

les Collections

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



Crédit photo pexels-august-de-richelieu-4260325

Revue systématique

Mars 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

Par :

Sean Gayadeen

Nadia Loirdighi

Geneviève Pinard

Evelyne Robert Berger

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN DI ET TSA

Auteurs

Sean Gayadeen, M.A.P.,

Agent 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), IU DI-TSA

Nadia Loirdighi, Ph. D.,

APPR, DEURI, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Geneviève Pinard, M. Sc., erg.,

APPR, DEURI, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Evelyne Robert Berger, Ph. D. (c),

APPR, DEURI, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Collaborateurs principaux

Germain Couture, Ph. D.,

APPR, 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

Comité d'orientation

Alexandra Bernier,

Conseillère cadre, Direction DI-TSA-DP, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Marjolaine Bourque,

Psychoéducatrice, Direction DI-TSA-DP, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Sarah Duchaine-Ritchot,

Orthophoniste, Direction DI-TSA-DP, CISSS de l'Outaouais

Caroline Hamel, Ps. Ed.,

APPR, Direction DI-TSA-DP, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Arnela Kovac,

APPR, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Révision externe

Sylvie Beauchamp, Ph. D.

Chef de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, Direction des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Marc J. Lanovaz, Ph. D.

Professeur agrégé à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal, Chercheur de l'IU DI-TSA, Chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Révision et mise en page

Véronique Larouche,

Chef de service, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Claire Filimohahau,

Stagiaire en bureautique, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Anny Trépanier,

Agente administrative, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Révision finale et soutien à l'édition

Martine Thibeault

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

Sonia Dany

APPR, DEURI, SDIU, CIUSSS MCQ, IU DI-TSA

Il est recommandé de citer le document de cette façon :

GAYADEEN, Sean, Nadia LOIRDIGHI, Geneviève PINARD et Évelyne ROBERT-BERGER (2022) Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. *La télépratique comme modalité d'intervention adaptative ou innovante auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Revue systématique*. Trois-Rivières, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. 61 p.

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

Dépôt légal 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-550-91281-1

© Gouvernement du Québec (2022)

Table des matières

Liste des annexes	ii
Liste des tableaux	ii
Liste des figures	ii
Liste des abréviations et des sigles	iii
Sommaire	1
1. Problématique et contexte du projet	6
2. Modèle logique	7
3. Méthodes	9
3.1 Questions et critères de sélection des documents	9
3.2 Recherche documentaire et processus de sélection des documents	11
3.3 Évaluation de la qualité des documents	13
3.4 Extraction et traitement de l'information	13
4. Résultats	14
4.1 Présentation sommaire des références retenues	14
4.2 Réponses aux questions	14
4.2.1 Question décisionnelle (volet 1) : Est-ce que la télépratique permet de déterminer des objectifs d'intervention et de les évaluer?	14
4.2.2 Question décisionnelle (volet 2) : Est-ce que la télépratique permet d'utiliser des interventions qui favorisent l'atteinte de ces objectifs?	14
4.2.2.1 Études portant sur la télépratique en comparaison à l'intervention en présence	15
4.2.2.2 Études portant sur la télépratique sans comparateur	15
4.2.2.3 Faisabilité de la télépratique	16
4.2.3 Question 2 : Quelles sont les caractéristiques des participants aux recherches qui pourraient expliquer des résultats positifs, négatifs ou, le cas échéant, l'absence de résultats?	16
4.2.4 Question 3 : Quelles sont les caractéristiques de la télépratique qui favorisent l'efficacité des interventions (ex., particularités de la technologie, de la plateforme)?	17
4.2.5 Question 4 : Quels sont les gains d'efficacité qu'engendre la télépratique (ex., réduction des coûts, diminution des déplacements, meilleure accessibilité aux services, etc.)?	19
4.2.6 Question 5 : Quels sont les enjeux éthiques ou juridiques (dans ce dernier cas uniquement en contexte québécois ou canadien) soulevés par les chercheurs ayant mesuré des effets d'intervention en employant la télépratique?	20
4.2.6.1 Les enjeux éthiques associés à la prestation de service en TP	20
4.2.6.2 Les enjeux éthiques associés à l'iniquité d'accès aux services et aux pertes d'opportunités	21
4.2.7 Question 6 : Est-ce que les personnes ayant une DI ou un TSA sont satisfaites de leur expérience avec la télépratique?	22
4.2.8 Question 7 : Quels sont les enjeux d'adaptation pour le personnel?	23
4.2.9 Question 8 : Quels sont les facteurs qui favorisent l'adhésion des intervenants à l'utilisation de la télépratique auprès de cette population?	24
4.2.10 Question 9 : Est-ce que les intervenants sont satisfaits de leur expérience avec la télépratique?	25
4.2.11 Question 10 : Quels sont les enjeux d'adaptation à la TP pour les personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD et comment peut-on les surmonter?	25
4.2.11.1 Les enjeux de nature opérationnelle	25
4.2.11.2 Les enjeux de nature comportementale	25
4.2.11.3 Les stratégies associées à la sélection des personnes aptes à recevoir des services en TP	26
4.2.11.4 Les stratégies associées au choix et à la planification de l'intervention	26
4.2.11.5 Les stratégies en début et en cours d'intervention	27
5. Discussion	28
Conclusion	31
Bibliographie	32

Liste des annexes

Annexe 1 : Stratégie de recherche documentaire	35
Annexe 2 : Qualité méthodologique des études d'efficacité	40
Annexe 3 : Grille d'extraction	43
Annexe 4 : Vue d'ensemble des références retenues	44
Annexe 5 : Synthèse des études primaires.....	46

Liste des tableaux

Tableau 1 : Critères d'admissibilité des documents	10
Tableau 2 : Critères d'exclusion des documents.....	10
Tableau 3 : Sommaire des références admissibles au projet.....	11
Tableau 4 : Grilles d'évaluation de la qualité méthodologique	13
Tableau 5 : Les références complémentaires	45
Tableau 6 : Synthèse des études primaires (études d'efficacité).....	46
Tableau 7 : Synthèse des études primaires (études de faisabilité).....	57

Liste des figures

Figure 1 : Modèle logique élaboré d'interventions employant la télépratique	8
Figure 2 : Diagramme de sélection des références (PRISMA 2020)	12

Liste des abréviations et des sigles

AACODS	<i>Authority, accuracy, coverage, objectivity, date and significance</i> (grille d'évaluation de la qualité méthodologique de la littérature grise)
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CISSO	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
CIUSSSE – CHUS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
DI	Déficience intellectuelle
Dx	Diagnostic
PI	Plan d'intervention
PICOTS	Population, Intervention, Comparateur, <i>Timing</i> (durées d'interventions et moments des prises de mesure), <i>Setting</i> (milieu où se déroule l'intervention)
RGD	Retard global de développement
SQA	<i>Standard Quality Assessment Criteria</i> (grille d'évaluation de la qualité méthodologique des études quantitatives et qualitatives)
SPW	Syndrome de Prader-Will
TP	Télépratique (intervention en mode vidéo synchrone)
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
WWC	<i>What Works Clearinghouse</i> (grille d'évaluation de la qualité méthodologique des études à cas unique)

Sommaire

Cette synthèse exhaustive de la littérature scientifique vise à déterminer si la télépratique est une modalité d'intervention à considérer pour offrir des services d'adaptation ou de réadaptation à des personnes présentant un retard global du développement (RGD), une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Dans le cadre de ce projet, la télépratique (TP) correspond d'abord à une intervention à distance en mode synchrone à l'aide de la vidéoconférence entre un intervenant et un individu recevant des services. D'autres modalités technologiques peuvent accompagner l'emploi de la TP, mais cette dernière doit demeurer prépondérante.

Une stratégie de recherche documentaire a été effectuée dans 10 bases de données, 2 registres consignant des protocoles de recherche ainsi que sur différents sites Internet. Des 1894 références consultées, 26 références ont été retenues. Parmi celles-ci, se trouvent 5 études de faisabilité ou d'implantation, 11 études d'efficacité et 10 documents complémentaires. Ces documents offrent des réponses à dix questions d'évaluations ainsi qu'à la question décisionnelle suivante :

« Pour des personnes présentant un RGD, une DI ou un TSA, est-ce que l'emploi de la vidéo en mode synchrone (télépratique) permet de déterminer des objectifs d'intervention et de les évaluer ainsi que d'utiliser des interventions qui favorisent l'atteinte de ces objectifs? »

En ce qui a trait à la question décisionnelle, précisons tout d'abord qu'aucune étude n'a mentionné explicitement avoir déterminé des objectifs d'intervention par la télépratique. La plupart du temps, les chercheurs ont voulu vérifier l'effet d'une intervention en télépratique sur des variables préalablement déterminées (p. ex., apprentissage de nouvelles tâches domestiques) ou bien les études visaient l'atteinte d'objectifs inscrits à des plans d'intervention déjà existants. En ce qui concerne l'évaluation des objectifs d'intervention, les différents résultats obtenus auprès des participants aux études témoignent de la possibilité d'effectuer des évaluations lorsque les interventions sont menées en télépratique. Finalement, il apparaît que la télépratique comme modalité d'intervention n'engendre pas toujours les résultats positifs escomptés. Cette recension a également permis de trouver des éléments de réponses aux dix questions d'évaluation.

Faisabilité et acceptabilité de la télépratique

Cinq études concluent qu'il est faisable d'utiliser la télépratique pour offrir des services à distances aux personnes présentant une DI ou un TSA. La faisabilité peut s'observer par de faibles taux d'abandon ou de bons taux d'assiduité (Ptomey et collab., 2018a; Ptomey et collab., 2017) ou par l'observation d'un nombre limité de difficultés comportementales chez des enfants lors des séances à distance (Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017). Enfin, des intervenants estiment qu'il est possible de mener des interventions à distance (Johnsson, Kerlake et Crook, 2019).

Bien que faisable, l'acceptabilité de la télépratique semble toutefois plus nuancée. Par exemple, certains parents d'enfants ayant participé à l'étude disent préférer une formule hybride d'intervention qui combine l'intervention en présence et l'intervention à distance (Johnsson, Kerlake et Crook, 2019) ou, encore, des adultes qui présentent une DI mentionnent préférer recevoir des services de psychologie en présence plutôt qu'à distance (Rawlings et collab., 2021).

Efficacité ou atteinte des résultats souhaités

Parmi les onze études mesurant des effets d'interventions déployées à l'aide de la télépratique, sept études ont mesuré l'effet de la télépratique sans toutefois la comparer à une autre modalité d'intervention, tandis que les quatre autres études ont comparé la télépratique à l'intervention en personne. Dans six études, tous les participants ont atteint l'ensemble des résultats désirés lorsque l'intervention était

réalisée en TP, alors que les résultats sont mitigés dans cinq études (c.-à-d. que ce ne sont pas tous les participants qui ont atteint l'ensemble des résultats désirés). Une seule étude n'a pas réussi à démontrer que le programme d'activités physiques offert en télépratique a eu des résultats positifs sur différentes mesures cognitives (Ptomey et collab., 2018b). Aucune étude n'a rapporté d'effets indésirables associés à la télépratique.

Toutefois, il est important de mentionner que la qualité méthodologique des études composant le corpus est plutôt faible, ainsi il est impossible d'affirmer hors de tout doute que les résultats d'efficacité observés sont directement attribuables aux interventions offertes en télépratique. Il est possible que d'autres facteurs soient intervenus lors du déroulement des études sans que les chercheurs aient pu les contrôler. Il est donc préférable de demeurer prudent à l'égard des résultats d'efficacité présentés dans ce rapport. Des études supplémentaires et plus robustes sur le plan méthodologique sont requises.

Associer les caractéristiques des participants aux résultats observés

Parmi les participants aux recherches, aucune caractéristique particulière ne permet d'expliquer sans équivoque les variations dans les résultats observés. Toutefois, l'absence d'effets d'interventions se voit plus souvent chez les personnes âgées de moins de 11 ans. Dans le cadre d'études scientifiques, trois facteurs pourraient aider à améliorer l'efficacité des interventions offertes en télépratique pour ce groupe d'âge, mais cela doit encore être validé : a) recevoir des services d'intervention pendant le déroulement de la recherche, b) être familier avec la télépratique ou c) avoir déjà été exposé à l'intervention. Aucune étude d'efficacité n'a impliqué des adolescents. En comparaison, les interventions déployées en télépratique affichent des taux de réussite plus élevés chez les adultes, ce qui pourrait être expliqué par un facteur motivationnel (c.-à-d. que les résultats semblent plus probants chez les personnes déjà impliquées dans différentes activités sociales ou scolaires). Il s'agit d'une autre hypothèse qui doit, elle aussi, être validée scientifiquement.

Associer les caractéristiques technologiques aux résultats observés

Bien qu'il soit impossible d'établir des liens de causalité entre les technologies employées dans les études et l'efficacité des interventions, cette recension permet d'identifier des facteurs facilitant le bon déroulement de la télépratique. Boisvert (2013) suggère l'emploi :

- d'une caméra motorisée haute définition avec micro intégré, contrôle panoramique et zoom à distance afin d'obtenir des images plus nettes ainsi que différents points de vue;
- de haut-parleurs externes de bonne qualité, des casques d'écoute ou des oreillettes employant la technologie *Bluetooth*;
- d'un moniteur d'au moins 20 pouces, ou plus d'un moniteur.

L'ordinateur peut aussi être branché au téléviseur afin que les participants puissent mieux voir l'intervenant (Ptomey et collab., 2018b; Taber-Doughty et collab., 2010). D'ailleurs, les moniteurs pourraient être situés près de la zone d'activité afin qu'il soit plus facile de voir l'intervenant à distance, et il serait également souhaitable que les individus puissent contrôler le niveau du volume (Taber-Doughty et collab., 2010). Boisvert (2013) indique que le partage d'écran ainsi qu'une connexion Internet haute vitesse sont d'autres aspects susceptibles de contribuer au bon déroulement de la télépratique. Cette auteure propose également d'impliquer les services informatiques des établissements ainsi que d'identifier des personnes-ressources (p. ex. intervenants ou parents) qui seront sur place lors des interventions à distance afin de fournir une assistance technique au besoin.

Aussi, il est possible de contribuer au bon déroulement des rencontres en télépratique en préparant au préalable les personnes appelées à recevoir des services à distance. Par exemple, des chercheurs ont enseigné aux participants de leur étude comment utiliser l'équipement informatique, les applications et les logiciels ainsi que le matériel d'intervention qui se trouve chez eux (Brodhead et collab., 2019; Ptomey et collab., 2018a et 2018b). D'autres chercheurs ont procédé à une vérification de la technologie auprès

des participants afin de s'assurer de la compatibilité entre l'ordinateur, le logiciel de vidéoconférence et la caméra (Dimitropoulos et collab., 2021). Ils ont également établi des stratégies de positionnement de la caméra avec les proches afin d'obtenir une vue optimale.

Le niveau d'aisance des intervenants à travailler en télépratique est un autre élément à considérer au regard de l'efficacité de cette modalité d'intervention. Seulement trois études ont précisé la formation en télépratique qui a été offerte aux personnes ayant déployé les interventions : une formation de deux heures sur cette modalité (Boisvert, 2013), de la supervision clinique à distance (Pollard et collab., 2021) ou encore une formation spécifique sur les protocoles liés à la télépratique (Taber-Doughty et collab., 2010).

Gains d'efficacité associés à la télépratique

Pour les personnes présentant une DI ou un TSA ou leurs proches, la télépratique engendre des gains d'efficacité associés à l'élimination du temps et des coûts de déplacement (Ford et collab. 2021; Peterson et collab., 2017). Pour les prestataires de service, les gains d'efficacité concernent principalement la possibilité de créer des horaires de services plus flexibles (Kalvin et collab., 2021), d'offrir une meilleure couverture et une meilleure offre de service à la population (Pellegrino et DiGennaro Reed, 2020) ou encore de générer des économies en matière de déplacements et de coûts (Ford et collab., 2021). Il est noté que cette réduction du temps de voyage pourrait d'ailleurs être remplacée par des activités professionnelles plus rentables comme de la formation professionnelle (Simacek et collab., 2020).

Il est toutefois important de mentionner que les gains d'efficacité ne sont pas toujours au rendez-vous. Par exemple, des activités de mise en place de la télépratique ont d'abord nécessité plus de temps de gestion comparativement à l'offre de service en présence, pour ensuite revenir à un temps de gestion comparable à l'intervention en présence (Johnsson, Kerlake et Crook, 2019). Il arrive qu'il faille également prévoir plus de temps pour atteindre les cibles d'intervention en télépratique en comparaison à l'intervention en présence (Taber-Doughty et collab., 2010). Enfin, le matériel informatique peut parfois être encombrant ou difficile à assembler et à utiliser (Shea, 2014).

Enjeux juridiques et éthiques associés à la télépratique

Aucun enjeu de nature juridique propre au Québec ou au Canada n'a été repéré dans le corpus d'études. Des enjeux éthiques ont toutefois été soulevés en lien avec la prestation de service en télépratique. Ainsi, lorsqu'ils offrent des services en télépratique, les prestataires de services devraient : a) s'assurer que les services offerts à distance soient de qualité équivalente à ceux offerts en présence; b) obtenir le consentement éclairé des personnes pour des services à distance ou d'un proche si la situation l'exige; et c) mettre en place des procédures assurant la confidentialité du processus clinique (Boisvert et collab., 2012). À ce sujet, des lignes directrices peuvent aider à encadrer la télépratique ainsi qu'à promouvoir des pratiques professionnelles ouvertes, transparentes et réflexives (Quigley et collab., 2019).

De plus, des enjeux éthiques peuvent survenir lorsque des services spécialisés en télépratique ne sont pas offerts aux personnes présentant une DI ou un TSA, alors que ces services peuvent contribuer à atténuer des iniquités qui compromettent ou qui risquent de compromettre le développement de ces personnes. À ce sujet, la télépratique pourrait aider à atténuer trois situations pouvant compromettre le développement des personnes présentant une DI ou un TSA : les pénuries de cliniciens dans certains domaines, l'accès restreint aux services chez les personnes qui vivent en milieu rural ou dans des régions isolées et, enfin, l'assignation d'intervenants qui ne présentent pas toujours l'expertise nécessaire pour effectuer des évaluations ou des interventions auprès de cette clientèle spécialisée (différents auteurs cités par Boisvert, 2013).

Ajoutons que de ne pas offrir de services par la télépratique pourrait être perçu comme un refus d'accorder certaines opportunités aux personnes présentant une DI ou un TSA ou à leurs proches, alors que ces opportunités permettraient d'atteindre une meilleure équité (Perry, Beyer et Holm, 2009). Cela dit, tous ne pourraient bénéficier de la télépratique, car l'accès demeure problématique pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer les équipements informatiques ou les services Internet requis (Rodriguez, 2020). Enfin, chez des personnes qui profitent de la présence physique d'intervenants dans leur milieu de vie, il est possible de mettre en place des stratégies compensatoires pour atténuer les effets de l'isolement pouvant découler de l'implantation de services à distance, par exemple en soutenant les relations avec le voisinage, ou encore en facilitant la participation à des activités de loisir favorisant les contacts sociaux (Perry, Beyer et Holm, 2009).

Satisfaction à l'égard de la télépratique

a) Chez les personnes présentant une DI ou un TSA

Les adultes présentant une DI ou un TSA qui ont pris part aux recherches sont généralement satisfaits de leur expérience avec la télépratique. Dans une étude, les participants ont jugé l'intervention utile et la recommandent (Ford et collab., 2021). Ils ont même rapporté avoir eu du plaisir à participer à l'intervention et n'avoir éprouvé aucun stress. Des parents ont aussi rapporté que leur enfant a aimé l'intervention à laquelle il a participé, qu'il attendait avec impatience la prochaine séance et qu'il aimerait à nouveau participer à cette intervention en télépratique (Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017).

b) Chez les intervenants

Le corpus d'études ne rapporte pratiquement aucune information au sujet du niveau de satisfaction des intervenants à l'égard de la télépratique. Cela dit, une étude indique que les intervenants offrant des services en présence semblent accueillir la télépratique avec une certaine réticence, mais sans précisions supplémentaires (Taber-Doughty et collab., 2010).

Enjeux d'adaptation à l'égard de la télépratique

Des enjeux opérationnels et comportementaux touchent les personnes présentant une DI ou un TSA. Du côté des enjeux opérationnels, des participants ont éprouvé des difficultés à travailler avec le soutien offert à distance, mais les chercheurs n'ont pas précisé qu'elles ont été ces difficultés (Taber-Doughty et collab., 2010) et des enfants en détresse ont appelé à l'aide lorsque leur écran se figeait ou lorsque la connexion Internet était mauvaise (Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017). De plus, il est possible que des personnes recevant des services ne divulguent pas leurs limites auditives ou visuelles ou leur trouble du traitement de l'information sensorielle, ce qui peut affecter la communication entre les parties (Rawlings et collab., 2021). Ces mêmes auteurs ajoutent qu'il est également possible que ces personnes puissent mal interpréter les propos des intervenants en contexte de télépratique, si les équipements utilisés ne parviennent pas à capter les indices visuels ou non verbaux qui sont parfois nécessaires à la compréhension.

