

L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DE SOUTIEN OFFERTS AUX PARENTS D'ENFANT PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE OU UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET AYANT UN TROUBLE DU COMPORTEMENT OU UN TROUBLE GRAVE DU COMPORTEMENT

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

Décembre 2015



Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention

Par :

Marie-Claude Lehoux, M. Sc., agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS MCQ

En collaboration avec :

Sean Gayadeen, M.A.P., agent de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS MCQ

Sous la direction de :

Mylène Alarie, M.A.Ps., conseillère en gestion de programmes, CIUSSS MCQ

Germain Couture, Ph.D., chercheur en établissement et responsable scientifique de l'UETMI, CIUSSS MCQ

Édition

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 (CIUSSS MCQ)

1^{re} édition – Décembre 2015

Analyse et rédaction

Sean Gayadeen, M.A.P., agent de planification, de programme et de recherche, CIUSSS MCQ

Marie-Claude Lehoux, M. Sc, agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS MCQ

**Les auteurs sont présentés en ordre alphabétique.*

Sous la direction de

Mylène Alarie, M.A.Ps., conseillère en gestion de programmes, CIUSSS MCQ

Germain Couture, Ph. D., chercheur en établissement et responsable scientifique de l'UETMI, CIUSSS MCQ

Comité scientifique

Normand Boucher, Ph. D., chercheur en établissement, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ)

Germain Couture, Ph. D., chercheur en établissement et responsable scientifique de l'UETMI, CIUSSS MCQ

Claire Dumont, Ph. D., professeure au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

Nadia Loirdighi, Ph. D., agente de planification, de programmation et de recherche, CIUSSS MCQ

Myriam Rousseau, Ph. D., conseillère en gestion de programmes, CIUSSS MCQ

Comité de consultation

Marie-Claude Beaumier, directrice des services à la clientèle DI-TSA, CIUSSS MCQ

Éric Bellefeuille, adjoint à la direction des services à la clientèle DI-TSA, CIUSSS MCQ

Martin Bigras, conseiller en gestion de programmes en soutien aux services à la clientèle, TGC et conditions associées, CIUSSS MCQ

Jacinthe Bourassa, conseillère en gestion de programmes, CIUSSS MCQ

Annie Brouillard, chef de service à la clientèle 0-5 ans, Centre-du-Québec, CIUSSS MCQ

Julie Diamond, superviseuse clinique à la clientèle TSA 6-12 ans, CIUSSS MCQ

Louise Labbé, conseillère en gestion de programmes en soutien aux services à la clientèle 0-21 ans, TSA et services communs, CIUSSS MCQ

Claire Leblanc, conseillère à la personne, à la famille et aux proches, représentante du comité des usagers des services en DI et TSA, CIUSSS MCQ

Christine Rivest, agente de planification, programmation et recherche, CIUSSS MCQ

Dominic Viau, superviseur clinique à la clientèle DI 0-5 ans, CIUSSS MCQ

Révision

Guylaine Roy, agente administrative, CIUSSS MCQ

Marilyn Guévremont, agente administrative, CIUSSS MCQ

Mise en page

Marilyn Guévremont, agente administrative, CIUSSS MCQ

Amélie Guilbert, adjointe à la direction, CIUSSS MCQ

Nous tenons à remercier madame Nathalie Mousseau, bibliothécaire professionnelle au CIUSSS de la Capitale-Nationale, installation Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, pour la réalisation de la stratégie de recherche documentaire.

Cet avis d'évaluation des technologies et des modes d'intervention est financé en totalité par les budgets alloués à l'Institut universitaire selon les critères en vigueur.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quel que procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielle, est interdite sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, est permise à condition d'en mentionner la source.

Il est recommandé de citer le document de cette façon :

CIUSSS MCQ, Institut universitaire en DI et en TSA. *Avis d'ETMI sur l'efficacité des programmes de soutien offerts aux parents d'enfants présentant une DI ou un TSA et ayant un TC ou un TGC*, par M-C. Lehoux, en collaboration avec S. Gayadeen. Trois-Rivières, QC : Collections de l'Institut universitaire en DI et en TSA, 2015; 83 p.

Afin de faciliter la lecture du document, un seul genre est utilisé et désigne tant le féminin que le masculin.

