Gestion des comportements perturbateurs par le parent

Certains comportements perturbateurs manifestés lors des rencontres d'intervention en TP semblent résulter de délais d'attente causés par des difficultés technologiques (Guðmundsdóttir et al., 2019). La gestion des comportements perturbateurs par le parent en contexte de TP constitue un défi auquel les parents doivent s'adapter. En effet, lors de l'intervention en TP, ces derniers ne bénéficient pas de l'assistance physique du clinicien pour la gestion de ces comportements. Les auteurs rapportent qu'il est possible de surmonter ce défi en structurant les rencontres de manière à diminuer le risque de blessure (Hall et al., 2020). Par contre, ils ne présentent aucune stratégie spécifique en ce sens.

Interventions nécessitant le soutien en présentiel d'une tierce personne

Les interventions nécessitant le soutien en présentiel d'une tierce personne représentent un défi pour certains parents. En effet, certaines interventions, telles que les jeux de rôles par exemple, nécessitent

le soutien d'un tiers dont certains parents (ex. parents monoparentaux) ne peuvent facilement bénéficier (Boutain et al., 2020).

Accès limité au soutien de l'intervenant

L'accès limité au soutien de l'intervenant est un autre enjeu vécu par les parents dans le cadre de l'intervention en TP. En effet, le fait d'avoir uniquement accès aux instructions verbales de l'intervenant est susceptible de complexifier l'intervention pour le parent qui la dispense (Guðmundsdóttir et al., 2019).

Gestion de l'activité domiciliaire lors des rencontres

La gestion de l'activité domiciliaire lors des rencontres constitue un enjeu par rapport auquel les parents doivent s'adapter lors des séances d'intervention en TP. La réponse aux besoins d'autres enfants présents au domicile lors de la rencontre et l'exécution de plusieurs tâches lors de celle-ci sont des exemples nécessitant une gestion de l'activité domiciliaire de la part du parent. Ce défi peut être surmonté en discutant au préalable avec les parents de la gestion de l'activité domiciliaire en contexte d'intervention délivrée en TP (Hepburn et al., 2016).

4. Discussion

Ce projet d'ETMI vise principalement à documenter, via une revue systématique de la littérature, l'efficacité de la TP en tant que modalité d'intervention pour former un parent ou un proche d'une personne présentant une DI, un TSA ou un RGD dans le but d'atteindre les résultats d'intervention souhaités auprès de ces dernières. Un nombre croissant d'études démontrent la pertinence de doter les parents de connaissances et de compétences afin qu'ils puissent faire office d'agents d'intervention auprès de leur enfant présentant des besoins particuliers (Akemoglu et al., 2020; Machalicek et al., 2015; Parson et al., 2017). L'analyse des résultats provenant des 31 études primaires retenues a permis d'en arriver à 8 constats.

Efficacité de la TP pour former le parent à intervenir auprès de son enfant

La majorité des études du corpus ayant évalué la fidélité d'implantation de l'intervention par le parent tend à démontrer l'efficacité de la TP pour former le parent à intervenir auprès de son enfant. Les études présentant un statut d'efficacité partagé rapportent les résultats de fidélité d'implantation pour chacun des parents. Ainsi, il est possible de valider que la majorité des participants de ce groupe d'études démontre également une fidélité d'implantation acceptable selon les auteurs.

Constat n° 1 : Il est raisonnable de conclure qu'en fonction des données consultées, la TP est une modalité d'intervention efficace pour former les parents à appliquer une intervention spécifique auprès de leur enfant. La fidélité d'implantation est par contre évaluée de manière hétérogène entre les études;

Efficacité de la TP pour atteindre des résultats d'intervention souhaités auprès de l'enfant

En ce qui a trait à l'atteinte des résultats d'intervention souhaités auprès de l'enfant, une proportion à peu près équivalente d'études avec un statut global d'efficacité positif et d'études avec un statut global partagé est observée, et ce, que la fidélité d'implantation soit évaluée ou non. Une seule étude tend à démontrer que la TP est non efficace dans cette visée.

Toutes proportions gardées, un statut global d'efficacité partagé a été assigné plus fréquemment pour les variables distales des études avec devis à cas unique que celles provenant des études avec devis de groupe. Le devis à cas unique, qui constitue la majeure du corpus, amène à rapporter les résultats sur une base individuelle. Ainsi, il est probable que cette caractéristique fasse davantage ressortir la variabilité des données menant à conclure à des résultats mitigés plus régulièrement pour ce type de devis.

Que leur statut global d'efficacité pour les variables distales soit positif ou partagé, les études ayant évalué la fidélité d'implantation s'assurent que l'intervention livrée par les parents est conforme à ce qui était attendu et que, conséquemment, les résultats d'intervention observés découlent bel et bien de l'intervention dans la forme où elle avait été planifiée, ce qui favorise la reproductibilité des résultats (An et al., 2020; Brady et al., 2019). Les études sans fidélité d'implantation n'ont pas permis d'établir ce lien direct entre le résultat distal observé et l'intervention appliquée.

Constat n° 2 : À la lumière de ces éléments, les résultats du corpus tendent à démontrer une efficacité variable de la TP quant à l'atteinte des résultats d'intervention souhaités auprès d'enfants présentant une DI et/ou un TSA. En effet, à l'exception d'une étude pour laquelle la variable distale évaluée tend à démontrer que la TP est non efficace, le nombre d'études qui tendent à démontrer l'efficacité de la TP et le nombre d'études qui présentent des résultats mitigés sont pratiquement équivalents. Par contre, plusieurs études n'ont pas évalué la fidélité d'implantation par le parent et, ainsi, le lien entre l'intervention et le résultat clinique mesuré n'a pas été démontré pour l'ensemble du corpus.

Comparaison de la même intervention en présentiel et en TP

Les résultats des trois études ayant comparé la même intervention offerte en présentiel et en TP suggèrent une efficacité équivalente entre ces deux modalités d'intervention. Cette équivalence en termes d'efficacité est observée que la fidélité d'implantation ait été mesurée par les auteurs ou non.

Constat n° 3 : La comparaison d'une même intervention offerte en TP et en présentiel tend à démontrer une efficacité équivalente entre les deux modalités de service. Il est par contre important de considérer ces résultats avec prudence considérant le petit nombre d'études inclus dans cette analyse.

Caractéristiques des participants et de la TP pouvant expliquer les résultats d'efficacité

Constat n° 4 : Une seule étude a démontré un lien causal entre les caractéristiques des participants et leurs résultats d'efficacité, les mères des participants étant plus susceptibles d'atteindre les critères de fidélité d'implantation comparativement aux pères. Considérant que la majorité des parents participants était des mères, les auteurs soulignent que ce résultat se doit d'être interprété avec prudence. Les auteurs n'ayant établi aucun lien causal entre les caractéristiques de la TP et son efficacité, aucun élément n'a pu être repéré afin de documenter les caractéristiques de la TP favorisant l'efficacité des interventions.

Satisfaction des parents ou des proches envers la TP

La satisfaction des parents ou des proches envers la TP représente l'élément des questions auxiliaires de ce projet le plus documenté par les auteurs des études retenues.

Constat n° 5 : Les éléments de satisfaction des parents envers la TP s'articulent autour de cinq thèmes principaux soit : 1) l'appréciation générale; 2) l'utilité; 3) le niveau d'aisance; 4) la relation avec l'intervenant; 5) l'accessibilité. De manière générale, les parents manifestent une préférence pour la modalité d'intervention en TP comparativement au présentiel. Quelques irritants sont également soulevés par les parents tels que les difficultés technologiques et la complexification de l'intervention qui découlent de l'utilisation de la TP.

Satisfaction des intervenants envers la TP

La satisfaction des intervenants envers la TP est peu documentée par les auteurs des études consultées. En effet, seules deux études y font référence.

Constat n° 6 : La satisfaction des intervenants est partagée par rapport à l'équivalence perçue entre les modalités d'intervention en TP et en présentiel. Par contre, tous les intervenants sondés confirment leur aisance à utiliser les équipements technologiques, ce qui contribue à leur satisfaction envers la TP.

Facteurs favorisant l'adhésion des intervenants quant à l'utilisation de la TP

Constat n° 7 : Les références consultées n'ont pas permis d'identifier de facteurs favorisant l'adhésion des intervenants quant à l'utilisation de la TP auprès de parents ou proches de personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD.

Enjeux d'adaptation et psychologiques vécus par les parents dans le cadre de l'utilisation de la TP et comment les surmonter

Constat n° 8 : Parmi le corpus de références, les enjeux d'adaptation vécus par les parents dans le cadre de l'utilisation de la TP sont regroupés sous six thèmes : 1) gestion physique du matériel et/ou de l'équipement; 2) difficultés technologiques reliées à la TP; 3) gestion des comportements perturbateurs de l'enfant par le parent; 4) interventions nécessitant le soutien en présentiel d'une tierce personne; 5) accès limité au soutien de l'intervenant; 6) gestion de l'activité domiciliaire lors des rencontres. Les résultats permettent d'anticiper les difficultés qui pourraient être vécues par les parents. Par contre,

malgré le vaste éventail d'enjeux soulevés, les auteurs proposent très peu de recommandations visant à les surmonter. Aucun enjeu psychologique vécu par les parents dans le cadre de l'utilisation de la TP n'a été repéré parmi le corpus de références.

Limites

Bien que les résultats présentés soient pertinents, il importe de soulever les limites rencontrées dans les études. Tout d'abord, il est important de souligner que les résultats d'efficacité rapportés sont collectés dans un contexte où la TP est employée afin de former un parent ou un proche à livrer une intervention précise. Ainsi, les résultats, tant proximaux que distaux, ne peuvent être généralisés à l'ensemble des interventions destinées aux parents ou aux proches d'une personne présentant une DI, un TSA ou un RGD.

De plus, l'absence d'évaluation de la fidélité d'implantation de l'intervention par le parent constitue une menace à la validité interne des études concernées. En effet, les résultats distaux mesurés dans ce contexte ne peuvent être directement liés hors de tout doute à l'intervention mise en place par le parent.

Bien qu'il y ait convergence entre leurs résultats, quatre études (McDuffie et al., 2013; McDuffie, Oakes et al., 2016; Vismara et al., 2013; Vismara et al., 2012) utilisant des devis à cas unique rapportent des moyennes de groupe sans rapporter de données individuelles pour chacun des participants. Les résultats étant rapportés sur une base individuelle dans le cadre de devis à cas unique, l'utilisation de moyennes de groupe semble contestable.

Une autre limite de cette étude, inhérente à l'utilisation de devis à cas unique, est l'utilisation de l'analyse visuelle comme unique mesure des résultats. Bien que l'utilisation de cette technique d'analyse semble fréquente dans ce type de devis, elle constitue une mesure imprécise impliquant une part de subjectivité de la part des auteurs. De plus, certains auteurs ne rapportent pas les données mesurées au niveau de base pour certaines variables à l'étude rendant ainsi impossible d'établir un statut concernant l'efficacité de la TP.

N'ayant pu évaluer le niveau de preuve en raison de la diversité des types de devis rencontrés et de l'hétérogénéité des interventions évaluées, il n'a pas été possible de considérer le poids relatif des études les unes par rapport aux autres. Il est cependant important de souligner que la portée de cette limitation semble restreinte considérant les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique et la cohérence observée à travers les résultats.

La sous-représentation de la clientèle présentant une DI constitue également une limite des références étudiées. En effet, parmi les études sélectionnées, les enfants présentant uniquement une DI comptent pour 11 % ($n = 48$) de la population à l'étude. Les participants présentant uniquement un TSA comptent pour 64 % ($n = 266$) et ceux présentant une DI et un TSA en comorbidité représentent 25 % ($n = 105$). La clientèle présentant un RGD est, quant à elle, absente du corpus. De plus, les pères sont également sous-représentés dans les études retenues pour le projet. En effet, parmi les participants parents impliqués dans les études examinées et dont le genre est rapporté, 26 % sont des pères ($n = 78$) et 74 % sont des mères ($n = 220$).

Il importe de souligner que plusieurs études font l'utilisation de mesures autorapportées, c'est-à-dire que ce sont les parents qui complètent les divers instruments de mesure permettant aux auteurs de déterminer l'efficacité de la TP. Les mesures autorapportées étant sensibles aux biais de désirabilité sociale (Bernaud, 2007; Grandbois et Sirois, 2022), les résultats y étant reliés se doivent d'être interprétés avec prudence.

Finalement, une limite importante de ce projet se situe dans la prédominance de publications réalisées par cinq groupes de chercheurs dans le corpus à l'étude. En effet, 17 publications parmi les études sélectionnées dans le cadre de cette ETMI proviennent de ces 5 groupes.

Forces

Bien que plusieurs limites soient observées, plusieurs forces doivent être soulignées. Tout d'abord, ce projet bénéficie de l'inclusion d'un grand nombre de références. De plus, l'ensemble du corpus est constitué uniquement d'études primaires. En effet, cela permet d'éviter le traitement d'informations dites secondaires, c'est-à-dire des éléments rapportés par des auteurs au sujet d'un article élaboré par d'autres comme c'est notamment le cas dans le cadre d'une revue systématique.

Il est également pertinent de constater que le corpus de références étudié comporte une diversité intéressante d'interventions. En effet, on dénombre un total de 17 interventions différentes repérées parmi les 31 études primaires retenues dans le cadre du projet. Ceci tend à suggérer une transposabilité des résultats bien que cela demeure à confirmer.

De plus, une convergence entre les résultats des études est observée, et ce, malgré l'hétérogénéité des interventions présentées dans le corpus de références et les limitations méthodologiques inhérentes aux différents devis de recherche recensés.

La diversité en termes d'âge parmi les participants enfants aux études incluses dans le corpus de références constitue une autre force de ce projet. En effet, l'étendue d'âge chez les participants varie de 1 an et 4 mois à 16 ans.

Finalement, considérant que 94 % ($n = 29$) des études sélectionnées dans le cadre de ce projet ont été effectuées en Amérique du Nord, celles-ci sont susceptibles de se rapprocher de la réalité culturelle québécoise et donc d'être plus facilement transposables au contexte d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux québécois.

5. Conclusion

Cette ETMI abrégée a permis de documenter l'efficacité de la TP en mode synchrone en tant que modalité utilisée pour former les parents ou les proches à intervenir auprès de personnes présentant une DI ou un TSA, et ce, dans le but d'atteindre les résultats souhaités auprès de ces dernières. Elle a également permis de documenter la satisfaction des parents et des intervenants à l'égard de cette modalité ainsi que les enjeux d'adaptation vécus par les parents dans le cadre de l'utilisation de cette modalité d'intervention. Les facteurs favorisant l'adhésion des intervenants quant à son utilisation ainsi que les caractéristiques des participants et de la TP qui favorisent l'efficacité des interventions n'ont pu être documentés, les références retenues ne faisant état d'aucun résultat en ce sens.

Trente et une études primaires, repérées dans cinq bases de données, sont utilisées afin de répondre aux questions décisionnelle et d'évaluation faisant l'objet de cette ETMI.

Les résultats tendent à indiquer que la TP en mode synchrone constitue une modalité d'intervention efficace pour former les parents ou proches de personnes présentant une DI ou un TSA. Toutefois, l'atteinte des résultats souhaités auprès de la clientèle présentant une DI ou un TSA semble mitigée.

Les parents et les intervenants sondés à cet effet semblent généralement satisfaits des interventions délivrées en contexte de TP, et ce, même si quelques irritants concernant la TP sont rapportés et malgré la présence de certains enjeux d'adaptation vécus par les parents. Il serait pertinent de documenter davantage les solutions visant à surmonter les enjeux d'adaptation vécus par les parents afin que les intervenants soient mieux outillés pour les soutenir en ce qui concerne ces enjeux.

Bien que les facteurs favorisant l'efficacité des interventions soient très peu documentés dans le cadre de ce projet, des facteurs favorisant l'utilisation de la TP ont été repérés dans la littérature et feront l'objet d'un fascicule complémentaire dédié aux intervenants. De plus, il serait pertinent d'effectuer des recherches plus spécifiques concernant les facteurs favorisant l'adhésion des intervenants à la TP afin de documenter cet aspect. Il semble également nécessaire de poursuivre les études quant à l'équivalence des interventions administrées en présentiel et en TP.

Finalement, il est primordial d'interroger les parents à qui s'adresse l'intervention en TP en ce qui concerne la validité sociale de cette modalité d'intervention. Les parents étant les experts de leur réalité et de leurs enfants, il est nécessaire que ceux-ci soient parties prenantes des décisions les concernant.

Bibliographie

Note : Les références précédées d'un astérisque (*) font partie du corpus d'études retenues pour ce projet.