Différents comportements pouvant affecter le succès des interventions ont été observés chez des participants de certaines études. Par exemple, un non-respect des consignes ou encore des frustrations ou des contrariétés (Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017; Taber-Doughty et collab., 2010). De leur côté, Boisvert (2013) ainsi que Boisvert et ses collaborateurs (2012) ont observé que des enfants présentant un TSA ont manifesté plus de comportements problématiques lorsqu'ils sont retournés à la modalité en personne après avoir participé à une intervention en télépratique. Dimitropoulos et ses collaborateurs (2017) indiquent que certains facteurs contextuels comme l'approche de l'heure du repas, la fatigue occasionnée par d'autres activités quotidiennes pourraient être à l'origine des comportements plus difficiles qu'ils ont observés chez les enfants ayant un syndrome de Prader-Willi durant le déroulement de leur étude.

Enfin, des chercheurs présentent quelques stratégies qui pourraient aider à faciliter la prestation des activités cliniques en télépratique de manière générale. Ces stratégies peuvent être classées en trois catégories : la sélection des personnes aptes à recevoir des services en télépratique, le choix et la planification de l'intervention ainsi que les stratégies à utiliser en début et en cours d'intervention.

La télépratique présente aussi divers enjeux pour les praticiens, rendant ainsi le travail clinique plus difficile. Par exemple, il peut être plus difficile :

- d'entendre ou de reconnaître des sons émis par les participants lors d'une intervention en orthophonie (Boisvert, 2013);
- de travailler la motricité globale ou fine (Parmanto et collab., 2013, cités par Johnsson, Kerslake et Crook, 2019);
- d'interpréter des intentions ou le sens de certains propos lorsque la caméra n'arrive pas à capter des indices non verbaux (Payne et collab., 2020, cités par Kalvin et collab., 2021);
- de voir et de contrôler les sources de distraction en télépratique comparativement à l'intervention en présence (ex. : téléviseur allumé, membre de la famille qui fait irruption dans la pièce) (Rawlings et collab., 2021; Ferguson et collab., 2020).

D'autres enjeux touchent plus le développement de la pratique clinique autour de la télépratique, car l'intervention à distance requiert des compétences différentes de celles requises pour l'intervention en présence. De plus, la transition vers la télépratique exige considérablement de flexibilité chez les cliniciens, ainsi que chez les personnes recevant des services (Kalvin et collab., 2021). Ainsi, les établissements souhaitant déployer la télépratique devront veiller au développement des compétences et à la supervision de leur personnel clinique afin de favoriser leur indépendance (Pollard et collab., 2017, cités par Cox, Plavnick et Brodhead, 2020). Les établissements devront également s'assurer que les intervenants aient tout le matériel requis pour intervenir efficacement à distance (Pellegrino et DiGennaro Reed, 2020). Enfin, les questionnements à l'égard du rôle professionnel (ce qui peut se traduire par une crainte d'être remplacé par la technologie) pourraient constituer des enjeux psychologiques pour les intervenants (Taber-Doughty et collab., 2010).

Facteurs d'adhésion des intervenants à la télépratique

La formation semble être un élément important à considérer pour effectuer une transition efficace de l'intervention en présence vers la télépratique. De plus, le temps de préparation ainsi que le temps de pratique avant de démarrer la prestation de services en télépratique contribue à renforcer le niveau de confiance des intervenants (Johnsson, Kerslake et Crook, 2019). Ajoutons que l'adhésion des intervenants à la télépratique peut également être favorisée en mettant de l'avant certains bénéfices qui y sont associés, tels que l'amélioration de l'accès aux services ou la réduction du temps de déplacement. Notons également les nouvelles possibilités cliniques qu'offre la télépratique, comme par exemple de permettre aux enfants d'effectuer des apprentissages là où ils auront à utiliser leurs nouvelles habiletés ou la possibilité d'adapter les interventions en fonction des spécificités de chaque milieu : les intervenants pouvant désormais voir ce qui s'y passe, ils peuvent en apprendre davantage sur les personnes, leur famille et leur environnement (Johnsson, Bulkeley et Crowe, 2020; Peterson et collab., 2017). Enfin, l'implantation de la télépratique pourrait nécessiter la mise en place d'une gestion du changement reposant sur de solides mécanismes de communication et de rétroaction visant toutes les parties prenantes (Johnsson, Bulkeley et Crowe, 2020).

1. Problématique et contexte du projet

La pandémie de la COVID-19 et les mesures sanitaires qui en découlent ont mené à l'utilisation de modalités d'intervention alternatives telles que la vidéo en mode synchrone (ci-après nommée télépratique) afin de maintenir des services d'adaptation ou de réadaptation auprès de la population présentant un RGD, une DI ou un TSA.

Selon des membres du comité d'orientation de ce projet, cette modalité d'intervention semble généralement peu utilisée au Québec dans le secteur des services sociaux en DI-TSA. De plus, plusieurs intervenants se questionnent au sujet de la télépratique (p. ex. : Àuprès de qui? Pour quelles raisons? De quelle façon?). Ces derniers souhaitent ainsi être rassurés au regard de leurs interventions cliniques et soutenus pour développer leur sentiment de compétence à l'égard de cette modalité d'intervention afin de pouvoir l'utiliser avec confiance.

Cette synthèse exhaustive de la littérature scientifique cherche à déterminer si la télépratique est une option à considérer pour offrir des services d'adaptation ou de réadaptation à des personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD. Cela dit, les renseignements contenus dans cette recension pourraient soutenir la prise de décision de gestion ainsi que la réalisation de différents documents de référence tels que des arbres décisionnels, des guides de pratique ou des aide-mémoire permettant de soutenir les intervenants dans l'exercice de leur jugement clinique.

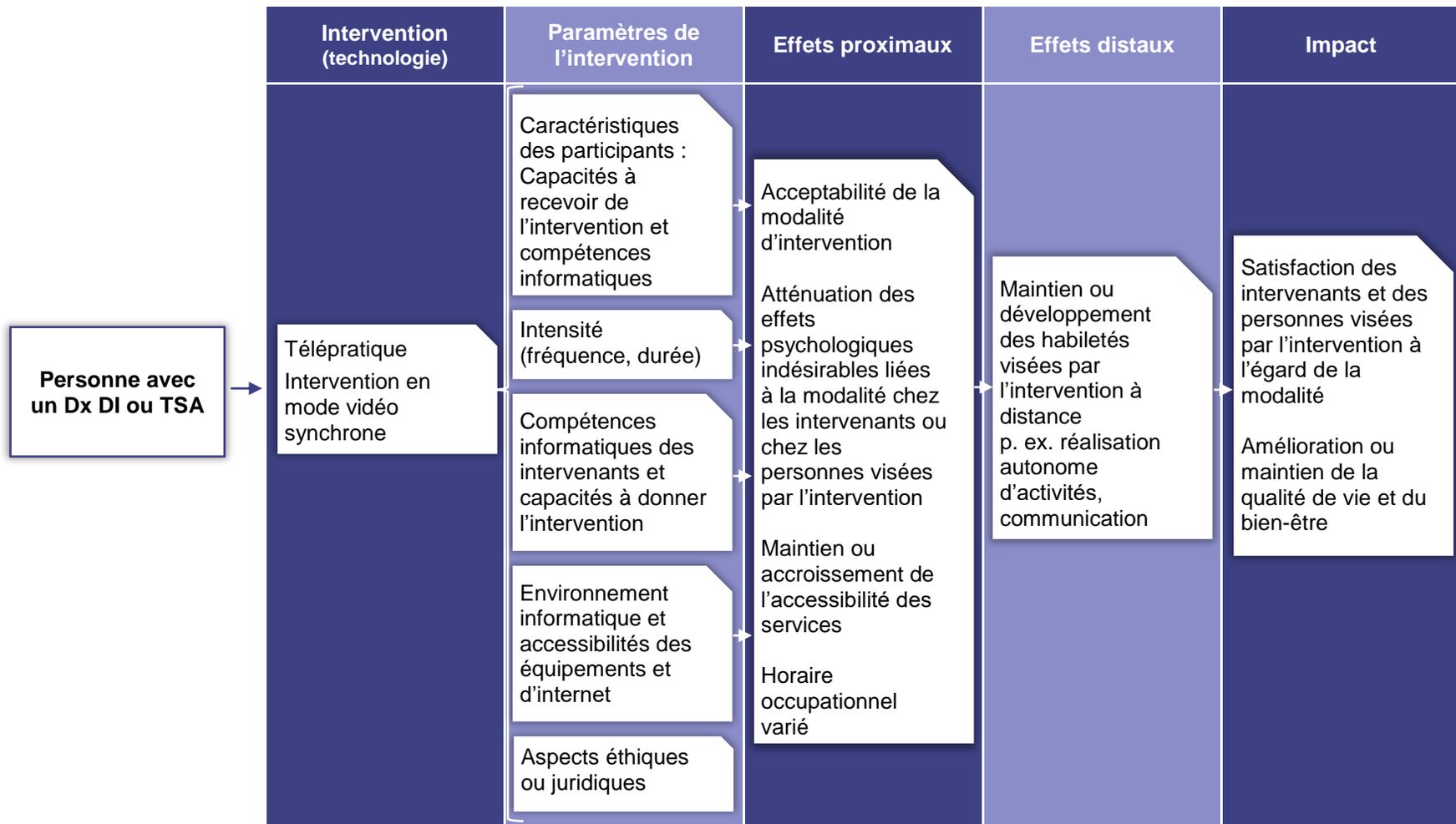
Un modèle logique lié à l'intervention en télépratique seront présentés. Ensuite, les méthodes présentent la question décisionnelle et les dix questions d'évaluation, les aspects touchant la sélection et l'évaluation des documents pertinents, ainsi que la procédure d'extraction de l'information dans les documents retenus. Enfin, la section des résultats présente succinctement les documents retenus puis les informations issues du corpus d'études pour répondre à chacune des questions d'évaluation.

2. Modèle logique

La figure 1 présente un modèle logique qui illustre les liens entre différents éléments associés à la population visée par ce projet, l'intervention, les modalités opérationnelles ainsi que les différents résultats possibles.¹ Cette figure présente également les paramètres qui peuvent influencer l'efficacité des interventions (p. ex. les caractéristiques des participants, l'intensité et la fréquence d'intervention, les compétences requises des intervenants). Les effets proximaux du modèle sont surtout opérationnels (p. ex. la capacité à donner et à recevoir l'intervention, l'acceptabilité de la modalité d'intervention). Les effets distaux sont surtout associés aux effets des interventions qui sont offertes en TP (p. ex. maintien ou développement des habiletés) ou bien au maintien de la qualité des services de manière générale. Ultimement, des impacts possibles pourraient être la satisfaction des intervenants ou des personnes visées par l'intervention à l'égard de la télépratique ou encore l'amélioration ou le maintien de la qualité de vie et du bien-être.

¹ Ce modèle logique a été validé par le comité d'orientation du projet.

Figure 1 : Modèle logique élaboré d'interventions employant la télépratique



3. Méthodes

3.1 Questions et critères de sélection des documents

Ce projet cherche à offrir une réponse à une question décisionnelle ainsi qu'à dix questions d'évaluation. Ces questions ont été formulées en mode itératif lors de rencontres avec les membres du comité d'orientation du projet, certains de ces membres représentant les gestionnaires de services du secteur DI-TSA-DP de leur établissement. La question décisionnelle est la suivante :

« Pour des personnes présentant un RGD, une DI ou un TSA, est-ce que l'emploi de la vidéo en mode synchrone (télépratique) permet de déterminer des objectifs d'intervention et de les évaluer ainsi que d'utiliser des interventions qui favorisent l'atteinte de ces objectifs? »

Les questions d'évaluations sont :

1. La télépratique est-elle une modalité d'intervention permettant de soutenir l'atteinte d'objectifs auprès de personnes ayant une DI, un TSA ou un RGD (p. ex. communication, comportements problématiques, habiletés sociales, symptômes d'anxiété)?
2. Quelles sont les caractéristiques des participants aux recherches qui pourraient expliquer des résultats positifs, 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. Quels sont les gains d'efficience qu'engendre la télépratique (p. ex. réduction des coûts, diminution des déplacements, meilleure accessibilité aux services, etc.)?
5. Quels sont les enjeux éthiques ou juridiques (dans ce dernier cas uniquement en contexte québécois ou canadien) soulevés par les chercheurs ayant mesuré des effets d'intervention en employant la télépratique?
6. Est-ce que les personnes ayant une DI ou un TSA sont satisfaites de leur expérience avec la télépratique?
7. Quels sont les enjeux d'adaptation pour le personnel offrant des services cliniques?
8. Quels sont les facteurs qui favorisent l'adhésion des intervenants à l'utilisation de la télépratique auprès de cette population?
9. Est-ce que les intervenants sont satisfaits de leur expérience avec la télépratique?
10. Quels sont les enjeux d'adaptation à la télépratique pour les personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD et comment peut-on les surmonter?

Pour répondre à ces questions, les documents ont été sélectionnés selon : a) les critères du PICOTS; b) la langue et l'année de publication; c) le type de document (tableau 1). Les documents qui ne satisfont pas aux critères de sélection précités et s'ils correspondent à l'une ou l'autre des situations décrites dans le tableau 2 ont été exclus.

Tableau 1 : Critères d'admissibilité des documents

Champs du PICOTS	Précisions
Population	Personnes avec un diagnostic de DI ou de TSA (incluant le retard global de développement ou RGD) ou en attente de diagnostic.
Intervention	Télépratique : intervention à distance en mode synchrone à l'aide de la vidéoconférence entre un intervenant et un individu recevant des services. D'autres modalités technologiques peuvent accompagner l'emploi de la TP, mais cette dernière doit demeurer prépondérante.
Comparateur	Intervention en présence (si ce comparateur apparaît dans la documentation scientifique).
Résultats d'intérêt (Outcomes)	Résultats cliniques variés (incluant l'atteinte des objectifs du plan d'intervention, ci-après nommé PI).
Moment de la mesure (Timing)	Selon ce qui sera rapporté dans les documents retenus.
Milieu ou environnement (Setting)	Selon ce qui sera rapporté dans les documents retenus.

Critères d'admissibilité des documents	
Langues	Anglais ou français
Années	2007-2021
Documentation	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).

Tableau 2 : Critères d'exclusion des documents

Intervention	Interventions combinant des modalités d'intervention à distance et dont la proportion de la TP est inconnue ou marginale (ex., des rencontres ponctuelles d'aide à la navigation pour des modules de formation en ligne).
Documentation	Articles primaires où il est impossible d'isoler les résultats des Dx d'intérêt de ceux ayant d'autres Dx. Des lettres ou des notes.
Interventions ou modalités d'intervention	Services ou suivis médicaux. Modalités de rappels ou de confirmation de rendez-vous.
Milieus d'intervention	Milieus institutionnels et résidences à assistance continue (RAC).

3.2 Recherche documentaire et processus de sélection des documents

La stratégie de recherche documentaire couvre les années 2007 à 2021. Elle a été effectuée dans 10 bases de données, 2 registres ainsi que sur différents sites Internet². Deux évaluateurs ont sélectionné les références admissibles de manière indépendante à partir des titres et des résumés des 1894 références identifiées (tableau 3). Par la suite, ces deux mêmes évaluateurs ont poursuivi leurs sélections à partir du texte intégral de 78 références et une troisième personne a arbitré les différends en cas de divergences. La figure 3 offre une vue d'ensemble du processus de sélection des documents. Il est à noter que la technique « boule de neige³ » a été effectuée uniquement dans les 11 revues systématiques identifiées initialement, mais qui n'ont pas été retenues pour ce projet. Cette méthode a permis d'identifier 17 références supplémentaires qui n'ont pas satisfait les critères du PICOTS et ont aussi été exclues.

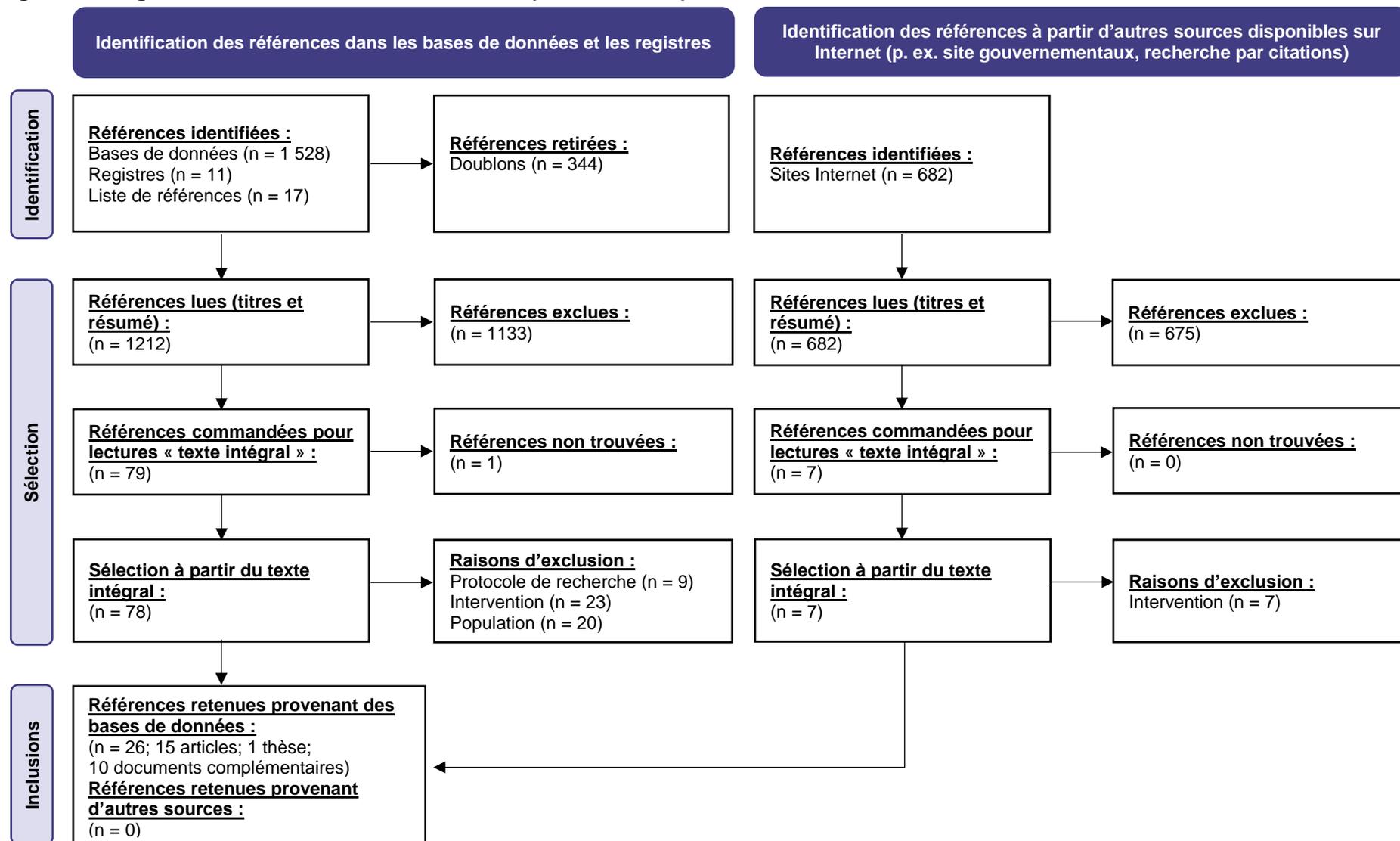
Tableau 3 : Sommaire des références admissibles au projet

Sources	n
PsycARTICLES et bases EBMR : ACP, CDSR, CMR, DARE, Clinical Answers	30
PsycINFO par Ovid	532
MEDLINE et bases EBMR : CCTR, HTA, NHSEED	396
CINAHL par EBSCOhost	306
ERIC.gov	275
Références avant dédoublement	1539
Doublons	340
Références après dédoublement	1195
Références technique « boule de neige »	17
Références provenant d'autres sites Internet	682
Nombre total de références consultées	1894

² La stratégie de recherche documentaire est consignée à l'annexe 1.

³ Cette technique implique de consulter la liste de références des articles retenus pour tenter de trouver des références supplémentaires.

Figure 2 : Diagramme de sélection des références (PRISMA 2020)



Adapté de : Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj

3.3 Évaluation de la qualité des documents

Deux personnes ont évalué de manière consensuelle les études cliniques retenues pour ce projet (quinze articles scientifiques et une thèse de doctorat) à l'aide de l'une ou l'autre de trois grilles d'évaluation, et ce, selon la nature du document et du type de devis méthodologique (tableau 4). Une troisième personne a arbitré les différends en cas de mésentente sur l'un ou l'autre des critères d'évaluation.⁴

Tableau 4 : Grilles d'évaluation de la qualité méthodologique

Devis	Nom de la grille
Études quantitatives de groupe	<i>Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields</i> – Grille quantitative (SQA) (Kmet, Lee, et Cook, 2004)
Études qualitatives	<i>Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields</i> – Grille qualitative (SQA) (Kmet, Lee, et Cook, 2004)
Devis à cas uniques	<i>What Works Clearinghouse. Standards for single-case designs.</i> (WWC) Version 4.1 (2017)
Littérature grise	AACODS (Tyndall, 2010; INESSS, 2017)

3.4 Extraction et traitement de l'information

Une grille d'extraction de l'information a été conçue pour y consigner les références bibliographiques ainsi que des informations pour chacune des dix questions d'évaluation.⁵ Une personne a extrait l'information dans chacune des 16 études primaires. Par la suite, une seconde personne a bonifié ce travail avec tout élément d'information qu'elle a jugé pertinent et qui n'avait pas été repéré par la première personne. Une seule personne a extrait l'information dans les dix documents complémentaires. Considérant l'hétérogénéité des documents retenus pour ce projet, la synthèse des résultats est présentée sous forme de revue narrative.