© CIUSSS MCQ

Dépôt Légal

ISBN (Version électronique) 978-2-550-76611-7

TABLE DES MATIÈRES

Liste des acronymes	iv
Résumé	5
1.Introduction.....	6
1.1. Question décisionnelle.....	7
1.2. Questions d'évaluation	7
1.3. Trouble du comportement et importance du soutien parental	7
1.4. Modèles logiques	8
1.5. Modèle causal.....	8
1.6. Cadre d'analyse.....	11
2.Démarche d'évaluation.....	13
2.1. Recherche documentaire.....	13
2.2. Critères d'inclusion	13
2.3. Sélection des études.....	14
2.4. Évaluation de la qualité des études	14
2.5. Extraction des données.....	14
2.5.1. Recueil des données contextuelles	15
2.6. Niveau de preuve scientifique des études	15
2.7. Méthode d'analyse et de synthèse des données.....	16
2.8. Méthodes de consensus.....	16
3.Résultats	17
3.1. Présentation des études	17
4.Présentation des résultats.....	20
4.1. <i>Functional Assessment Training (FCT)</i>	20
4.1.1. Résultats d'efficacité sur les parents	20
4.1.2. Résultats d'efficacité sur les enfants.....	21
4.2. <i>Group-based parent-training programme</i>	21
4.2.1. Résultats d'efficacité sur les parents	21
4.3. <i>Integrative Parent Education Program</i>	22
4.3.1. Résultats d'efficacité sur les parents	22
4.3.2. Résultats d'efficacité sur les enfants.....	23
4.4. <i>Mindfulness</i> (pleine conscience)	23
4.4.1. Résultats d'efficacité sur les parents	23
4.4.2. Résultats d'efficacité sur les enfants.....	24
4.5. <i>Parents Plus Programme</i>	24
4.5.1. Résultats d'efficacité sur les parents	25
4.5.2. Résultats d'efficacité sur les enfants.....	25
4.6. <i>Parental Survival Course</i>	25
4.6.1. Résultats d'efficacité sur les parents	25
4.6.2. Résultats d'efficacité sur les enfants.....	26
4.7. <i>Positive Behavior Support (PBS)/ Positive Family Intervention (PFI)</i>	26
4.7.1. Résultats d'efficacité sur les parents	26
4.7.2. Résultats d'efficacité sur les enfants.....	27
4.8. <i>Riding the Rapids programme</i>	27
4.8.1. Résultats d'efficacité sur les parents	27
4.8.2. Résultats d'efficacité sur les enfants.....	28
4.9. <i>Stepping Stones Triple P (SSTP)</i>	28

4.9.1.	Résultats d'efficacité sur les parents	28
4.9.2.	Résultats d'efficacité sur les enfants	29
4.10.	<i>Standard Triple P - Positive Parenting Program (SSTP-S) / Enhanced Intervention (SSTP-E)</i>	29
4.10.1.	Résultats d'efficacité sur les parents	30
4.10.2.	Résultats d'efficacité sur les enfants	30
4.11.	<i>Primary Care Stepping Stones Triple P (PCSSTP)</i>	31
4.11.1.	Résultats d'efficacité sur les parents	31
4.11.2.	Résultats d'efficacité sur les enfants	31
4.12.	<i>General Interaction Strategies (GIS)</i>	32
4.12.1.	Facteurs prédictifs à l'adhésion des parents aux stratégies enseignées	32
5.	Discussion	33
5.1.	Efficacité des programmes sur le bien-être parental.....	33
5.2.	Efficacité des programmes sur les compétences parentales.....	34
5.3.	Efficacité des programmes sur les comportements des enfants.....	35
5.4.	Disponibilité des programmes en français	37
5.5.	Coût des programmes.....	37
5.6.	Méthodes employées pour enseigner les différents programmes.....	38
5.7.	Validité sociale et satisfaction des parents envers les différents programmes	38
5.8.	Barrières et facilitateurs des programmes spécialisés intensifs sur l'engagement et la mobilisation des parents	38
5.9.	Limites et qualité de la preuve scientifique.....	39
6.	Conclusion et réponse à la question décisionnelle	40
7.	Références	41
	Annexe A - Démarche d'évaluation	44
	Annexe B - Stratégies de recherche d'information scientifique.....	46
	Annexe C - Tableau P.I.C.O.T.S.	52
	Annexe D - Liste des articles exclus et raison de leur exclusion selon un consensus obtenu entre trois personnes	53
	Annexe E - Matrice de l'ensemble des données scientifiques	54
	Annexe F - Qualité des preuves scientifiques	55
	Annexe G - Caractéristiques des participants	56
	Annexe H - Description des interventions.....	58
	Annexe I - Caractéristique des études retenues.....	71

TABLEAUX ET SCHÉMAS

Schéma 1 : Modèle causal	10
Schéma 2 : Cadre d'analyse.....	12
Schéma 3 : Diagramme de sélection des études	19
Tableau 1. Résumé des programmes ou interventions en lien avec le bien-être parental.....	34
Tableau 2. Résumé des programmes ou interventions en lien avec les compétences parentales	35
Tableau 3. Résumé des programmes ou interventions en lien avec le comportement des enfants	37