- Akemoglu, Y., Muharib, R., & Meadan, H. (2020). A systematic and quality review of parent-implemented language and communication interventions conducted via telepractice. *Journal of Behavioral Education, 29*(2), 282-316. <https://doi.org/10.1007/s10864-019-09356-3>
- An, M., Dusing, S. C., Harbourne, R. T., Sheridan, S. M., & START-Play Consortium (2020). What really works in intervention? Using fidelity measures to support optimal outcomes. *Physical therapy, 100*(5), 757-765. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa006>
- *Bearss, K., Burrell, T. L., Challa, S. A., Postorino, V., Gillespie, S. E., Crooks, C., & Scahill, L. (2018). Feasibility of parent training via telehealth for children with autism spectrum disorder and disruptive behavior: A demonstration pilot. *Journal of Autism & Developmental Disorders, 48*(4), 1020-1030. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3363-2>
- *Benson, S. S., Dimian, A. F., Elmquist, M., Simacek, J., McComas, J. J., & Symons, F. J. (2018). Coaching parents to assess and treat self-injurious behaviour via telehealth. *Journal of Intellectual Disability Research, 62*(12), 1114-1123. <https://doi.org/10.1111/jir.12456>
- Bernaud, J. L. (2007). Introduction à la psychométrie. Dunod.
- *Boutain, Ariana R., Sheldon, J. B., & Sherman, J. A. (2020). Evaluation of a telehealth parent training program in teaching self-care skills to children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis, 53*(3), 1259-1275. <https://doi.org/10.1002/jaba.743>
- Brady, L., Padden, C., & McGill, P. (2019). Improving procedural fidelity of behavioural interventions for people with intellectual and developmental disabilities: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 32*(4), 762-778. <https://doi.org/10.1111/jar.12585>
- *Bullard, L., McDuffie, A., & Abbeduto, L. (2017). Distance delivery of a parent-implemented language intervention for young boys with fragile X syndrome. *Autism & developmental language impairments, 2*. <https://doi.org/10.1177/2396941517728690>
- Gayadeen, S., Loirdighi, N., Pinard, G., & Robert Berger, E. (2022). *La télépratique comme modalité d'intervention adaptative ou innovante auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières. 61 p.
- *Gerow, S., Radhakrishnan, S., Davis, T. N., Zambrano, J., Avery, S., Cosottile, D. W., & Exline, E. (2021). Parent-implemented brief functional analysis and treatment with coaching via telehealth. *Journal of Applied Behavior Analysis, 54*(1), 54-69. <https://doi.org/10.1002/jaba.801>
- *Gerow, S., Radhakrishnan, S., S Akers, J., McGinnis, K., & Swensson, R. (2021). Telehealth parent coaching to improve daily living skills for children with ASD. *Journal of applied behavior analysis, 54*(2), 566-581. <https://doi.org/10.1002/jaba.813>
- Grandbois, M., & Sirois, S. (2022). L'impact des symptômes de photosensibilité sur la qualité de vie des personnes atteintes d'un traumatisme craniocérébral modéré à grave : Une étude qualitative. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*.
- *Guðmundsdóttir, K., Ala'i-Rosales, S., & Sigurðardóttir, Z. G. (2019). Extending caregiver training via telecommunication for rural Icelandic children with autism. *Rural Special Education Quarterly, 38*(1), 26-42. <https://doi.org/10.1177/8756870518783522>

- *Hall, S. S., Monlux, K. D., Rodriguez, A. B., Jo, B., & Pollard, J. S. (2020). Telehealth-enabled behavioral treatment for problem behaviors in boys with fragile X syndrome: A randomized controlled trial. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 12. <https://doi.org/10.1186/s11689-020-09331-4>
- *Hao, Y., Franco, J. H., Sundarajan, M., & Chen, Y. (2021). A pilot study comparing tele-therapy and in-person therapy: Perspectives from parent-mediated intervention for children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 51(1), 129-143. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04439-x>
- *Heitzman-Powell, L. S., Buzhardt, J., Rusinko, L. C., & Miller, T. M. (2014). Formative evaluation of an ABA outreach training program for parents of children with autism in remote areas. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 29(1), 23-38. <https://doi.org/10.1177/1088357613504992>
- *Hepburn, S. L., Blakeley-Smith, A., Wolff, B., & Reaven, J. A. (2016). Telehealth delivery of cognitive-behavioral intervention to youth with autism spectrum disorder and anxiety: A pilot study. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, 20(2), 207-218. <https://doi.org/10.1177/1362361315575164>
- Kmet, L. M., Lee, R. C., & Cook, L. S. (2004). *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields* (Alberta Heritage Foundation for Medical Research). https://era.library.ualberta.ca/items/48b9b989-c221-4df6-9e35-af782082280e/view/a1cffdde-243e-41c3-be98-885f6d4dcb29/standard_quality_assessment_criteria_for_evaluating_primary_research_papers_from_a_variety_of_fields.pdf
- *Kuravackel, G. M., Ruble, L. A., Reese, R. J., Ables, A. P., Rodgers, A. D., & Toland, M. D. (2018). COMPASS for Hope: Evaluating the effectiveness of a parent training and support program for children with ASD. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 48(2), 404-416. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3333-8>
- *Lindgren, S., Wacker, D., Schieltz, K., Suess, A., Pelzel, K., Kopelman, T., Lee, J., Romani, P., & O'Brien, M. (2020). A randomized controlled trial of functional communication training via telehealth for young children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 50(12), 4449-4462. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04451-1>
- *Lindgren, S., Wacker, D., Suess, A., Schieltz, K., Pelzel, K., Kopelman, T., Lee, J., Romani, P., & Waldron, D. (2016). Telehealth and autism: Treating challenging behavior at lower cost. *Pediatrics*, 137, S167-S175. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2851O>
- *Little, L. M., Pope, E., Wallisch, A., & Dunn, W. (2018). Occupation-based coaching by means of telehealth for families of young children with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(2), 1-7. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.024786>
- Machalicek, W., Lang, R., & Raulston, T. J. (2015). Training parents of children with intellectual disabilities: Trends, issues, and future directions. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(2), 110-118. <https://doi.org/10.1007/s40474-015-0048-4>
- *Machalicek, W., Lequia, J., Pinkelman, S., Knowles, C., Raulston, T., Davis, T., & Alresheed, F. (2016). Behavioral telehealth consultation with families of children with autism spectrum disorder. *Behavioral Interventions*, 31(3), 223-250. <https://doi.org/10.1002/bin.1450>

- *McDuffie, A., Banasik, A., Bullard, L., Nelson, S., Feigles, R. T., Hagerman, R., & Abbeduto, L. (2018). Distance delivery of a spoken language intervention for school-aged and adolescent boys with fragile X syndrome. *Developmental Neurorehabilitation*, 21(1), 48-63. <https://doi.org/10.1080/17518423.2017.1369189>
- *McDuffie, A., Machalicek, W., Bullard, L., Nelson, S., Mello, M., Tempero-Feigles, R., Castignetti, N., & Abbeduto, L. (2016). A spoken-language intervention for school-aged boys with fragile X syndrome. *American Journal on Intellectual & Developmental Disabilities*, 121(3), 236-265. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.3.236>
- *McDuffie, A., Machalicek, W., Oakes, A., Haebig, E., Weismer, S. E., & Abbeduto, L. (2013). Distance video-conferencing in early intervention: Pilot study of a naturalistic parent-implemented language intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 33(3), 172-185. <https://doi.org/10.1177/0271121413476348>
- *McDuffie, A., Oakes, A., Machalicek, W., Ma, M., Bullard, L., Nelson, S., & Abbeduto, L. (2016). Early language intervention using distance video-conferencing: A pilot study of young boys with fragile X syndrome and their mothers. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 25(1), 46-66. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0137
- *Meadan, H., Snodgrass, M. R., Meyer, L. E., Fisher, K. W., Chung, M. Y., & Halle, J. W. (2016). Internet-based parent-implemented intervention for young children with autism : A pilot study. *Journal of Early Intervention*, 38(1), 3-23. <https://doi.org/10.1177/1053815116630327>
- Ménard, P. (2020). À l'ère de la télépratique dans les services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique. *Revue de l'Observatoire en inclusion sociale*, 2(2).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2021). *Utilisation de la télésanté en vertu du décret d'urgence sanitaire, version 2.0*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-915-01W.pdf>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906.
- Parsons, D., Cordier, R., Vaz, S., & Lee, H. C. (2017). Parent-Mediated Intervention Training Delivered Remotely for Children With Autism Spectrum Disorder Living Outside of Urban Areas: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e198. <https://doi.org/10.2196/jmir.6651>
- *Pennefather, J., Hieneman, M., Raulston, T. J., & Caraway, N. (2018). Evaluation of an online training program to improve family routines, parental well-being, and the behavior of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 54, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.06.006>
- *Pierson, L. M., Thompson, J. L., Ganz, J. B., Wattanawongwan, S., Haas, A. N., & Yllades, V. (2021). Coaching parents of children with developmental disabilities to implement a modified dialogic reading intervention using low technology via telepractice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(1), 119-136. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00037
- *Simacek, J., Dimian, A., & McComas, J. (2017). Communication intervention for young children with severe neurodevelopmental disabilities via telehealth. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 47(3), 744-767. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-3006-z>

- *Suess, A. N., Romani, P. W., Wacker, D. P., Dyson, S. M., Kuhle, J. L., Lee, J. F., Lindgren, S. D., Kopelman, T. G., Pelzel, K. E., & Waldron, D. B. (2014). Evaluating the treatment fidelity of parents who conduct in-home functional communication training with coaching via telehealth. *Journal of Behavioral Education, 23*(1), 34-59. <https://doi.org/10.1007/s10864-013-9183-3>
- *Suess, A. N., Schieltz, K. M., Wacker, D. P., Detrick, J., & Podlesnik, C. A. (2020). An evaluation of resurgence following functional communication training conducted in alternative antecedent contexts via telehealth. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 113*(1), 278-301. <https://doi.org/10.1002/jeab.551>
- *Suess, A. N., Wacker, D. P., Schwartz, J. E., Lustig, N., & Detrick, J. (2016). Preliminary evidence on the use of telehealth in an outpatient behavior clinic. *Journal of Applied Behavior Analysis, 49*(3), 686-692. <https://doi.org/10.1002/jaba.305>
- *Tsami, L., Lerman, D., & Toper-Korkmaz, O. (2019). Effectiveness and acceptability of parent training via telehealth among families around the world. *Journal of Applied Behavior Analysis, 52*(4), 1113-1129. <https://doi.org/10.1002/jaba.645>
- *Vismara, L. A., McCormick, C. E. B., Wagner, A. L., Monlux, K., Nadhan, A., & Young, G. S. (2018). Telehealth parent training in the Early Start Denver Model: Results from a randomized controlled study. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities, 33*(2), 67-79. <https://doi.org/10.1177/1088357616651064>
- *Vismara, L. A., McCormick, C., Young, G. S., Nadhan, A., & Monlux, K. (2013). Preliminary findings of a telehealth approach to parent training in autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders, 43*(12), 2953-2969. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1841-8>
- *Vismara, L. A., Young, G. S., & Rogers, S. J. (2012). Telehealth for expanding the reach of early autism training to parents. *Autism research and treatment, 2012*, 121878. <https://doi.org/10.1155/2012/121878>
- What Works Clearinghouse. (2020). What Works Clearinghouse standards handbook, version 4.1 (U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Evaluation and Regional Assistance). <https://ies.ed.gov/ncee/wwc/handbooks>

Annexe I : Stratégie de recherche documentaire

Banques de données consultées (9 mars 2021)

1. APA PsycArticles Full Text
2. EBM Reviews - ACP Journal Club <1991 to February 2021>
3. EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews <2005 to March 3, 2021>
4. EBM Reviews – Cochrane Methodology Register <3rd Quarter 2012>
5. EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects <1st Quarter 2016>
6. EBM Reviews - Cochrane Clinical Answers <February 2021>

| Rech. | Syntaxe | <i>n</i> |
|-------|---|-----------|
| 1 | ((((intellectual* or development*) adj (challenge* or deficien* or disab* or handicap* or impair* or retard* or disorder* or defect*)) or (mental* adj (challenge* or deficien* or disab* or handicap* or impair* or retard* or defect*)) or ((Down* or Rett* or Prader-Will* or "fragile X") adj syndrome) or trisom* or mongolism)).ti,ab. | 6 588 |
| 2 | (learning* adj (disab* or handicap* or impair*)).ti,ab. | 1 063 |
| 3 | (Asperger* or autis* or Kanner* or (pervasive adj3 development* adj1 (disorder* or delay* or disabilit* or impairment* or deficienc*))).ti,ab. | 3 492 |
| 4 | "development* delay*".ti,ab. | 1 069 |
| 5 | 1 or 2 or 3 or 4 | 11 273 |
| 6 | ((((remote* or distance or distant or offsite or virtual* or internet* or online* or web* or digital* or mobile*) adj1 (consult* or supervis* or clinician* or assess* or monitor* or rehabilitat* or intervention* or therap* or evaluat* or counsel* or interact* or support* or training)) or "mobile health" or eConsult* or e-Consult* or eHealth or e-Health or eRehabilitat* or e-rehabilitat* or e-therap* or e-counsel* or teleassist* or tele-assist* or telecare* or tele-care* or telecommunicat* or tele-communicat* or teleconferenc* or tele-conferenc* or teleconsult* or tele-consult* or telehealth or tele-health or telemonitoring or tele-monitoring or telepractic* or tele-practic* or telerehabilit* or tele-rehabilit* or teletherap* or tele-therap* or videoconferenc* or video-conferenc* or "technolog* modalities" or teleexpertise or tele-expertise or chatting or (chat adj (site* or website* or group*))).ti,ab. | 5 225 |
| 7 | 5 and 6 | 53 |
| 8 | ..l/ 7 yr=2007-2021 [Limit not valid in DARE; records were retained] | 39 |
| 9 | (English or French).lg. | 2 073 899 |
| 10 | 8 and 9 | 39 |
| 11 | remove duplicates from 10 | 30 |

Banque de données consultée (9 mars 2021) :

1. APA PsycInfo <2002 to March Week 1 2021>

| Rech. | Syntaxe | n |
|-------|---|--------|
| 1 | ((intellectual* or development*) adj (challenge* or deficien* or disab* or handicap* or impair* or retard* or disorder* or defect*)) or (mental* adj (challenge* or deficien* or disab* or handicap* or impair* or retard* or defect*)) or ((Down* or Rett* or Prader-Will* or "fragile X") adj syndrome) or trisom* or mongolism).ti,ab. | 38 280 |
| 2 | learning* adj (disab* or handicap* or impair*).ti,ab. | 10 452 |
| 3 | (Asperger* or autis* or Kanner* or (pervasive adj3 development* adj1 (disorder* or delay* or disabilit* or impairment* or deficienc*))).ti,ab. | 46 399 |
| 4 | "development* delay".ti,ab. | 3 864 |
| 5 | 1 or 2 or 3 or 4 | 86 828 |
| 6 | ((remote* or distance or distant or offsite or virtual* or internet* or online* or web* or digital* or mobile*) adj1 (consult* or supervis* or clinician* or assess* or monitor* or rehabilitat* or intervention* or therap* or evaluat* or counsel* or interact* or support* or training)) or "mobile health" or eConsult* or e-Consult* or eHealth or e-Health or eRehabilitat* or e-rehabilitat* or e-therap* or e-counsel* or teleassist* or tele-assist* or telecare* or tele-care* or telecommunicat* or tele-communicat* or teleconferenc* or tele-conferenc* or teleconsult* or tele-consult* or telehealth or tele-health or telemonitoring or tele-monitoring or telepractic* or tele-practic* or telerehabilit* or tele-rehabilit* or teletherap* or tele-therap* or videoconferenc* or video-conferenc* or "technolog* modalities" or teleexpertise or tele-expertise or chatting or (chat adj (site* or website* or group*))).ti,ab. | 17 202 |
| 7 | intellectual development disorder/ or "Down's syndrome"/ or developmental disabilities/ | 23 306 |
| 8 | learning disabilities/ | 8 004 |
| 9 | autism spectrum disorders/ or autistic traits/ or Rett syndrome/ | 39 067 |
| 10 | delayed development/ | 1 247 |
| 11 | 7 or 8 or 9 or 10 | 67 801 |
| 12 | 5 or 11 | 91 693 |
| 13 | telerehabilitation/ or teleconferencing/ or videoconferencing/ or video-based interventions/ or telecommunications media/ or electronic communication/ or computer mediated communication/ or Internet/ or online therapy/ or electronic health services/ or digital interventions/ or mobile health/ | 40 047 |
| 14 | 6 or 13 | 50 723 |
| 15 | 12 and 14 | 637 |
| 16 | ../ 15 yr=2007-2021 | 571 |
| 17 | ../ 16 lg=English or lg=French | 532 |

Banques de données consultées (9 mars 2021) :

2. Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <2017 to March 09, 2021>
3. EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials <February 2021>
4. EBM Reviews – Health Technology Assessment <4th Quarter 2016>
5. EBM Reviews - NHS Economic Evaluation Database <1st Quarter 2016>

| Rech. | Syntaxe | n |
|-------|---|--------|
| 1 | ((intellectual* or development*) adj (challenge* or deficien* or disab* or handicap* or impair* or retard* or disorder* or defect*)) or (mental* adj (challenge* or deficien* or disab* or handicap* or impair* or retard* or defect*)) or ((Down* or Rett* or Prader-Will* or "fragile X") adj syndrome) or trisom* or mongolism).ti,ab. | 32 609 |
| 2 | (Asperger* or autis* or Kanner* or (pervasive adj3 development* adj1 (disorder* or delay* or disabilit* or impairment* or deficienc*))).ti,ab. | 26 574 |
| 3 | "development* delay*".ti,ab. | 6 398 |
| 4 | 1 or 2 or 3 | 58 434 |
| 5 | ((remote* or distance or distant or offsite or virtual* or internet* or online* or web* or digital* or mobile*) adj1 (consult* or supervis* or clinician* or assess* or monitor* or rehabilitat* or intervention* or therap* or evaluat* or counsel* or interact* or support* or training)) or "mobile health" or eConsult* or e-Consult* or eHealth or e-Health or eRehabilitat* or e-rehabilitat* or e-therap* or e-counsel* or teleassist* or tele-assist* or telecare* or tele-care* or telecommunicat* or tele-communicat* or teleconferenc* or tele-conferenc* or teleconsult* or tele-consult* or telehealth or tele-health or telemonitoring or tele-monitoring or telepractic* or tele-practic* or telerehabilit* or tele-rehabilit* or teletherap* or tele-therap* or videoconferenc* or video-conferenc* or "technolog* modalities" or teleexpertise or tele-expertise or chatting or (chat adj (site* or website* or group*))).ti,ab. | 40 586 |
| 6 | Developmental Disabilities/ or Intellectual Disability/ or down syndrome/ or "Mental Retardation, X-Linked"/ or "Fragile X Syndrome"/ or Rett Syndrome/ or Prader-Will syndrome/ or "persons with mental disabilities"/ | 11 909 |
| 7 | "Child Development Disorders, Pervasive"/ or "Autism Spectrum Disorder"/ or "Asperger Syndrome"/ or "Autistic Disorder"/ or Rett Syndrome/ | 12 171 |
| 8 | 6 or 7 | 22 530 |
| 9 | 4 or 8 | 61 616 |
| 10 | distance counseling/ or Internet-based intervention/ or telecommunications/ or telerehabilitation/ or videoconferencing/ | 2329 |
| 11 | 5 or 10 | 41 661 |
| 12 | 9 and 11 | 425 |
| 13 | ..l/ 12 yr=2007-2021 | 423 |
| 14 | ..l/ 13 lg=English or lg=French [Limit not valid in CCTR,CLEED; records were retained] | 422 |
| 15 | remove duplicates from 14 | 396 |