⁴ Des informations complémentaires au sujet de l'évaluation de la qualité méthodologique des études sont consignées à l'annexe 2. Ajoutons que la recherche documentaire dans les revues savantes a permis de trouver dix documents supplémentaires qui ne sont pas des études cliniques, mais qui ont tout de même été retenus parce qu'ils apportaient des éléments de réponse à certaines questions. Ces documents n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de la qualité méthodologique.

⁵ Cette grille est présentée à l'annexe 3.

4. Résultats

4.1 Présentation sommaire des références retenues

Cette recension repose sur 16 études primaires, incluant une thèse de doctorat. Quatorze études proviennent des États-Unis, une de l'Australie et une autre du Royaume-Uni. Ces études se présentent ainsi :

- Études mesurant les effets d'une intervention offerte en TP sur une variable dépendante (n = 11).
- Études de faisabilité (n = 3, incluant une étude de mesure de la validité sociale auprès de parents) ou d'implantation de la TP en milieu clinique (n = 2).

Huit études primaires impliquent la participation de 96 personnes présentant une DI (incluant 10 parents d'enfants présentant un SPW) et neuf études ont été menées auprès de 81 personnes présentant un TSA. Aucune étude ne porte sur des personnes ayant un RGD.⁶

4.2 Réponses aux questions

4.2.1 Question décisionnelle (volet 1) : Est-ce que la télépratique permet de déterminer des objectifs d'intervention et de les évaluer?

Aucune étude n'a mentionné explicitement avoir déterminé des objectifs via la TP avec les personnes présentant une DI ou un TSA. La plupart du temps, les chercheurs ont voulu vérifier l'effet d'une intervention en TP sur des variables préalablement déterminées (p. ex. l'apprentissage de nouvelles tâches), ou bien les études visaient l'atteinte d'objectifs de PI déjà existants. Cela dit, bien que cela n'ait pas fait l'objet d'étude au sein des articles recensés dans ce projet, il semble raisonnable de croire que des objectifs d'intervention pourraient être convenus à distance de concert avec les personnes présentant une DI ou un TSA, ou avec leurs proches.

En ce qui concerne le second volet de cette question, les différents résultats obtenus auprès des participants aux études témoignent de la possibilité d'évaluer des objectifs d'interventions lorsque celles-ci sont menées en TP. Plus concrètement, Boisvert (2013) a pris plusieurs mesures en lien avec les objectifs du PI des participants dans chaque condition de traitement (c.-à-d. durant les mesures de base, durant l'intervention en TP et durant l'intervention en présence) en utilisant une démarche d'évaluation systématique et structurée.

4.2.2 Question décisionnelle (volet 2) : Est-ce que la télépratique permet d'utiliser des interventions qui favorisent l'atteinte d'objectifs d'intervention?

Ce second volet correspond à la question d'évaluation 1 : La télépratique est-elle une modalité d'intervention permettant de soutenir l'atteinte des objectifs auprès de personnes ayant une DI, un TSA ou un RGD (ex., communication, comportements problématiques, habiletés sociales, symptômes d'anxiété)?

Le corpus comprend des études qui ont comparé l'efficacité clinique de la TP à l'intervention en présence, ainsi que des études ayant mesuré l'efficacité clinique de la TP sans effectuer de comparaison à une autre modalité d'intervention. Enfin certaines études traitent de la faisabilité de mener des interventions via la TP.⁷

⁶ L'annexe 4 présente un aperçu synoptique de l'état des lieux de la recherche sur la TP employée comme modalité d'intervention auprès des personnes présentant une DI ou un TSA.

⁷ Des informations plus détaillées de chaque étude sont présentées à l'annexe 5.

4.2.2.1 Études portant sur la télépratique en comparaison à l'intervention en présence

Quatre études du corpus ont comparé la TP à l'intervention en personne. Deux d'entre elles ont rapporté des résultats supérieurs avec la TP comparativement à l'intervention en présence. La première avait pour objectif d'enseigner à un enfant présentant un TSA comment raconter un événement ou un récit en utilisant des mots de transitions variés pour établir des séquences d'actions ou d'étapes (Boisvert et collab., 2012). La seconde étude a été menée auprès de quatre adultes présentant une DI (Taber-Doughty et collab., 2010). Dans cette étude, des intervenants réguliers étaient sur place ou offraient du soutien à distance via la TP. Les résultats de cette étude indiquent qu'un moins grand nombre d'incitations était requis pour réaliser de nouvelles tâches domestiques avec l'intervenant situé à distance en comparaison aux intervenants présents sur place. Autrement dit, les participants avaient besoin de moins de guidance en TP pour accomplir leurs tâches. Les tailles d'effets⁸ entre ces deux conditions d'intervention varient entre petites et moyennes selon les participants.

Deux autres études présentent cependant des résultats plus mitigés. Lors d'une intervention orthophonique visant l'atteinte de différents objectifs inscrits aux PI des participants, Boisvert (2013) rapporte que la TP a donné de meilleurs résultats pour deux des six participants, qu'un participant a obtenu de meilleurs résultats en présence et qu'aucune différence significative n'a été observée entre la TP et la modalité en présence pour trois participants. Enfin, Pollard et ses collaborateurs (2021) ont analysé les objectifs d'intervention présents aux dossiers d'utilisateurs ayant transité des services en présence vers les services en TP en raison de la crise sanitaire actuelle causée par la COVID-19. Les résultats de cette étude indiquent que certaines habiletés « en voie d'acquisition » se sont améliorées (n = 27), que d'autres habiletés se sont maintenues (n = 32) et que certaines ont affiché un recul (n = 15). Pour les habiletés travaillées préalablement en personne et pour lesquelles les personnes recevant des services étaient rendus aux étapes de « généralisation » ou de « maintien » au moment de la bascule vers la TP, les résultats démontrent des tendances : a) qui sont demeurés stables pour cinq participants; b) qui affichent des reculs allant de 7 à 17 points de pourcentage pour trois participants; et c) des améliorations allant de 7 à 15 points de pourcentage pour trois participants.

4.2.2.2 Études portant sur la télépratique sans comparateur

Sept études ont mesuré l'effet de la TP sans toutefois la comparer à une autre modalité d'intervention. Dans quatre de ces études, les participants ont atteint l'ensemble des résultats désirés :

- Des enfants vivant avec un TSA ont appris à faire la conversation (Brodhead et collab., 2019; Cihon et collab., 2021).
- Des adultes avec un TSA ou une DI ont développé des habiletés liées aux AVQ (Ford et collab., 2021; Pellegrino et DiGennaro Reed, 2020).

Par contre, les résultats ne sont pas toujours aussi homogènes. Par exemple, le niveau de maîtrise attendu pour ce qui est de donner une réponse verbale à des stimuli présents dans l'environnement (c.-à-d. un tact associé à des images de superhéros) n'a pas été atteint par tous les enfants présentant un TSA (Ferguson et collab., 2020). Pour leur part, Dimitropoulos et ses collaborateurs (2021) ont observé des changements significatifs sur quatre des neuf variables qu'ils ont mesurées en lien avec le jeu simulé (c.-à-d. faire semblant) chez des enfants ayant le syndrome de Prader-Willi. Enfin, Ptomey et ses collaborateurs (2018b) ont observé des améliorations marginales et non significatives d'un programme d'entraînement physique offert en TP auprès d'adultes présentant une DI sur certaines

⁸ Dans ce type d'étude, dite à cas unique, la taille d'effet est estimée à partir d'une statistique et représente l'ampleur de l'effet d'une intervention chez un individu donné. La taille de l'effet qui est observé peut être petite, moyenne ou grande.

variables associées à la cognition: l'attention, la flexibilité cognitive, la mémoire visuelle, les apprentissages et les temps de réaction.

4.2.2.3 Faisabilité de la télépratique

Le critère de faisabilité peut être associé aux paramètres de l'intervention du modèle logique présenté à la section 2, car une intervention peu faisable verrait ses chances de réussite diminuer. Outre les spécificités liées aux technologies employées pour mener une intervention en TP, il est possible de témoigner de la faisabilité à l'aide de variables telles que le taux d'abandon, le taux d'assiduité ainsi que la fréquence de comportements problématiques. Par exemple, deux études menées par Ptomey et ses collaborateurs (2017 et 2018a) concluent qu'il est faisable d'utiliser la TP pour offrir des activités physiques en ligne. Dans ces deux études, les taux d'attrition sont respectivement de 6 % et de 0 %; les taux d'assiduité sont de 77,2 % et de près de 90 % (le temps de participation moyen étant près de 27 minutes dans chaque étude). De leur côté, Dimitropoulos et ses collaborateurs (2017) rapportent avoir rencontré peu de difficultés comportementales avec les enfants lors des jeux simulés. Ils estiment également que la majorité des participants était capable de compléter le programme de manière indépendante. Enfin, Johnsson et ses collaborateurs (2019) considèrent que des intervenants peuvent mener à distance des interventions de nature psychosociale auprès d'enfants ayant un TSA.

4.2.3 Question 2 : Quelles sont les caractéristiques des participants aux recherches qui pourraient expliquer des résultats positifs, négatifs ou, le cas échéant, l'absence de résultats ?

Les résultats présentés dans le corpus d'études varient entre les participants et rien ne permet de déterminer que les résultats soient différents selon leur diagnostic. Bien qu'aucune caractéristique particulière chez ces individus ne permette d'expliquer sans équivoque ces variations, certaines tendances ont pu être observées.⁹

D'abord, l'âge biologique des individus (sans tenir compte de l'âge développemental) pourrait être un facteur associé aux résultats. À cet égard, lorsque des résultats sont supérieurs en présence comparativement à la TP, ou bien lorsqu'il y a moins d'améliorations pour ce qui est des variables ou des objectifs travaillés en TP, cela concerne principalement les participants âgés de moins de 11 ans. Par exemple, dans l'étude de Boisvert (2013), les participants âgés de 11 et de 12 ans ont eu de meilleurs résultats en TP qu'en présence, tandis que trois enfants âgés de 5 à 8 ans ont eu des améliorations équivalentes avec les deux modalités et qu'un enfant de 6 ans a eu de meilleurs résultats en présence. Dans une autre étude, un enfant de 3 ans 11 mois, qui avait besoin d'assistance pour le fonctionnement du iPad, a seulement atteint un des quatre objectifs de l'étude (Ferguson et collab., 2020). Dans un groupe d'enfants ayant un diagnostic de SPW dont l'âge moyen est de 8,82 ans, des améliorations ont été observées pour quatre des neuf variables à l'étude (Dimitropoulos et collab., 2021). Enfin, six enfants âgés de 5 à 10 ans ont atteint entre 0 % et 43 % des objectifs inscrits à leur PI après avoir basculé en prestation de service en TP durant la pandémie de COVID-19 (Pollard et collab., 2021). En comparaison, les individus âgés de 11 à 28 ans de cette même étude ont atteint de 50 % à 71 % des objectifs inscrits à leur PI.

Des nuances importantes s'imposent toutefois au regard de ce qui vient d'être énoncé. Premièrement, certains enfants de moins de 11 ans sont parvenus à atteindre les résultats souhaités en TP. Par exemple, les trois participants de 7 ans de l'étude de Brodhead et ses collaborateurs (2019), les trois participants âgés de 4 ou 5 ans de l'étude de Cihon et ses collaborateurs (2021) ainsi que trois participants âgés de 7 ans de l'étude de Ferguson et ses collaborateurs (2020) ont atteint tous les objectifs fixés. Notons qu'avant d'entreprendre l'étude, les participants aux deux premières études

⁹ Ces tendances ne constituent pas des preuves scientifiques établies. Elles ont été relevées dans un contexte de réponses aux questions des demandeurs.

recevaient déjà des services avant d'y participer et que les participants des deux dernières études étaient familiers avec la TP ainsi qu'avec l'intervention (c.-à-d. « *cool vs. not cool* » ou l'enseignement par essais distincts). Bref, ces facteurs pourraient être associés à l'efficacité de la TP chez les plus jeunes, mais cela demeure à être validé scientifiquement.

Chez les participants adultes, les études du corpus visent surtout le développement de l'autonomie au regard des AVQ-AVD. Les résultats observés en TP sont généralement meilleurs que chez les enfants de moins de 11 ans et ils pourraient pointer en direction d'un facteur « motivationnel », mais cela doit également être validé scientifiquement. Par exemple, dans l'étude de Taber-Doughty et ses collaborateurs (2010) le participant nommé Seth manifeste très peu d'autonomie en comparaison aux trois autres participants. Sa capacité à réaliser les tâches de manière indépendante fut d'environ 5 % lors des mesures de base et lors des interventions en présence et en TP. Fait à noter, il est le seul participant de cette étude à recevoir des interventions comportementales, à être sans emploi et à ne participer à aucune activité sociale. Seth et une autre participante à cette étude ont une DI légère, tandis que deux autres participants ont une DI modérée. Dans une autre étude, les trois participants ont atteint tous les objectifs et toutes ces personnes travaillaient, suivaient des cours au collège ou étaient inscrites à un programme de jour (Ford et collab., 2021). Dans le même ordre d'idée, les deux participants de l'étude de Pellegrino et DiGennaro Reed (2020) ont tous deux acquis plus d'autonomie suivant l'intervention en TP. Au début de l'étude, ces personnes occupaient un emploi et elles étaient impliquées dans différentes activités, elles ont choisi les habiletés qu'elles souhaitaient développer dans le cadre de l'étude. Bien que la plupart des adultes aient obtenu des résultats positifs dans le corpus d'études, il existe cependant une exception. Même si la faisabilité du programme d'activités physiques offert en TP et la satisfaction des participants ont été démontrées (Ptomey et collab., 2018a), Ptomey et ses collaborateurs (2018b) n'ont pas observé les améliorations attendues pour ce qui est de l'attention, du temps de réaction et de la mémoire visuelle.

4.2.4 Question 3 : Quelles sont les caractéristiques de la télépratique qui favorisent l'efficacité des interventions (ex., particularités de la technologie, de la plateforme)?

Les chercheurs nomment les technologies informatiques qu'ils utilisent dans le cadre de leur étude (ex., équipement informatique et périphériques, logiciels de vidéoconférence ou de travail, incluant le partage d'écran lorsque cette fonctionnalité a été utilisée) sans toutefois rattacher ces informations directement aux résultats. En conséquence, il est impossible d'établir des liens entre les technologies employées dans les études et l'efficacité des interventions. Les informations présentées ici sont davantage identifiées par les auteurs comme étant des facteurs facilitants associés au bon déroulement de la TP de manière générale.

Pour ce qui est des équipements requis lors des interventions en orthophonie, Boisvert (2013) suggère l'emploi de technologies qui favorisent la clarté des images et la possibilité de varier les angles de manière à permettre à l'intervenant d'utiliser différents repères visuels ainsi que du langage non verbal (ex., des gestes ou des expressions faciales). À cet égard, l'emploi d'une caméra motorisée à haute définition permet d'obtenir des images plus nettes ainsi que différents points de vue lorsque l'intervenant effectue le contrôle panoramique et zoom à distance. De telles caméras étaient installées dans les résidences des participants de l'étude de Taber-Doughty et ses collaborateurs (2010). Dans trois autres études, ce sont les chercheurs qui ont fourni des caméras à haute définition avec micro intégré aux participants (Dimitropoulos et collab., 2021; Boisvert, 2013; Boisvert et collab., 2012). De plus, l'emploi d'un moniteur d'au moins 20 pouces, ou de plus d'un moniteur, serait à envisager (Boisvert, 2013). En corolaire, dans certaines études l'ordinateur était branché au téléviseur afin que les participants puissent mieux voir le déroulement des activités physiques faisant l'objet de l'intervention (Ptomey et collab., 2018b) ou tout simplement pour communiquer avec l'intervenant à distance lors de la réalisation des tâches à accomplir chez soi (Taber-Doughty et collab., 2010). Ces mêmes auteurs proposent que les moniteurs soient situés près de la zone d'activité afin qu'il soit plus facile de voir l'intervenant à distance.

Ils rapportent que cela n'était pas toujours le cas lors du déroulement de l'étude, ce qui a engendré certaines difficultés pour les participants. Ajoutons que la qualité sonore doit permettre une communication claire entre les personnes. Des équipements tels que des haut-parleurs externes de bonne qualité, des casques d'écoute ou des oreillettes employant la technologie Bluetooth sont à considérer (Boisvert, 2013). La possibilité pour les individus de contrôler le volume s'ils ont de la difficulté à entendre est également souhaitable (Taber-Doughty et collab., 2010). D'autres aspects susceptibles de contribuer au bon déroulement de la TP devraient également être pris en compte, tels que le partage d'écran, les périphériques de stockage de sauvegarde ainsi qu'une connexion Internet haute vitesse (Boisvert, 2013).

Outre les caractéristiques associées aux équipements, différentes personnes peuvent être impliquées dans la mise en place ou dans le soutien de la TP. À cet égard, des collaborations étroites avec les services informatiques des établissements sont souhaitables tout comme l'importance d'identifier des personnes-ressources qui seront sur place lors des interventions afin de fournir une assistance technique au besoin (Boisvert, 2013). Dans le corpus d'études, les personnes-ressources responsables de s'assurer du bon fonctionnement des appareils, du démarrage de la TP ou du placement adéquat de la caméra furent le chercheur ou un assistant de recherche (Pellegrino et DiGennaro Reed, 2020) un membre du personnel (Cihon et collab., 2021) ou un proche (Dimitropoulos et collab., 2021).

Préparer les participants et les milieux à recevoir une intervention en TP pourrait également contribuer au bon déroulement des rencontres. Des chercheurs ont enseigné aux participants comment ouvrir et fermer FaceTime sur leur iPad avant de commencer l'étude (Brodhead et collab., 2019). Dans une autre étude, l'éducateur physique a effectué une visite d'environ une heure au domicile de chaque participant afin de montrer comment utiliser l'équipement informatique, le logiciel de vidéoconférence ainsi que les accessoires pour les activités physiques (Ptomey et collab., 2018a et 2018b). D'autres chercheurs ont procédé à une vérification de la technologie auprès des participants (parents et enfants) afin de s'assurer de la compatibilité entre l'ordinateur, le logiciel de vidéoconférence et la caméra (Dimitropoulos et collab., 2021). Ces mêmes chercheurs ont également établi des stratégies de positionnement de la caméra avec les parents afin d'obtenir une vue optimale de l'espace sur la table ainsi que du matériel d'intervention. Ils ont également discuté de la structure du programme d'intervention avec les parents.

Le niveau d'aisance des intervenants à travailler en TP est un autre élément à considérer au regard de l'efficacité de cette modalité d'intervention. À ce sujet, Boisvert (2013) estime que la formation initiale et continue des intervenants à la TP permet aux prestataires de service de demeurer informés des progrès et des meilleures pratiques en TP. Selon cette auteure, les intervenants pourraient obtenir une certification professionnelle ainsi qu'une autorisation à exercer en contexte de TP. Elle estime qu'une formation à ce sujet devrait aborder les thèmes suivants :

- La faisabilité, les normes, les avantages et les limites de la TP.
- Les ressources et les équipements à utiliser en TP.
- Les protocoles d'évaluation ou de dépistage à utiliser en TP.
- Les procédures ou processus normalisés pour effectuer les suivis cliniques.
- La planification des interventions.
- La sécurité et la confidentialité des renseignements personnels (cryptage des données, certificats de sécurité, réseau privé virtuel, pare-feu sécurisé, logiciel antivirus à jour).
- Des stratégies de gestion comportementale.
- Les consultations et la collaboration avec les parties prenantes (ex., proches, autres intervenants au dossier, etc.).

Dans le corpus d'études, seules trois études précisent la formation en TP offerte aux personnes ayant déployé l'intervention auprès des participants. Dans le cadre de son étude, Boisvert (2013) indique que les intervenants ont bénéficié d'une formation de deux heures concernant les technologies utilisées ainsi que de séances d'entraînement hebdomadaires associées autant à l'intervention en présence qu'en TP.

Dans une autre étude, des cliniciens certifiés en analyse comportementale ont offert de la supervision clinique à distance aux techniciens offrant des services en TP (Pollard et collab., 2021). Dans l'étude de Taber-Doughty et ses collaborateurs (2010), l'intervenante était spécifiquement formée aux protocoles liés à la TP (c.-à-d. documenter les actions des résidents, interagir avec ces derniers et respecter leur vie privée. Pour occuper cette fonction, cette personne devait avoir suivi une formation de niveau collégial et avoir deux ans d'expérience dans la prestation de soins.

4.2.5 Question 4 : Quels sont les gains d'efficience qu'engendre la télépratique (ex., réduction des coûts, diminution des déplacements, meilleure accessibilité aux services, etc.)?

Pour répondre à cette question, l'information a été traitée de manière à identifier « pour qui » la TP pourrait engendrer des gains d'efficience. Les articles retenus révèlent que l'efficience touche autant les participants aux recherches, leurs familles, que les prestataires de services.