LISTE DES ACRONYMES

AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
APPR	Agent de planification, programmation et recherche
BASE	<i>Bielefeld Academic Search Engine</i>
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
DI	Déficiência intellectuelle
ECBI	<i>Eyberg Child Behavior Inventory</i>
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
ETS	Évaluation des technologies en santé
FCT	<i>Functional Assessment Training</i>
GIS	<i>General Interaction Strategies</i>
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
ICI	Intervention comportementale intensive
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPEP	<i>Integrative Parent Education Program</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
PCSSTP	<i>Primary Care Stepping Stones Triple P</i>
PFI	<i>Positive Family Intervention</i>
PS	<i>Problem Scale</i>
PSB	<i>Positive Behavior Support</i>
PSI	<i>Parenting Stress Index</i>
PTCC	Plan de transfert de connaissances et de communications
RGD	Retard global de développement
SCIE	<i>Social Care Institute of Excellence</i>
SSTP	<i>Stepping Stones Triple P</i>
SSTP-E	<i>Enhanced Intervention</i>
SSTP-S	<i>Standard Triple P-Positive Parenting Program</i>
TC	<i>Trouble du comportement</i>
TGC	<i>Trouble grave du comportement</i>
TSA	<i>Trouble du spectre de l'autisme</i>
UETMI	<i>Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention</i>

RÉSUMÉ

Dans l'optique d'améliorer l'offre de service de manière continue, en tenant compte des préoccupations de la direction des services à la clientèle et des besoins de sa clientèle et de leur famille, l'établissement souhaite connaître les programmes spécialisés intensifs (moins de 12 mois) de soutien parentaux ayant démontré leur efficacité sur les compétences ou le bien-être des parents d'enfants présentant un retard global de développement (RGD), une déficience intellectuelle (DI), ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et ayant un trouble du comportement (TC) ou un trouble grave du comportement (TGC). La revue systématique de la littérature scientifique a permis d'identifier 14 documents qui ont été retenus pour l'analyse. Les études ont permis de répertorier 11 programmes spécifiques offerts aux parents d'enfants présentant un trouble du comportement. Ces programmes visent essentiellement le bien-être des parents (c.-à-d. stress, dépression, anxiété), les compétences parentales (c.-à-d. compétences, connaissances, style parental) et le comportement de l'enfant (c.-à-d. problème, intensité, sévérité). La preuve quant à l'efficacité de ces programmes est toutefois limitée. D'après les résultats issus de ce rapport d'évaluation, il semble que le *Primary Care Stepping Stones Triple P* est un programme qui permet de diminuer le stress parental, de diminuer l'utilisation de pratiques parentales négatives et d'améliorer la confiance des parents dans leur capacité à gérer les troubles de comportement. D'autres programmes semblent démontrer des effets positifs, mais nécessitent des recherches supplémentaires pour attester de leurs réels effets. Les recommandations issues de la démarche d'évaluation devraient permettre d'éclairer la prise de décision.

1. INTRODUCTION

Contexte

Les services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ¹) ont pour mission d'offrir des services de soutien aux proches et à l'entourage. Lorsque la situation le requiert, l'établissement offre aux familles et aux proches un soutien spécialisé qui permet notamment de reconnaître et de renforcer les compétences des familles à stimuler le développement de la personne et à favoriser son intégration. Les parents d'enfants ayant un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement se trouvent souvent démunis devant la situation. Dans certains cas, leur niveau de stress élevé et l'état de vulnérabilité qui peut en découler font en sorte que le placement de l'enfant en hébergement devient la solution envisagée. Dans ces situations, les parents ont besoin d'un soutien particulier pouvant répondre à leurs besoins afin d'éviter que la situation ne se détériore. Dans cette demande d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI), les demandes de placement en hébergement pour les enfants ayant un TC ou un TGC amènent des préoccupations quant aux types de soutien spécialisé à offrir aux parents pour les soutenir adéquatement.

Dans l'optique d'améliorer l'offre de service de manière continue en tenant compte des préoccupations de la direction des services à la clientèle et des besoins de sa clientèle et de leur famille, l'établissement souhaite connaître les programmes spécialisés intensifs (moins de 12 mois) ou les groupes de soutien parental structurés ayant démontré leur efficacité sur les compétences et le bien-être des parents. L'objectif principal est d'améliorer la qualité de vie de l'enfant et de ses parents en évitant le placement en hébergement. En effet, la recherche tend à démontrer que la stabilité familiale produit des effets positifs sur le comportement, la santé, les compétences sociales et émotionnelles des enfants (Jones H., 2004). À l'inverse, nous pourrions croire que la santé et le développement optimal d'un enfant pourraient être altérés par l'instabilité engendrée par un placement en hébergement. Par cette demande d'ETMI, l'établissement souhaite donc trouver un programme de soutien spécialisé qui permettrait aux parents d'être mieux outillés devant les troubles du comportement de leur enfant. Ultimement, ce soutien pourrait permettre aux parents d'être plus disposés à s'engager et à se mobiliser dans le plan d'intervention de leur enfant.