Banque de données consultée (9 mars 2021) :

6. CINAHL (EBSCOhost)

| Rech. | Syntaxe | n |
|-------|--|--------------|
| S1 | TI (((intellectual* or development*) W0 (challenge* or deficien* or disab* or handicap* or impair* or retard* or disorder* or defect*)) or (mental* W0 (challenge* or deficien* or disab* or handicap* or impair* or retard* or disorder* or defect*)) or "Down* syndrome" or trisom* or mongolism) OR AB (((intellectual* or development*) W0 (challenge* or deficien* or disab* or handicap* or impair* or retard* or disorder* or defect*)) or (mental* W0 (challenge* or deficien* or disab* or handicap* or impair* or retard* or disorder* or defect*)) or "Down* syndrome" or trisom* or mongolism) | 31 844 |
| S2 | TI (Asperger* or autis* or Kanner* or (pervasive N3 development* N1 (disorder* or delay* or disabilit* or impairment* or deficienc*))) OR AB (Asperger* or autis* or Kanner* or (pervasive N3 development* N1 (disorder* or delay* or disabilit* or impairment* or deficienc*))) | 27 755 |
| S3 | TI "development* delay*" OR AB "development* delay*" | 3 904 |
| S4 | TI (((remote or distance or distant or offsite or virtual* or internet* or online* or web* or digital* or mobile*) N1 (consult* or supervis* or clinician* or assess* or monitor* or rehabilitat* or intervention* or therap* or evaluat* or counsel* or interact* or support* or training)) or "mobile health" or eConsult* or e-Consult* or eHealth or e-Health or eRehabilitat* or e-rehabilitat* or e-therap* or e-counsel* or teleassist* or tele-assist* or telecare* or tele-care* or telecommunicat* or tele-communicat* or teleconferenc* or tele-conferenc* or teleconsult* or tele-consult* or telehealth or tele-health or telemonitoring or tele-monitoring or telepractic* or tele-practic* or telerehabilit* or tele-rehabilit* or teletherap* or tele-therap* or videoconferenc* or video-conferenc* or "technolog* modalities" or teleexpertise or tele-expertise or chatting or (chat W0 (site* or website* or group*))) OR AB (((remote or distance or distant or offsite or virtual* or internet* or online* or web* or digital* or mobile*) N1 (consult* or supervis* or clinician* or assess* or monitor* or rehabilitat* or intervention* or therap* or evaluat* or counsel* or interact* or support* or training)) or "mobile health" or eConsult* or e-Consult* or eHealth or e-Health or eRehabilitat* or e-rehabilitat* or e-therap* or e-counsel* or teleassist* or tele-assist* or telecare* or tele-care* or telecommunicat* or tele-communicat* or teleconferenc* or tele-conferenc* or teleconsult* or tele-consult* or telehealth or tele-health or telemonitoring or tele-monitoring or telepractic* or tele-practic* or telerehabilit* or tele-rehabilit* or teletherap* or tele-therap* or videoconferenc* or video-conferenc* or "technolog* modalities" or teleexpertise or tele-expertise or chatting or (chat W0 (site* or website* or group*))) | 34 733 |
| S5 | S1 OR S2 OR S3 | 58 640 |
| S6 | S4 AND S5 | 320 |
| S7 | (DT 2007-2021) | 5 673 740 |
| S8 | LA (fre OR french OR eng OR english) | 7 368 299 |
| S9 | S6 AND S7 AND S8 | 306 |

Banque de données consultée (9 mars 2021) :

7. ERIC.gov

| Rech. | Syntaxe | n |
|-------|--|------------|
| 1 | ("intellectual disability" OR "intellectual deficiency" OR "mental retardation" OR "Down syndrome" OR "development disability" OR developmental disability") AND (online OR remote OR distant OR distance OR offsite OR Web OR Internet OR virtual) AND ("social skill" OR "social skills" OR "daily living skill" OR "daily living skills") | 121 |
| 2 | (Asperger* OR autis* OR Kanner* OR "pervasive development" OR "pervasive developmental") AND (online OR remote OR distant OR distance OR offsite OR Web OR Internet OR virtual) AND ("social skill" OR "social skills" OR "daily living skill" OR "daily living skills") | 144 |
| 3 | ("development delay" OR "development delays" OR "developmental delay" OR "developmental delays") AND (online OR remote OR distant OR distance OR offsite OR Web OR Internet OR virtual) AND ("social skill" OR "social skills" OR "daily living skill" OR "daily living skills") | 10 |
| | Total | 275 |

Sites Internet d'organisations

| Sites Internet | Identifiés (n) | Date |
|---|----------------|--------------------|
| National Institute for Health and Clinical Excellence (Quality standards) | 4 | 17 mars 2021 |
| National Institute for Health and Clinical Excellence (Guidance; guidelines) | 3 | 17 mars 2021 |
| Centre fédéral d'expertise des soins de santé | 1 | 17 mars 2021 |
| National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme | 16 | 17 mars 2021 |
| McMaster University | 146 | 17 mars 2021 |
| Haute Autorité de santé | 330 | 17-18-30 mars 2021 |
| International Network of Agencies for Health Technology Assessment | 171 | 17-18 mars 2021 |
| Institut national d'excellence en santé et en services sociaux | 11 | 17 mars 2021 |
| Total | 682 | |

Annexe II : Résultats d'efficacité – études ayant évalué la fidélité d'implantation par le parent

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|--|---|--|
| <p>Auteurs Benson et al. (2018)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Évaluation descriptive structurée (ÉDS)/analyse fonctionnelle (AF) : devis à cas unique avec alternance de traitements</p> <p>Entraînement à la communication fonctionnelle (ECF) : devis à cas unique de type ABAB</p> <p>Qualité méthodologique WWC : 78 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : partagé - Variables distales : partagé | <p>Participants parents (n = 2) 2 mères</p> <p>Participants enfants (n = 2) 2 garçons présentant des troubles du développement associés à une déficience intellectuelle (DI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connor 8 ans, paralysie cérébrale - Nick 5 ans, trouble du spectre de l'autisme (TSA) <p>Intervenant 1 étudiant diplômé en psychoéducation</p> | <p>Objectif Étendre l'application de la télépratique (TP) à la supervision de parents afin de leur permettre d'évaluer (AF) et d'intervenir (ECF) face aux comportements d'automutilation de leur enfant présentant une DI.</p> <p>Intervention (TP hybride – volet comportemental) L'ECF débute par une AF afin d'identifier la fonction qui maintient le comportement perturbateur. Ensuite, les enfants apprennent à utiliser des stratégies de communication alternatives ayant la même fonction que le comportement perturbateur.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connor : AF en présentiel à domicile et en TP (parent à domicile), ECF en TP (parent à domicile) - Nick : (ÉDS) AF/ECF en TP (parent à domicile) | <p>Équipements</p> <p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - iPad ou tablette électronique avec caméra interne <p>Intervenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur de bureau Dell - Webcam externe Logitech <p>Logiciels/applications Google Hangouts (vidéoconférence)</p> | <p>Variable 1 : fidélité d'implantation (parent) Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ÉDS : 50-100 % pour la mère de Nick selon la condition testée; - AF : 83-100 % pour la mère de Connor et 33-100 % pour la mère de Nick selon la condition testée; - ECF : M = 99 % pour la mère de Connor et M = 88 % pour la mère de Nick. <p>Variable 2 : fonction du comportement (enfant) Résultats : tendent à démontrer efficacité de TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonction(s) identifiée(s) pour chacun des participants. <p>Variable 3 : comportements d'automutilation (enfant) Résultats : tendent à démontrer efficacité de TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connor : niveaux élevés et variables au niveau de base. Réduction près de 0 lors des dernières sessions d'intervention. - Nick : niveaux élevés et variables au niveau de base. Réduction à 0 ou près de 0 lors des sessions d'intervention. <p>Variable 4 : mands (enfant) Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connor : au niveau de base, mands plus élevés que les comportements d'automutilation pour toutes les sessions sauf la dernière; - Nick : aucune utilisation des images au 1^{er} niveau de base et tendance à la baisse lors du 2^e niveau de base. Augmentation puis niveaux stables et élevés lors des phases d'intervention. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|---|---|---|
| <p>Auteurs Boutain et al. (2020)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis à cas unique non concomitant à niveaux de base multiples (avec tests) entre les dyades parent-enfant et entre les soins personnels</p> <p>Qualité méthodologique WWC : 67 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : positif - Variables distales : positif | <p>Participants parents (n = 3) 3 mères</p> <p>Participants enfants (n = 3) 1 fille et 2 garçons présentant un TSA. Âge : 4 à 5 ans</p> <p>Intervenant Analyste certifié du comportement (ACC) – niveau maîtrise</p> | <p>Objectif Évaluer un programme de TP visant à enseigner aux parents d'enfants présentant un TSA à implanter la guidance graduée via des instructions détaillées/<i>Behavioral skills training-based</i> (BST) afin d'apprendre à leur enfant à réaliser 3 soins personnels de manière autonome (se laver les mains, le visage et appliquer de la lotion).</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet autres) Le programme de formation pour les parents BST est une méthode d'enseignement qui implique l'utilisation d'instruction, de modelage, de répétition (ou jeu de rôle) et de rétroaction. Une rencontre par jour de 20-30 min (parents à domicile).</p> | <p>Équipements</p> <p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - iPad mini - Étui Otterbox faisant office de support - Oreillettes sans fil Jabra <p>Intervenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - iPad mini <p>Logiciels/applications</p> <p>FaceTime (vidéoconférence)</p> | <p>Variable 1 : fidélité d'implantation – guidance graduée (parent)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer efficacité de TP.</p> <p>Mère de Jesse – étapes implantées correctement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base (tous les soins) : moins de 40 %; - Après instructions écrites détaillées pour le 1^{er} soin : 29 % à 67 %; - Après BST pour le 1^{er} soin : plus de 90 %; - Après instructions écrites détaillées pour les 2^e et 3^e soins : plus de 95 %; - Postintervention : 100 %. <p>Mère de Bobby – étapes implantées correctement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base (tous les soins) : moins de 40 %; - Après instructions écrites détaillées pour le 1^{er} soin : 29 % à 48 %; - Après BST pour le 1^{er} soin : plus de 90 %; - Après instructions écrites détaillées pour les 2^e et 3^e soins : plus de 95 %; - Postintervention : 100 %. <p>Mère de Laura – étapes implantées correctement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base (tous les soins) : moins de 60 %; - Après instructions écrites détaillées pour le 1^{er} soin : 78,5 %; - Après BST pour le 1^{er} soin : plus de 90 %; - Après introduction de tests de guidance avec délai : 100 %; - Après instructions écrites détaillées pour les 2^e et 3^e soins : plus de 95 %; - Postintervention : 100 %. <p>Variables 2 et 3 : réalisation autonome des soins personnels et comportements perturbateurs (enfant)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer efficacité de TP.</p> <p>Note : Des 3 participants, seule Laura a présenté des comportements perturbateurs.</p> <p>Jesse – étapes réalisées correctement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base (tous les soins) : moins de 30 %; |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Après instructions écrites détaillées pour le 1er soin : moins de 10 %; - Après BST pour le 1^{er} soin : 100 %; - Après instructions écrites détaillées pour les 2^e et 3^e soins : satisfait le critère de réussite (au moins 90 % des étapes réalisées indépendamment pendant 3 rencontres consécutives); - Postintervention : 92 % à 100 % selon le soin. <p>Bobby – étapes réalisées correctement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base (tous les soins) : moins de 65 %; - Après instructions écrites détaillées pour le 1er soin : moins de 25 %; - Après BST pour le 1^{er} soin : 100 %; - Après instructions écrites détaillées pour les 2^e et 3^e soins : satisfait le critère de réussite (au moins 90 % des étapes réalisées indépendamment pendant 3 rencontres consécutives); - Postintervention : 100 % pour l'ensemble des soins. <p>Laura – étapes réalisées correctement et fréquence des comportements perturbateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base (tous les soins) : moins de 50 %, comportements perturbateurs présents, en moyenne, lors de 15,4 % des étapes; - Après instructions écrites détaillées pour le 1^{er} soin : 0 %, comportements perturbateurs présents, en moyenne, lors de 11,2 % des étapes; - Après BST pour le 1^{er} soin : 0 %, comportements perturbateurs présents, en moyenne, lors de 1,6 % des étapes; - Après introduction de tests de guidance avec délai : augmentation au critère de réussite (au moins 75 % des étapes réalisées indépendamment pendant 3 rencontres consécutives), comportements perturbateurs présents, en moyenne, lors de 1,4 % des étapes; - 2^e et 3^e soins : plus de 85 %, comportements perturbateurs présents, en moyenne, lors de 1,1 % et 0,83 % des étapes; - Postintervention : 75 % à 88 % selon le soin. Aucun comportement perturbateur. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|--|---|--|--|
| <p>Auteurs Bullard et al. (2017)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis à cas unique à niveaux de base multiples (avec tests) entre trois dyades mère-enfant</p> <p>Qualité méthodologique WWC : 73 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variables proximales : positif - Variables distales : partagé | <p>Participants parents (n = 3) 3 mères biologiques</p> <p>Participants enfants (n = 3) 3 garçons présentant un syndrome de l’X fragile</p> <p>Âge : 5 ans et 6 mois à 7 ans et 1 mois</p> <p>Intervenant Orthophoniste</p> | <p>Objectif Étudier l’efficacité préliminaire d’une intervention langagière implantée par le parent ainsi que la généralisation et le maintien des gains suite à l’intervention.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet langage-communication) Activités de lecture partagée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation (2 h) en format PowerPoint (parents à domicile); - Intervention (parents à domicile) : cycle de 4 rencontres/semaine pour 12 semaines (supervision [1 h], devoir [vidéo] [15 min], rétroaction suivant la révision de la vidéo [1 h], collecte de données [15 min]). | <p>Équipements</p> <p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable MacBook Pro - iPad (téléchargement des livres numériques) - Écouteurs (rétroaction du clinicien en temps réel) <p>Intervenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune information <p>Logiciels/applications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skype (vidéoconférence) - eCamm (enregistrement des appels) - Dropbox (partage de fichiers) - Photobooth | <p>Variable 1 : Fidélité d’implantation - verbalisations liées à l’histoire (parent) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base versus (vs) intervention – fréquences : augmentation pour les 3 mères, effet d’intervention élevé (pourcentage de non-chevauchement entre les données (PND) : 0,97 à 1,00); - Maintien 2 mois postintervention : performance plus élevée qu’au niveau de base, mais plus faible qu’à l’intervention pour les 3 mères (2 avec effet d’intervention élevé et 1 avec effet d’intervention modéré). <p>Variable 2 : Fidélité d’implantation - utilisation des stratégies d’intervention ciblées (parent) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allongement des énoncés de l’enfant – fréquence : augmentation pour les 3 dyades, effet de traitement élevé; - Questions ouvertes – fréquence : augmentation pour les 3 dyades, effet de traitement élevé; - Phrases porteuses : augmentation pour les 3 dyades, effet de traitement élevé pour 2 dyades et effet de traitement modéré pour l’autre; - Généralisation – préintervention vs postintervention : amélioration basée sur la moyenne des données provenant de deux contextes d’échantillonnage, et ce, pour les 3 dyades; - Maintien : pour 2 des mères, diminution dans la fréquence d’utilisation des stratégies ciblées comparativement à l’intervention, mais au-dessus du niveau de base. Effets de traitement variant de modérés à élevés. Retour au niveau de base pour 1 mère pour l’utilisation des questions ouvertes et des phrases porteuses. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|
| | | | | <p><u>Variable 3 : verbalisations liées à l'histoire (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base vs intervention – fréquences : augmentation pour les 3 enfants, effet d'intervention élevé (PND : 0,92 à 1,00); - Maintien 2 mois postintervention : augmentation comparativement au niveau de base, mais fréquences plus faibles comparativement à l'intervention pour 2 enfants (effet d'intervention élevé). Retour au niveau de base avec effet de traitement faible pour le 3^e enfant. <p><u>Variable 4 : langage expressif et implication (enfant)</u></p> <p>Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de mots différents (NMD) : augmentation pour les 3 enfants, effet de traitement élevé pour 2 enfants et modéré pour 1 enfant; - Longueur moyenne des énoncés (LMÉ) : variable pour les 3 enfants, effet de traitement élevé pour 1 enfant, modéré pour le second et en déclin pour le dernier; - Engagement – temps : augmentation pour les 3 enfants, effet de traitement élevé pour 2 enfants et modéré pour 1 enfant; - Généralisation – langage expressif : à travers les 2 contextes d'échantillonnage (NMD et LMÉ) amélioration préintervention vs postintervention pour tous les enfants (bien que marginal pour la dyade 2); - Maintien – 2 mois postintervention : augmentation pour NMD et LMÉ comparativement au niveau de base pour 2 enfants sur 3 avec effets de traitement modérés à élevés. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|---|--|---|
| <p><u>Auteurs</u> Gerow, Radhakrishnan, Davis et al. (2021)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> AF : alternance de traitement ECF : devis à cas unique de type ABAB</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> WWC : 67 %</p> <p><u>Statut global efficacité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : positif - Variables distales : positif | <p><u>Participants parents (n = 7)</u> 7 mères</p> <p><u>Participants enfants (n = 7)</u> 1 fille et 6 garçons présentant un TSA (3 enfants présentant également une DI).</p> <p>Âge : 3 à 11 ans</p> <p><u>Intervenants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ACC, ACC – niveau doctoral - 1 intervenant non certifié supervisé par un ACC | <p><u>Objectif</u> Accompagner les parents dans la mise en place d'une AF abrégée et d'évaluations supplémentaires au besoin.</p> <p><u>Intervention (TP synchrone – volet comportemental)</u></p> <p>AF/ECF</p> <p>2 rencontres (60-90 min)/semaine (parents à domicile)</p> | <p><u>Équipements</u></p> <p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipements personnels <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cellulaire et/ou ordinateur ▪ Caméra vidéo ▪ Microphone <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipements prêtés par l'équipe de recherche : <ul style="list-style-type: none"> ▪ iPad, ▪ Écouteurs Bluetooth ▪ Support pour iPad ▪ Forfait cellulaire (accès Internet) <p>Intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable avec microphone - Haut-parleurs - Webcam <p><u>Logiciels/applications</u></p> <p>VSee (vidéoconférence)</p> | <p><u>Variable 1 : fidélité d'implantation (parent)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - AF : 84,7-100 % - ECF : 81,5-100 % <p><u>Variable 2 : fonction du comportement (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonction(s) identifiée(s) pour 6 participants sur 7; - Le 7^e participant n'a démontré aucun comportement perturbateur lors des évaluations. <p><u>Variable 3 : comportements perturbateurs (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <p>ECF vs niveau de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cameron : faible taux ou aucun comportement perturbateur; - Logan : faible taux ou aucun comportement perturbateur; - Kyle : diminution du taux de comportements perturbateurs; - Diego : faible taux ou aucun comportement perturbateur. <p><u>Variable 4 : mands (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <p>ECF vs niveau de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cameron : augmentation des mands; - Logan : augmentation des mands; - Kyle : augmentation de l'engagement avec les jouets; - Diego : augmentation des mands avec taux variables. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|--|--|---|---|
| <p>Auteurs Gerow, Radhakrishnan, S Akers et al. (2021)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis à cas unique à niveaux de base multiples (avec tests) entre les habiletés</p> <p>Qualité méthodologique WWC : 72 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : positif - Variable distale : partagé | <p>Participants parents (n = 6) 4 mères et 2 pères</p> <p>Participants enfants (n = 4) 4 garçons présentant un TSA (1 présentant également une DI).</p> <p>Âge : 5 ans et 11 mois à 9 ans et 1 mois</p> <p>Intervenant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistant de recherche gradué inscrit à la maîtrise en analyse certifiée du comportement - Supervisé par un ACC ou un ACC – niveau doctoral | <p>Objectif Évaluer dans quelle mesure une procédure d'enchaînement de la tâche complète, implantée par le parent avec supervision via TP, amène, chez les enfants présentant un TSA, une amélioration de l'autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.</p> <p>Intervention (TP synchrone volet autres) Procédure d'enchaînement de la tâche complète implantée par le parent. La formation du parent, développée sur le modèle BST, consiste à utiliser les instructions, la guidance ainsi que la rétroaction sur la performance lors des rencontres.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rencontres 1 à 3 jours/semaine, pour environ 1 h (parents à domicile) - Durée : 3 à 6 mois | <p>Équipements</p> <p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipements personnels <ul style="list-style-type: none"> ▪ iPad avec support <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prêt par l'équipe de recherche : <ul style="list-style-type: none"> ▪ iPad ▪ Écouteurs Bluetooth ▪ Support pour iPad ▪ Forfait cellulaire (accès Internet) <p>Intervenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable avec camera - Haut-parleurs et microphone intégré ou casque avec microphone <p>Logiciels/applications VSee (vidéoconférence)</p> | <p>Variable 1 : fidélité d'implantation (parent)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <p>Niveau de base :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Henry : 94 % (67 %-100 %) - Charlie : 81 % (0 %-100 %) - Ross : 100 % - Liam : 100 % <p>Formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Henry : 96 % (67 %-100 %) - Charlie : 86 % (67 %-100 %) - Ross : 100 % - Liam : 100 % <p>Intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Henry : 89 % (33 %-100 %) - Charlie : 87 % (33 %-100 %) - Ross : 97 % (67 %-100 %) - Liam : 96 % (67 %-100 %) <p>Variable 2 : réalisation autonome des activités de la vie quotidienne (enfant)</p> <p>Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ross : augmentation pour ce qui est des variables dépendantes pour les 3 tâches suite à l'intervention. Par contre, le critère de réussite n'est pas atteint pour aucune des tâches. - Charlie : augmentation pour ce qui est des variables dépendantes pour 2 des 3 tâches suite à l'intervention; pourcentage déjà élevé au niveau de base pour la 3^e tâche. Critère de réussite atteint pour les 3 tâches. - Henry : augmentation pour ce qui est des variables dépendantes pour 2 des 3 tâches suite à l'intervention. Critère de réussite atteint pour 1 des 3 tâches. - Liam : augmentation pour ce qui est des variables dépendantes pour les 3 tâches suite à l'intervention. Critère de réussite atteint pour l'ensemble des tâches. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|--|--|---|---|
| <p>Auteurs Guðmundsdóttir et al. (2019)</p> <p>Pays Islande</p> <p>Devis Devis à cas unique à niveaux de base multiples entre les habiletés des enfants</p> <p>Qualité méthodologique WWC : 83 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variables proximales : positif - Variables distales : partagé | <p>Participants parents (n = 3) 3 mères</p> <p>Participants enfants (n = 3) 3 garçons présentant un TSA (2 présentant également un trouble du développement psychologique, sans précision et 1 présentant également une DI non spécifiée)</p> <p>Âge : 3 ans et 3 mois à 4 ans et 7 mois</p> <p>Intervenant ACC</p> | <p>Objectif Évaluer les effets d'une formation comportementale en TP offerte aux parents sur leur fréquence d'utilisation des compétences pédagogiques ainsi que sur les comportements sociocommunicatifs de l'enfant.</p> <p>Intervention (TP hybride – volet langage-communication) <i>Sunny Starts Teaching DANCE</i> : stratégies d'enseignement naturalistes pour apprendre des comportements significatifs aux enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{re} rencontre de la formation en présentiel; - Rencontres subséquentes en TP synchrone (parents à domicile), 2 rencontres/semaine (moyenne), durée : 1,75 à 2 h chacune. | <p>Équipements</p> <p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable personnel - Webcam Microsoft LifeCam Cinema - Microphone externe USB MXL-UCHAT (AC-406) <p>Intervenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune information <p>Logiciels/applications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skype (vidéoconférence) - VODburner (enregistrement) - Site Internet crypté | <p>Variable 1 : mesure d'implantation (enseigner les comportements d'écoute (parent – 3 dyades))</p> <p>Résultats : tendent à démontrer efficacité de TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base vs intervention : augmentation de la fréquence des épisodes d'enseignement pour les 3 mères. Formation très efficace avec PND de 95,4 à 100 %. - Maintien : effet maintenu 1 mois après la fin de la formation pour 2 parents (Saga and Katla) et après 3 mois pour 1 parent (Katla). Absence de données de maintien pour la 3^e famille (Thora). - Généralisation : généralisation à d'autres contextes 1 mois et 3 mois postintervention pour 1 parent sur 2 (Katla). Absence de données de généralisation pour la 3^e famille (Thora). <p>Variable 2 : comportement d'écoute (enfant)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer efficacité de TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base vs intervention : augmentation de la fréquence des comportements d'écoute pour les 3 enfants. Formation très efficace avec PND de 97,3 % et 97,7 % pour 2 participants (Ari et Gunnar) et efficace avec un PND de 81,8 % pour le 3^e (Daniel); - Maintien : 1 mois et 3 mois après la fin de la formation, effet maintenu pour Ari et effet variable, mais au-dessus du niveau de base pour Gunnar. Absence de données de maintien pour Daniel; - Généralisation : généralisation à d'autres contextes 1 mois et 3 mois postintervention pour les 2 enfants (Ari et Gunnar). Absence de données de généralisation pour Daniel. <p>Variable 3 : mesure d'implantation (enseigner l'allongement des phrases (parent – 2 dyades))</p> <p>Résultats : tendent à démontrer efficacité de TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base vs intervention : augmentation dans la fréquence des épisodes d'enseignement pour les 2 mères. Formation très efficace avec |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| | | | | <p>PND de 100 % pour Thora et efficace avec PND de 72,2 % pour Saga;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintien : effet maintenu 1 mois après la fin de la formation pour Saga avec légère baisse après 3 mois. Absence de données de maintien pour Thora; - Généralisation : absence de généralisation à d'autres contextes pour Saga (1 mois postintervention). Absence de données de généralisation pour Thora. <p><u>Variable 4 : allongement des phrases (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer que la TP est non efficace.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base vs intervention : pour Ari, niveaux variables pendant la phase de formation avec valeurs dans l'intervalle des données au niveau de base. PND = 45,4 % indiquant que la formation n'était pas efficace. Pour Daniel, PND = 0 %, indiquant que la formation n'était pas efficace; - Maintien : effet maintenu 1 mois après la fin de la formation pour Ari. Retour aux valeurs du niveau de base après 3 mois. Absence de données de maintien pour Daniel; - Généralisation : absence de généralisation à d'autres contextes pour Ari (1 mois postintervention). Absence de données de généralisation pour Daniel. <p><u>Variable 5 : mesure d'implantation (enseigner à effectuer une demande (parent – 1 dyade)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base vs intervention : à la suite du retrait d'une donnée aberrante, PND = 85,7 % indiquant que l'intervention est efficace (Katla); - Maintien : niveaux similaires à la phase d'intervention 1 mois et 3 mois postintervention; - Généralisation : présence de généralisation à un autre contexte 1 mois et 3 mois postintervention (Katla). |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|--|--|--|
| | | | | <p><u>Variable 6 : effectuer une demande (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base vs intervention : à la suite du retrait d'une donnée aberrante, PND = 85,7 % indiquant que l'intervention est efficace (Gunnar); - Maintien : niveaux similaires à la fin de la phase de formation 1 mois et 3 mois postintervention (Gunnar); - Généralisation : présence de généralisation à un autre contexte 1 mois et 3 mois postintervention (Gunnar). |
| <p><u>Auteurs</u> Hall et al. (2020)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Essai contrôlé randomisé</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> SQA : 81 %</p> <p><u>Statut global efficacité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : positif - Variables distales : positif | <p><u>Participants parents (n = 30 – groupe traité)</u> 29 mères et 1 père</p> <p>6 des 30 participants n'ont pas complété l'étude, mais leurs données ont été conservées par les auteurs lors de l'analyse.</p> <p><u>Participants enfants (n = 30)</u> Syndrome de l'X fragile, 13,3 % des participants présentant également un TSA.</p> <p>Âge : Moyenne (M) = 6,64 ans (Écart-type (É-T) = 2,47)</p> <p><u>Intervenant</u> ACC</p> | <p><u>Objectif</u> Évaluer l'efficacité de l'ECF via la TP chez les enfants présentant un syndrome de l'X fragile.</p> <p><u>Intervention (TP hybride – volet comportemental)</u> AF : 4-6 fois/2 jours (présentiel). ECF : 12 semaines TP synchrone (parents à domicile). 5 jours/semaine puis réduction à 1-2 jours par semaine (selon les progrès). Séance : 1 h.</p> | <p><u>Équipements</u> Parents (prêt) : - iPad, écouteurs - Support pour iPad</p> <p>Intervenant : - Aucune information</p> <p><u>Logiciels/applications</u> Zoom (vidéoconférence)</p> | <p><u>Variable 1 : fidélité d'implantation (parent)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Moyenne : 95,7 % (81,5-99,3 %)</p> <p><u>Variable 2 : fonction du comportement (enfant)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Fonction(s) identifiée(s) pour 93,3 % des participants.</p> <p><u>Variable 3 : comportements perturbateurs (enfant)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Sous-échelle d'irritabilité (<i>Aberrant Behavior Checklist</i>) - niveau de base à la fin du traitement : diminution moyenne, rapportée par les parents, de 42,6 %, $p < .001$.</p> <p><u>Variable 4 : observation des comportements perturbateurs lors des sessions d'intervention (enfant)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Niveau de base à fin du traitement : diminution moyenne de 91,7 % (74,2-100 %)</p> |