Tout d'abord, l'accès aux services peut être amélioré considérant que la technologie est accessible (Johnsson, Bulkeley et Crowe, 2020; Langkamp et collab., 2015). Ensuite, l'élimination du temps de transport constitue une économie de temps pour les personnes recevant des services (Ford et collab., 2021). Ces derniers auteurs ajoutent que la TP en milieu résidentiel permettrait aussi de diminuer la présence d'intervenants dans la résidence d'individus qui reçoivent des services. Il s'agirait donc d'un moyen efficace et efficient de respecter la vie privée de ces personnes dans l'éventualité de présences potentiellement non désirées. Par contre, la TP pourrait avoir un impact sur le temps requis pour atteindre les cibles d'interventions. En effet, Taber-Doughty et ses collaborateurs (2010) ont observé qu'un peu plus de temps était requis pour que les participants accomplissent leurs tâches avec du soutien en TP, comparativement au soutien offert par des intervenants sur place. Les chercheurs expliquent cette différence du fait que l'intervenante en TP ne savait pas toujours où étaient rangés les accessoires nécessaires pour la réalisation des tâches. Notons enfin qu'il pourrait être nécessaire de faire attention à ne pas favoriser l'efficience de l'intervention de manière à en sacrifier l'efficacité clinique. À ce sujet, Cihon et ses collaborateurs (2021) indiquent que la TP pourrait nuire aux interventions visant le développement de compétences sociales, puisque cette modalité rendrait plus difficile la création d'un contexte social qui pourrait être nécessaire pour favoriser l'efficacité de l'intervention.

Pour les familles, la TP permet de faire des suivis à distance et la modalité engendre souvent des économies (Peterson et collab., 2017). Des parents ont également affirmé que la TP facilite la collaboration avec les intervenants (Johnsson, Bulkeley et Crowe, 2020).

Les gains d'efficience semblent multiples pour les prestataires de service. D'abord, la TP permettrait d'offrir une meilleure couverture de service, ou davantage de services à la population (DiGennaro Reed, 2020; Langkamp et collab., 2015, ainsi que Wainer et Ingersoll, 2015, cités par Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017). Cette couverture de service accrue s'appliquerait aussi en contexte de crise sanitaire comme vécu avec le COVID-19 (Cihon et collab., 2021). Des chercheurs mentionnent également des économies en matière de déplacements et de coûts (Ford et collab., 2021; Pellegrino et DiGennaro Reed, 2020; Brodhead et collab., 2019; Langkamp et collab., 2015, ainsi que Wainer et Ingersoll, 2015, cités par Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017; Taber-Doughty et collab., 2010).

À ce sujet, Simacek et ses collaborateurs (2020) indiquent qu'il serait possible pour les intervenants de passer moins de temps à voyager et plus de temps à se former. Cette proposition touche en quelque sorte la gestion des services d'intervention et suggère la possibilité, pour les prestataires de service, de transformer les gains d'efficience liés à la réduction des temps de déplacement en activités professionnelles plus rentables. Cela, ajouté au fait que la TP permettrait de concevoir des horaires de services plus flexibles (Kalvin et collab., 2021), peut aider en contexte de pénurie de personnel ou lorsqu'il est plus difficile de rejoindre des personnes vivant en milieu rural (Peterson et collab., 2017; Boisvert, 2013). Il est toutefois important de mentionner que les gains d'efficience ne sont pas toujours au rendez-vous. En effet, Johnsson, Kerlake et Crook (2019) rapportent que leur projet de mise en place

de la TP a nécessité plus de temps de gestion comparativement à l'offre de service en présence, bien qu'à la fin du projet le nombre d'heures de gestion était équivalent entre les deux modalités. Enfin, Shea (2014) rapporte que la TP employée dans le cadre de son étude comportait du matériel informatique encombrant et parfois difficile à assembler ou à utiliser.

4.2.6 Question 5 : Quels sont les enjeux éthiques ou juridiques (dans ce dernier cas uniquement en contexte québécois ou canadien) soulevés par les chercheurs ayant mesuré des effets d'intervention en employant la télépratique?

Aucun enjeu de nature juridique propre au Québec ou au Canada n'a été repéré dans la littérature scientifique ou dans la littérature grise en ce qui concerne la télépratique comme modalité d'intervention auprès de personnes ayant un RGD, qui ont un diagnostic de DI ou de TSA ou qui sont en attente de diagnostic. Toutefois, quelques auteurs ont soulevé différents éléments qu'il est possible de traduire en enjeux éthiques. Ces derniers concernent soit l'utilisation de la TP ou bien le fait de ne pas proposer cette modalité de prestation de service pour certains groupes d'individus alors que la technologie est disponible, engendrant ainsi des iniquités d'accès et des pertes d'opportunités.

4.2.6.1 Les enjeux éthiques associés à la prestation de service en TP

D'abord, les prestataires de services doivent s'assurer que les services offerts à distance soient de qualité équivalente à ceux offerts en présence (Boisvert et collab., 2012). En tenant compte de la nature et des spécificités des interventions offertes à distance, Quigley et ses collaborateurs (2019) indiquent que des lignes directrices peuvent aider à encadrer la TP (ex., durée, intensité, objectifs thérapeutiques). Ces mêmes auteurs ajoutent que les cliniciens peuvent contribuer à réduire les risques associés à la TP en portant une réflexion éthique sur leur pratique professionnelle et en discutant ouvertement avec les personnes intéressées des mesures qu'ils ont prises pour s'en assurer.

Les prestataires offrant des services en TP devront continuer à respecter les besoins et les opinions exprimés par les bénéficiaires de services et demeurer prudents lorsque c'est un proche qui s'exprime en leur nom, car des recherches ont mis en lumière l'existence de faibles niveaux de concordance entre les personnes ayant un diagnostic de DI et leurs proches (Perry, Beyer et Holm, 2009). Ainsi, il est important d'obtenir le consentement éclairé des personnes recevant les services, ou d'un proche si la situation l'exige, et de mettre en place des procédures assurant la confidentialité du processus clinique (Boisvert et collab., 2012).

Pour obtenir un consentement éclairé avant d'amorcer des services en TP, il est important d'informer les personnes concernées :

- des services qui seront rendus et des technologies qui seront employées (Boisvert, 2013);
- de l'ensemble des étapes et des procédures associées aux services offerts à distance ainsi que des résultats et des conséquences possibles, que ceux-ci soient positifs ou négatifs (Boisvert et collab., 2012).

En ce qui concerne les enjeux de confidentialité, ceux-ci touchent autant les informations transmises par voie électronique (Quigley et collab., 2019; U.S. Department of Health and Human Services, 2010, cités par Boisvert, 2013) que l'absence d'un espace privé lorsque la présence d'un parent ou d'un proche est requise pour offrir une assistance lors des séances à distance. Dans ce dernier cas, Ramsden et collaborateurs (2016, cités par Rawlings et collab., 2021) soulignent qu'il peut être compliqué d'aborder des sujets délicats avec un usager suivi en psychologie, en particulier si le parent ou le proche s'oppose à cette démarche.

4.2.6.2 Les enjeux éthiques associés à l'iniquité d'accès aux services et aux pertes d'opportunités

Les références consultées permettent d'identifier deux sources d'iniquités dans l'accès aux services en DI et en TSA. D'abord, l'accès aux services est plus difficile lorsqu'il y a pénurie de cliniciens dans certains domaines tels qu'en orthophonie (American Association of Employment in Education, 2008, cités par Boisvert, 2013) ou en analyse appliquée du comportement (Granpeesheh et collab., 2010, cités par Ford et collab., 2021), engendrant ainsi de longues listes d'attente pour obtenir des services (Pellegrino et DiGennaro Reed, 2020). Ensuite, les personnes qui vivent en milieu rural ou dans des régions isolées ont moins accès aux services.¹⁰ Par exemple, dans les régions éloignées de la Nouvelle-Galles-du-Sud en Australie, des parents d'enfants présentant un TSA et des intervenants expriment le besoin d'avoir accès à des services spécialisés en autisme, les seconds estimant qu'il est avantageux d'avoir accès à des spécialistes de l'autisme à distance grâce à la TP (Johnsson, Kerslake et Crook, 2019). Ces deux sources d'iniquités conduisent à leur tour à une troisième forme d'iniquité qui a un impact sur la qualité du service offert : ce sont souvent des intervenants moins bien qualifiés qui effectuent les évaluations et qui interviennent auprès des personnes présentant une DI ou un TSA (différents auteurs cités dans Boisvert, 2013). En conséquence, ces situations compromettent ou risquent de compromettre le développement de personnes qui pourraient bénéficier de services spécialisés. Par exemple, aux États-Unis, les enfants ayant un diagnostic d'autisme vivant en milieu rural sont plus susceptibles de présenter des difficultés ou des retards importants en raison du manque de services disponibles dans leur milieu (Antezana et collab., 2017).

Deux autres situations peuvent avoir des impacts sur le potentiel de développement des personnes présentant un TSA. La première concerne la continuité des services lors d'une crise sanitaire comme celle de la COVID-19. Considérant que les personnes vivant avec un TSA sont plus susceptibles d'avoir des allergies et des maladies auto-immunes que la population en général, décider de maintenir des services en présence les expose à un plus grand risque d'hospitalisation (Chenetal, 2013, cités par Cox, Plavnick et Brodhead, 2020). Cependant, invoquer la nécessité de sauver des vies en période de crise sanitaire pour justifier le retrait de services cliniques peut occasionner des enjeux éthiques, en particulier si cette décision engendre un accroissement des comportements à défis (plusieurs auteurs cités dans Cox, Plavnick et Brodhead, 2020). En corollaire, les prestataires de services devraient réévaluer régulièrement leurs décisions d'offrir des services en présence ou à distance, car les faits associés à la COVID-19, de même que les probabilités et les risques de préjudices, évoluent de manière dynamique (Cox, Plavnick et Brodhead, 2020). L'autre situation concerne les interventions visant les AVQ. Selon Ford et ses collaborateurs (2021), les probabilités de maintien et de généralisation des habiletés acquises augmenteraient lorsque les interventions sont offertes en TP au domicile des personnes visées plutôt qu'en milieu clinique. Autrement dit, des interventions visant les AVQ qui se déroulent en dehors du domicile semblent présenter une portée réduite, compromettant ainsi le potentiel de développement des individus.

Ajoutons que de ne pas accorder des services à distances via la TP pourrait être interprété comme un refus d'accorder certaines opportunités aux personnes présentant une DI ou un TSA, ou à leurs proches, alors que ces opportunités permettraient d'atteindre une meilleure équité (Perry, Beyer et Holm, 2009).

¹⁰ À ce sujet, l'existence d'une « culture rurale » que l'on décrit comme étant très unie, traditionnelle et ayant en haute estime les principes d'autosuffisance, d'autonomie et d'indépendance (Strasser, 2003, cité dans Antezana et collab., 2017) pourrait contribuer à exacerber l'iniquité dans l'accès aux services entre milieux ruraux et urbains. Ces caractéristiques culturelles, juxtaposées à une certaine appréhension entretenue à l'égard de professionnels ne provenant pas du milieu, rendent plus difficiles la communication et l'établissement d'un lien de confiance, ou amènent à éviter les services de dépistage et d'intervention (Antezana et collab., 2017).

Par exemple, la TP offre les opportunités suivantes :

- Permettre aux personnes de vivre dans un environnement moins restrictif et ainsi progresser vers une vie plus autonome (Pellegrino et DiGennaro Reed, 2020).
- Réduire les longs déplacements nécessaires pour avoir accès aux services et ainsi engendrer des économies en temps et en argent (Ford et collab., 2021; Pollard et collab., 2021; Antezana et collab., 2017).¹¹
- Permettre aux personnes de faire de l'activité physique lorsqu'aucune salle d'entraînement n'est accessible dans la communauté ou lorsque des personnes ne possèdent pas suffisamment de ressources pour participer à un programme d'entraînement en présence (Ptomey et collab., 2018a).

À l'opposé, l'implantation de services à distance pourrait mener au retrait d'un acquis, qui est celui du maintien de liens sociaux que permet la présence physique d'intervenants dans les milieux de vie semi-autonomes (Perry, Beyer et Holm, 2009). Si la TP venait à créer une rupture sur le plan des liens sociaux, ces mêmes auteurs proposent de mettre en place des stratégies compensatoires pour atténuer les effets de l'isolement, par exemple en soutenant les relations avec le voisinage ou encore en facilitant la participation à des activités de loisir favorisant les contacts sociaux.

Devant toutes ces situations, la TP pourrait devenir une solution prometteuse qui permettrait aux cliniciens de travailler auprès d'un plus grand nombre de personnes (Ford et collab., 2021) ce qui contribuerait à rétablir une certaine équité en offrant des services spécialisés aux personnes qui résident dans des régions éloignées des grands centres (Pellegrino et DiGennaro Reed, 2020; Boisvert, 2013). Or, ce ne sont pas toutes les personnes qui pourront bénéficier de ce changement de pratique. En effet, plusieurs endroits sont encore dépourvus d'un service Internet ou, lorsque le service est offert, il n'est pas assez performant pour mener des interventions cliniques à distance (Rodriguez, 2020). Il existe également des coûts inhérents à la TP qui restreignent la possibilité de joindre les personnes qui n'ont pas les moyens de payer pour des équipements informatiques ou pour les services Internet requis (Rodriguez, 2020; Rule et collab., 2006, cités par Boisvert, 2013). Ces deux situations continueront donc d'être des barrières à l'accès aux services risquant de compromettre le développement des personnes présentant une DI ou un TSA.

4.2.7 Question 6 : Est-ce que les personnes ayant une DI ou un TSA sont satisfaites de leur expérience avec la télépratique?

Les participants adultes avec une DI ou un TSA disent être satisfaits de leur expérience avec la TP dans le cadre d'interventions visant le développement de leur autonomie par rapport aux AVQ-AVD. Pellegrino et DiGennaro Reed (2020) rapportent que les participants ont un niveau de satisfaction élevée à l'égard des procédures, de même qu'avec les buts et les effets de l'intervention. Dans une autre étude, les quatre participants considèrent que les mesures de soutien en personnes et en TP sont toutes deux utiles, mais deux d'entre eux ont dit préférer les secondes (Taber-Doughty et collab., 2010). Les participants de l'étude Ford et ses collaborateurs (2021) rapportent avoir eu du plaisir et n'avoir éprouvé aucun stress. Ces participants jugent l'intervention utile et ils la recommandent à d'autres personnes.

Dans une autre étude, des parents ont rapporté que leur enfant avec un SPW a aimé s'amuser avec des jouets en interagissant avec un intervenant situé à distance, qu'il attendait avec impatience les séances de jeu et qu'il aimerait à nouveau participer à cette intervention en TP (Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017). Enfin, adolescents et adultes avec une DI ont dit avoir apprécié suivre un programme d'activités

¹¹ En corolaire, lorsque la connexion Internet en milieu rural est très limitée, plutôt que de voyager sur de longues distances, les personnes qui souhaitent obtenir des services à distance pourraient se déplacer dans des endroits près de chez eux bénéficiant d'une meilleure connexion Internet, comme une école ou une bibliothèque, par exemple (Dimitropoulos, Zyga, et Russ, 2017).

physiques en ligne, que les séances étaient agréables et faciles à placer dans l'agenda et qu'ils aimeraient poursuivre l'activité (Ptomey et collab. 2018a; 2018b; 2017).

4.2.8 Question 7 : Quels sont les enjeux d'adaptation pour le personnel?

La TP constitue une modalité d'intervention présentant divers enjeux pour les praticiens, ainsi des adaptations seraient à prévoir. D'abord, certaines particularités inhérentes à la TP sont susceptibles de rendre le travail clinique plus difficile. Par exemple, il a été parfois difficile d'entendre ou de reconnaître certains sons émis par les participants lors d'une intervention en orthophonie (Boisvert, 2013) ou encore, des ergothérapeutes ont trouvé ardu le travail de la motricité globale ou fine via la TP (Parmanto et collab., 2013, cités par Johnsson, Kerslake, et Crook, 2019). De plus, il peut être plus laborieux d'interpréter des intentions ou le sens de certains propos lorsque la caméra n'arrive pas à capter des indices non-verbaux (Payne et collab., 2020, cités par Calvin et collab., 2021). À ce sujet, Ford et ses collaborateurs (2021) rapportent que des participants ont dû placer leur ordinateur, tablette ou téléphone près de l'endroit où ils travaillaient pour décrire ce que l'intervenant ne pouvait voir.

À cela, ajoutons que les personnes ayant une DI peuvent affirmer voir l'écran ou entendre ce qui se dit alors que cela n'est pas le cas (Rawlings et collab., 2021). En conséquence, ces auteurs précisent que des changements sont à envisager concernant la manière d'intervenir à distance auprès de ces personnes. Plus spécifiquement, ils proposent que les intervenants : a) valident fréquemment la compréhension, b) préconisent un langage simple et concis, c) prévoient un plan de rechange avec ces personnes, ou un proche, si des problèmes de connexion surviennent ou s'il est impossible de rétablir le contact après que la personne ait mis fin abruptement à l'appel, d) définissent avec ces personnes des règles de fonctionnement et des limites visant à préserver un cadre thérapeutique cohérent. Finalement, il peut être plus difficile de voir et de contrôler les sources de distraction en TP comparativement à l'intervention en présence (ex. téléviseur allumé, membre de la famille qui fait irruption dans la pièce, participant qui fume ou qui boit pendant l'intervention, etc.) (Rawlings et collab., 2021; Ferguson et collab., 2020). Afin de remédier à ces difficultés, Calvin et ses collaborateurs (2021) proposent d'instaurer une période d'appropriation au logiciel de visioconférence pour tous. De leur côté, Rawlings et ses collaborateurs (2021) proposent que les séances d'intervention : a) soient de durées équivalentes, b) se déroulent au même moment de la journée et au même endroit (ex. la même pièce de la maison) et c) prévoient les mêmes modalités pour entrer en contact. En corolaire, les limites inhérentes à la TP peuvent amener les intervenants à revoir les objectifs d'intervention si ceux-ci ne peuvent être réalisés à distance ou à revoir leurs modalités d'intervention afin de les rendre compatibles avec la TP (Calvin et collab., 2021).

D'autres enjeux touchent davantage le développement de la pratique clinique autour de la TP. D'abord, Pellegrino et DiGennaro Reed (2020) estiment qu'il serait imprudent de croire que tous les intervenants seront capables de travailler avec la TP uniquement parce qu'ils sont capables d'effectuer une intervention en personne. Autrement dit, l'intervention à distance requiert des compétences différentes de celles requises pour l'intervention en présence et les établissements qui voudront déployer la TP devront veiller au développement des compétences et à la supervision de leur personnel clinique afin de favoriser leur indépendance (Pollard et collab., 2017, cités par Cox, Plavnick et Brodhead, 2020). De nombreuses heures de formation, de préparation et d'administration pourraient donc être nécessaires en début de projet. Toutefois, on pourrait s'attendre à ce que les heures consacrées aux tâches administratives diminuent de manière importante au fur et à mesure que les intervenants gagnent en confiance et développent des stratégies de travail plus efficaces avec la TP (Johnsson, Kerslake, et Crook, 2019). Pellegrino et DiGennaro Reed (2020) ajoutent que les intervenants devront posséder le matériel requis pour intervenir à distance et travailler efficacement avec ce dernier. Alors que les dimensions tout juste nommées concernent plus particulièrement le développement du savoir-faire des intervenants, une autre dimension de leur compétence touche plus spécifiquement un élément de savoir-

être. En effet, Kalvin et ses collaborateurs (2021) rapportent que la transition vers la TP exige considérablement de flexibilité chez les cliniciens ainsi que chez les personnes recevant des services.

Enfin, les questionnements à l'égard du rôle professionnel (ou la crainte d'être remplacé) pourraient constituer des enjeux psychologiques pour les intervenants. En effet, des intervenants offrant des services au domicile de personnes ayant une DI questionnent l'utilité de la TP en comparaison aux services en présence, ils estiment que la TP ne devrait pas remplacer l'offre de service en présence pour soutenir les personnes lors des AVQ-AVD (Taber-Doughty et collab., 2010).

4.2.9 Question 8 : Quels sont les facteurs qui favorisent l'adhésion des intervenants à l'utilisation de la télépratique auprès de cette population?

Comme mentionné dans la section précédente, la formation semble être un élément important à considérer pour effectuer une transition efficace de l'intervention en présence à la TP. En effet, des techniciens formés aux soins virtuels (« virtual care ») relativement à l'analyse appliquée du comportement pour traiter des troubles de l'alimentation auprès d'enfants ayant un TSA se sont dits très satisfaits de la formation qu'ils ont reçue et la recommandent (Peterson et collab., 2017).¹² Les éléments appréciés lors de cette formation étaient les modules de formation, la qualité audio et vidéo, les interactions avec un professionnel en analyse du comportement, la flexibilité de la formation ainsi que le rythme des apprentissages.