Bien que le service de répit spécialisé offert par l'établissement soit une option intéressante, le délai pour y avoir accès peut être long et ne représente qu'une forme de soutien pour ces parents. L'établissement offre aussi deux programmes d'intervention de groupe² destinés spécifiquement aux parents d'enfants de 2 à 7 ans ayant un TSA. L'implantation de ces deux programmes est présentement en évaluation dans l'établissement. Brièvement, *L'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA : des parents en action!* propose : « d'habiliter les parents à interagir avec leur enfant en considérant les stratégies utilisées dans le cadre de l'intervention comportementale intensive (ICI). Il se veut également un complément au programme *Au-delà du TED : des compétences à ma portée* qui s'adresse aussi aux parents d'enfants ayant un TSA et recevant une intervention de type comportemental » (Bourgeois, 2014). Parallèlement, un guide de pratique s'adressant aux enfants de 2 à 5 ans présentant un retard global de développement paru en 2015 recommande certains programmes spécialisés pour les parents. Ce guide est présentement en appropriation par les différents services en DI et TSA

¹ Anciennement Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, intégré au CIUSSS MCQ depuis le 1^{er} avril 2015.

² *Au-delà du TED : des compétences parentales à ma portée*, et *L'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA : des parents en action!*

des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et CIUSSS³ de la province. Soulignons toutefois que ces programmes spécialisés ne sont pas spécifiques aux parents d'enfants ayant un TC ou un TGC.

Les services en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme du CIUSSS MCQ souhaitent ainsi connaître les programmes spécialisés démontrant une efficacité spécifique aux parents d'enfants de 2 à 10 ans présentant un TC ou un TGC. Plus spécifiquement, ils souhaitent des programmes qui agissent positivement sur le bien-être parental (p. ex. stress, dépression, épuisement, etc.), sur l'amélioration des pratiques éducatives et sur la diminution de l'isolement social afin que les parents soient plus à même de composer avec la situation difficile. L'établissement s'assure ainsi, par cette demande d'évaluation, de l'amélioration continue des activités de l'organisation et des services offerts afin que l'ensemble soit efficace, efficient et de qualité.

Ainsi, en tenant compte de la mission de l'établissement, du contexte et des différents enjeux soulevés par le demandeur et les parties prenantes, l'équipe UETMI a précisé la question décisionnelle et a créé, avec les parties prenantes, deux questions d'évaluation afin de cibler l'information qui pourra éclairer la prise de décision.

1.1. Question décisionnelle

Quel programme spécialisé intensif, visant la situation comportementale complexe ou à risque, est le plus efficace pour les parents d'enfants de 2 à 10 ans ayant un retard global de développement, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme qui leur permettrait de mieux s'adapter aux comportements problématiques?

1.2. Questions d'évaluation

Cette question a été fragmentée en deux questions d'évaluation afin d'en faire ressortir les aspects clés :

1. Quelle est l'efficacité des programmes spécialisés intensifs sur les parents (p. ex. stress, anxiété, épuisement, pratiques éducatives, etc.)?
2. Quels sont les barrières et les facilitateurs de ces programmes spécialisés intensifs sur l'engagement et la mobilisation des parents?

De plus, afin de soutenir davantage le demandeur dans sa prise de décision, des compléments d'information ont été extraits des articles scientifiques et rapportés dans le rapport d'évaluation. Toutefois, aucune analyse n'a été réalisée pour ces renseignements supplémentaires :

- I- Quelles sont les compétences requises par les intervenants pour utiliser ces programmes? Quelles sont les modalités (c.-à-d. format, durée, nombre de séances, etc.) du programme?
- II- Quel est le coût de ces programmes?
- III- Quels programmes sont traduits en français?

1.3. Trouble du comportement et importance du soutien parental

Les troubles du comportement sont parfois difficiles à gérer pour des parents d'enfants présentant un RGD, une DI, ou un TSA. Le trouble du comportement a été défini par Tassé et ses collègues (2010) comme étant « une

³ Les CRDITED sont désormais intégrés aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et aux centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