La télépratique comme modalité d'intervention innovante ou adaptative auprès des parents ou des proches de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|--|---|---|--|
| <p>Auteurs Hao et al. (2021)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis quasi expérimental de type avant-après</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 67 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : positif - Variables distales : partagé | <p>Participants parents (n = 60)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 mères et 15 pères provenant de 15 familles pour l'intervention en présentiel; - 15 mères et 15 pères provenant de 15 familles pour l'intervention à distance (TP). <p>Participants enfants (n = 30)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présentiel : 15 enfants (3 filles, 12 garçons) présentant un TSA. Âge : M = 57,3 mois (É-T = 15,9); - TP : 15 enfants (3 filles, 12 garçons) présentant un TSA. Âge : M = 59,8 mois (É-T = 18,4). <p>Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cliniciens diplômés étudiant en orthophonie - Orthophonistes | <p>Objectif</p> <p>Comparer l'intervention parentale pour les enfants présentant un TSA offerte en présentiel et en ligne.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet langage-communication)</p> <p><i>Improving Parents as Communication Teachers</i> (ImPACT) vise à promouvoir l'engagement social, le langage et le jeu en formant les parents à comprendre et appliquer des techniques d'intervention dans l'environnement naturel de leur enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 rencontres de groupe (début et fin de formation) (parents à domicile) - 6 rencontres (1 h) individuelles hebdomadaires (parents à domicile) | <p>Équipement</p> <p>Aucune information</p> <p>Logiciels/applications</p> <p>Zoom (vidéoconférence)</p> | <p>Même intervention en présentiel vs TP</p> <p>Résultats comparables entre les 2 modalités pour l'ensemble des variables mesurées. Suggère une efficacité équivalente en présentiel et en TP.</p> <p>Variable 1 : fidélité d'implantation de l'intervention (parent)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer une équivalence de l'efficacité de l'intervention en TP et en présentiel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'effet significatif de groupe ($F(1,23) = 1.398, p = 0.249, \eta^2_{partiel2} = 0.057$); - Effet principal du temps avec une grande taille d'effet, $F(1,23) = 104.869, p < 0.001, \eta^2_{partiel2} = 0.820$. <p>Variable 2 : fidélité d'implantation de l'intervention – résultats des composantes (parent)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer une équivalence de l'efficacité de l'intervention en TP et en présentiel pour les 5 composantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'effet significatif de groupe; - Effets principaux du temps avec de grandes tailles d'effet pour toutes les composantes de fidélité d'implantation de l'intervention. <p>Variable 3 : diversité lexicale (enfant)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer une équivalence de l'efficacité de l'intervention en TP et en présentiel</p> <p>Nombre de mots/min :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas d'effet significatif de groupe ($F(1,26) = 1.364, p = 0.253, \eta^2_{partiel2} = 0.05$); - Effet principal du temps significatif avec une grande taille d'effet ($F(1,26) = 10.142, p = 0.004, \eta^2_{partiel2} = 0.281$). Performance à la dernière rencontre significativement meilleure qu'à la première rencontre. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|
| | | | | <p><u>Variable 4 : complexité morphosyntaxique (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une équivalence de l'efficacité de l'intervention en TP et en présentiel.</p> <p>LMÉ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effet de groupe marginalement significatif avec une taille d'effet modérée à grande ($F(1,26) = 3.076, p = 0.091, \eta_{\text{partiel}}^2 = 0.106$); - Effet principal du temps significatif avec une grande taille d'effet ($F(1,26) = 6.937, p = 0.014, \eta_{\text{partiel}}^2 = 0.211$). Augmentation de la LMÉ. <p><u>Variable 5 : nombre d'amorces par minute (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une équivalence de l'efficacité de l'intervention en TP et en présentiel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun effet significatif de temps et de groupe. <p><u>Variable 6 : nombre de réponses par minute (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une équivalence de l'efficacité de l'intervention en TP et en présentiel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun effet significatif de temps et de groupe. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|--|--|---|--|
| <p><u>Auteurs</u> Heitzman-Powell et al. (2014)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis préexpérimental de type avant-après avec groupe unique</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> SQA : 58 %</p> <p><u>Statut global efficacité</u> Variable proximale : positif</p> | <p><u>Participants parents (n = 7)</u> 7 parents provenant de 4 familles</p> <p><u>Participants enfants</u> Aucune information</p> <p><u>Intervenants</u> Intervenants entraînés au programme <i>Online and Applied System for Intervention Skills</i> (OASIS) par formateur principal du projet.</p> | <p><u>Objectif</u> Évaluer le programme OASIS modifié pour utilisation avec les parents à distance.</p> <p><u>Intervention (TP hybride – volet comportemental)</u> Programme OASIS modifié. Le programme OASIS, basé sur l'analyse appliquée du comportement (AAC), vise à former des intervenants travaillant auprès d'enfants autistes. Adapté afin de former les parents à distance pour qu'ils interviennent auprès de leur enfant.</p> <p>TP asynchrone : 8 modules d'autoapprentissage en ligne (60 min/chaque). TP synchrone (parents à l'école, au centre communautaire ou à l'hôpital) : 13-19 rencontres de supervision de 90-120 min.</p> | <p><u>Équipements</u> - Microphone - Télévision</p> <p><u>Logiciels/applications</u> - Système d'apprentissage protégé par mot de passe - Polycom (vidéoconférence)</p> | <p><u>Variable 1 : fidélité d'implantation (parent)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Seuil de fidélité d'implantation minimal de 80 % atteint par l'ensemble des participants (parents principaux).</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|--|--|--|--|
| <p><u>Auteurs</u> Machalicek et al. (2016)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis à cas unique avec alternance de traitements</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> WWC : 67 %</p> <p><u>Statut global efficacité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Variables proximales : partagé - Variable distale : positif | <p><u>Participants parents (n = 3)</u> 2 mères, 1 père</p> <p><u>Participants enfants (n = 3)</u> 2 filles présentant un TSA, 1 garçon présentant un TSA et un syndrome de l’X fragile.</p> <p>Âge : 8, 9 et 16 ans</p> <p><u>Intervenant</u> ACC détenant un doctorat en psychoéducation</p> | <p><u>Objectif</u> Évaluer l’utilisation de la TP pour faciliter les consultations de nature comportementale pour 3 familles d’enfants présentant un TSA.</p> <p><u>Intervention (TP synchrone – volet comportemental)</u> AF suivi de ECF, modification de l’antécédent du comportement (MA), renforcement différentiel (RD) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la fonction comportementale : 60 min (parents à domicile) - AF : 4 rencontres hebdomadaires de 45 min (parents à domicile) - Éducation parentale : 3 rencontres hebdomadaires (parents à domicile) - Rencontres d’intervention avec comparaison de modalités (ECF, MA, RD) (parents à domicile) | <p><u>Équipements</u></p> <p>Parents (prêt) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable MacBook avec webcam interne iSight <p>Intervenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable MacBook avec webcam interne iSight - Webcam externe Logitech QuickCam Pro 9000 <p><u>Logiciels/applications</u> iChat (vidéoconférence)</p> | <p><u>Variable 1 : fidélité d’implantation de l’AF (parent)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. Fidélité procédurale moyenne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lily : 85 % (80-100 %) - Logan : 85 % (60-100 %) - Emma : 95 % (80-100 %) <p><u>Variable 2 : fidélité d’implantation des différentes modalités d’intervention (parent)</u> Résultats : résultats d’efficacité de TP partagés. Fidélité procédurale moyenne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lily : 89 % (71-100 %) - Logan : 74 % (33-100 %) - Emma : 93 % (71-100 %) <p><u>Variable 3 : fonction du comportement (enfant)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Fonction(s) identifiée(s) pour chacun des participants.</p> <p><u>Variable 4 : comportements perturbateurs (enfant)</u> Résultats : données au niveau de base non rapportées, impossible d’établir un statut quant à l’efficacité de la TP.</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|--|---|--|---|
| <p>Auteurs Meadan et al. (2016)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis à cas unique à niveaux de base multiples (avec tests) entre les stratégies pour la généralisation</p> <p>Qualité méthodologique WWC : 90 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : partagé - Variable distale : partagé | <p>Participant parents (n = 3) 3 mères</p> <p>Participant enfants (n = 3) 3 enfants (1 fille, 2 garçons) présentant un TSA</p> <p>Âge : 2 à 4 ans</p> <p>Intervenants 2 étudiants de niveau doctoral en psychoéducation</p> | <p>Objectif Étudier les effets d'un programme de formation et d'encadrement en ligne sur l'implantation de stratégies d'enseignement naturalistes par les parents et sur les compétences de communication concomitantes de l'enfant.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet langage-communication) <i>Internet-Based Parent-Implemented Communication Strategies (i-PiCS)</i> vise à enseigner et superviser les parents dans l'utilisation de stratégies d'enseignement naturalistes afin de promouvoir les compétences de communication sociale de leurs jeunes enfants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation du parent (1 rencontre [45 min] sur Skype) (parents à domicile) - Supervision des parents (environ 2 rencontres [30 min/semaine] pour 3,5 mois) (parents à domicile) | <p>Équipement Parents (prêt) : - iPad Intervenants : - Aucune information</p> <p>Logiciels/applications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skype (vidéoconférence) - Box (partage de fichiers vidéo) - Camtasia (capture d'écran) | <p>Variable 1 : fidélité d'implantation - comportement (parent)</p> <p>Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <p>Stratégies de démonstration, modèle mand et délai - taux d'utilisation et qualité :</p> <p>Mediha</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : démonstration et modèle mand utilisés fréquemment, mais haute qualité dans 50 % à 60 % des occasions. Délai non utilisé. - Après la formation : utilisation variable des stratégies. - Supervision : augmentation du taux d'implantation des 3 stratégies. Augmentation de la qualité d'utilisation de la démonstration avec une augmentation constante de la qualité de l'utilisation du modèle mand. Délai utilisé avec une haute qualité à un pourcentage stable et élevé. - Maintien : application des 3 stratégies avec haute qualité, mais délai rarement implanté. - Généralisation (sessions de tests) : utilisation d'une stratégie généralisée pour les interactions avec Ali en l'absence de supervision ou de rétroaction. <p>Karen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : faibles taux d'utilisation des 3 stratégies avec pourcentages de qualité faibles. - Après la formation : augmentation du taux d'utilisation de la démonstration et du modèle mand. Augmentation du pourcentage d'utilisation de stratégies de haute qualité avec variabilité notable; aucun changement dans le délai à l'exception d'une session. - Supervision : augmentation du taux et du niveau d'utilisation de stratégies de haute qualité pour les 3 stratégies, bien que la qualité de modèle mand était déjà convaincante. - Maintien : stratégies appliquées à des taux inférieurs que lors de la supervision, maintien de |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|
| | | | | <p>niveaux relativement élevés de qualité d'implantation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Généralisation (sessions de tests) : données similaires aux niveaux atteints pendant la supervision, sauf pour le délai. <p><u>Melissa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : utilisation rare de la démonstration, modèle mand souvent utilisé et délai jamais utilisé. Qualité de la démonstration variable, implantation du modèle mand rarement de haute qualité. - Après la formation : diminution du taux pour le modèle mand et faible taux pour la démonstration et le délai. Augmentation de la qualité, mais la variabilité atténuée tout changement clair. - Supervision : augmentation du taux d'application pour les stratégies de démonstration et de délai. Taux d'utilisation de la stratégie du modèle mand similaire dans les phases de post-formation et de supervision, niveau d'utilisation de la stratégie de haute qualité plus élevé pendant la phase de supervision. - Maintien : application des stratégies à des taux inférieurs à ceux de la supervision et qualité variable de l'implantation de la démonstration. - Généralisation (sessions de tests) : performance variable, mais similaire à celle obtenue lors de la supervision. <p><u>Variable 2 : comportements (enfant)</u></p> <p>Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <p><u>Ali</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Phases de supervision – pourcentage d'opportunités : augmentation des réponses d'Ali aux stratégies employées par Mediha, bien qu'une donnée rende l'inférence causale ténue. Augmentation des initiations d'Ali pendant la phase de supervision pour le délai, mais augmentation moins prononcée pendant la phase de maintien. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|--|---|---|---|
| | | | | <p><u>George</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Après l'introduction de la formation : amélioration de la réponse de George. - Introduction de la supervision pour le délai : augmentation du taux d'implantation de Karen et augmentation de la fréquence des initiations de George. - Maintien : fréquence d'initiation au-dessus des niveaux de base, mais retour au niveau de base pour ses réponses aux stratégies employées par sa mère. <p><u>Wendy</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Après l'introduction de la formation : augmentation de la réponse de Wendy aux stratégies employées par sa mère. - Phases de supervision : réponse moyenne similaire à travers les phases de supervision avec une variabilité notable. Augmentation des initiations pendant les phases de supervision, le niveau le plus élevé et le plus stable se produisant pendant le délai. |
| <p><u>Auteurs</u> Pierson et al. (2021)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis à cas unique à niveaux de base multiples (avec tests) entre les participants</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> WWC : 87 %</p> | <p><u>Participants parents (n = 5)</u> 4 mères et 1 père</p> <p><u>Participants enfants (n = 4)</u> 4 garçons présentant un TSA (1 présentant également une DI).</p> <p>Âge : 5 ans à 7 ans et 3 mois</p> <p><u>Intervenant</u> Intervenant diplômé en sciences de la communication humaine (M.Sc.), détenant un certificat</p> | <p><u>Objectif</u> Déterminer si la TP peut être utilisée pour apprendre aux parents d'enfants présentant une DI à implanter fidèlement les procédures modifiées de lecture dialogique (LD).</p> <p><u>Intervention (TP hybride – volet langage-communication)</u> Procédures modifiées de LD via la lecture partagée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre de formation : 1/condition (synchrone et asynchrone) (parents à domicile); | <p><u>Équipements</u> Parents : Ordinateur personnel, tablette électronique ou téléphone intelligent</p> <p>Intervenant : Aucune information</p> <p><u>Logiciels/applications</u> WebEx, Google Drive</p> | <p><u>Variable 1 : fidélité d'implantation des procédures modifiées de LD (parent)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <p>Aaron - % de stratégies implantées correctement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : 50 % - Intervention : 88 % - Tau-U : 1.00 (effet fort à très fort) <p>Benjamin - % de stratégies implantées correctement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : 67 % - Intervention : 88 % - Tau-U : 0.68 (effet faible) <p>Isaac - % de stratégies implantées correctement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : 67 % - Intervention : 81 % - Tau-U : 0.64 (effet nul à très faible) |