Outre la formation, des intervenants ont affirmé que le temps de préparation ainsi que le temps de pratique dont ils ont bénéficié avant de démarrer leur prestation de services en TP ont contribué à renforcer leur niveau de confiance à l'égard de cette modalité d'intervention (Johnsson, Kerlake et Crook, 2019). De plus, l'implantation d'une nouvelle modalité de prestation de service peut également nécessiter la mise en place d'une gestion du changement reposant sur de solides mécanismes de communication et de rétroaction visant toutes les parties prenantes (Johnsson, Bulkeley et Crowe, 2020).¹³

L'adhésion des intervenants à la TP peut également être favorisée en mettant de l'avant certains bénéfices qui y sont associés. L'un d'eux est la possibilité d'améliorer l'accès aux services spécialisés et de réduire les délais d'attente pour les enfants ayant un TSA (Johnsson, Kerlake et Crook, 2019). D'autres mentionnent que la réduction du temps de déplacement offre l'avantage d'une plus grande flexibilité (Johnsson, Bulkeley et Crowe, 2020).

Ajoutons que les possibilités qu'engendre une intervention qui se déploie dans le milieu de vie des personnes recevant des services peuvent constituer des facteurs d'adhésion. Par exemple, les enfants peuvent effectuer des apprentissages là où ils auront à utiliser leurs nouvelles habiletés (Peterson et collab., 2017). De plus, Kalvin et ses collaborateurs (2021) indiquent que les enfants semblent à l'aise d'interagir avec leur intervenant à partir de leur domicile, ce qui permet de renforcer leur lien : ils partagent avec eux des aspects de leur quotidien ainsi que leurs intérêts (ex., un dessin, leur animal en peluche, etc.). Comparativement à l'intervention en milieu clinique, cet accès au milieu de vie permet aussi aux intervenants d'en apprendre davantage sur les personnes, leur famille et leur environnement, et ainsi d'adapter les interventions en fonction des spécificités de chaque milieu (Peterson et collab., 2017).

¹² Dans cette étude, le « virtual care » combine : a) les échanges en mode synchrone; b) le partage de documents cliniques pertinents; c) l'enregistrement de vidéos pouvant être regardés par les intervenants au moment de leur choix.

¹³ En corolaire, des lignes directrices peuvent aussi préciser les spécifications minimales requises au sujet des équipements, des logiciels ainsi que de la connexion Internet qui sont nécessaires pour l'intervention à distance (Boisvert, 2013).

Enfin, la TP permet de réduire les risques d'infection en période de pandémie (Cox, Plavnick et Brodhead, 2020), un autre aspect pouvant susciter l'adhésion des intervenants.

4.2.10 Question 9 : Est-ce que les intervenants sont satisfaits de leur expérience avec la télépratique?

Seules deux études rapportent des résultats sur la satisfaction des intervenants. D'abord, Boisvert (2013) rapporte que la satisfaction s'est améliorée de façon marginale et non significative entre le début et la fin de l'intervention en TP chez les intervenants participant à la recherche (c.-à-d. des étudiants de 1^{re} année à la maîtrise en orthophonie travaillant à distance ainsi que le personnel scolaire qui était sur place pour faciliter le déroulement de l'intervention). Cependant, le niveau de satisfaction a diminué de façon marginale et non significative par rapport à la capacité des intervenants de communiquer avec le personnel scolaire sur place. Dans une autre étude, les intervenants en présence semblent accueillir la TP avec une certaine réticence : ils semblent être d'avis que la TP demeure pertinente pour des activités de surveillance durant la nuit, ainsi que pour le niveau de protection et d'intimité inhérents au système, mais ils soulignent que les résidents prennent plus de temps pour réaliser leurs tâches avec la TP et que le résultat final n'est pas toujours de qualité (Taber-Doughty et collab., 2010).

4.2.11 Question 10 : Quels sont les enjeux d'adaptation à la TP pour les personnes présentant une DI, un TSA ou un RGD et comment peut-on les surmonter?

Les enjeux identifiés sont de nature opérationnelle ou comportementale et différentes stratégies pour les surmonter peuvent être déployées avant ou en cours d'intervention.

4.2.11.1 Les enjeux de nature opérationnelle

Les quatre adultes ayant participé à l'étude de Taber-Doughty et ses collaborateurs (2010) ont mentionné avoir éprouvé des difficultés à travailler avec le soutien offert à distance, mais les chercheurs n'ont pas précisé la nature de ces difficultés. Dans une autre étude, des enfants en détresse ont appelé à l'aide lorsque leur écran se figeait ou lorsque la connexion Internet était mauvaise (Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017). De plus, certaines personnes présentant une DI ne divulguent pas leurs limites auditives ou visuelles, ou leur trouble du traitement sensoriel (Rawlings et collab., 2021), ce qui est susceptible de compliquer la prestation de service en TP si l'équipement technologique n'est pas adapté pour pallier ces limitations. Enfin, des interprétations erronées à propos de ce que dit l'intervenant sont également possibles en contexte de TP lorsque les équipements utilisés ne parviennent pas à capter les indices visuels ou non verbaux parfois nécessaires à la compréhension (Rawlings et collab., 2021). Ces mêmes auteurs précisent que l'intervenant pourrait lui aussi avoir de la difficulté à percevoir l'expression des besoins ou des signaux de détresse qui lui sont communiqués de manière non verbale.

4.2.11.2 Les enjeux de nature comportementale

Pour ce qui est des comportements, le non-respect des consignes a parfois été observé et certains individus ont manifesté des frustrations ou des contrariétés lors de la réalisation des interventions en TP (Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017; Taber-Doughty et collab., 2010). Des enfants présentant un TSA ont aussi manifesté des difficultés d'adaptation lorsqu'ils sont retournés à la modalité en personne après avoir participé à une intervention en TP : ils ont manifesté plus de comportements problématiques et un enfant a refusé de participer à l'intervention en présence à plusieurs reprises (Boisvert, 2013; Boisvert et collab., 2012). Selon Dimitropoulos et ses collaborateurs (2017), les comportements plus difficiles des enfants qui ont participé à leur étude (c.-à-d. les contrariétés ou leur refus de suivre les directives) pourraient découler de facteurs tels que l'approche de l'heure du repas, le manque de motivation, le niveau de difficulté de la séance d'intervention ou la fatigue occasionnée par d'autres activités quotidiennes (ex., les rendez-vous ou la journée passée à école).

4.2.11.3 Les stratégies associées à la sélection des personnes aptes à recevoir des services en TP

Une première stratégie qui pourrait aider à atténuer les difficultés associées à la TP consiste à mettre en place un processus de sélection de manière à déterminer si les personnes présentent des habiletés pouvant atténuer les enjeux d'adaptation observés lors de l'utilisation de cette modalité. À cet égard, les chercheurs de deux études se sont appuyés sur des critères établis par deux organisations distinctes. D'abord, Pollard et ses collaborateurs (2021) ont vérifié si les individus recevant des services en TP avaient les neuf compétences préalables établies par le Council for Autism Service Providers (CASP), soit :

- Avoir des habiletés minimales en ce qui concerne : a) l'attention conjointe; b) la capacité à discriminer; c) l'imitation de sons; d) l'imitation de mouvements (motricité).
- Avoir la capacité à : e) suivre des directives usuelles comprenant une seule étape; f) participer aux rencontres en ligne avec un minimum d'implication d'un proche; g) demeurer assis de manière indépendante 8 à 10 minutes devant un ordinateur ou une tablette électronique; h) se conformer aux directives et aux incitations émises par l'intervenant ou par un proche si cela s'avère nécessaire.
- Avoir peu de comportements à défi et de faibles risques associés à la sécurité ou avoir un proche présent pour gérer ces situations efficacement.

De leur côté, les participants de l'étude de Boisvert (2013) devaient posséder les habiletés minimales requises établies par l'American Speech-Language-Hearing Association :

- Maintien de l'attention (c.-à-d. la capacité de s'asseoir devant un écran et d'interagir avec l'intervenant).
- Compréhension orale (c.-à-d. la capacité de suivre des directives et d'opérer des équipements).
- Capacités auditives et visuelles (c.-à-d. la capacité de voir ce qui se passe à l'écran).
- Intelligibilité de la parole.
- Endurance physique (c.-à-d. la tolérance à demeurer assis).
- Dextérité manuelle (c.-à-d. la capacité de travailler à l'aide d'un clavier si cela est requis).
- Intérêt de la personne à participer à la modalité en TP (incluant le proche si cela est nécessaire).
- Accessibilité et disponibilité des ressources (ex., réseau Internet, personnes pouvant aider lors de l'intervention, etc.).

Enfin, la capacité à engager une communication à distance pourrait constituer un critère d'admissibilité pour recevoir des services de psychologie en TP (Rawlings et collab., 2021).

4.2.11.4 Les stratégies associées au choix et à la planification de l'intervention

Lorsque survient le moment de choisir et de planifier l'intervention, Pellegrino et DiGennaro Reed (2020) précisent qu'il est possible de :

- Favoriser les apprentissages en choisissant une stratégie d'enseignement qui est adaptée à la TP (ex., les incitations décroissantes). D'autres facteurs tels que l'histoire de l'apprenant ou la nature de l'habileté à développer peuvent influencer le choix de la stratégie d'enseignement.
- Distinguer ce qui est préférable d'être enseigné via la TP (ex., des activités plus spécifiques telles que la réalisation d'une recette) de ce qui peut être enseigné à l'aide d'autres moyens (ex., des vidéos préenregistrées ou des directives écrites augmentées pour aider à développer des compétences plus générales telles que de mesurer des ingrédients).
- Employer des technologies et des solutions appropriées (pour l'apprenant autant que pour l'intervenant) afin de diminuer les erreurs, les frustrations, mais aussi pour gagner du temps. Par exemple, lorsque des limitations auditives sont connues, l'emploi d'un casque d'écoute pourrait être envisagé si l'individu le tolère (Rawlings et collab., 2021).

Il est également possible d'éviter la fatigue ou l'irritabilité des enfants en planifiant les interventions les jours où ils ont moins d'activités à l'horaire ainsi qu'à des moments qui ne sont pas trop rapprochés des périodes de repas (Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017). Aussi, avant de commencer formellement l'intervention en TP, les intervenants peuvent planifier des moments avec les usagers afin que ces derniers puissent se familiariser avec les équipements qui seront utilisés (Shea, 2014). Enfin, certaines responsabilités (ex., effectuer des rappels auprès des personnes qui participent aux interventions) pourraient être dévolues aux proches (Ptomey et collab., 2018a).

4.2.11.5 Les stratégies en début et en cours d'intervention

Lors des séances en ligne, les intervenants peuvent instaurer des balises afin d'éviter que les individus adoptent avec eux certains comportements typiques associés à l'utilisation des moyens de communication, alors que ces comportements ne sont pas nécessairement appropriés en contexte thérapeutique (Rawlings et collab., 2021). Les intervenants peuvent aussi avoir recours à différentes stratégies similaires à celles employées lors d'interventions en présence pour favoriser la communication ou l'engagement des individus recevant des interventions en TP. Par exemple, ils peuvent informer clairement des règles associées à l'intervention ainsi que des conséquences prévues lorsqu'elles sont enfreintes; instaurer un système de renforcement reposant sur les préférences des individus (ex., jouet ou activité préférée) ou sur du matériel d'intervention (ex., un minuteur ou un horaire); utiliser du renforcement positif; ou encore planifier des pauses de durées équivalentes aux périodes d'intervention (Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017; Shea, 2014). Enfin, quand l'écran se fige, il est possible de dire aux enfants quoi faire afin de ramener leur attention vers l'intervention (Dimitropoulos, Zyga et Russ, 2017).

5. Discussion

Cette recherche exhaustive dans la documentation scientifique et dans la littérature grise a permis d'identifier 16 articles scientifiques et 10 documents complémentaires. Ce vaste repérage était nécessaire pour apporter des éléments de réponse à la question décisionnelle « Pour des personnes présentant un RGD, une DI ou un TSA, est-ce que l'emploi de la vidéo en mode synchrone (télépratique) permet de déterminer des objectifs d'intervention et de les évaluer ainsi que d'utiliser des interventions qui favorisent l'atteinte de ces objectifs? » ainsi qu'à chacune des questions d'évaluation.

Tout d'abord, aucune étude n'a mentionné explicitement avoir déterminé des objectifs via la TP avec les personnes présentant une DI ou un TSA, mais il semble raisonnable de croire que des objectifs d'intervention pourraient être convenus à distance de concert avec les personnes présentant une DI ou un TSA, ou avec leurs proches. En ce qui concerne le second volet de la première question, les différents résultats obtenus auprès des participants aux études témoignent de la possibilité d'employer une démarche d'évaluation systématique et structurée pour évaluer des objectifs d'interventions. En corolaire, il deviendra sans doute plus facile d'effectuer des évaluations au fur et à mesure que les technologies s'amélioreront (Peterson et collab., 2017).

Concernant maintenant le deuxième volet de la question décisionnelle, soit l'atteinte des objectifs, il apparaît que la TP, comme modalité d'intervention, n'engendre pas toujours les résultats positifs escomptés. Bien qu'aucune caractéristique propre à la TP n'ait pu être associée à la variabilité des résultats observés, les taux de succès dans les études identifiées sont supérieurs chez les adultes comparativement aux enfants de moins de 11 ans. Aucune étude identifiée n'a mesuré l'efficacité de la TP auprès des adolescents. Chez les enfants, il est possible que leur familiarité avec la TP ainsi qu'avec le type d'intervention employé puisse être un facteur qui favorise l'atteinte des objectifs, alors que chez les adultes ce facteur pourrait être d'ordre motivationnel. Notons au passage que des études démontrent qu'il est faisable d'utiliser la TP comme modalité d'intervention auprès de personnes présentant une DI ou un TSA.

D'autres éléments associés aux résultats observés sont dignes d'être mentionnés. D'abord, les variables mesurées sont à ce point différentes d'une étude à l'autre qu'il est impossible de générer un corpus d'études suffisamment homogène pour apprécier l'efficacité de la TP pour une intervention particulière ou pour un résultat spécifique. Cependant, ce qui peut être, en apparence, perçu comme une faiblesse, peut également être interprété comme une force : la TP ayant été utilisée dans différents contextes cliniques pour atteindre des résultats variés, cela pourrait-il, au contraire, attester de la polyvalence de cette modalité? Ensuite, il est également possible de se demander si une absence de résultats positifs dans certaines études découle de la TP comme tel ou de l'intervention de manière générale. Par exemple, dans l'étude de Ptomey et ses collaborateurs (2018b), les capacités cognitives des participants ne se sont pas améliorées après avoir participé à un programme d'activités physiques offert en TP. Or, dans ce cas, il est possible de se demander si l'absence de résultats positifs résulte de la TP, des postulats théoriques de l'étude, ou encore de l'intensité ou de la durée de l'intervention.

Le corpus d'études donne aussi la possibilité de comparer des résultats obtenus en contexte de pratique clinique réel à ceux de la recherche où, la plupart du temps, ce sont des chercheurs ou des assistants de recherche qui agissent comme intervenants dans le but de contrôler les variables à l'étude. En contexte de pratique réel, l'analyse des PI qui a été effectuée par Pollard et ses collaborateurs (2021) révèle que les niveaux d'atteinte des objectifs situés dans la phase « d'acquisition » furent très variables après que les services eurent basculé entièrement en TP. Leurs résultats révèlent des progressions, du maintien et parfois même des reculs. De plus, l'emploi d'une modalité à distance pour offrir un service de psychologie aux adultes présentant une DI semble se buter aux caractéristiques personnelles de ces personnes pour qui cette modalité n'est pas appropriée ainsi qu'aux préférences de certains pour des services en présence (Rawlings et collab., 2021). De leur côté, les études dont les paramètres

d'intervention sont mieux contrôlés par les chercheurs tendent à produire un plus grand nombre de résultats positifs. Il pourrait donc y avoir un écart entre la réalité clinique et la réalité de la recherche qui mériterait d'être examiné davantage.

Au chapitre des facteurs à considérer au regard de l'efficacité de la TP, notons le niveau de préparation des personnes à recevoir une intervention à distance et le niveau de familiarité de l'intervenant avec le milieu de vie. Alors que les études établissent habituellement des critères de sélection des participants, ce ne sont pas toutes les études qui avaient des critères de sélection propres à la TP. À ce sujet, il est possible de fixer des critères de sélection ad hoc, autant qu'il est possible de se rattacher à des critères établis par certains organismes tels que l'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) ou le Council for Autism Service Providers (CASP) (Pollard et collab.; Boisvert, 2013). En ce qui concerne les milieux de vie, Taber-Doughy et ses collaborateurs (2010) expliquent qu'il est possible que les durées d'intervention en TP aient été plus longues, comparativement aux interventions en présence, en raison du fait que l'intervenante ne savait pas toujours où les accessoires nécessaires à la réalisation des tâches étaient rangés.

Ajoutons que la TP est généralement bien acceptée par les personnes présentant une DI ou un TSA, ou par de leurs proches, mais que certaines nuances s'imposent. Alors que Dimitropoulos et ses collaborateurs (2017) estiment que cette modalité d'intervention jouit d'une bonne validité sociale auprès des parents d'enfants vivant avec le SPW, certains parents d'enfants ayant un diagnostic de TSA qui ont participé à une autre étude ont dit préférer une formule hybride d'intervention qui combine l'intervention en présence et l'intervention à distance (Johnsson et collab., 2019). Dans la même veine, Rawlings et ses collaborateurs (2021) estiment qu'une intervention psychologique à distance peut être envisagée pour des adultes ayant une DI. Toutefois, cette modalité ne serait pas appropriée pour les personnes qui présentent des profils trop complexes pour que leur problématique soit traitée à distance. De plus, cette étude rapporte que certains participants étaient ouverts à l'idée de recevoir ce service à distance, tandis que d'autres personnes ont mentionné préférer des consultations en présence. En somme, l'acceptabilité de la TP semble dépendre des préférences des personnes et de la nature des interventions offertes.

Dans un autre ordre d'idées, l'intervention en TP peut engendrer des répercussions différentes et parfois inattendues. Par exemple, bien que l'étude de Ptomey et ses collaborateurs (2018b) visait principalement l'amélioration de certaines facultés cognitives, leur intervention a permis d'accroître les interactions sociales entre les participants, ce qui peut aider à briser l'isolement. Par contre, des enfants présentant un TSA qui sont retournés à l'intervention en présence après avoir reçu l'intervention en TP ont manifesté plus de comportements problématiques, un enfant a même refusé de participer à l'intervention en présence à plusieurs reprises (Boisvert, 2013; Boisvert et collab., 2012). Des situations similaires à celle-ci sont également décrites par d'autres chercheurs qui s'intéressent à l'emploi de l'informatique comme modalité d'intervention. Peut-être est-ce parce que la technologie offre un environnement social plus prévisible aux personnes présentant un TSA, ce qui aiderait à diminuer leur niveau d'anxiété ainsi que les comportements indésirables (Wainer et Ingersoll, 2011, cités par Boisvert et collab., 2012). Il est également possible qu'un intérêt plus marqué à l'endroit des technologies et des ordinateurs puisse être une source de motivation à participer à une intervention offerte en TP, surtout lorsque la personne connaît des succès en TP (Boisvert, 2013). Si tel est le cas, un retour à l'intervention en présence pourrait bel et bien occasionner certains problèmes pour les intervenants.

En somme, cette recension offre un certain nombre de réponses à des questions portant sur des sujets aussi variés que l'efficacité, les enjeux d'adaptation pour les personnes qui reçoivent les interventions autant que pour les intervenants, les enjeux éthiques, l'efficience ou la satisfaction à l'égard de la TP. Par contre, comme la majorité des études d'efficacité reposent en grande partie sur des devis à cas unique qui ne répondent pas à tous les critères de qualité du WWC, il est impossible d'affirmer hors de tout doute que les résultats d'efficacité observés sont directement attribuables à l'intervention en TP. Il est possible que d'autres facteurs soient intervenus sans que les chercheurs puissent les contrôler. Il est donc préférable de demeurer prudent à l'égard des résultats d'efficacité présentés ici.

Enfin, comme cela a été soulevé dans les études incluses dans cette recension, la TP semble être une modalité d'intervention prometteuse pour atténuer les disparités en matière de quantité et de qualité de l'offre de service en DI-TSA qui subsistent selon le lieu de résidence ou le statut socioéconomique des individus. Des études supplémentaires et plus robustes sur le plan méthodologique sont cependant requises pour attester de l'efficacité de cette modalité d'intervention avec plus de conviction. Ces études pourraient également considérer le jugement clinique des intervenants lorsque survient le moment de décider d'offrir l'intervention via la TP aux personnes présentant une DI ou un TSA.

Conclusion

La synthèse des références consultées tend à mettre en lumière qu'une prestation de services en TP réussie pourrait devoir reposer sur un certain nombre de considérants. Ainsi, il est désormais raisonnable de croire que les prestataires de services devront se doter des équipements informatiques et des logiciels requis, assurer la confidentialité du processus clinique et favoriser l'adhésion des intervenants à cette modalité. Il est à noter que les prestataires pourraient avoir à acquérir des équipements supplémentaires à prêter aux personnes qui ne possèdent pas de tels équipements (ex. caméra à haute définition motorisée, haut-parleurs de qualité, etc.) lorsque ceux-ci s'avèrent indispensables pour l'intervention à distance. Ces prêts d'équipement peuvent aussi aider à atténuer les iniquités en matière d'accès à la TP. Les prestataires de services pourraient également avoir à déterminer des procédures pour s'assurer de la compatibilité de leurs équipements avec ceux des personnes qui reçoivent des services ainsi que pour vérifier les capacités associées aux services Internet. Enfin, une gestion du changement, incluant un plan de formation des intervenants, une période d'appropriation ainsi qu'un plan de mise en œuvre seraient à envisager pour favoriser à la fois l'adhésion des intervenants ainsi qu'une implantation réussie de la TP.