action ou un ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique » (Tassé et coll., 2010, p. 65). De plus, ces auteurs ont établi que le TGC était « un TC jugé grave lorsqu'il mettait en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement ou qu'il compromettait sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux » (Tassé et coll., 2010, p. 65). Nous pouvons ainsi avancer que les enfants présentant un RGD, une DI, ou un TSA et ayant un TC ou un TGC peuvent avoir de sérieuses conséquences sur leur environnement. Par exemple, Moxness (2013) mentionne que chez certains parents d'enfants ayant un TSA, leur stress serait directement relié aux comportements externalisés de leur enfant (p. ex. épisodes de comportements d'agressivité). De plus, l'auteure rapporte que les résultats de plusieurs études tendent à démontrer que : « lorsque l'enfant qui présente un TSA a aussi un trouble du comportement associé, la capacité des parents à rester en santé est compromise » (Moxness, 2013, p. 35). Il semblerait également que : « plus les troubles de comportement augmentent en gravité et en intensité, leur impact sur les parents devient encore plus compromettant : leur degré de stress augmente, leur capacité parentale ainsi que leur qualité de vie diminuent, leur vie de couple devient affectée et la probabilité de développer une problématique de santé mentale augmente » (Moxness, 2013, p. 35). Cette auteure indique aussi que les services offerts ne sont pas organisés actuellement pour assurer un plan de service familial, car ils visent essentiellement les besoins individuels de l'enfant. Il devient ainsi essentiel de développer des plans d'intervention qui visent le soutien psychologique et psychosocial des parents, mais aussi des programmes qui visent l'amélioration de leurs compétences parentales afin de leur permettre de s'engager de manière optimale dans le développement de leur enfant.

1.4. Modèles logiques

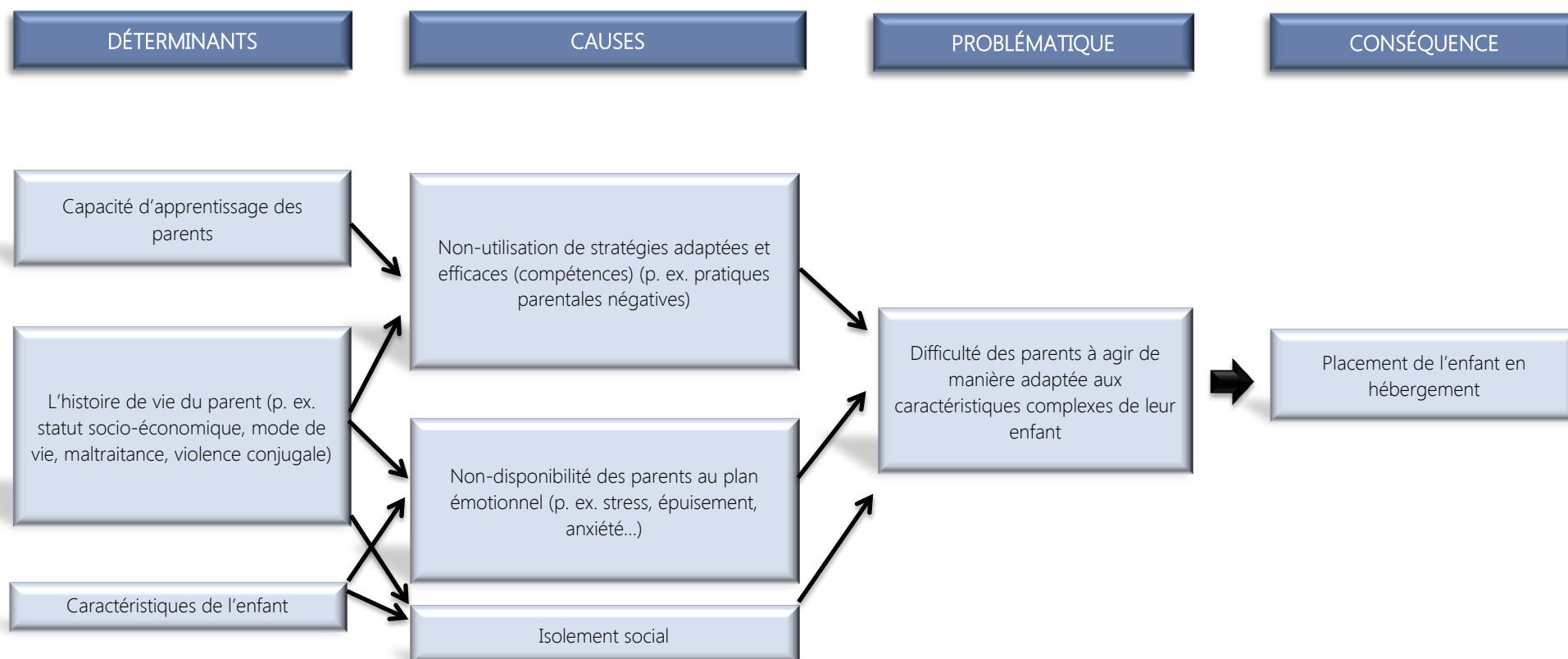
Les modèles logiques permettent : « d'illustrer les raisonnements implicites ou explicites des acteurs sur le fonctionnement effectif ou voulu d'une intervention, d'un programme, d'une technologie ou d'un médicament » (INESSS, 2013, p. 12). Dans le cadre de ce projet, un modèle causal et un cadre d'analyse ont été élaborés afin d'explicitier l'ensemble des composantes liées à la problématique et de visualiser les liens existants entre les questions d'évaluation et les sous-questions de recherche. Notez que ces modèles ont été acceptés par le demandeur et son équipe lors de la rencontre de cadrage de ce projet (décembre 2014).