La télépratique comme modalité d'intervention innovante ou adaptative auprès des parents ou des proches de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <p><u>Statut global efficacité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : positif - Variables distales : partagé | <p>en enseignement, ainsi qu'un brevet en orthophonie.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre de supervision (synchrone) : 1/semaine (60 min) (parents à domicile). | | <p>Salomon - % de stratégies implantées correctement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : 41 % - Intervention : 80 % - Tau-U : 0.96 (effet fort à très fort) <p><u>Variable 2 : réponses correctes aux questions de compréhension (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer que la TP est non efficace.</p> <p><u>Aaron</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 40 %, écart : 30-50 % - Intervention : M = 30 %, écart : 10-40 % - Test de généralisation au niveau de base : 50 % - Test de généralisation lors de l'intervention : 60 % et 90 % <p><u>Benjamin</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 38 %, écart : 20-60 % - Intervention : M = 35 %, écart : 20-60 % - Maintien : 60 - Test de généralisation au niveau de base : 60 % - Test de généralisation lors de l'intervention : 60 % et 70 % - Test de généralisation lors du maintien : 10 % <p><u>Isaac</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 0 % - Intervention : M = 13 %, écart : 0-30 % - Maintien : 20 %; - Test de généralisation au niveau de base : 0 % - Test de généralisation lors de l'intervention : 50 %, 40 % et 50 % - Test de généralisation lors du maintien : 70 % <p><u>Salomon</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 2 %, écart : 0-10 % - Intervention : M = 2 %, écart : 0-10 % - Maintien : 0 % - Test de généralisation au niveau de base : 0 % - Test de généralisation lors de l'intervention : 10 %, 10 % et 50 % - Test de généralisation lors du maintien : 50 % |
|--|--|---|--|---|

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| | | | | <p><u>Variable 3 : réponses guidées correctes aux questions de compréhension (enfant)</u></p> <p>Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <p><u>Aaron</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 57 %, écart : 50-60 % - Intervention : M = 60 %, écart : 50-70 % - Test de généralisation au niveau de base : 50 % - Test de généralisation lors de l'intervention : 40 % et 10 % <p><u>Benjamin</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 57 %, écart : 40-70 % - Intervention : M = 57 %, écart : 30-80 % - Maintien : 40 % - Test de généralisation au niveau de base : 40 % - Test de généralisation lors de l'intervention : 30 % et 30 % - Test de généralisation lors du maintien : 90 % <p><u>Isaac</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 69 %, écart : 20-100 % - Intervention : M = 65 %, écart : 20-90 % - Maintien : 80 % - Test de généralisation au niveau de base : 80 % - Test de généralisation lors de l'intervention : 50 %, 40 % et 50 % - Test de généralisation lors du maintien : 20 % <p><u>Salomon</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 9 %, écart : 0-20 % - Intervention : M = 96 %, écart : 80-100 % - Maintien : 100 % - Test de généralisation au niveau de base : 80 % - Test de généralisation lors de l'intervention : 90 %, 90 % et 40 % - Test de généralisation lors du maintien : 40 % |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|---|--|--|--|
| <p>Auteurs Simacek et al. (2017)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis AF : devis à cas unique avec alternance de traitements ECF : devis à cas unique à niveaux de base multiples (avec tests) entre les contextes. Devis de type ABAB intégré au premier contexte.</p> <p>Qualité méthodologique WWC : 57 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : positif - Variables distales : partagé | <p>Participants parents (n = 5) Ella et Sidney : leurs 2 parents Lily : mère</p> <p>Participants enfants (n = 3) 3 filles (2 présentant un TSA et 1 présentant un syndrome de Rett). Âge : 3,5 ans à 4 ans</p> <p>Intervenants Première et deuxième auteures (formations non spécifiées)</p> | <p>Objectif Déterminer l'efficacité d'une AF et d'une ECF implantées par le parent avec supervision via TP.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet comportemental) ÉDS (parents à domicile) : - Ella : 17 sessions sur 4 jours - Lily : 14 sessions sur 3 jours - Sidney : 11 sessions sur 2 jours AF (parents à domicile) : - Max 10 sessions/jour (total 50 min) ECF (max 7 sessions de 5 min/jour, parents à domicile) : - Ella : 37 sessions - Lily : plus de 126 sessions - Sidney : 38 sessions</p> | <p>Équipements</p> <p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ella et Lily : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Webcam Logitech HD Pro webcam C920 avec trépied (prêt) connectée à leur ordinateur de bureau Apple - Sidney (prêt) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ordinateur portable Dell Latitude E6430 premier ▪ Webcam Logitech HD Pro C920, 1090p ▪ Mini-trépied Polaroid 8 pouces <p>Intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur de bureau Dell OptiPlex 3010 avec écran Dell 24 pouces - Webcam Logitech HD Pro C920 - Écouteurs Logitech ClearChat Comfort/USB H390 - Mini-trépied Polaroid 8 pouces <p>Logiciels/applications</p> <p>Google Hangout (vidéoconférence)</p> | <p>Variable 1 : fidélité d'implantation (parent) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. Fidélité moyenne : - Ella : 96 % (83-100 %) - Lily : 93 % (71-100 %) - Sidney : 94 % (83-100 %)</p> <p>Variable 2 : ÉDS (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Multiples topographies des réponses idiosyncratiques et des réponses potentielles de communication entre les contextes, et ce, pour l'ensemble des participantes.</p> <p>Variable 3 : fonction du comportement (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Fonction(s) identifiée(s) pour les 2 participantes soumises à l'AF.</p> <p>Variables 4 et 5 : réponse idiosyncratique (comportement perturbateur) et réponse de communication ciblée (communication alternative et améliorée (CAA)) (enfant) Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés. Ella contexte 1 – collation : - Niveau de base : fréquence des demandes en CAA faible et stable (M = 0,01). Absence de chevauchement des réponses idiosyncratiques et des demandes en CAA pour 16 des 18 sessions. - 1^{re} ECF : augmentation des demandes en CAA au fil des sessions. Augmentation des réponses idiosyncratiques jusqu'à la session 5. - Retour au niveau de base : plus grande stabilité et réponses idiosyncratiques plus élevées que les</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| | | | | <p>demandes en CAA de la session 23 à la fin de cette phase.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2^e ECF : réponses stables et différenciées pour l'ensemble des sessions. Absence de réponse idiosyncratique et fréquence élevée de demandes en CAA (M = 2,2; intervalle 1,2–2,8). <p>Ella contexte 2 – vidéo :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : stable (réponses idiosyncratiques, M = 1,5, demandes en CAA, M = 0,1). - ECF : de 5^e session à fin intervention, augmentation des demandes en CAA et diminution des réponses idiosyncratiques. <p>Ella contexte 3 - pause des exigences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : aucune demande en CAA, réponses idiosyncratiques variables (M = 1.1; intervalle 0–2). - ECF : augmentation des demandes en CAA et diminution rapide des réponses idiosyncratiques à 0 ou près de 0. <p>Lily contexte 1 - manger/boire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : rares demandes en CAA. Sauf une session, présence de réponses idiosyncratiques dans > 70 % des essais. - 1^{er} ECF : moyenne de 87 % pour les demandes en CAA et de 14 % pour les réponses idiosyncratiques. - Retour au niveau de base : moyenne de 29 % pour les demandes en CAA et de 41 % pour les réponses idiosyncratiques. Chevauchement modéré entre les demandes en CAA et les réponses idiosyncratiques pour 3 sessions sur 9. - 2^e ECF : demandes en CAA élevées et stables pour toutes les sessions. Réponses idiosyncratiques initialement inchangées puis diminuent à un niveau bas. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>Lily contexte 2 – jouets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : réponses idiosyncratiques régulièrement plus élevées que les demandes en CAA. - ECF : augmentation des demandes en CAA (variables, mais élevées). Diminution des réponses idiosyncratiques (variables, mais faibles). <p>Lily contexte 3 - mettre fin à une activité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : aucune analyse rapportée par les auteurs. - ECF : après une période de variabilité et de chevauchement des données, augmentation des demandes en CAA pour 100 % des essais et diminution des réponses idiosyncratiques présentes pendant 0 à 30 % des essais. <p>Sidney contexte 1 – manger dans sa chaise haute :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : réponses idiosyncratiques régulièrement plus élevées que les demandes en CAA. - 1^{re} ECF : augmentation des demandes en CAA et diminution des réponses idiosyncratiques sans chevauchement entre les deux séries de données. - Retour au niveau de base : diminution des demandes en CAA (fréquence plus basse comparativement aux réponses idiosyncratiques). Absence de chevauchement entre les 2 séries de données. - 2^e ECF : diminution de la fréquence des réponses idiosyncratiques (de 12 à 0). Demandes en CAA demeurent élevées. Absence de chevauchement entre les deux séries de données. <p>Sidney contexte 2 - collation au salon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : réponses idiosyncratiques régulièrement plus élevées que les demandes en CAA. - ECF : réponses idiosyncratiques diminuent à 0 ou près de 0. Fréquence des demandes en CAA à plus de 5 fois par session après la 1^{re} session. |
|--|--|--|--|--|