Nonobstant ce qui précède, ce sont les intervenants, en collaboration avec les personnes présentant une DI ou un TSA, qui seront les mieux placés pour déterminer si la TP est une modalité d'intervention envisageable selon certains critères tels que l'âge développemental et la présentation clinique de la personne, incluant la présence de limites auditives ou visuelles ainsi que tout trouble du traitement sensoriel. Il devient alors évident que le jugement clinique des intervenants sera un aspect important du processus pour favoriser la réussite des interventions menées en TP. Ce jugement clinique peut s'exercer lors de la sélection des personnes aptes à recevoir des services en TP, lors du choix et de la planification de l'intervention ainsi que lors du choix des stratégies spécifiques à employer tout au long de l'intervention. De plus, les intervenants pourront vérifier si les bénéficiaires de services souhaitent recevoir des services en TP, ce qui répond du même coup à une considération éthique associée au consentement éclairé, dans la mesure où les intervenants communiquent toutes les informations importantes associées à cette modalité d'offre de service. À ce sujet, rendre disponible un document qui traite de l'intervention en TP (ex., des lignes directrices) peut aider les intervenants dans l'exercice de leurs fonctions. Ce document pourrait porter sur différentes considérations : éthiques, techniques (ex. l'écran qui fige, une mauvaise connexion Internet, le placement de l'équipement pour bien entendre et voir les indices non verbaux, le contrôle des sources de distraction, etc.) et comportementales (ex. le non-respect des consignes, les difficultés, les contrariétés ou encore la gestion de comportements problématiques possibles lors d'un retour à l'intervention en personne, etc.).

À terme, il est à espérer que la TP produira certains effets escomptés tels que l'amélioration de l'accès aux services et la réduction des disparités régionales, ou encore la réduction du temps de déplacement et des coûts qui y sont associés. Les intervenants pourraient également s'apercevoir que la TP leur permet de nouvelles possibilités cliniques ou qu'elle leur permet rapidement d'adapter leurs interventions en fonction des spécificités de chaque milieu. Enfin, il pourra être important de témoigner que l'offre de service en TP est de qualité équivalente à celle en personne.

Bibliographie

Note : Les références précédées d'un astérisque (*) sont des études d'efficacité

ANTEZANA, Ligia, Angela SCARPA, Andrew VALDESPINO, Jordan ALBRIGHT et John A. RICHEY. (2017). « Rural Trends in Diagnosis and Services for Autism Spectrum Disorder ». *Frontiers in psychology*, 8, 2017, p. 590. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00590>.

*BOISVERT, Michelle, Nerissa HALL, Mary ANDRIANOPOULOS et Jeanne CHACLAS. (2012). « The Multi-faceted Implementation of Telepractice to Service Individuals with Autism ». *International journal of telerehabilitation*, 4, n°2, 2012, p. 11-24. <https://doi.org/10.5195/ijt.2012.6104>.

*BOISVERT, Michelle K. (2013). « An investigation of the efficacy of speech and language interventions with students with ASD using telepractice ». *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 73, n° 12-B(E), 2013.

*BRODHEAD, Matthew T., So Yeon KIM, Mandy J. RISPOLI, Emma S. SIPILA et M. Y. SAVANA BAK. (2019). « A pilot evaluation of a treatment package to teach social conversation via video-chat ». (*Journal of Autism and Developmental Disorders* 49, n° 8, 2019, p. 3316-3327. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04055-4>.

*CIHON, Joseph H., Julia L. FERGUSON, Matthew LEE, Justin B. LEAF, Ron LEAF et John MCEACHIN. (2021), 1-9. « Evaluating the Cool Versus Not Cool Procedure via Telehealth ». *Behavior analysis in practice*. <https://doi.org/10.1007/s40617-021-00553-z>.

COX, David J., Joshua B. PLAVNICK et Matthew T. BRODHEAD. (2020). « A proposed process for risk mitigation during the COVID-19 pandemic ». *Behavior Analysis in Practice* 13, n° 2, 2020, p. 299-305. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00430-1>.

*DIMITROPOULOS, Anastasia, Olena ZYGA, Ellen DOERNBERG et Sandra W. RUSS. (2021). « Show me what happens next: Preliminary efficacy of a remote play-based intervention for children with Prader-Willi syndrome ». *Research in Developmental Disabilities*, 108. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103820>.

*DIMITROPOULOS, Anastasia, Olena ZYGA et Sandra RUSS. (2017). « Evaluating the Feasibility of a Play-Based Telehealth Intervention Program for Children with Prader-Willi Syndrome ». *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 47, n° 9, septembre 2017, p. 2814-2825. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3196-z>.

*FERGUSON, Julia L., Maddison J. MAJESKI, John MCEACHIN, Ronald LEAF, Joseph H. CIHON et Justin B. LEAF. (2020). « Evaluating discrete trial teaching with instructive feedback delivered in a dyad arrangement via telehealth ». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53, n° 4, septembre 2020, p. 1876-1888. <https://doi.org/10.1002/jaba.773>.

*FORD, Katerina, Mian WANG, Lynn Kern KOEGEL, Robert L. KOEGEL et Andrew FEDDERS. (2021). « Use of a Videoconferencing Intervention and Systematic Hierarchy to Teach Daily Living Skills to Young Adults With Autism Spectrum Disorder ». *Journal of Positive Behavior Interventions*, 23(2), 81-92. CINAHL 2021-03-11. <https://doi.org/10.1177/1098300720921214>

- JOHNSSON, Genevieve, Kim BULKELEY et Bryony CROWE. (2020). « Positive behaviour support via telepractice: Reaching out to rural communities ». *Intellectual Disability Australasia* 41, n° 2, juin 2020, p. 12-15.
- *JOHNSSON, Genevieve, Rachel KERSLAKE et Sarah CROOK. (2019). « Delivering allied health services to regional and remote participants on the autism spectrum via video-conferencing technology: lessons learned ». *Rural & Remote Health* 19, n° 3, juillet 2019, 1-6. <https://doi.org/10.22605/RRH5358>.
- KALVIN, Carla B., Rebecca P. JORDAN, Sonia N. ROWLEY, Anna WEIS, Karen S. WOOD, Jeffrey J. WOOD, Karim IBRAHIM et Denis G. SUKHODOLSKY. (2021). « Conducting CBT for Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder During COVID-19 Pandemic ». *Journal of autism and developmental disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04845-1>.
- KMET, Leanne M, Robert C. LEE et Linda S. COOK (2004). « Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields ». *Alberta Heritage Foundation for Medical Research*, 21 pages.
- PAGE, Matthew J, Joanne E MCKENZIE, Patrick M BOSSUYT, Isabelle BOUTRON, Tammy C HOFFMANN, Cynthia D MULROW, et collab. (2021). « The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews ». (*BMJ* 2021; 372 : n71). <https://doi: 10.1136/bmj.n71>.
- *PELLEGRINO, Azure J., et Florence D. DIGENNARO REED. (2020). « Using telehealth to teach valued skills to adults with intellectual and developmental disabilities ». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 53, n° 3, juillet 2020, p. 1276-1289. <https://doi.org/10.1002/jaba.734>.
- PERRY, J., S. BEYER, et S. HOLM. (2009). « Assistive technology, telecare and people with intellectual disabilities: ethical considerations ». *Journal of Medical Ethics*, 35, n° 2, février 2009, p. 81-86. <https://doi.org/10.1136/jme.2008.024588>.
- PETERSON, Kathryn M., Cathleen C. PIAZZA, Kevin C. LUCZYNSKI, et Wayne W. FISHER. (2017). « Virtual-care delivery of applied-behavior-analysis services to children with autism spectrum disorder and related conditions ». *Behavior Analysis: Research and Practice*, 17, n° 4, 2017, p. 286-297. <https://doi.org/10.1037/bar0000030>.
- *POLLARD, Joy S., Linda A. LEBLANC, Christan A. GRIFFIN, et Joseph M. BAKER. (2021). « The effects of transition to technician-delivered telehealth ABA treatment during the COVID-19 crisis: A preliminary analysis ». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 54, n° 1, janvier 2021, p. 87-102. <https://doi.org/10.1002/jaba.803>.
- *PTOMEY, Lauren T., Amanda N. SZABO, Erik A. WILLIS, J. Leon GREENE, Jessica C. DANON, Richard A. WASHBURN, Daniel E. FORSHA et Joseph E. DONNELLY. (2018). « Remote Exercise for Adults with Down Syndrome ». *Journal of the American College of Sports Medicine*, 3, n° 8, 2018a, p. 60-65. <https://doi.org/10.1249/TJX.0000000000000058>.
- *PTOMEY, Lauren T., Amanda N. SZABO, Erik A. WILLIS, Anna M. GORCZYCA, J. Leon GREENE, Jessica C. DANON et Joseph E. DONNELLY. (2018). « Changes in cognitive function after a 12-week exercise intervention in adults with Down syndrome ». *Disability and Health Journal*, 11, n° 3, 2018b, p. 486-90. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.02.003>.

- *PTOMEY, Lauren T., Erik A. WILLIS, J. Leon GREENE, Jessica C. DANON, Tara K. CHUMLEY, Richard A. WASHBURN, et Joseph E. DONNELLY. (2017). « The Feasibility of Group Video Conferencing for Promotion of Physical Activity in Adolescents With Intellectual and Developmental Disabilities ». *American Journal on Intellectual & Developmental Disabilities*, 122, n° 6, novembre 2017, p. 525-538. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-122.6.525>.
- QUIGLEY, Shawn P., Patrick R. BLEVINS, David J. COX, Matthew T. BROADHEAD et So Yeon KIM. (2019). « An Evaluation of Explicit Ethical Statements in Telehealth Research With Individuals With Autism Spectrum Disorder ». *Behavior Analysis: Research and Practice*, 19, n° 2, mai 2019, p. 123-35. <https://doi.org/10.1037/bar0000094>.
- *RAWLINGS, Gregg Harry, Christopher GASKELL, Keeley ROLLING et Nigel BEAIL. (2021). « Exploring how to deliver videoconference-mediated psychological therapy to adults with an intellectual disability during the coronavirus pandemic ». *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities*, 15, n° 1, janvier 2021, p. 20-32. <https://doi.org/10.1108/AMHID-06-2020-0014>.
- RODRIGUEZ, Kristine A. (2020). « Maintaining treatment integrity in the face of crisis: A treatment selection model for transitioning direct ABA services to telehealth ». *Behavior Analysis in Practice*, 13, n° 2, 2020, 291-298. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00429-8>.
- SHEA, Kathleen. (2014). « Video calling with nonverbal children with autism ». *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 76, n° 4-A(E), 2014.
- SIMACEK, Jessica, Marianne ELMQUIST, Adele F. DIMIAN et Joe REICHLE. (2020). « Current Trends in Telehealth Applications to Deliver Social Communication Interventions for Young Children with or at Risk for Autism Spectrum Disorder ». *Current developmental disorders reports*, 2020, p. 1-9. <https://doi.org/10.1007/s40474-020-00214-w>.
- *TABER-Doughty, T., J. SHURR, J. BREWER et S. KUBIK. (2010). « Standard care and telecare services: comparing the effectiveness of two service systems with consumers with intellectual disabilities ». *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, n° 9, septembre 2010, p. 843-859. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01314.x>.
- TYNDALL, Jess (2010). *Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date, Significance*.
Grille d'évaluation en anglais accessible ici (29 juillet, 2021) :
https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/3326/AACODS_Checklist.pdf;jsessionid=9720AE90EE152D098F0B40D8FC767981?sequence=4
Grille d'évaluation en français (traduite par l'INESSS) accessible ici (29 juillet, 2021) :
https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/AACODS_checklist_VF2016.pdf
- What Works Clearinghouse. (2020). *What Works Clearinghouse Standards Handbook*, Version 4.1. Washington, DC: U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Evaluation and Regional Assistance.

Annexe 1 : Stratégie de recherche documentaire

La stratégie de recherche documentaire a été effectuée dans 10 bases de données scientifiques, 2 registres ainsi que sur différents sites Internet.

Bases 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>
EBM Reviews - Cochrane Clinical Answers <February 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.	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	../ 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

Base 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

Bases 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

Base 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

Base 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 autism* 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)	Admis (n)	Date
National Institute for Health and Clinical Excellence (Quality standards)	4	0	17 mars 2021
National Institute for Health and Clinical Excellence (Guidance; guidelines)	3	0	17 mars 2021
Centre fédéral d'expertise des soins de santé	1	0	17 mars 2021
National Institute for Health Research Health Technology Assessment programme	16	0	17 mars 2021
McMaster University	146	0	17 mars 2021
Haute Autorité de santé	330	0	17-18-30 mars 2021
International Network of Agencies for Health Technology Assessment	171	0	17-18 mars 2021
Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	11	0	17 mars 2021
Total	682	0	

Annexe 2 : Qualité méthodologique des études d'efficacité

A. Évaluations des études qualitatives et quantitatives (devis de groupe) effectuées à l'aide de la grille « Standard Quality Assessment » (Kmet, Lee et Cook, 2004)

Article	Grille	Score sommaire
Johnsson (2019)	Qualitative	0.65
Pollard et collab. (2021)	Quantitative	0.60
Dimitropoulos et collab. (2021)	Quantitative	0.67
Dimitropoulos et collab. (2017)	Quantitative	0.55
Ptomey et collab. (2018a)	Quantitative	0.73
Ptomey et collab. (2018b)	Quantitative	0.73
Ptomey et collab. (2017)	Quantitative	0.68
Rawlings et collab. (2021)	Quantitative	0.40

Items de la grille qualitative	Items de la grille quantitative
Question/objective sufficiently described?	Question/objective sufficiently described?
Study design evident and appropriate?	Study design evident and appropriate?
Context for the study clear?	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?
Connection to a theoretical framework/wider body of knowledge?	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?
Sampling strategy described and systematic?	If interventional and random allocation was possible, was it reported?
Data collection methods clearly described and systematic?	If interventional and blinding if investigators was possible, was it reported?
Data analysis clearly described and systematic?	If interventional and blinding if subjects was possible, was it reported?
Use of verification procedure(s) to establish credibility?	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement/misclassification bias? Means of assessment reported?
Conclusions supported by the results?	Sample size appropriate?
Reflexivity of the account?	Analytic methods described/justified and appropriate?
	Some estimate of variance is reported for the main results?
	Controlled for confounding?
	Results reported in sufficient detail?
	Conclusions supported by the results?

B. Évaluations des devis à cas unique effectuées à l'aide des standards « What Works Clearinghouse », v. 4.1

Auteurs	Devis	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	LBM-1	LBM-2	LBM-3	LBM-4	LBMT-1	LBMT-2	LBMT-3	O (n)	R (n)	N (n)
Boisvert et collab. (2012)	Inversion du traitement (A-B-C)	O	O	O	N	O	O	N	O	-	-	-	-	-	-	-	-	6	0	2
Taber-Doughty et collab. (2010)	Alternance de traitements	O	O	O	N	O	O	O	N	N	-	-	-	-	-	-	-	6	0	3
Brohead et collab. (2019)	Lignes de base multiples selon les sujets avec alternance de traitements	O	O	O	O	O	O	R	O	N	O	N	O	NC	-	-	-	9	1	2
Cihon et collab. (2021)	Lignes de base multiples selon les sujets	O	O	O	N	O	O	R	O	-	O	N	O	NC	-	-	-	8	1	2
Ferguson et collab. (2020)	Lignes de base multiples selon des sujets regroupés en dyades	O	O	O	O	O	O	R	O	-	O	N	O	NC	-	-	-	9	1	1
Ford et collab. (2021)	Lignes de base multiples selon des sujets ayant des critères distincts	O	O	O	O	N	O	R	O	-	O	N	O	NC	-	-	-	8	1	2
Pellegrino et DiGennaro Reed (2020)	Lignes de base multiples selon les comportements incluant des tests	O	O	O	N	O	O	R	O	-	O	N	O	NC	R	R	N	8	3	3

Légende : G1, G2... : critères généraux pour tous les devis. TA : critère additionnel pour traitement ou 3^e condition en alternance. LBM : critères additionnels pour lignes de bases multiples. LBMT : critères additionnels pour lignes de bases multiples avec tests. O : Oui. N : Non. R : Avec réserves. NC : Non tenu en compte.

What Works Clearinghouse, v. 4.1 (critères)

Devis	No critère	Objet	Énoncés	Possibilités		
				Oui	Avec réserves	Non
Tous	G1	Données	Présence de graphiques ou de tableaux permettant une analyse visuelle des données.	X	-	X
	G2	Contrôle	La variable indépendante est systématiquement manipulée selon les directives du chercheur.	X	-	X
	G3	Fidélité	Plus d'un évaluateur pour l'accord interjuges.	X	-	X
	G4	Fidélité	Le nombre d'observations interjuges est adéquat.	X	-	X
	G5	Fidélité	Le score associé à l'accord interjuges atteint le minimum requis pour chaque variable mesurée.	X	-	X
	G6	Validité	La mesure est suffisamment décrite et elle est alignée avec les résultats.	X	-	X
	G7	Validité	Le devis respecte le nombre de phases et le nombre de points par phase prescrits, que ce soit sur l'ensemble des données ou sur un sous-ensemble de données.	X	X	X
	G8	Validité	Il y a absence de facteurs confondants.	X	-	X
	G9	Validité	Il y a absence d'effets résiduels de traitements (principalement dans les devis basés sur l'alternance de traitements).	X	-	X
LBM (1)	LBM-1	Validité	Présence de données de la ligne de base pour chaque cas (c.-à-d. avant l'intervention).	X	-	X
	LBM-2	Validité	Les cas reçoivent l'intervention approximativement au même moment au cours de l'étude (comparaison verticale possible).	X	-	X
	LBM-3	Validité	Prolongement des mesures de la ligne de base pour les cas ne débutant pas l'intervention.	X	-	X
	LBM-4	Validité	Données de la phase de formation présentes pour tous les cas.	X	-	X
LBMT (2)	LBMT-1	Validité	Au cours des trois premières séances de la ligne de base, les points sont alignés verticalement pour chaque cas (3 points consécutifs = oui; 1 point = réserves).	X	X	X
	LBMT-2	Validité	À la ligne de base : nombre de tests (<i>probes</i>) précédant immédiatement l'intervention pour chaque cas (3 points = oui; 1 point = réserves). Voir l'exception.	X	X	X
	LBMT-3	Validité	A) Lorsqu'un cas débute l'intervention ou qu'il atteint le critère de performance établi, les autres cas ont un point de test (<i>probe</i>) à leur ligne de base. ET B) Ce point de test (<i>probe</i>) doit être représentatif de la tendance et du niveau du cas à cette phase	X	-	X

(1) Devis à lignes de base multiples; (2) Devis à lignes de base multiples incluant des tests (*probes*).

Annexe 3 : Grille d'extraction

Les évaluateurs ont extrait toute l'information requise pour répondre aux questions dans une grille similaire à celle-ci.

Étude	Information repérée
Référence complète	
Pays	
Objectif(s) de l'étude/hypothèses	

Questions d'évaluation	Description de l'intervention et particularités	Information repérée
3	Lieux/durée de l'intervention/modalités/personnes impliquées, etc.	

Questions d'évaluation	Résultats	Information repérée
1	Efficacité en précisant la variable dépendante (p. ex. communication, comportement). Inclure ici les informations en lien avec la possibilité de fixer des objectifs d'intervention.	
4	Gains d'efficacité de la TP	

Questions d'évaluation	Participants	Information repérée
2	Caractéristiques des participants	
10	Enjeux d'adaptation à la TP	
6	Niveau de satisfaction de la TP	

Questions d'évaluation	Personnel/Intervenants	Information repérée
7	Enjeux d'adaptation à la TP	
8	Facteurs qui favorisent l'adhésion à la TP	
9	Niveau de satisfaction de la TP	

Questions d'évaluation	Éthique et juridique	Information repérée
5	Enjeux éthiques de la TP	
5	Enjeux juridiques (québécois ou canadien) de la TP	

Annexe 4 : Vue d'ensemble des références retenues

A. Études cliniques

Dx	Groupe d'âge (nbre d'études; nbre de participants)	Résultats recherchés (nombre d'études; nombre de participants)
DI	0-12 ans (2; 25)	Connaître, auprès des parents, la validité sociale d'une intervention menée en TP pour accroître l'imagination et l'expression des émotions de leur enfant présentant un SPW (1; 10)
		Accroître l'imagination et l'expression des émotions des enfants présentant un SPW (1; 15)
	13-21 ans (1; 31)	Déterminer la faisabilité d'une offre d'activités physiques en ligne (1; 31)
	Adultes (5; 40)	Suivre l'implantation d'un service d'intervention psychologique à distance (1; 7)
		Déterminer la faisabilité d'offrir des activités physiques en ligne ET connaître l'effet de d'un programme d'activité physique en ligne sur différentes mesures de cognition (1; 27) ⁽¹⁾¹⁴
	Développer des comportements associés aux AVQ-AVD (2; 6)	
TSA	0-12 (6; 36)	Intervenir sur le langage ou la communication (4; 14)
		Susciter des tacts (réponses verbales associées à un stimulus présent dans l'environnement) (1; 6)
		Suivre l'implantation d'un service d'intervention psychosociale (1; 16)
	Adulte (2; 28)	Améliorer la reconnaissance des émotions (1; 25)
		Développer des comportements associés aux AVQ-AVD (1; 3)
Variés (1; 17)	Vérifier la progression des objectifs inscrits aux plans d'intervention suite au passage en TP lors de la crise sanitaire causée par le COVID-19 (1; 17)	

¹⁴ Les auteurs ont publié deux articles distincts portant sur les mêmes participants. Cette recension rapporte également des informations provenant de dix références complémentaires, dont neuf qui traitent de sujets associés au TSA (tableau 5).