1.5. Modèle causal

Un modèle causal est un schéma qui décrit les mécanismes de causalité d'un système. Dans le cadre de ce projet, comme démontré dans le schéma 1, la problématique initiale concerne la difficulté des parents à agir de manière adaptée aux caractéristiques complexes de leur enfant. Ces caractéristiques complexes ont une influence sur les parents de ces enfants. En effet, comme mentionné précédemment, la santé psychologique des parents est compromise. Lorsque les besoins d'encadrement et d'assistance de ces familles deviennent importants, l'établissement assure alors des services de répit spécialisés. Toutefois, « en dépit des efforts consentis par le gouvernement, l'offre de services de répit spécialisés est souvent insuffisante et demeure variable selon les régions » (Protecteur du citoyen, 2012, p. 33). Comme démontré au schéma 1, les causes pouvant expliquer cette difficulté d'adaptation des parents peuvent être multiples et variées. Par exemple, la disponibilité des parents au plan émotionnel est essentielle à un programme d'intervention précoce. De plus, lors de tels comportements, les habiletés parentales sont mises à rude épreuve et plusieurs se sentent démunis. Par conséquent, afin d'outiller les parents pour qu'ils soient en mesure d'agir de manière adaptée à la situation comportementale complexe de leur enfant, cet avis d'évaluation se penchera sur les programmes spécialisés intensifs visant à améliorer leurs compétences parentales et leur bien-être (p. ex. stress, épuisement, anxiété, etc.) ainsi qu'à diminuer leur isolement social. En fait, il est reconnu que les programmes éducatifs offerts aux

parents ont un impact sur les troubles de comportement des enfants et démontreraient également une efficacité sur l'amélioration du bien-être des parents (p. ex. dépression, respect de soi, stress, attitudes des parents) (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006). De plus, plusieurs chercheurs (Brookman-Frazee, Stahmer, Baker-Ericzen, et Tsai, 2006; Minjarez et coll., 2011; Solish et Perry, 2008) ont démontré que les interventions qui ciblent uniquement le comportement de l'enfant négligeaient le rôle important des parents dans la gestion du comportement de leur enfant. En effet, l'enfant vit entouré de sa famille et elle devient ainsi une partie prenante de son bien-être (Moxness, 2013).