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|--|--|--|
| | | | | Sidney contexte 3 - attention parentale : <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : demandes en CAA presque toujours à 0. Fréquence des réponses idiosyncratiques élevée et variable. - ECF : diminution des réponses idiosyncratiques. Fréquence des demandes en CAA légèrement plus élevée comparativement aux réponses idiosyncratiques. Peu de séparation entre les 2 types de réponses considérant la variabilité observée. |
| <p>Auteurs Suess et al. (2014)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis AF : devis à cas unique avec alternance de traitements ECF : devis à cas unique avec alternance entre les essais supervisés et autonomes</p> <p>Qualité méthodologique WWC : 67 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : positif - Variable distale : positif | <p>Participants parents (n = 3) Aucune information</p> <p>Participants enfants (n = 3) 3 garçons présentant un TSA (1 présentant également une DI) Âge : 2 ans et 7 mois à 3 ans et 3 mois</p> <p>Intervenant 1 étudiant doctoral en psychologie</p> | <p>Objectif Évaluer la fidélité d'implantation des parents lors d'intervention avec essais supervisés et autonomes.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet comportemental) AF/ECF Rencontres hebdomadaires (1 h) pour 2 à 3,5 mois (parents à domicile)</p> | <p>Équipements Parents (prêt) : - Ordinateur portable Windows - Webcam Intervenant : - Ordinateur de bureau Windows - Webcam - Écouteurs</p> <p>Logiciels/applications Skype (vidéoconférence)</p> | <p>Variable 1 : fidélité d'implantation (parent) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. Étapes complétées adéquatement durant les essais supervisés (s) et les essais autonomes (a) : - Jace : 94 % (s) et 87 % (a) - Lane : 77 % (s) et 73 % (a) - Jude : 78 % (s) et 80 % (a)</p> <p>Variable 2 : fonction du comportement (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Fonction(s) identifiée(s) pour chacun des participants.</p> <p>Variable 3 : comportements perturbateurs (enfant) Résultats : données au niveau de base non rapportées, impossible d'établir un statut quant à l'efficacité de la TP.</p> <p>Variable 4 : exécution de tâches autonomes (enfant) Résultats : données au niveau de base non rapportées, impossible d'établir un statut quant à l'efficacité de la TP.</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|---|--|--|
| | | | | <p>Variable 5 : mandes (enfant)</p> <p>Résultats : données au niveau de base non rapportées, impossible d'établir un statut quant à l'efficacité de la TP.</p> |
| <p>Auteurs</p> <p>Tsami et al. (2019)</p> <p>Pays</p> <p>Grèce, Turquie, Arabie Saoudite, Costa Rica, Mexique, Ukraine, Russie, États-Unis</p> <p>Devis</p> <p>AF : devis à cas unique avec alternance de traitements</p> <p>ECF : devis à cas unique à niveaux de base multiples entre les participants</p> <p>Qualité méthodologique</p> <p>WWC : 83 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : positif - Variables distales : partagé | <p>Participants parents (n = 12)</p> <p>12 mères</p> <p>Participants enfants (n = 12)</p> <p>4 filles et 8 garçons présentant un TSA</p> <p>Âge : 3 à 13 ans</p> <p>Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACC - Thérapeute comportemental de niveau doctoral | <p>Objectif</p> <p>Évaluer l'utilisation de la vidéoconférence pour former des parents résidant à l'extérieur des États-Unis à réaliser des AF et implanter l'ECF</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet comportemental)</p> <ul style="list-style-type: none"> - AF/ECF - Rencontres : 1 h généralement 1 fois/semaine pour 6-22 semaines (parents à domicile ou à une clinique d'intervention précoce) | <p>Équipements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parents : iPad ou téléphone intelligent ou ordinateur de bureau ou ordinateur portable - Webcam <p>Intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur de bureau avec écran 86 cm <p>Logiciels/applications</p> <p>Vidyo (vidéoconférence)</p> | <p>Variable 1 : fidélité d'implantation (parent)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <p>Fidélité moyenne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - AF : 84-100 % - EFC : 91-100 % <p>Variable 2 : fonction du comportement (enfant)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fonction(s) identifiée(s) pour chacun des participants. <p>Variable 3 : comportements perturbateurs (enfant)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervention vs niveaux de base : Diminution initiale d'au moins 80 %, comportements perturbateurs demeurent faibles même lorsque les opportunités de demande de renforteur par l'enfant sont espacées par le parent. <p>Variable 4 : intentions de communication (enfant)</p> <p>Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fin de l'intervention vs niveaux de base : 11 participants sur 12 ont formulé un mand de manière autonome pendant au moins 90 % des opportunités recensées. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|---|--|---|--|
| <p>Auteurs Vismara et al. (2018)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Essai contrôlé randomisé</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 96 %</p> <p>Statut global efficacité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : partagé - Variable distale : non efficace | <p>Participants parents (n = 24)</p> <ul style="list-style-type: none"> - P-ESDM : n = 14 (11 mères, 3 pères) - Groupe de comparaison : n = 10 (8 mères, 2 pères) <p>Participants enfants (n = 24)</p> <ul style="list-style-type: none"> - P-ESDM : n = 14 enfants (3 filles, 11 garçons) présentant un TSA. Âge : M = 31,9 mois (É-T = 10,4) - Groupe de comparaison : n = 10 enfants (4 filles, 6 garçons) présentant un TSA. Âge : M = 27,20 mois (É-T = 7,9) <p>Intervenants</p> <p>Intervenants formés par le développeur du modèle ESDM</p> | <p>Objectif</p> <p>Comparer la façon dont 2 groupes de parents se sont engagés dans une formation en télésanté visant à augmenter leur utilisation d'un modèle d'intervention sans supervision en présentiel.</p> <p>Intervention (TP hybride – volet langage-communication)</p> <p>Formation des parents au <i>Parent training in the Early Start Denver Model</i> (P-ESDM)</p> <p>Groupe P-ESDM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 rencontre (1 h 30) en vidéoconférence/semaine pendant 12 semaines (parents à domicile); - Accès illimité à un site Web avec courriel interne, calendrier de planification, partage de médias, suivi des objectifs, babillard pour les parents, modules avec instructions textuelles, exemples vidéo, exercices pratiques et foire aux questions. Un centre de ressources contenant des liens vers des sites Web et des trousseaux d'outils était également disponible. | <p>Équipement</p> <p>Parents (2 groupes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable, tablette électronique ou ordinateur de bureau - Webcam <p>Intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune information <p>Logiciels/applications</p> <p>Parents du groupe P-ESDM :</p> <p>Site Internet (esdmanywhere.org), Citrix, GoToMeeting</p> | <p>Variable 1 : fidélité d'implantation (fidélité minimale ciblée : 4,00) (parent)</p> <p>Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : critère de fidélité d'implantation non rencontré; - Après le traitement : 5/14 parents P-ESDM ont atteint la cible de 4 ou plus; - Suivi – 3 mois postintervention : 4 parents P-ESDM supplémentaires (total de 9/14) ont atteint la cible de 4 ou plus. <p>Variable 2 : comportements de communication sociale (enfant)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer que la TP est non efficace.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucun effet de l'intervention. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|--|---|--|--|
| | | <p><u>Groupe de comparaison :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 rencontre (1 h 30 min) par vidéoconférence par mois; - Accès illimité au courrier électronique interne du site Web, au calendrier de planification, au partage de médias, au suivi des objectifs, au babillard des parents et aux ressources d'intervention non ESDM. | | |
| <p><u>Auteurs</u> Vismara et al. (2013)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis (7 dyades) et Canada (1 dyade)</p> <p><u>Devis</u> Devis à cas unique à niveaux de base multiples.</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> WWC : 67 %</p> <p><u>Statut global efficacité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : partagé - Variables distales : positif | <p><u>Participants parents (n = 8)</u> 7 mères, 1 père</p> <p><u>Participants enfants (n = 8)</u> 8 enfants présentant un TSA</p> <p>Âge : 18 à 45 mois</p> <p><u>Intervenants</u> 2 intervenants formés et supervisés par un des concepteurs du P-ESDM</p> | <p><u>Objectif</u> Utiliser un programme de TP consistant en une vidéoconférence en direct et un site Web autoguidé pour former, à domicile, des parents de jeunes enfants présentant un TSA.</p> <p><u>Intervention (TP hybride – volet langage-communication)</u> Le P-ESDM se concentre sur les moments d'apprentissage dans les interactions et activités quotidiennes qui composent la vie d'un jeune enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12 rencontres d'intervention (1 h 30 min) hebdomadaires par vidéoconférence (parents à domicile); - 3 rencontres mensuelles (1 h 30 min) de suivi en vidéoconférence; | <p><u>Équipement</u></p> <p>Parents</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable - Webcam <p>Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur de bureau - Webcam <p><u>Logiciels/applications</u></p> <p>Site Internet pour l'apprentissage autodirigé</p> | <p><u>Variable 1 : fidélité d'implantation (fidélité minimale ciblée : 4,00) (parent)</u></p> <p>Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 2,93 (É-T = 0,60). - Intervention : M = 3,86 (É-T = 0,51). 6 parents sur 8 ont atteint la cible de 4 ou plus. - Suivi : M = 4,15 (É-T = 0,51). 7 parents sur 8 ont obtenu au moins une mesure de fidélité de 4 ou plus. <p><u>Variable 2 : vocalisation et initiation de l'attention conjointe (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 2,97 (É-T = 1,83) pour les vocalisations et M = 1,67 (É-T = 1,07) pour l'initiation de l'attention conjointe; - Intervention : augmentation des vocalisations jusqu'à M = 3,60 (É-T = 2,51), initiation de l'attention conjointe stable M = 1,67 (É-T = 1,21); - Suivi : M = 4,14 (É-T = 2,04) pour les vocalisations et M = 2,16 (É-T = 1,34) pour les initiations d'attention conjointe. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|---|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Site Internet autodirigé (support aux pratiques d'intervention des parents). | | <p><u>Variable 3 : vocabulaire expressif et réceptif (enfant) – mesure rapportée par le parent au MacArthur Communicative Development Inventory</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : expressif M = 111,87 (É-T = 156,03) et réceptif M = 224,37 (É-T = 133,25); - Intervention : expressif M = 163,88 (É-T = 156,03) et réceptif M = 284,88 (É-T = 141,53); - Suivi : augmentation, expressif M = 213,88 (É-T = 155,08) et réceptif M = 314,88 (É-T = 94,16). |
| <p><u>Auteurs</u> Vismara et al. (2012)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis à cas unique à niveaux de base multiples</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> WWC : 79 %</p> <p><u>Statut global efficacité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Variable proximale : positif - Variables distales : positif | <p><u>Participant parents (n = 9)</u> 7 mères et 2 pères</p> <p><u>Participant enfants (n = 9)</u> 8 filles et 1 garçon présentant un TSA</p> <p>Âge : M = 28,89 mois (É-T = 7,64)</p> <p><u>Intervenant</u> 1 intervenant ayant reçu une formation/supervision pour le <i>Early Start Denver Model</i> (ESDM)</p> | <p><u>Objectif</u> Étudier une nouvelle approche pour offrir une intervention implantée par le parent à domicile et visant à soutenir les apprentissages parent-enfant.</p> <p><u>Intervention (TP hybride – volet langage-communication)</u> ESDM vise à stimuler le développement de jeunes enfants présentant un TSA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modules d'autoapprentissage disponibles sur DVD (environ 20 min/semaine) - 12 rencontres hebdomadaires (1 h) en vidéoconférence (parents à domicile) | <p><u>Équipements</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur de bureau ou ordinateur portable - Webcam <p><u>Logiciels/applications</u> Vidéoconférence</p> | <p><u>Variable 1 : fidélité d'implantation (fidélité minimale ciblée : 4,00) (parent)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 2,62 (É-T = 0,44) - Intervention : augmentation significative ($\chi^2 = 342.58$, $df = 1$, $p < .001$, $d = 4.62$) avec M = 6,41 semaines (É-T = 4,35) pour atteindre la cible de fidélité d'implantation ($\geq 4,00$) - Suivi : M = 4,29 (É-T = 0,26) <p><u>Variable 2 : attention et initiation selon le Mahoney Ratings of Child engagement (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <p>Attention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 2,46 (É-T = 0,51) - Suivi : M = 3,92 (É-T = 0,12) - Niveau de base vs suivi : augmentation significative ($\chi^2 = 158.42$, $df = 1$, $p < .001$, $d = 3.94$) <p>Initiation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : M = 2,15 (É-T = 0,50) - Suivi : M = 3,56 (É-T = 0,40) |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|
| | | | | <p>- Niveau de base vs suivi : augmentation significative ($\chi^2 = 145.34$, $df = 1$, $p < .001$, $d = 3.11$)</p> <p><u>Variable 3 : comportements de communication sociale (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <p>Énoncés verbaux fonctionnels spontanés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : $M = 3,44$ (É-T = 5,79) - Suivi : $M = 29,86$ (É-T = 15,95) - Augmentation globale significative dans le temps ($\chi^2 = 103.93$, $df = 1$, $p < .001$, $d = 2.20$) <p>Mots induits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : $M = 1,89$ (É-T = 2,71) - Suivi : $M = 14,57$ (É-T = 11,03) - Augmentation globale significative dans le temps ($\chi^2 = 30.03$, $df = 1$, $p < .001$, $d = 1.58$) <p>Imitation spontanée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : $M = 0,44$ (É-T = 0,53) - Suivi : $M = 6,57$ (É-T = 3,31) - Augmentation globale significative dans le temps ($\chi^2 = 27.66$, $df = 1$, $p < .001$, $d = 2.59$) |

Annexe III : Résultats d'efficacité – études n'ayant pas évalué la fidélité d'implantation par le parent