B. Références complémentaires

Tableau 5 : Les références complémentaires

Auteurs	Sujet
Antezana et collab. 2017	Synthèse portant sur l'offre de service en milieu rural (États-Unis) ainsi que les barrières (TSA).
Cox, Plavnick et Brodhead 2020	Commentaire. Services reposant sur l'analyse appliquée du comportement en période de pandémie et arbre décisionnel (TSA).
Johnsson, Bulkeley et Crowe 2020	Déploiement du <i>Positive behaviour support</i> en milieu rural australien (TSA).
Kalvin et collab. 2020	Commentaire. Services reposant sur l'approche cognitivo-comportementale en période de pandémie pour traiter l'anxiété (TSA).
Perry, Beyer et Holm 2008	Considérations éthiques de la TP en DI.
Peterson et collab. 2017	Discussion sur les avantages des soins virtuels (<i>virtual care</i>) en comparaison à la télépratique pour offrir des services reposant sur l'analyse appliquée du comportement (TSA).
Quigley et collab. 2019	Prise en compte de différentes considérations éthiques au niveau de la recherche sur la TP (TSA).
Rodriguez 2020	Outil d'aide à la décision pour offrir des services reposant sur l'analyse appliquée du comportement en TP directement à la personne ou avec l'aide d'un proche (TSA).
Shea 2015	Développement du langage et de la communication (attention conjointe) dans une situation analogue à la TP (TSA).
Simacek et collab. 2021	Recension de 22 études dressant un état des lieux de l'emploi de la télépratique pour le développement de la communication. L'article distingue les différentes pratiques (synchrone, asynchrone et applications) et indique que la plupart des études portent sur la formation des parents (TSA)

Annexe 5 : Synthèse des études primaires

A. Études d'efficacité clinique

Tableau 6 : Synthèse des études primaires (études d'efficacité)

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p><u>Auteurs</u> Boisvert et collab. (2012)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis à cas unique basé sur l'inversion du traitement (A-B-C)</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> Standards WWC rencontrés : Oui : 6 Avec réserves : 0 Non : 2</p>	<p><u>Participant (n = 1)</u> Garçon de 11 ans Diagnostic : TSA (aucune mention de DI) Langue parlée : anglais</p> <p><u>Intervenant</u> Étudiant 1^{re} année à la maîtrise en orthophonie supervisé en tout temps par un orthophoniste</p>	<p><u>Objectif</u> Démontrer les effets de la TP lors de prestation de services en orthophonie : vérifier si le participant utilise des mots de transition variés pour établir des séquences d'actions ou d'étapes lorsqu'il raconte un événement ou un récit.</p> <p><u>Intervention</u> Service d'orthophonie. Interventions précédées et suivies d'un test lié aux objectifs du PI.</p> <p>6 rencontres en télépratique suivies de 5 rencontres en présentiel.</p>	<p><u>Pour la communication</u> eMachine avec écran de 22 pouces Haut-parleurs externes Caméra externe Microsoft HD avec micro-intégré Skype™ 256 bits</p> <p><u>Pour les activités d'enseignement (logiciels)</u> SMART Notebook™ Presence Learning Big Universe Partage d'écran avec Adobe ConnectNow ou Presence Learning</p>	<p><u>Variable</u> Pourcentage d'utilisation appropriée de mots de transition</p> <p><u>Résultats : positifs en faveur de la TP</u> Niveau de base (M = 24 %; ÉT = 21,9) TP (M = 91 %; ÉT = 10,1) En présence (M = 68 %; ÉT = 26,6) (Tau-U : z = -2,05; p < 0,05)</p> <p>La performance du participant a décliné lorsqu'il est passé de la TP à la modalité en présence.</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p>Auteur Boisvert (2013)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis à cas unique basé sur l'inversion du traitement (A-B-C) avec composante quasi-expérimentale</p> <p>Qualité méthodologique AACODS : 82 % (23 sur 28 critères)</p>	<p>Participants (n = 6) 1 fille et 5 garçons Âgés de 5 à 12 ans (m = 8,5; ÉT = 2,7) Diagnostic : TSA (aucune mention de DI) Langue parlée : anglais</p> <p>Intervenants 4 étudiants de 1^{re} année à la maîtrise en orthophonie Personnel en milieu scolaire pour soutenir et faciliter la réalisation des interventions</p>	<p>Objectif Démontrer les effets d'une intervention en orthophonie offerte en télépratique (TP). Vérifier s'il existe des différences dans la progression des participants entre la TP et la modalité en présence.</p> <p>Intervention Séances de 30 min : interventions de 20 min (essais structurés, stratégies d'<i>intervention naturalistes, renforçateurs directs et naturels</i>) précédées et suivies de tests de 5 min liés aux objectifs du PI. Une séance de TP par semaine pendant 6 semaines, suivi d'une séance en présence par semaine pendant 6 semaines, ou l'inverse, selon les participants.</p>	<p>Pour la communication eMachine avec écran de 22 pouces Haut-parleurs externes Caméra externe Microsoft HD avec micro intégré Skype™ Caméra vidéo digitale Sony Handycam Partage d'écran avec Adobe ConnectNow</p> <p>Pour les activités Presence Learning (plateforme web) Intervention et tests : livres, jeux, questions verbales, courtes histoires ou images avec questions associées, cartes illustrées (flashcards)</p>	<p>Variable Pourcentage de réponses correctes pour les objectifs inscrits au PI des participants (ex., emploi adéquat des structures grammaticales).</p> <p>Résultats : partagés A. Globalement, aucune différence significative entre la TP et en présence. B. Performances individuelles. a) Meilleures performances en TP pour 2 participants : 1. TP (M = 94 %; ÉT = 7,70) Présence (M = 82 %; ÉT = 11,54) (Tau-U : z = 2,70, p < 0,05) 2. TP (M = 91 %; ÉT = 12,68) Présence (M = 68 %; ÉT = 21,15) (Tau-U : z = -2,50, p < 0,05) b) Meilleures performances en présence pour un participant : Présence (M = 79 %; ÉT = 12,95) TP (M = 57 %; ÉT = 21,48) (Tau-U : z = 2,14, p < 0,05) c) Aucune diff. entre la TP et en présence pour 3 participants.</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p><u>Auteurs</u> Brodhead et collab. (2019)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis à cas unique à lignes de base multiples selon les sujets <i>avec</i> alternance de traitements</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> Standards WWC rencontrés : Oui : 9 Avec réserves : 1 Non : 2</p>	<p><u>Participants (n = 3)</u> Garçons de 7 ans Diagnostic : TSA (aucune mention de DI) Langue parlée : non spécifiée (s'expriment avec des phrases de 3 à 5 mots)</p> <p><u>Intervenants</u> 3 intervenants avec une expérience de travail auprès d'enfants présentant un TSA 3 adultes non familiers avec le diagnostic de TSA</p>	<p><u>Objectif</u> Évaluer les effets de la discussion vidéo en ligne (« chat-vidéo ») pour enseigner la conversation.</p> <p><u>Intervention</u> Interventions comportementales ciblées combinant des horaires d'activités et <i>Multiple exemplar training</i> (MET : une stratégie d'enseignement qui implique de varier les indices contextuels dès le début de la leçon). Le chaînage arrière est employé pour montrer à chaque participant comment utiliser le guide de conversation (incluant de la guidance physique si nécessaire). Les participants ont complété l'étude en moyenne en 30 jours (de 26 à 35 jours) et la durée des séances variait approximativement de 1 minute à 5 minutes.</p>	<p><u>Pour la communication</u> Appareils Apple iPads (4e Generation) pour les participants et pour le partenaire de conversation. FaceTime installé sur chaque iPad.</p> <p><u>Pour les activités</u> Un guide de conversation comprenant deux variantes d'un canevas de conversation et structurées selon des horaires d'activités qui comprennent des images ou des scripts.</p>	<p><u>Variable 1</u> Précision de la conversation : réponse correcte = expression des comportements cibles en moins de 5 secondes dans différentes conditions</p> <p><u>Résultats : Positifs</u></p> <p>A. Durant la phase d'enseignement avec les canevas de discussion : 12 à 15 séances requises pour atteindre 100 % lors de 4 séances consécutives. B. Avec un nouveau partenaire de conversation avec les canevas de discussion : 100 % (2 participants); 90,47 % à 100 % (1 participant) C. Avec un partenaire de conversation connu sans canevas de discussion : 100 % (1 participant); 92,3 % à 100 % (1 participant); 84,61 % à 100 % (1 participant) D. Maintien des résultats pour tous les participants, avec un nouveau partenaire de conversation sans canevas de discussion, 2 semaines après l'intervention</p> <p>Tailles d'effets élevées (scores Tau-U) : Ammon = 1 (p < 0,05, z = 3,37) Oliver = 1 (p < 0,001, z = 3,92) Kendall = 1 (p < 0,001, z = 3,96) Groupe = (p < 0,001, z = 6,44)</p> <p><u>Variable 2</u> Pourcentage de réponses variées et appropriées selon le contexte lors des conversations non structurées.</p> <p><u>Résultats</u> VAR 2 : L'emploi de termes variés fluctue de 0 % à 28,57 % pour Oliver, de 0 % à 85,71 % pour Kendall et de 57,14 % à 100 % pour Amon.</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p><u>Auteurs</u> Cihon et collab. (2021)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis à cas unique à lignes de base multiples selon les sujets</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> Standards WWC rencontrés : Oui : 8 Avec réserves : 1 Non : 2</p>	<p><u>Participants (n = 3)</u> Garçons avec âgée de 4 ou 5 ans avec un diagnostic TSA sans DI</p> <p><u>Intervenants</u> Détient une maîtrise en analyse du comportement, études doctorales débutées en analyse appliquée du comportement (AAC); 8 ans d'expérience en interventions basées sur l'AAC auprès des personnes ayant un TSA.</p> <p>Membre du personnel : sur place et impliqué lors les jeux de rôle.</p> <p>Superviseur des participants : agit comme « nouveau partenaire » de communication dans la phase de généralisation</p>	<p><u>Objectif</u> Évaluer l'efficacité de la procédure <i>Cool Versus Not Cool</i> offerte en télépratique pour changer la conversation lorsque quelqu'un s'ennuie</p> <p><u>Intervention</u> Pendant les jeux de rôle, l'intervenant démontre des signes d'ennui non verbaux. Le participant doit alors appliquer les 7 étapes pour changer la conversation, autrement le jeu de rôle prend fin et le participant reçoit une rétroaction de la part de l'intervenant.</p> <p>Les séances avaient lieu 1 fois par jour, 2 à 5 jours par semaine. La durée moyenne des interventions était de 10 minutes (de 7 à 17 minutes).</p>	<p><u>Pour la communication</u> iPad (participants) Ordinateur portable (intervenant) Zoom</p>	<p><u>Variable</u> Chacune des 7 étapes de la procédure appliquée correctement. Maîtrise = application correcte des étapes lors de trois séances consécutives.</p> <p><u>Résultats : positifs</u> Les 3 participants ont atteint le niveau de maîtrise lors de la phase d'intervention : Winston (8 séances; 70 min) Nick (4 séances; 45 min) Schmidt (6 séances; 59 min).</p> <p>Maintien des résultats pour tous les participants 7 jours après l'intervention.</p> <p>Seuls 2 des 3 participants ont été capables d'appliquer les étapes correctement avec un nouveau partenaire de conversation.</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p><u>Auteurs</u> Dimitropoulos et collab. (2021)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis de groupe non expérimental avec comparaison à des scores de référence normalisés provenant d'un échantillon de composé de personnes au développement typique</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> SQA : 67 %</p>	<p><u>Participants (n = 15)</u> Sept garçons et huit filles Syndrome de Prader-Willi Âge (M = 8,82; ÉT = 2,03)</p> <p><u>Intervenants</u> Étudiants en études doctorales avancées en psychologie clinique. Parents : Aucune information.</p>	<p><u>Objectif</u> Mesurer l'impact de l'intervention sur les simulations de jeu chez des enfants ayant le Syndrome de Prader-Willi (reconnaissance et expression des émotions; régulation émotionnelle; flexibilité et gestion des transitions).</p> <p><u>Intervention</u> Dans le cadre d'une histoire précise : pose de questions, modelage de jeu avec l'enfant, incitations, échafaudage, renforcement positif. L'intervenant suit des procédures dans un manuel</p> <p>Séances de 15-20 min 2 séances par semaine pendant 6 semaines.</p> <p>Les parents sont encouragés à pratiquer les habiletés de jeu avec leur enfant à la maison au moins 1 fois par semaine pendant 5-20 minutes.</p>	<p><u>Pour la communication</u> Logiciel protégé de vidéoconférence Ordinateurs et connexion Internet personnels (participants) Fourni aux participants : Une webcam (Logitech HD Pro Webcam C920) Pour les parents des consignes pour le branchement de la caméra et pour accéder aux vidéoconférences</p> <p><u>Pour l'intervention</u> Des jouets (ex. figurine, blocs) utilisés uniquement durant l'intervention. Une version imprimée du manuel adapté (Moore and Russ 2006) donné aux parents pour enseigner le jeu aux enfants.</p>	<p><u>Variable et résultats : partagés</u></p> <p>A. Affect in Play Scale (mesure les processus cognitifs et affectifs lors de périodes de jeu. 5 sous-échelles) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Imagination (amélioration sig. : $t = -2,81$, $p = 0,01$) b) Variété des affects (amélioration sig. : $t = -2,26$, $p = 0,04$) c) Confort (non sig.) d) Organisation (amélioration marginale non significative) e) Fréquence des affects (non sig.) <p>B. Autres mesures des capacités de simulation et d'imagination durant la période de jeu</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fréquence thématique (nombre de scénarios) (amélioration sig. : $t = -2,48$, $p = 0,03$) b) Fréquence des transformations symboliques (non sig.) c) Fréquence des substitutions symboliques (non sig.) <p>C. Multidimensional Stimulus Fluency Measure : mesure la créativité et la capacité à générer des idées</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Score total : amélioration sig. ($t = -3,78$, $p = ,001$)* <p>* Le score moyen postintervention (M = 20,6; ÉT = 12,2) est plus élevé que le score de référence des enfants ayant un développement typique (M = 17,3; ÉT = 5,7).</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p><u>Auteurs</u> Ferguson et collab. (2020)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis à cas unique à lignes de base multiples selon des sujets regroupés en dyades</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> Standards WWC rencontrés : Oui : 9 Avec réserves : 1 Non : 1</p>	<p><u>Participants (n = 6)</u> Garçons avec diagnostic TSA. Carter et Ethan ont une DI légère. <u>Dyade 1</u> a) Jackson (P1) : 7 ans b) Carter (P2) 7 ans <u>Dyade 2</u> a) Flynn (P3) 5 ans b) Marshall (P4) 3 ans <u>Dyade 3</u> a) Ryan (P5) 7 ans b) Ethan (P6) 7 ans <u>EOWPVT</u> : Expressive One-word Picture Vocabulary Test <u>PPVT</u> : Échelle de vocabulaire en images Peabody <u>Intervenant</u> Non spécifié.</p>	<p><u>Objectif</u> Évaluer l'efficacité d'une intervention offerte en télépratique pour favoriser l'émergence de tacts auprès d'enfants ayant un TSA.</p> <p><u>Intervention</u> Enseignement par essais distincts avec rétroaction éducative. 5 rencontres hebdomadaires. L'intervention quotidienne comprend : a) 2 séances 1 : 1 où l'intervenant donne de la rétroaction neutre; b) 2 séances en dyades où l'intervenant encourage, corrige et offre de la rétroaction éducative.</p>	<p><u>Pour la communication</u> Ordinateur de bureau ou portable (4 participants) iPad (2 participants) Zoom</p> <p><u>Pour les activités</u> Microsoft® PowerPoint (intervenant qui partage son écran et qui montre des diapositives)</p>	<p><u>Variables principales</u> Pourcentage de réponses correctes énoncées de manière indépendante. Maîtrise = 100 % de réponses correctes lors de 3 rencontres consécutives. <u>Mesure 1 et résultats : positifs</u> Réponses primaires (nommer le superhéros) Tous ont atteint le niveau de maîtrise en 5 à 7 rencontres (maintien = 100 %) <u>Mesure 2 et résultats : partagés</u> Réponses secondaires (nommer le pouvoir du superhéros) 5 sur 6 ont atteint le niveau de maîtrise en 3 à 5 rencontres (maintien = 85 % à 100 %) <u>Mesure 3 et résultats : partagés</u> Réponses primaires en observation (nommer le superhéros du partenaire de la dyade) 4 sur 6 ont atteint le niveau de maîtrise en 4 à 6 rencontres (maintien = 50 % à 100 %) <u>Mesure 4 et résultats : partagés</u> Réponses secondaires en observation (nommer le pouvoir du superhéros du partenaire de la dyade) a) 4 sur 6 ont atteint le niveau de maîtrise en 3 à 9 rencontres (maintien = 0 % à 100 %) b) Ethan = 0 % durant l'intervention et la période de maintien. <u>Variables secondaires et résultats</u> Mesure 5 : Périodes d'attention (en %) (ex. regarder ou pointer l'écran) : de 96,3 % (P5) à 100 % (P1-P2) Mesure 6 : Nombre d'échos (son qui sonne comme le stimulus) : de 3 (P2) à 17 (P3-P5-P6) Mesure 7 : Nombre de commentaires (son ou parole qui ne sonne pas comme le stimulus) : varie de 9 (P6) à 57 (P2)</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p><u>Auteurs</u> Ford et collab. (2021)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis à cas unique à lignes de base multiples selon des sujets ayant des critères distincts</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> Standards WWC rencontrés : Oui : 8 Avec réserves : 1 Non : 2</p>	<p><u>Participants (n = 3)</u> Hommes âgés de 25 à 30 ans avec un diagnostic TSA et sans DI</p> <p><u>Intervenant</u> Étudiante au doctorat en éducation, formée en intervention comportementale, emploi des méthodes d'enseignement axées sur les réponses pivot depuis six ans</p>	<p><u>Objectif</u> Vérifier si la télépratique peut être utilisée comme modalité d'intervention pour aider les jeunes adultes avec un TSA à développer des habiletés liées aux activités de la vie quotidienne.</p> <p><u>Intervention</u> 4 composantes : a) création de liens de confiance; b) incitations progressives; c) renforcement intermittent spécifique; d) abstention de commentaires négatifs.</p> <p>À la fin de chaque séance : a) rétroaction positive; b) résumé des progrès; c) Commentaire sur les progrès et les efforts déployés</p> <p>Présence de renforçateurs sociaux (dîners, achat d'un ensemble Lego).</p> <p>1 à 2 séances par semaine (durée de 15 à 60 min)</p>	<p><u>Pour la communication</u></p> <p>Intervenant : a) Ordinateur de bureau b) Caméra externe c) Haut-parleurs</p> <p>Participants : Non spécifié</p>	<p><u>Variables</u></p> <p>Nolan : ménage et organisation (% d'items ramassés de manière indépendante). Critère de succès = 100 % des objets sont à leur place durant deux séances consécutives.</p> <p>Max et Peter : cuisiner, lessive, repassage (nombre d'étapes complétées de manière indépendante). Critère = 100 % des étapes sont réalisées sans incitations durant deux séances consécutives.</p> <p><u>Résultats : Positifs</u></p> <p>Les participants ont atteint les critères de succès pour toutes leurs cibles :</p> <p><u>a) Nolan (n = 9 cibles)</u> : 107 séances d'intervention sur 54 semaines (7 à 23 séances requises selon la cible). Maintien des résultats 2 semaines après l'intervention pour toutes les cibles.</p> <p><u>b) Max (n = 4 cibles)</u> : 28 séances d'intervention sur 14 semaines (5 à 9 séances requises selon la cible).*</p> <p><u>c) Peter (n = 5 cibles)</u> : 22 séances d'intervention sur 22 semaines (2 à 6 séances requises selon la cible).</p> <p>*Maintien des résultats 10 semaines après l'intervention pour toutes les cibles.</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p><u>Auteurs</u> Pellegrino et DiGennaro Reed (2020).</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Devis à cas unique à lignes de base multiples selon les comportements incluant des tests</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> Standards WWC rencontrés : Oui : 8 Avec réserves : 3 Non : 3</p>	<p><u>Participants (n = 2)</u></p> <p><u>Nick</u> Homme de 43 ans avec une DI (QI = 56), paralysie cérébrale et trouble d'anxiété généralisé.</p> <p><u>Dolly (woman)</u> Femme de 36 ans avec une DI (pas de score de QI), paralysie cérébrale et épilepsie.</p> <p><u>Intervenant</u> Profil inconnu</p>	<p><u>Objectif</u> Examiner chez des adultes qui ont une DI si l'enseignement de nouvelles habiletés via la TP mène à une plus grande indépendance.</p> <p><u>Intervention</u> Procédure de chaînage total avec incitations progressives (verbales ou par modelage)</p> <p>L'intervention intègre le programme de pointage d'une économie symbolique implanté dans le milieu résidentiel</p> <p>1 à 3 séances hebdomadaires. Chaque séance couvre de 1 à 3 habiletés.</p>	<p><u>Pour la communication</u> Ordinateurs portables Microsoft Surface® Connexion Internet sans fil Vidéoconférence avec VSee®</p> <p><u>Pour l'intervention</u> Directives augmentées adaptées aux capacités des participants et montrant comment compléter le travail.</p> <p>Matériel requis pour chaque intervention (ex. instruments de cuisson, le logiciel Microsoft Excel, etc.</p>	<p><u>Variable</u> Pourcentage d'étapes des trois tâches complétées de manière indépendante. Maîtrise = 3 séances consécutives démontrant au moins 90 % d'indépendance.</p> <p><u>Résultats : positifs</u> Les 2 participants ont :</p> <p>a) acquis les niveaux de maîtrise pour leurs trois tâches : Nick en 7 à 12 séances et Dolly en 6 à 13, selon la tâche à accomplir;</p> <p>b) démontré entre 92 % et 100 % d'indépendance deux semaines après l'intervention.</p> <p>c) Le nombre d'incitations est tombé à presque 0 pour les 2 participants.</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p><u>Auteurs</u> Pollard et collab. (2021)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Analyse de dossiers</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> SQA : 60 %</p>	<p><u>Participants (n = 11)*</u> Individus âgés de 5 à 28 ans (M = 12 ans) Sexe masculin (n = 7; 63 %) Diagnostic : TSA (aucune mention de DI). Langue : anglaise (n = 9); espagnole (n = 2)</p> <p>*Note : 6 des 17 participants exclus, car ne correspondent pas aux critères de sélection.</p> <p><u>Intervenants</u> Seize techniciens agréés en approche comportementale (certification moyenne de 20 mois, entre 1 et 50 mois). Aucune expérience de prestation de service en TP.</p>	<p><u>Objectif</u> En contexte de COVID-19, examiner les progrès des usagers au niveau de l'acquisition d'habiletés lors de la transition de la prestation de service en personne à une modalité en TP.</p> <p><u>Intervention</u> La majorité des habiletés ou comportements visés étaient liées aux habiletés langagières, sociales, d'adaptations fonctionnelles et de tolérance. Les modalités d'intervention ne sont pas rapportées (nombre d'interventions, durée, etc.).</p>	<p><u>Pour la communication</u> Vidéoconférence en mode synchrone</p>	<p><u>Variables</u> Pourcentage moyen de réponses indépendantes et correctes sur les comportements cibles (CC)</p> <p><u>Résultats en phase d'acquisition : Partagés</u></p> <p>A. TP avec intervenant seul (n = 59 CC) a) Similaire (40,68 %; n = 24 CC) b) Améliorations (37,29 %; n = 22 CC) c) Diminution (22,03 %; n = 13 CC)</p> <p>B. TP avec intervenant et soutien parent ou proche (n = 15 CC) a) - Similaire (53,33 %; n = 8 CC) b) - Améliorations (33,33 %; n = 5 CC) c) - Diminution (13,33 %; n = 2 CC)</p> <p><u>Résultats en phase de généralisation ou de maintien : Partagés</u></p> <p>A. Tendance à l'amélioration chez six participants (allant de 1 % à 15 %). B. Tendance à la diminution chez cinq participants (allant de -1 % à -17 %).</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p><u>Auteurs</u> Ptomey et collab. (2018b)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Essai de groupe randomisé non contrôlé</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> SQA : 73 %</p>	<p><u>Participants (n = 27)</u> Adultes avec Syndrome de Down Âge moyen de 27,9 ans 40,7 % de sexe féminin Aucun diagnostic de démence.</p> <p><u>Intervenant</u> Éducateur en santé spécialisé en éducation physique adaptée avec de l'expérience de travail auprès d'adultes ayant un SD Un proche (ex. parent ou membre du personnel du milieu résidentiel).</p>	<p><u>Objectif</u> Évaluer si un programme d'entraînement physique d'intensité moyenne à vigoureuse offert à la maison via la TP entraîne des améliorations cognitives.</p> <p><u>Intervention</u> Exercices aérobiques (ex. jogging sur place, danse) et musculaires (ex. squats). A. Séances d'entraînement : a) 30 min pendant 12 semaines, surtout en fin d'après-midi ou en soirée; b) b) groupes de 5-8 participants selon leurs disponibilités. B. Deux modalités : 1 séance par sem. (groupe 1) ou 2 séances par sem. (groupe 2). Rencontres individuelles de soutien et d'éducation. Devoirs à compléter en dehors des séances d'exercice.</p>	<p><u>Pour la communication</u> Internet sans fil à la maison Zoom Fourni aux participants : adaptateurs HDMI permettant d'afficher la visioconférence sur un plus grand écran,</p> <p><u>Pour l'intervention</u> iPad mini FaceTime® Fitbit Charge HR, élastiques avec résistance, mini cônes, foulards à lancer.</p>	<p><u>Variables principales et résultats : partagés</u> Variables mesurées à l'aide du « Cantab Dementia Battery » pour iPad. Traitement statistique : Modèles linéaires généralisés mixtes (intention de traiter). A. 2 mesures de l'attention et de la flexibilité cognitive (« Attention Switching Task ») : différences non sig. B. 2 mesures des temps de réaction (rapidité des réponses motrices et mentales, temps de mouvement, précision des réponses et impulsivité) : différences non sig. C. 2 mesures de la mémoire visuelle et des nouveaux apprentissages (« Paired Associates Learning » : PAL) : a) Amélioration globale des deux groupes (effet temps) pour la mesure PAL 1 (p = 0.048) et amélioration marginale non sig. pour la mesure PAL 2. b) Amélioration marginale (non sig.) du groupe 2 par rapport au groupe 1 pour les mesures PAL 1 (p = 0,054) et PAL 2 (0,052)</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Variables dépendantes et résultats
<p>Auteurs Taber-Doughty et collab. (2010)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Devis à cas unique avec alternance de traitements</p> <p>Qualité méthodologique Standards WWC rencontrés : Oui : 6 Avec réserves : 0 Non : 3</p>	<p>Participants (n = 4) Trois hommes et une femme Âgés de 42 à 55 ans DI légère (n = 2); DI modérée (n = 2) Reçoit des interventions comportementales (Seth) Malentendants (n = 2)</p> <p>Intervenants* Employée en télépratique : Femme de 53 ans située dans un endroit différent; Formation collégiale en « soutien direct » et au moins 2 ans d'expérience; Formée spécifiquement en TP (protocoles opérationnels, interagir avec les résidents et documenter leurs actions, vie privée; Non formée pour les aider à réaliser des activités de la vie quotidienne à l'aide d'incitations. Personnel en présence (n = 3) : Âgés de 19 à 56 ans 1–7 ans d'expérience Formés dans plusieurs domaines, incluant les incitations *Note : Aucun intervenant n'a reçu de formation supplémentaire dans le cadre de l'étude.</p>	<p>Objectif Évaluer et comparer l'efficacité et l'efficacité des incitations lorsqu'elles sont fournies par du personnel sur place ou par la télépratique sur la capacité à réaliser 16 nouvelles tâches domestiques de manière indépendante.</p> <p>Intervention Incitations en TP : a) verbales pour Quinn; b) verbales et visuelles (gestuelles) pour les trois autres participants Incitations en présence : verbales gestuelles et physiques. Un maximum de 2 incitations consécutives. Les participants pouvaient apprendre jusqu'à 5 tâches par jour sur une période de 5 à 7 jours.</p>	<p>Pour la communication Ordinateur dans une boîte sécurisée Caméra rotative inclinable avec capacités de zoom installée au plafond d'un espace commun Haut-parleurs au niveau du plancher 3 écrans situés de 5 à 15 pieds du lieu des activités. Un écran surmonté d'une caméra qui permet d'interagir avec l'intervenante en TP (sauf Quinn)</p> <p>Pour l'intervention Matériel requis pour réaliser les tâches (ex. bols et ustensiles)</p>	<p>Variable d'efficacité Nombre de tâches complétées de manière indépendante (% d'indépendance globale pour l'ensemble des tâches)</p> <p>Résultats : Positifs en faveur de la TP Taille d'effet de la différence de moyennes standardisée, analyses non paramétriques. Filip : TP n = 4/9 (15 %); Présence n = 1/9 (8 %); $d = 0,276$, $r = 0,137$ Bonita: TP n = 9/9 (26 %); Présence n = 8/9 (16 %); $d = 0,585$, $r = 0,281$ Quinn : TP n = 8/9 (50 %); Présence n = 9/9 (39 %); $d = 0,4067$, $r = 0,1922$ Seth : TP n = 2/9 (6 %); Présence n = 3/9 (5 %); $d = 0,099$, $r = 0,496$</p> <p>Pourcentage d'indépendance 6 sem. après l'intervention (TP seulement) De 6 % à 39 % selon le participant.</p> <p>Variables d'efficience A. Temps moyen pour accomplir les tâches (en minutes) a) Filip : Présence = 5; TP = 6,5 b) Bonita : Présence = 7,8; TP = 8,7 c) Quinn : Présence = 5,7; TP = 8,1 d) Seth : Présence = 12,8; TP = 17,9 B. Pourcentage global d'incitations des intervenants a) Personnel sur place : verbal (8,24 %), gestuel (2,6 %), physique (0,6 %) b) Employée en TP : verbal (6,78 %)</p>