Schéma 1 : Modèle causal

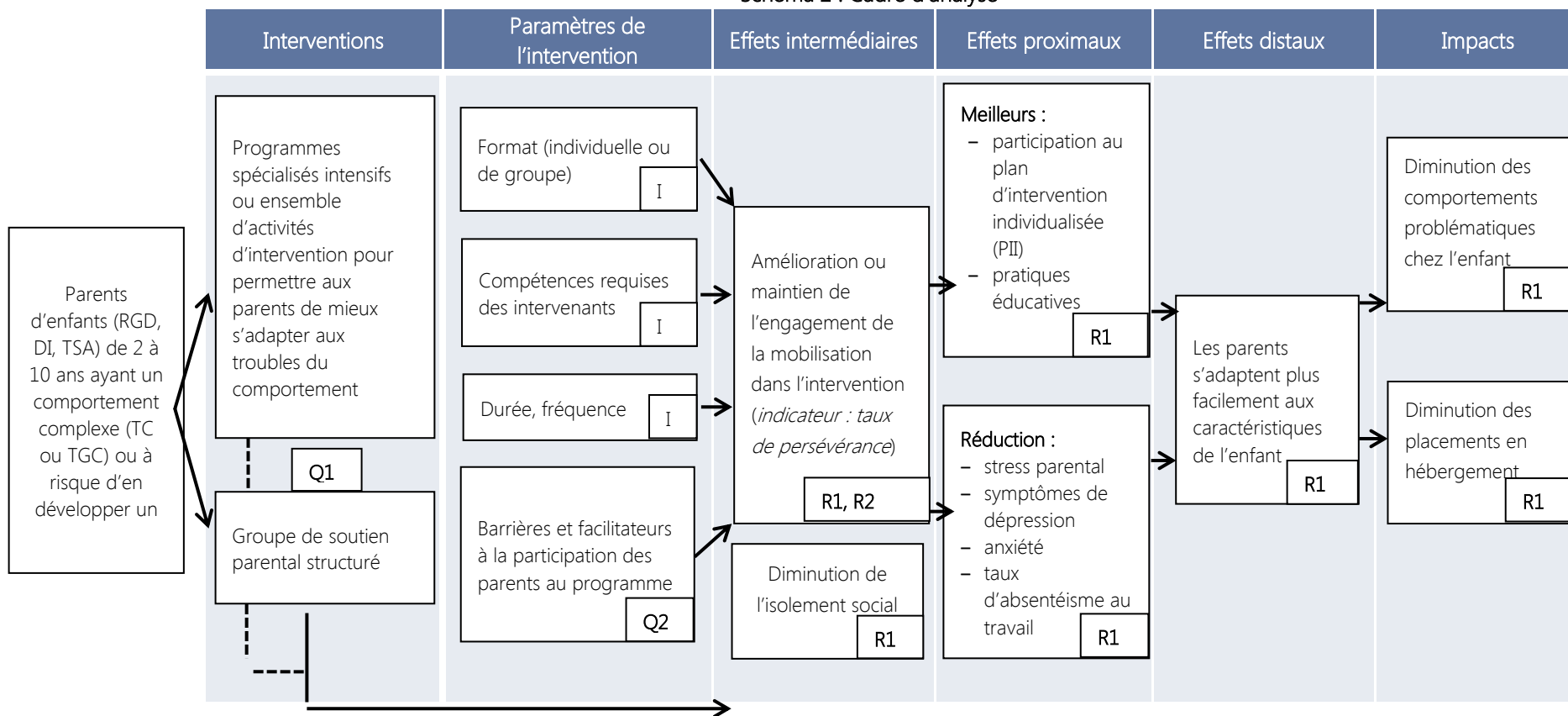


1.6. Cadre d'analyse

Le cadre d'analyse sert à préciser les limites d'un phénomène à étudier (INESSS, 2013). Ce cadre découle du modèle logique illustré précédemment (schéma 1). En lien avec le formulaire de demande envoyé à l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI), d'un survol de la littérature et de la consultation des parties prenantes, les liens existants entre les différents effets possibles découlant d'un programme spécialisé intensif visant à soutenir les parents d'enfants de 2 à 10 ans ayant un RGD, une DI, ou un TSA avec un TC ou TGC ont été illustrés (schéma 2).

La problématique initiale de ce projet, comme démontré précédemment (schéma 1), est la difficulté des parents à agir de manière adaptée aux troubles de comportement de l'enfant. La qualité de vie diminuée de la famille et l'adaptation difficile face aux troubles de comportement de l'enfant requièrent donc une forme de soutien spécialisé. Par conséquent, pour remédier à cette situation, la littérature scientifique présente différentes formes de soutien et d'interventions (p. ex. programme spécialisé pour améliorer les compétences des parents, groupe de soutien parental structuré, etc.) pouvant aider ces parents. De plus, comme il est possible de le remarquer dans le schéma 2, les paramètres de ces programmes (p. ex. format de l'activité, compétences requises de l'intervenant offrant la formation, durée, fréquence, barrières, facilitateurs) peuvent varier et aussi influencer leur efficacité. Ensuite, comme effet intermédiaire, il est supposé que ces programmes permettent possiblement d'améliorer ou de maintenir l'engagement et la mobilisation des parents dans l'intervention. De plus, le fait de participer à des groupes de parents structurés ou à des programmes spécialisés pourrait encourager les parents à développer ou à garder un réseau de soutien et ainsi diminuer leur isolement social. Subséquemment, il est possible de croire que l'engagement et la mobilisation des parents dans les programmes offerts leur permettraient d'améliorer leurs pratiques éducatives et leur participation au plan d'intervention de leur enfant. De plus, l'adhésion à un programme de soutien pourrait notamment engendrer une réduction du stress parental, des symptômes de dépression et d'anxiété. Compte tenu de ces bénéfices, les parents seraient ainsi mieux outillés pour s'adapter aux caractéristiques complexes de leur enfant.

Schéma 2 : Cadre d'analyse



Q : question d'évaluation; R : résultat, effet en lien avec la question 1 ou 2; chiffre romain : complément d'information extrait, mais non analysé.

2. DÉMARCHE D'ÉVALUATION

Afin de recueillir des données probantes permettant de répondre adéquatement à la question décisionnelle, une démarche d'évaluation rigoureuse a été réalisée en lien avec l'efficacité démontrée des programmes spécialisés intensifs qui permettent de soutenir les parents d'enfants de 2 à 10 ans présentant un RGD, une DI, ou un TSA et ayant un TC ou TGC. Les sections suivantes présentent la recherche documentaire réalisée et les méthodes qui ont été utilisées pour la sélection des études, l'évaluation de leur qualité et l'extraction des données. Cette démarche d'évaluation permet ainsi d'élaborer des recommandations et des conclusions quant aux programmes spécialisés intensifs pour soutenir les parents. L'annexe A présente la démarche d'évaluation schématisée.