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|---|---|--|
| <p>Auteurs Bearss et al. (2018)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis préexpérimental de type avant-après avec groupe unique. Analyse comparative avec cibles prédéterminées selon les données d'une étude antérieure (benchmarking).</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 90 %</p> <p>Statut global efficacité Variables distales : partagé</p> | <p>Participants parents (n = 14) 1 mère et 13 pères (1 des 14 participants n'a pas complété l'étude, ses données ont été conservées pour l'analyse).</p> <p>Participants enfants (n = 14) 5 filles et 9 garçons présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) (50 % présentant également une déficience intellectuelle [DI]) Âge : Moyenne (M) = 5,8 ans (Écart-type (É-T) = 1,7)</p> <p>Intervenants - 1 interne au doctorat en psychologie - 1 stagiaire postdoctoral en psychologie - 2 psychologues agréés</p> | <p>Objectif Évaluer l'efficacité préliminaire du <i>Research Unit on Behavioral Interventions - Parent Training (RUBI-PT)</i> en lien avec l'amélioration des comportements perturbateurs.</p> <p>Intervention (télépratique (TP) hybride – volet comportemental) Le programme RUBI-PT, implanté auprès d'enfants présentant un TSA, vise à travailler les comportements perturbateurs et l'agressivité.</p> <p>Sur 16 semaines : - 11 séances (60-90 min) en TP (parents à un site régional de télésanté) - Jusqu'à 2 séances additionnelles (60-90 min) - 3 séances téléphoniques de rappel (généralisation et maintenance)</p> | <p>Équipements Aucune information</p> <p>Logiciels/applications Logiciel/application de vidéoconférence</p> | <p>Variable 1 : comportements perturbateurs (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. <i>Aberrant Behavior Checklist</i> – niveau de base à semaine 24 : améliorations statistiquement significatives rapportées par les parents aux 5 sous-échelles. - Moyenne des différences des moindres carrés : -1,57 à -11,42 ($p < 0.05$); - Taille d'effet moyenne à grande de 0.49 à 1.25 (différences moyennes standardisées).</p> <p>Variable 2 : non-respect des règles et/ou consignes dans les situations de tous les jours (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. <i>Home Situations Questionnaire – Autism Spectrum Disorder</i> - niveau de base à semaine 24 : améliorations statistiquement significatives rapportées par les parents. - Différences des moindres carrés par item : - 1,44 ($p < 0.001$); - Grande taille d'effet de 0,86 (différences moyennes standardisées).</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|--|---|---|--|
| | | | | <p><u>Variable 3 : comportements adaptatifs (enfant)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer que la TP est non efficace.</p> <p>- Vineland – niveau de base à semaine 24 : aucune amélioration statistiquement significative.</p> |
| <p><u>Auteurs</u> Hepburn et al. (2016)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Quasi expérimental</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> SQA : 63 %</p> <p><u>Statut global efficacité</u> Variable distale : positif</p> | <p><u>Participants parents (n = 33)</u> Groupe témoin sur liste d'attente (GT) n = 16 mères TP n = 17 mères</p> <p><u>Participants enfants (n = 33)</u> GT : 3 filles et 13 garçons présentant un TSA (1 participant présentant également une DI). Âge : M = 12,12 ans (É-T = 1,96) TP : 3 filles et 14 garçons présentant un TSA (2 participants présentant également une DI). Âge : M = 11,53 ans (É-T = 2,67)</p> <p><u>Intervenant</u> Psychologue postdoctoral agréé</p> | <p><u>Objectif</u> Étudier la faisabilité et l'efficacité préliminaire d'une intervention basée sur les données probantes portant sur l'anxiété chez les jeunes présentant un TSA dans une modalité en TP.</p> <p><u>Intervention (TP synchrone volet autres)</u> <i>Telehealth Facing Your Fears</i> : intervention de groupe de type cognitive-comportementale à l'intention des familles avec un jeune présentant un TSA et de l'anxiété.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rencontres de groupe pour 10 semaines, 1 h/semaine (parents à domicile); - 1 rencontre de rappel. | <p><u>Équipements</u> Parents : - Webcam ou caméra Flip - Casque avec microphone ou microphone intégré</p> <p>Intervenant : - Caméra</p> <p><u>Logiciels/applications</u> OoVoo (vidéoconférence)</p> | <p><u>Variable 1 : symptômes d'anxiété du jeune (rapporté par le parent)</u></p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <p>Différence statistiquement significative suite à l'intervention entre le groupe TP et le groupe de comparaison $F(1, 31) = 8.73; p = 0.006; \eta^2_{partiel} = .22$.</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|---|---|---|---|
| <p>Auteurs Kuravackel et al. (2018)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis de type quasi expérimental</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 88 %</p> <p>Statut global efficacité Variable distale : positif</p> | <p>Participant parents (n = 33) - GT : n = 10; - Présentiel : n = 13; - TP : n = 10 (4 des 10 participants n'ont pas complété l'étude, leurs données ont été conservées lors de l'analyse).</p> <p>Participants enfants (n = 33) 26 filles et 7 garçons présentant un TSA (GT : n = 10, présentiel : n = 13 et TP : n = 10) Âge : M = 8 ans et 2 mois</p> <p>Intervenants (P et TP) - 2 psychologues agréés - 1 étudiant doctoral en psychologie</p> | <p>Objectif Décrire les résultats de <i>COMPASS for Hope</i> (C-HOPE) pour les parents et les soignants d'enfants présentant un TSA.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet comportemental) C-HOPE favorise des changements positifs tels que la diminution des comportements perturbateurs chez les enfants, la diminution du stress parental et l'augmentation des compétences parentales.</p> <p>Présentiel ou TP (parents à la clinique) : 4 rencontres de groupe de 2 h et 4 rencontres individuelles de 1 h.</p> | <p>Équipements Aucune information</p> <p>Logiciels/applications Logiciel/application de vidéoconférence</p> | <p>Variable 1 : comportements perturbateurs (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <p>Prétraitement à post-traitement : en considérant tous les participants (n = 33), des gains statistiquement significatifs ont été rapportés par les parents.</p> <p>- Prétest : M = 133,48 (É-T = 29,32); - Posttest : M = 118,58 (É-T = 29,90); - Wald (1) = 14.08, p < .001, d = 0.18.</p> <p>Même intervention en présentiel vs TP : pas de différence statistiquement significative entre les modalités. Suggère une efficacité équivalente en présentiel et en TP.</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|--|--|---|
| <p>Auteurs Lindgren et al. (2020)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Essai contrôlé randomisé.</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 85 %</p> <p>Statut global efficacité Variables distales : positif</p> | <p>Participants parents Aucune information</p> <p>Participants enfants (n = 21 – groupe traité) 3 filles et 18 garçons présentant un TSA (13 présentant une DI) Âge : 29 à 83 mois</p> <p>Intervenants - Analystes du comportement - Stagiaires aux études supérieures</p> | <p>Objectif Évaluer l'efficacité de l'entraînement à la communication fonctionnelle (ECF) en TP pour le traitement des comportements perturbateurs chez de jeunes enfants présentant un TSA.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet comportemental) Analyse fonctionnelle (AF)/ECF 1 rencontre hebdomadaire de 1 h pendant 12 semaines (parents à domicile)</p> | <p>Équipements Aucune information</p> <p>Logiciels/applications Aucune information</p> | <p>Variable 1 : fonction du comportement (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Fonction(s) identifiée(s) pour chacun des participants.</p> <p>Variable 2 : comportements perturbateurs (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Niveau de base à fin du traitement : diminution, M = 98,48 % (É-T = 2,99); - Suivi (6 mois postintervention) : maintien des acquis.</p> <p>Variable 3 : mands (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Niveau de base à fin du traitement : augmentation, M = 83,10 %.</p> <p>Variable 4 : tâches complétées (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Niveau de base : M = 14,76 % (É-T = 24,08); - Fin du traitement : M = 97,22 % (É-T = 11,19).</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|--|--|---|
| <p>Auteurs Lindgren et al. (2016)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Analyse rétrospective de données provenant d'études réalisées entre 1996 et 2014.</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 63 %</p> <p>Statut global efficacité Variables distales : positif</p> | <p>Participant parents (n = 94) Parents et grands-parents.</p> <p>Participant enfants (n = 94) Groupe (Gr) 1 – thérapie à domicile : 13 filles et 31 garçons présentant un TSA ou un trouble du développement avec DI associée chez la plupart des enfants. Âge : 22 à 83 mois</p> <p>Gr 2 – TP en clinique : 1 fille et 19 garçons présentant un TSA (DI associée pour 50 % d'entre eux). Âge : 29 à 80 mois</p> <p>Gr 3 – TP à la maison : 5 filles et 25 garçons présentant un TSA (DI associée pour 50 % d'entre eux). Âge : 21 à 84 mois</p> <p>Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analystes du comportement - Étudiants diplômés de niveau avancé | <p>Objectif Comparer les résultats comportementaux d'une formation offerte aux parents d'enfants présentant un TSA via 3 modalités différentes.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet comportemental)</p> <p>AF :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gr 1 : 2-10 rencontres (60 min) (présentiel) - Gr 2 : 4-9 rencontres (60 min) (TP, parents à la clinique) - Gr 3 : 2-11 rencontres (60 min) (TP, parents à domicile) <p>ECF - Rencontres hebdomadaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gr 1 : 3-39 rencontres (60 min) (présentiel) - Gr 2 : 4-18 rencontres (60 min) (TP, parents à la clinique) - Gr 3 : 2-23 rencontres (60 min) (TP, parents à domicile) | <p>Équipements</p> <p>Parents - Gr 3 (prêt au besoin) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable Windows - Webcam <p>Intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur de bureau Windows - Moniteur vidéo - Webcam - Écouteurs <p>Logiciels/applications</p> <p>Logiciel de vidéoconférence (Gr 2 non spécifié, Gr 3 Skype)</p> | <p>Variable 1 : fonction du comportement (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. - Fonction(s) identifiée(s) pour chacun des participants.</p> <p>Variable 2 : comportements perturbateurs (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. Niveau de base vs fin de l'ECF : réduction de >90 % pour tous les groupes : - Gr 1 : M = 95,76 % (É-T = 8,91); - Gr 2 : M = 91,00 % (É-T = 13,66); - Gr 3 : M = 97,27 % (É-T = 6,00). Même intervention en présentiel vs TP : pas de différence significative entre les 3 modalités de services. Suggère une efficacité équivalente en présentiel et en TP.</p> <p>Variable 3 : mands (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. Niveau de base vs fin de l'ECF : Augmentation pour gr 2 et 3 (non évaluée pour le gr1) : - Gr 2 : M = 78,42 % (É-T = 25,53); - Gr 3 : M = 76,67 % (É-T = 27,48). TP à domicile vs TP en clinique : pas de différence significative entre les modalités de service.</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|---|---|--|
| | | | | <p>Variable 4 : exécution de la tâche (enfant)</p> <p>Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <p>Niveau de base vs fin de l'ECF : augmentation pour les gr 2 et 3 (non évaluée pour le gr 1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gr 2 : M = 51,53 % (É-T = 30,89); - Gr 3 : M = 61,15 % (É-T = 34,81). <p>TP à domicile vs TP en clinique : pas de différence significative entre les modalités de service.</p> |
| <p>Auteurs Little et al. (2018)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis préexpérimental de type avant – après avec groupe unique.</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 91 %</p> <p>Statut global efficacité Variable distale : partagé</p> | <p>Participants parents (n = 34) 17 pères et 17 mères provenant de 17 familles</p> <p>Participants enfants (n = 18) 18 enfants (4 filles et 14 garçons) provenant de 17 familles, tous présentant un TSA</p> <p>Âge : M = 47,12 mois (É-T = 15,08)</p> <p>Intervenant Ergothérapeute</p> | <p>Objectif Étudier dans quelle mesure l'<i>Occupation-Based Coaching</i>, offert en TP pendant 12 semaines, est efficace pour moduler le sentiment de compétence des proches et la participation des enfants.</p> <p>Intervention (TP synchrone volet autres) L'<i>Occupation-Based Coaching</i> implique directement le proche dans la conception de stratégies visant à augmenter la participation de l'enfant aux activités quotidiennes dans divers contextes naturels.</p> <p>Durée : 12 semaines (ne spécifie pas où se trouvent les parents).</p> | <p>Équipements Parents : - Ordinateur, tablette ou téléphone intelligent</p> <p>Intervenant : - Aucune information</p> <p>Logiciels/applications Zoom (vidéoconférence)</p> | <p>Variable 1 : Participation (enfant)</p> <p>Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <p><i>Assessment of Preschool Children's Participation</i> – augmentation significative pour 4 sous-échelles sur 10 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fréquence de participation aux activités : t = -2.23, p < .05, d = 0.41; - Diversité des activités dans lesquelles l'enfant s'engage : t = -3.11, p < .01, d = 0.25); - Fréquence des activités de jeu : t = -3.21, p < .01, d = 0.44); - Diversité dans le développement des habiletés : t = -2.85, p < .05, d = 0.36). <p><i>Canadian Occupational Performance Measure– Second Edition</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation significative du rendement occupationnel (p < .001) avec une augmentation moyenne sur l'échelle de cotation de 2,71 (É-T = 1,36); <p><i>Goal attainment scaling</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmentation significative dans l'atteinte des objectifs (p < .001) avec une augmentation moyenne de 1,65 (É-T = 0,83). |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|--|--|--|--|
| <p>Auteurs McDuffie et al. (2018)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Essai randomisé de petite taille</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 77 %</p> <p>Statut global efficacité Variables distales : positif</p> | <p>Participants parents (n = 10) 10 mères</p> <p>Participants enfants (n = 10) 10 garçons présentant un syndrome de l'X fragile (9 présentant également un TSA)</p> <p>Âge : M = 13,92 ans (É.T. = 2,26)</p> <p>Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyste certifié du comportement (ACC) - Orthophoniste agréé | <p>Objectif Améliorer le langage oral de garçons présentant un syndrome l'X fragile en enseignant à leurs mères à fournir un modèle langagier avancé et des indices pour susciter la réponse de l'enfant dans le cadre d'une conversation partagée.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet langage-communication) Lecture partagée - durée de l'intervention : 12 semaines.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevue d'évaluation fonctionnelle (1 rencontre de 1 h + 2 h de formation sur les stratégies de soutien comportemental); - 2 rencontres de formation (1 h); - Rencontres hebdomadaires de supervision; - Devoir hebdomadaire à réaliser de manière autonome; - Rencontres d'observation hebdomadaires; - Parents à domicile pour l'ensemble des rencontres. | <p>Équipements</p> <p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable MacBook Air ou iPad Air - Oreillette Bluetooth - Webcam iSight <p>Intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable MacBook Pro - Webcam iSight <p>Logiciels/applications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skype (vidéoconférence) - Dropbox (partage de fichiers) | <p>Variable 1 : énoncés liés à l'histoire (enfant) Résultats : tendent à démontrer efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postintervention vs préintervention : augmentation significative de la fréquence, $t(9) = -8.21, p = .001, d = -3.12$; - Généralisation – autre lieu avec la mère : différence significative de la fréquence postintervention vs préintervention; - Généralisation – autre lieu avec un intervenant non familial : aucun effet significatif. <p>Variable 2 : diversité lexicale (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postintervention vs préintervention : différence significative dans le nombre de mots différents (NMD) produits par les participants $t(9) = -7.45, p = .001, d = -2.57$; - Généralisation – autre lieu avec la mère : différence significative préintervention vs postintervention dans le NMD produit par les participants $t(9) = -4.53, p < .001, d = -1.85$; - Généralisation – autre lieu avec un intervenant non familial : aucun effet significatif. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|---|---|---|---|
| <p>Auteurs McDuffie, Machalicek et al. (2016)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis à cas unique à niveaux de base multiples (avec tests) entre les participants.</p> <p>Qualité méthodologique WWC : 80 %</p> <p>Statut global efficacité Variables distales : partagé</p> | <p>Participants parents (n = 3) 3 mères biologiques</p> <p>Participants enfants (n = 3) 3 garçons présentant un syndrome de l’X fragile</p> <p>Âge : 10 ans et 10 mois à 11 ans et 7 mois</p> <p>Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orthophoniste - ACC | <p>Objectif Déterminer si l’intervention augmente la fréquence de production d’énoncés, l’utilisation parentale des stratégies d’intervention ciblées, la diversification du vocabulaire et la complexification grammaticale.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet langage-communication) Lecture partagée visant à optimiser les opportunités d’apprentissage du langage chez les garçons présentant un syndrome de l’X fragile. Elle fournit un contexte favorable dans lequel le parent peut s’engager dans un échange verbal soutenu (tour de rôle) à propos d’un sujet commun.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 rencontres de formation (45 min); - 12 rencontres hebdomadaires de supervision et de rétroaction; - Devoir hebdomadaire à réaliser de manière autonome; - Rencontres d’observation hebdomadaires; | <p>Équipements</p> <p>Parents (prêt) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable 1100 MacBook Air et iPad Air 16GB et 9,7” - Écouteurs Plantronics M165 Marque 2 Ultralight Bluetooth - Caméra iSight <p>Intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable 13.3” MacBook Pro - Webcam Sight <p>Logiciels/applications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skype (vidéoconférence) - eCamm (enregistrement des appels) - Dropbox (partage de fichiers) - Photobooth | <p>Variable 1 : énoncés liés à l’histoire (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base vs intervention : augmentation pour les 3 dyades. <p>Variable 2 : diversité lexicale (enfant) Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base vs intervention : augmentation du NMD pour les 3 participants lors des devoirs et rencontres d’observation. <p>Variable 3 : complexité grammaticale (enfant) Résultats : résultats d’efficacité de TP partagés.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base vs intervention : augmentation de la longueur moyenne des énoncés (LMÉ) pour 2 participants sur 3. <p>Généralisation – diversité lexicale et complexité grammaticale (enfants)</p> <p>Postintervention vs niveau de base – autre lieu avec la mère :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sam et Jay : augmentation du nombre total de mots, nombre total d’énoncés NMD et LMÉ; - Allan : augmentation du nombre total de mots et du nombre total d’énoncés. Par contre, légère augmentation quant au NMD et à la LMÉ. <p>Postintervention vs niveau de base – autre lieu avec un intervenant non familial :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allan et Sam : augmentation du nombre total de mots, nombre total d’énoncés, NMD et LMÉ; - Jay : échantillon postintervention près de 3 min plus court qu’au niveau de base |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|--|---|--|--|
| | | - Lieu non spécifié pour l'ensemble des rencontres. | | menant à un nombre total d'énoncés, un nombre total de mots et un NMD plus faible. LMÉ constante. |
| <p>Auteurs McDuffie et al. (2013)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Quasi expérimental</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 69 %</p> <p>Statut global efficacité Variable distale : partagé</p> | <p>Participant parents (n = 8) 8 mères</p> <p>Participants enfants (n = 8) 4 filles et 4 garçons présentant un TSA. Âge : 2 ans 3 mois à 5 ans 9 mois</p> <p>Intervenants - Orthophoniste - Clinicien en orthophonie de niveau gradué</p> | <p>Objectif Recueillir des données préliminaires sur l'efficacité d'une intervention langagière naturaliste implantée par le parent et combinant des rencontres de formation/supervision en présentiel et à distance.</p> <p>Intervention (TP hybride – volet langage-communication) Intervention langagière naturaliste 16 rencontres sur une période de 4 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 rencontres de formation/supervision en présentiel (90 min) (1/mois, soit semaines 1, 5, 9, 13); - 12 rencontres hebdomadaires de supervision à distance, soit semaines 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16 (parents à domicile). | <p>Équipements Parents (prêt) : - Ordinateur portable SuperDrive MacBook - Caméra External Logitech QuickCam Pro 9000</p> <p>Intervenants : - Ordinateur portable SuperDrive MacBook - Webcam iSight</p> <p>Logiciels/applications - Skype (vidéoconférence) - eCamm (enregistrement des appels)</p> | <p>Variable 1 : actes de communication induits (enfant) Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <p>Fréquences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base et 4 premières semaines d'intervention : faible ou à zéro sauf pour l'enfant de la dyade 1. M = 0,97, range = 0–8; - Après la 2^e rencontre de formation/supervision en présentiel (semaine 5) : augmentation vs niveau de base sauf pour l'enfant de la dyade 2. M = 11,5, range = 0–27); - Pour les 11 rencontres d'intervention suivantes : diminution. M = 8,98 (0–28). |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|--|--|--|--|
| <p>Auteurs McDuffie, Oakes et al. (2016)</p> <p>Pays États-Unis ($n = 5$) et Canada ($n = 1$)</p> <p>Devis Devis à cas unique non concomitant à niveaux de base multiples</p> <p>Qualité méthodologique WWC : 92 %</p> <p>Statut global efficacité Variables distales : partagé</p> | <p>Participant parents ($n = 6$) 6 mères</p> <p>Participants enfants ($n = 6$) 6 garçons présentant un syndrome de l’X fragile Âge : 27 à 43 mois</p> <p>Intervenants - Orthophoniste - Orthophoniste de niveau maîtrise complétant un internat</p> | <p>Objectif Recueillir des données préliminaires sur l’efficacité d’une intervention langagière naturaliste destinée à de jeunes garçons présentant un syndrome de l’X fragile ayant comme objectif d’augmenter la réactivité verbale du parent.</p> <p>Évaluer l’efficacité de combiner des rencontres de formation/supervision en présentiel et des rencontres de supervision à distance destinées aux parents.</p> <p>Intervention (TP hybride – volet langage-communication) Intervention langagière précoce et naturaliste implantée par le parent – habiletés travaillées à travers le jeu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 rencontres de formation/supervision en présentiel de 90 min (1 fois par mois, soit semaines 1, 5, 9, 13); - 12 rencontres hebdomadaires de supervision à distance, soit semaines 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16 (parents à domicile). | <p>Équipements Parents (prêt) : - Ordinateur portable MacBook - Caméra External Logitech QuickCam Pro 9000</p> <p>Intervenants : - Ordinateur portable MacBook - Webcam iSight</p> <p>Logiciels/applications Skype (vidéoconférence)</p> | <p>Variable 1 : communication par l’enfant guidée par le parent (enfant) Résultats : résultats d’efficacité de TP partagés. Fréquences : - Niveau de base : $M = 0,08$ (0-4); - Intervention : $M = 2,86$ (0-12); - Taille d’effet (pourcentage de non-chevauchement entre les données (PND)) : 87 % (effet modéré); - 3 mois postintervention : comparable à l’intervention sauf pour les dyades 2, 3 et 6 qui présentent des valeurs près de 0 ou à 0.</p> <p>Variable 2 : actes de communication spontanés (enfant) Résultats : résultats d’efficacité de TP partagés. Fréquences : - Niveau de base : $M = 2,51$ (0-9); - Intervention : $M = 4,24$ (0-18); - Taille d’effet (PND) : 72 %, 70 % et 79 %, respectivement, pour les dyades 2, 4 et 5 (effet modéré). 64 % et 67 %, respectivement, pour les dyades 1 et 6 (effet faible). Index de 0,55 pour la dyade 3 (chevauchement presque complet entre les données au niveau de base et celles de l’intervention).</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|--|--|---|---|
| <p>Auteurs Pennefather et al. (2018)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis préexpérimental de type avant-après avec groupe unique</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 86 %</p> <p>Statut global efficacité Variable distale : partagé</p> | <p>Participants parents (n = 16) Aucune information</p> <p>Participants enfants (n = 16) 4 filles et 12 garçons présentant un TSA Âge : 4 à 8 ans</p> <p>Intervenants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychologue clinicien de niveau doctoral - Étudiant diplômé spécialisé en intervention précoce | <p>Objectif Évaluer la faisabilité, l'utilité et l'acceptabilité du projet pilote <i>Autism Parent Training (APT)</i>.</p> <p>Intervention (TP synchrone – volet comportemental) APT est un programme qui combine l'AAC intégré à la routine familiale avec l'<i>Acceptance and Commitment Training (ACT)</i> et l'<i>Optimism Training (OT)</i>.</p> <p>1 rencontre hebdomadaire de groupe (90 min) pendant 3 semaines (lieu non spécifié).</p> | <p>Équipements</p> <p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur - Webcam - Microphone <p>Intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aucune information <p>Logiciels/applications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Google+ Community (site avec contenu vidéo et audio, fiches interactives et liens vers ressources en AAC, ACT, et OT) - Google+ Hangouts (vidéoconférence) | <p>Variable 1 : comportements perturbateurs (enfant)</p> <p>Résultats : résultats d'efficacité de TP partagés.</p> <p><i>Strengths and Difficulties Questionnaire–Parent Report</i> - 2 échelles sur 5 démontrent une différence statistiquement significative :</p> <p>Hyperactivité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préintervention : M = 8,8 (É-T = 1,6) - Postintervention : M = 7,6 (É-T = 1,9) - Cohen : t = 2.95 (p < 0.01), d = 0.74 (taille d'effet moyenne) <p>Prosocial :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préintervention : M = 3,3 (É-T = 1,7) - Postintervention : M = 4,3 (É-T = 2,3) - Cohen : t = -3.44 (p < 0.01), d = 0.86 (taille d'effet élevée) |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|---|---|--|--|--|
| <p><u>Auteurs</u> Suess et al. (2020)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> AF : devis à cas unique avec alternance de traitements ECF sous 3 contextes : devis à cas unique à niveaux de base multiples non concomitants entre les participants ECF en contexte de traitement : devis à cas unique de type ABAB</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> WWC : 67 %</p> <p><u>Statut global efficacité</u> Variables distales : partagé</p> | <p><u>Participants parents</u> Aucune information</p> <p><u>Participants enfants (n = 4)</u> 4 garçons présentant un TSA. Âge : 3 ans et 7 mois à 6 ans et 11 mois</p> <p><u>Intervenant</u> Consultant comportemental</p> | <p><u>Objectif</u> Évaluer l'efficacité d'un ECF utilisé dans différents contextes ainsi que des stratégies de généralisation visant à réduire les effets de rémanence du renforcement différentiel employé pour traiter les comportements perturbateurs.</p> <p><u>Intervention (TP synchrone – volet comportemental)</u> AF/ECF Rencontres hebdomadaires de 1 h (parents à domicile)</p> | <p><u>Équipements</u> Parents : (prêt au besoin) - Ordinateur portable Windows - Webcam Intervenant : - Ordinateur de bureau Windows - Webcam - Écouteurs</p> <p><u>Logiciels/applications</u> Skype</p> | <p><u>Variable 1 : fonction du comportement (enfant)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP - Fonction(s) identifiée(s) pour chacun des participants.</p> <p><u>Variable 2 : comportements perturbateurs (enfant)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP Tous les participants ont satisfait le critère de réduction de 90 %, et ce, en 39,8 sessions d'ECF en moyenne (incluant les contextes alternatifs et le contexte de traitement). 3 dernières sessions d'extinction (résurgence) postintervention vs niveau de base – réduction : - Cade : 100 % - Derrick : 97,7 % - Scott : 98 % - Mark : 95,4 %</p> <p><u>Variable 3 : mands (enfant)</u> Résultats : résultats partagés concernant l'efficacité de la TP. Généralisation (ECF en contextes alternatifs vs ECF en contexte de traitement) : - Niveau de base : pourcentage moyen de mands autonomes bas pour l'ensemble des participants à l'exception de Cade; - ECF en contextes alternatifs : augmentation pour tous les participants; - ECF en contexte de traitement : Derrick, Scott et Mark ont formulé un mand pendant 100 % des opportunités recensées, ce qui suggère la présence de généralisation lorsqu'un changement survient dans le contexte de traitement. Par contre, les mands ont légèrement diminuées pour Cade qui n'a</p> |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--------|------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| | | | | <p>pas toujours formulé de mand lorsque l'opportunité se présentait.</p> <p>Résurgence (conditions d'extinction postintervention) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution des mands pour l'ensemble des participants comparativement à l'intervention; - Par contre, en comparaison au niveau de base, le pourcentage moyen des mands était plus élevé pour Derrick, Scott, et Mark, mais plus bas pour Cade. <p><u>Variable 4 : exécution de tâches autonomes (enfant)</u></p> <p>Résultats : résultats partagés concernant l'efficacité de la TP.</p> <p>Généralisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de base : comparativement à l'AF, le pourcentage moyen demeure faible pour Cade, diminue pour Derrick et augmente légèrement pour Scott et Mark; - ECF en contextes alternatifs : augmentation du pourcentage moyen pour tous les participants au 3^e contexte alors que les participants sont dirigés vers des tâches neutres; - ECF en contexte de traitement : niveaux élevés pour Derrick, Scott et Mark, suggérant une généralisation. Diminution pour Cade suggérant absence de généralisation. <p>Résurgence (conditions d'extinction postintervention) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demeure élevée pour tous les participants lors des tests qui ont suivi l'intervention. |