B. Études de faisabilité

Tableau 7 : Synthèse des études primaires (études de faisabilité)

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Résultats
<p>Auteurs Dimitropoulos et collab. (2017)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Questionnaire en ligne</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 55 %</p>	<p>Participants (n = 7) Parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans ayant un Syndrome de Prader-Willi (SPW)</p> <p>Intervenants (n = 2) L'un des concepteurs du programme. Personne qui a suivi une formation approfondie sur le protocole d'intervention.</p>	<p>Objectifs Étude pilote menée pour : déterminer s'il est possible d'intervenir en TP auprès d'enfants ayant un SPW (Q1), de jouer avec eux en ligne (Q3)</p> <p>Vérifier comment les parents et les enfants ayant un SPW réagissent par rapport à l'intervention (Q4.1) et comparer la TP à l'intervention en présence (Q4.2)</p> <p>Intervention Voir Dimitropoulos et collab. (2021) plus haut dans le tableau des études d'efficacité.</p>	<p>Voir Dimitropoulos et collab. (2021)</p>	<p>L'intervention en TP est faisable pour cette population : la majorité des participants étaient capables de participer aux séances en ligne de manière indépendante et de compléter le programme. Les chercheurs ont rencontré peu de difficultés comportementales ou technologiques.</p> <p>Les parents</p> <p>A. Ont accordé des notes élevées au programme et ils estiment que c'est une option de traitement viable pour leur enfant et que le programme permet de cibler les compétences clés liées à leur développement socioémotionnel.</p> <p>a) Acceptabilité du programme : M = 5,54 / 6.00 (indice composite)</p> <p>b) Efficacité du programme : M = 5,06 / 6.00 (indice composite, et sont en accord avec l'énoncé « l'intervention a été bénéfique pour mon enfant »)</p> <p>c) Faisabilité d'un point de vue technologique : M = 4,86 / 6.00 (ÉT = 1,68)</p> <p>d) Satisfaction globale : M = 4,14 / 5.00 (ÉT = 0,69)</p> <p>e) Recommanderaient la TP à d'autres parents : M = 3,43 / 4.00 (ÉT = 0,53)</p> <p>B. Ont observé que leur enfant a apprécié l'intervention, qu'il attendait avec impatience la séance suivante et qu'il aimerait à nouveau participer à une intervention en TP</p> <p>C. Aucun parent n'a exprimé d'insatisfactions.</p> <p>Les enfants</p> <p>Les enfants mentionnent être satisfaits et avoir eu du plaisir à participer à cette intervention en TP.</p> <p>Comparaison avec les services en présence</p> <p>Traité uniquement en présentant un score sur un énoncé. « À votre avis, comment la TP se compare-t-elle à l'intervention en présence que votre enfant a déjà reçue? » : 3,33 / 4.00</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Résultats
<p><u>Auteurs</u> Johnsson et collab. (2019)</p> <p><u>Pays</u> Australie</p> <p><u>Devis</u> Entrevues téléphoniques semi-structurées</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> SQA : 65 %</p>	<p><u>Participants</u> 11 parents d'enfants âgés de 2 à 12 ans (âge médian de 8 ans) avec un diagnostic de TSA (aucune mention de DI)</p> <p>6 membres du personnel d'équipes locales (3 éducateurs, 1 orthophoniste, 2 coordonnateurs au soutien aux apprentissages)</p> <p><u>Intervenants (n = 4)</u> Orthophoniste, ergothérapeute, psychologue et éducateur spécialisé.</p> <p>Minimum de 2 ans d'expérience de travail avec des personnes ayant un TSA.</p>	<p><u>Objectifs</u> Vérifier la faisabilité (Q1), les conditions requises (Q2) et les obstacles potentiels (Q3) d'une offre de service via la TP pour des personnes ayant un diagnostic de TSA qui résident en région éloignée.</p> <p><u>Intervention</u> Chaque intervenant travaille selon une approche globale d'intervention.</p> <p>Les interventions sont individualisées et fondées sur des données probantes.</p> <p>Les enfants ont reçu 6 séances d'interventions en TP.</p>	<p>Logiciel Zoom</p>	<p>A. Plusieurs résultats rapportés ne sont pas spécifiques à la TP ou ne sont pas explicites :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Le roulement de personnel est rapporté comme un obstacle. b) Des parents et des éducateurs estiment qu'une formule hybride (présentiel et TP) serait optimale, en plus d'aider à créer des liens plus forts, ce qui pourrait être considéré comme un élément essentiel. <p>B. La faisabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La technologie n'est pas perçue comme un obstacle. b) Les auteurs concluent que des interventions de nature psychosociale offertes en TP à des personnes ayant un TSA sont faisables et acceptables.

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Résultats
<p>Auteurs Ptomey et collab. (2017)</p> <p>Pays États-Unis</p> <p>Devis Étude de cas employant des statistiques descriptives</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 68 %</p>	<p>Participants (n = 29) Âgés de 11 à 21 ans (M = 13,9) 48,3 % de sexe féminin DI légère à modérée 41,9 % avec syndrome de Down (SD) 35,5 % avec TSA Limites dans au moins 2 comportements adaptatifs Embonpoint ou obésité présents chez : 76,9 % des participants avec un SD et 61,1 % des participants sans SD</p> <p>Intervenant Éducateur en santé spécialisé en éducation physique adaptée avec de l'expérience de travail auprès d'adolescents ayant une DI</p>	<p>Objectif Évaluer la faisabilité d'un programme d'entraînement physique à la maison via la TP.</p> <p>Intervention Exercices aérobiques (ex. jogging sur place, danse) et musculaires (ex. squats). A. Séances d'entraînement (n = 36) : a) 3 X 30 min par sem. pendant 12 sem. b) groupes de 5-6 participants selon leurs disponibilités.</p>	<p>Pour la communication Internet à la maison Zoom Fourni aux participants : adaptateurs HDMI permettant d'afficher la visioconférence sur un plus grand écran,</p> <p>Pour l'intervention Fourni aux participants : iPad mini Garmin Vivofit wireless activity avec moniteur de fréquence cardiaque</p>	<p>A. Assiduité- Présence a) M = 27,6 rencontres sur les 36 possibles b) Taux de présence : 77,2 % (ÉT = 19,2 %) c) 21 participants (72,4 %) ont participé ≥75 % des séances d'activités planifiées d) Quatre participants (13,8 %) ont participé ≤ 50 % des séances d'activités planifiées e) Aucune différence significative selon le sexe des participants f) Aucune différence significative entre les participants ayant un SD et les autres participants. g) Taux d'attrition = 6 %</p> <p>B. Temps de participation lors des séances M = 26,7 min. (ÉT = 2,8)</p> <p>C. Intensité physique (fréquence cardiaque moyenne) a) M = 117,5 bpm (ÉT = 12,4) b) Significativement plus élevé chez les participants de sexe masculin. c) Significativement plus élevé chez les participants n'ayant pas un diagnostic de SD.</p> <p>D. Niveau de satisfaction Globalement, il est facile de participer et les participants ont eu du plaisir.</p> <p>E. Interactions sociales M 36,0 (ÉT = 4,6) interactions durant une séance typique a) M = 24,7 (ÉT = 2,9) avec l'éducateur b) M = 13,0 (ÉT = 3,4) entre participants c) Interactions hebdomadaires entre participants passant de M = 5,6 (ÉT = 8,2) durant les semaines 1 à 4 à M = 12,0 (ÉT = 14,7) pour les semaines 9 à 12.</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Résultats
<p><u>Auteurs</u> Ptomey et collab. (2018a)</p> <p><u>Pays</u> États-Unis</p> <p><u>Devis</u> Étude de cas employant des statistiques descriptives</p> <p><u>Qualité méthodologique</u> SQA : 73 %</p>	<p><u>Participants</u> Voir Ptomey et collab., 2018b</p> <p><u>Intervenant</u> Voir Ptomey et collab., 2018b</p>	<p><u>Objectif</u> Évaluer la faisabilité d'un programme d'entraînement physique d'intensité moyenne à vigoureuse offert à la maison via la TP.</p> <p><u>Intervention</u> Voir Ptomey et collab., 2018b</p>	<p><u>Pour la communication</u> Voir Ptomey et collab., 2018b</p> <p><u>Pour l'intervention</u> Voir Ptomey et collab., 2018b</p>	<p>A. Faisabilité (assiduité de ≥ 70 % et une attrition <20 %)</p> <p>a) Attrition : 0 % b) Assiduité aux séances d'exercice : M = 89,5 %* c) Assiduité aux séances de soutien et d'éducation : M = 83,5 %*</p> <p>*Aucune diff. sig. entre les groupes 1 et 2</p> <p>B. Temps de participation lors des séances</p> <p>Groupe 1 : M = 26,6 \pm 3,0 minutes Groupe 2 : M = 57,7 \pm 15,3 minutes Conclusion des chercheurs : la TP est une approche potentiellement réalisable.</p>

Études	Participants et intervenants	Objectifs et nature des interventions	Technologies et matériel	Résultats
<p>Auteurs Rawlings et collab. (2021)</p> <p>Pays Royaume-Uni</p> <p>Devis Méthodes mixtes</p> <p>Qualité méthodologique SQA : 40 %</p>	<p>Participants 7 adultes avec une DI Âgés de 19-57 ans 6 femmes Motifs de consultation : anxiété (n = 7) dépression (n = 3) colère (n = 2), deuil (n = 1) isolement (n = 1).</p> <p>Autres difficultés : troubles de la vision (n = 1); partiellement sourd (n = 1), difficulté à entendre (n = 1)</p> <p>Habitation : vivent seuls (n = 3); vivent avec leurs parents (n = 3); vit avec son enfant (n = 1)</p> <p>Intervenants Le service de psychologie comprend : 3 psychologues, 1 assistant en psychologie et 3 stagiaires en psychologie</p>	<p>Objectif Explorer l'accessibilité et l'acceptabilité d'un service de soutien psychologique offert à distance pour des personnes ayant une DI</p> <p>Intervention (l'offre de service) Les services psychologiques font partie intégrante d'une offre de service plus large destinée aux personnes ayant une DI. Ces services couvrent l'évaluation que l'intervention psychologique, ainsi que des interventions de consultation et de formation.</p> <p>Les modalités d'intervention ne sont pas rapportées (nombre d'interventions, durée, etc.).</p>	<p>Non précisé.</p>	<p>Accessibilité de la TP</p> <p>A. Particularités des participants admissibles au service de consultation :</p> <ol style="list-style-type: none"> La présentation clinique de 20 personnes était trop complexe pour qu'on puisse traiter leur problématique à distance. Des 22 personnes jugées initialement admissibles à la TP : 3 n'ont pas pu être rejointes et 5 étaient incapables de parler au téléphone La vaste majorité des participants référés au service de consultation était incapable d'entreprendre une thérapie en TP, ainsi l'unique alternative était la thérapie par téléphone. <p>B. Durée des interventions : selon les participants, la durée des séances devrait être de 20 min à 1 heure.</p> <p>C. Choix du programme ou de l'application pour la communication en ligne : constitue une difficulté importante et nécessite une attention particulière</p> <p>Acceptabilité de la TP</p> <p>A. De la liste finale des 14 participants admissibles aux services à distance : 7 préféraient attendre pour des services en présence.</p> <p>B. Les participants préfèrent recevoir le matériel d'intervention par la poste plutôt que par courriel ou par téléphone.</p> <p>Conclusion de l'étude L'intervention à distance (incluant la TP et la consultation téléphonique) peut être envisagée, considérant que les personnes peuvent être rejointes plus fréquemment avec un temps de rencontre plus court, ce qui permet de simplifier les informations communiquées de manière à les rendre plus digestes et plus faciles à retenir.</p>



Crédit photo pexels-august-de-richelieu-4260325

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