| Études | Participants et intervenants | Objectifs et nature des interventions | Technologies et matériel | Variables dépendantes et résultats |
|--|--|--|---|---|
| <p><u>Auteurs</u> Suess et al. (2016)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> AF : devis à cas unique avec alternance de traitements ECF : devis à cas unique à niveaux de base multiples entre les enfants</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> WWC : 83 %</p> <p><u>Statut global efficacité</u> Variables distales : positif</p> | <p><u>Participants parents</u> Aucune information</p> <p><u>Participant enfants (n = 4)</u> 1 fille et 3 garçons présentant un TSA Âge : 2 ans et 5 mois à 5 ans et 9 mois</p> <p><u>Intervenants</u> 3 étudiants doctoraux</p> | <p><u>Objectif</u> Évaluer l'efficacité l'AF abrégée et l'ECF en TP.</p> <p><u>Intervention (TP synchrone – volet comportemental)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rencontre de groupe (parents) : 1 rencontre de 1 h (parents au centre régional de services en autisme) - AF : 1 rencontre de 1 h (parents au centre régional de services en autisme) - ECF : 3 rencontres de 15 min/semaine pendant 3 semaines (parents au centre régional de services en autisme) | <p><u>Équipements</u></p> <p>Parents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur portable - Webcam <p>Intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinateur de bureau Windows - Webcam - Écouteurs <p><u>Logiciels/applications</u> Skype</p> | <p><u>Variable 1 : fonction du comportement (enfant)</u> Résultats : tend à démontrer une efficacité de la TP. - Fonction(s) identifiée(s) pour chacun des participants.</p> <p><u>Variable 2 : comportements perturbateurs (enfant)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. Intervention vs niveau de base – réduction : - Bobby : 71,4 % - Dillon : 80,6 % - Isaiah : 56,3 % - Kim : 52,1 % Postintervention vs niveau de base : niveau significativement plus bas (<i>g</i> de Hedges = 1.31; <i>Z</i> = 3.15; <i>p</i> < .001)</p> <p><u>Variable 3 : mands autonomes (enfant)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. Intervention vs niveau de base – augmentation : - Bobby : 100 % - Dillon : 50 % - Isaiah : 100 % - Kim : 100 %</p> <p><u>Variable 4 : exécution de tâches autonomes (enfant)</u> Résultats : tendent à démontrer une efficacité de la TP. Intervention vs niveau de base – augmentation : - Bobby : 21 % - Dillon : 50 % - Isaiah : 26,3 % - Kim : 40 %</p> |

Annexe IV : Évaluation de la qualité méthodologique

| Étude | Grille d'évaluation de la qualité méthodologique employée ¹ | % critères rencontrés |
|---|--|-----------------------|
| Bearss et al. (2018) | SQA | 90 % |
| Benson et al. (2018) | WWC | 78 % |
| Boutain et al. (2020) | WWC | 67 % |
| Bullard et al. (2017) | WWC | 73 % |
| Gerow, Radhakrishnan, Davis et al. (2021) | WWC | 67 % |
| Gerow, Radhakrishnan, S Akers et al. (2021) | WWC | 72 % |
| Guðmundsdóttir et al. (2019) | WWC | 83 % |
| Hall et al. (2020) | SQA | 81 % |
| Hao et al. (2021) | SQA | 67 % |
| Heitzman-Powell et al. (2014) | SQA | 58 % |
| Hepburn et al. (2016) | SQA | 63 % |
| Kuravackel et al. (2018) | SQA | 88 % |
| Lindgren et al. (2020) | SQA | 85 % |
| Lindgren et al. (2016) | SQA | 63 % |
| Little et al. (2018) | SQA | 91 % |
| Machalicek et al. (2016) | WWC | 67 % |
| McDuffie et al. (2018) | SQA | 77 % |
| McDuffie, Machalicek et al. (2016) | WWC | 80 % |
| McDuffie et al. (2013) | SQA | 69 % |
| McDuffie, Oakes et al. (2016) | WWC | 92 % |
| Meadan et al. (2016) | WWC | 90 % |
| Pennefather et al. (2018) | SQA | 86 % |
| Pierson et al. (2021) | WWC | 87 % |
| Simacek et al. (2017) | WWC | 57 % |
| Suess et al. (2014) | WWC | 67 % |
| Suess et al. (2020) | WWC | 67 % |
| Suess et al. (2016) | WWC | 83 % |
| Tsami et al. (2019) | WWC | 83 % |
| Vismara et al. (2018) | SQA | 96 % |
| Vismara et al. (2013) | WWC | 67 % |
| Vismara et al. (2012) | WWC | 79 % |
| Médiane | - | 78 % |

% critères rencontrés = $\frac{(\text{Nombre de critères rencontrés} \times 2) + (\text{Nombre de critères rencontrés partiellement} \times 1)}{\text{Nombre total de critères appliqués} \times 2} \times 100$

¹ *Standard Quality Assessment (SQA)* – grille quantitative employée pour les devis de groupe (Kmet et al., 2004), *What Works Clearinghouse (WWC) handbook version 4.1*, employé pour les devis à cas unique (WWC, 2020)

Annexe V : Description des interventions répertoriées parmi le corpus de références

| Volet | Type d'intervention | Études utilisant ce type d'intervention |
|----------------|---|--|
| Comportemental | Analyse fonctionnelle (AF)/entraînement à la communication fonctionnelle (ECF) : techniques utilisées en analyse appliquée du comportement (AAC). L'AF précède généralement l'ECF et vise à déterminer les réponses de l'environnement (renforçateurs) contribuant au maintien de comportements perturbateurs. L'ECF vise, pour sa part, à apprendre des réponses communicatives appropriées permettant à l'individu d'avoir accès aux renforçateurs qui favorisaient initialement le maintien de comportements perturbateurs et ainsi réduire, voire cesser, la manifestation de ces comportements. | Gerow, Radhakrishnan, Davis et al. (2021) Hall et al. (2020) Lindgren et al. (2020) Lindgren et al. (2016) Simacek et al. (2017) Suess et al. (2014) Suess et al. (2016) Suess et al. (2020) Tsami et al. (2019) |
| | AF/ECF combinées à la modification de l'antécédent du comportement (MA) et au renforcement différentiel (RD) : la MA est une intervention visant à modifier le comportement de l'enfant en manipulant les conditions qui le précèdent. Le RD est une intervention qui a pour objectif de renforcer une forme de comportement (généralement une alternative appropriée), tandis qu'une autre forme de comportement (généralement un comportement problématique) est placée en extinction. | Machalicek et al. (2016) |
| | Autism Parent Training (APT) : formation qui vise à transmettre aux parents des connaissances en lien avec l'AAC. | Pennefather et al. (2018) |
| | COMPASS for Hope (C-HOPE) : basé sur le cadre <i>Collaborative Model for Promoting Competence and Success</i> , ce programme promeut la collaboration entre l'enfant et son parent. Il vise la diminution des comportements perturbateurs de l'enfant, la diminution du stress parental ainsi que l'augmentation du sentiment de compétence parentale. | Kuravackel et al. (2018) |
| | Évaluation descriptive structurée (ÉDS) combinée à l'AF et l'ECF : l'ÉDS comporte une stratégie via laquelle les antécédents fonctionnellement liés à un comportement perturbateur sont manipulés dans le but d'approfondir les évaluations descriptives. | Benson et al. (2018) |
| | Online and Applied System for Intervention Skills (OASIS) : programme alliant la recherche et la clinique en utilisant des techniques d'interventions d'AAC du comportement ayant fait l'objet d'une validation empirique. Les parents (ou tuteurs) de la personne ayant un diagnostic sont formés afin de mieux comprendre les meilleures pratiques à mettre en place, pour faire la promotion de l'indépendance et pour encourager la personne ayant le diagnostic à se conformer aux exigences de son milieu. Ils sont également formés afin d'être en mesure d'encourager la communication et d'enseigner des comportements adaptés en remplacement aux comportements perturbateurs. | Heitzman-Powell et al. (2014) |
| | Research Unit on Behavioral Interventions Parent Training (RUBI-PT) : le <i>Research Unit on Behavioral Interventions</i> , faisant partie d'un réseau de professionnels s'intéressant au TSA, a développé un programme de formation aux parents appuyé sur les principes de l'AAC. Ce programme vise à réduire, chez les enfants présentant un TSA, des comportements perturbateurs communs tels que les crises, les comportements non conformes aux attentes et l'agressivité. | Bearss et al. (2018) |

| | | |
|-----------------------|--|---|
| Langage-communication | Early Start Denver Model/ Parent Training in the Early Start Denver Model (ESDM/P-ESDM) : approche développementale et comportementale qui met l'accent sur l'apprentissage dans un contexte socio-émotionnel positif. Ce modèle préconise une intervention précoce et intensive. À travers le jeu et les activités partagées, l'enfant est encouragé à développer son langage ainsi que ses habiletés sociales et cognitives. Le modèle adapté aux parents (P-ESDM) s'appuie sur les mêmes principes, mais il met l'accent sur les opportunités d'apprentissage faisant partie des interactions quotidiennes et les activités faisant partie intégrante de la vie d'un jeune enfant. | Vismara et al. (2018) Vismara et al. (2013) Vismara et al. (2012) |
| | Internet-based Parent-implemented Communication Strategies (i-PiCS) : programme visant à soutenir le développement d'habiletés reliées à la communication sociale par l'intégration de stratégies d'enseignement naturaliste dans les routines à la maison et dans la communauté. | Meadan et al. (2016) |
| | Intervention langagière naturaliste : comprend des stratégies d'enseignement ciblées soutenant le développement de compétences reliées à la communication sociale. Ce type d'intervention vise à intégrer les compétences dans le cadre de routines quotidiennes à la maison et dans la communauté. | McDuffie et al. (2013) McDuffie, Oakes et al. (2016) |
| | Lecture partagée : intervention, dans le milieu de vie de l'enfant, visant l'amélioration du langage oral via la lecture partagée d'histoires. L'amélioration des aspects structurels du langage oral, comme le vocabulaire et la grammaire, est principalement ciblée. | Bullard et al. (2017) McDuffie, Machalicek et al. (2016) McDuffie et al. (2018) |
| | Procédures modifiées lecture dialogique : programme d'intervention mis en place par le département de l'Éducation du gouvernement américain qui vise à améliorer les habiletés langagières chez les enfants à besoins particuliers. | Pierson et al. (2021) |
| | Improving Parents as Communication Teachers (IMPACT) : programme visant à amener le parent à combiner des stratégies développementales et comportementales pour enseigner à l'enfant des habiletés de communication sociale. Il vise à promouvoir la participation sociale, le langage et le jeu en formant les parents à comprendre puis à appliquer les techniques d'intervention dans le milieu de vie de l'enfant. | Hao et al. (2021) |
| | Sunny Starts Teaching DANCE : programme communautaire de formation des parents utilisant des méthodes d'enseignement naturalistes visant à enseigner aux enfants des comportements significatifs (compétences de communication sociale et jeu). L'enseignement de ces comportements fait appel à des évaluations fréquentes des préférences, à des arrangements environnementaux et à la sensibilité parentale en lien avec les besoins/comportements de l'enfant. | Guðmundsdóttir et al. (2019) |
| Autres | Behavioral skills training (BST)-based : intervention basée sur le programme BST qui implique l'utilisation, par l'intervenant, de guidance verbale, de renforcement verbal, de répétition (ou jeu de rôle) et de rétroaction appliquée auprès du parent. Les objectifs d'intervention sont sélectionnés par le parent. | Boutain et al. (2020) Gerow, Radhakrishnan, S Akers et al. (2021) |
| | Occupation-based coaching : ce modèle vise à amener le parent à créer des stratégies pouvant augmenter l'implication/participation de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne, et ce, en contexte naturel. Ce modèle d'accompagnement, centré sur l'occupation, amène le parent à : 1) fixer des objectifs; 2) explorer les options pour les atteindre; 3) planifier les actions à entreprendre; 4) actualiser le plan mis en place; 5) vérifier le rendement obtenu; 6) généraliser les apprentissages. Les familles sont considérées comme les expertes de leur(s) enfant(s). | Little et al. (2018) |
| | Telehealth Facing your Fears : intervention psychosociale basée sur les données probantes. Thérapie de groupe (2-4 dyades parents/enfants) portant sur la gestion de l'anxiété chez les enfants autistes de haut niveau. Aborde les aspects de l'anxiété de séparation, de l'anxiété généralisée ainsi que des phobies spécifiques et sociales. Vise à outiller les dyades afin que les jeunes arrivent à réduire l'interférence de l'anxiété dans leur quotidien. | Hepburn et al. (2016) |



Crédit photo pixabay-finelightarts-1073638

Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme

Rattaché au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Partenaires :

- Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
- Université du Québec en Outaouais
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- Université de Sherbrooke

1025, rue Marguerite-Bourgeoys
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3T1
Téléphone : 819 376-3984
Ligne sans frais : 1 888 379-7732

www.institutditsa.ca
www.ciussmcq.ca

Pour nous suivre sur les médias sociaux  

Québec 

UQTR
Affilié à  Université du Québec
à Trois-Rivières