2.1. Recherche documentaire

Une stratégie de recherche documentaire a été réalisée avec le soutien d'une bibliothécaire au CIUSSS de la Capitale-Nationale, installation Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, afin de repérer les synthèses et les publications scientifiques originales. Les bases de données *Cochrane collaboration*, *PsycINFO* (EBSCO), *Social Services Abstracts* (CSA), *Web of Science*, ainsi que les sites d'agences d'évaluation des technologies ont été consultés pour une recherche systématique de la littérature scientifique en lien avec les questions d'évaluation. De plus, les références des articles retenus au premier tour de triage ont été sondées afin de repérer les documents qui ne l'auraient pas été autrement. Enfin, une recherche par citation a été effectuée afin de trouver, en fonction d'un article retenu, les documents en lien avec le même sujet. Parallèlement, une recherche dans la littérature grise a été effectuée dans les bases de données *Bielefeld Academic Search Engine* (BASE), Système pour l'information en littérature grise en Europe et *Google Scholar* afin de repérer les mémoires et les thèses qui n'auraient pas fait l'objet de publication scientifique. De plus, le moteur de recherche Google a été utilisé afin de repérer les guides de pratique clinique proposant des programmes spécialisés intensifs pour les parents d'enfants présentant un RGD, une DI ou un TSA avec un trouble de comportement. Enfin, les sites des concepteurs de certains programmes démontrés efficaces ont été sondés afin d'obtenir plus de renseignements (p. ex. modalité, format, intervenant requis, coût, traduction, etc.). Finalement, en tenant compte de l'échéancier de ce projet et des ressources allouées, la littérature non scientifique (p. ex. chapitre de livre, article de presse, etc.) n'a pas été considérée. Aucun devis méthodologique n'a été écarté, bien que les revues systématiques, les études randomisées et les études quasi expérimentales ont été priorisées afin de s'assurer d'une qualité de preuve satisfaisante. De plus, les études qualitatives et les guides de pratique clinique ont été considérés afin d'ajouter, s'il y a lieu, une valeur aux études quantitatives préalablement retenues.

La recherche a ciblé les articles publiés en anglais ou en français édités entre janvier 2000 et janvier 2015 inclusivement. Les mots clés tels que : *parent management training*, *support groups*, *challenging behaviour*, *behavior disorders*, etc., ont été employés dans les différentes bases de données nommées précédemment. Dans un objectif de reproductibilité des résultats, les stratégies de recherche détaillées pour chaque base de données, les dates auxquelles les stratégies ont été lancées, ainsi que le nombre de références obtenues pour chacune, sont présentés à l'annexe B.

2.2. Critères d'inclusion

Les critères de sélection des études quant à la population, à l'intervention, aux comparateurs, aux résultats, à la temporalité, au site (contexte) sont présentés en détail à l'annexe C. Ces critères ont été choisis en fonction du *formulaire de demande d'une évaluation à l'UETMI* et modifiés lors de la rencontre de cadrage de décembre 2014. Tous les documents pertinents, peu importe la qualité méthodologique, ont été retenus. Toutefois, au cours du processus, étant donné que plusieurs études n'ont pas décrit adéquatement le diagnostic

des enfants ou leurs comportements, deux critères d'exclusion ont été ajoutés en lien avec ces aspects afin d'obtenir un échantillon précis à la demande d'évaluation. De plus, l'objectif de cet avis est d'aider les parents à mieux composer avec les troubles de comportement de leur enfant. Par conséquent, les programmes visant à rendre le parent comme étant l'unique prestataire de l'intervention de son enfant ont été exclus. En d'autres mots, les études où l'intervenant enseigne aux parents à donner une intervention qui vise à développer une habileté spécifique (p. ex. communication) chez l'enfant de manière structurée ont été exclues.

2.3. Sélection des études

La sélection des documents a été réalisée par deux agents de planification, programmation et recherche (APPR) et une troisième personne a arbitré et tranché les différends lorsque les deux APPR étaient en désaccord. La sélection des documents a d'abord été effectuée à la lecture du titre et du résumé en fonction des critères préétablis. Par la suite, une sélection finale a été réalisée à partir de la lecture complète des articles. Un diagramme de sélection des études comprenant les quatre phases du processus (identification, sélection, admissibilité, articles retenus) a été créé afin que la procédure soit transparente et reproductible (schéma 3). Enfin, les études exclues et les décisions relatives à leur exclusion ont été consignées dans un tableau et rapportées à l'annexe D.

2.4. Évaluation de la qualité des études

Tous les documents sélectionnés à la suite de la lecture complète ont fait l'objet d'une évaluation de la qualité méthodologique. Les cinq premiers articles retenus ont été évalués par deux agents de planification, programmation et recherche afin de s'assurer de l'interprétation adéquate de la grille d'évaluation employée. Cette méthode réduit les erreurs de jugement et de subjectivité en plus de faciliter la reproductibilité des résultats (Dagenais et Beaudoin, 2014). Par la suite, l'évaluation de la qualité des études retenues a été réalisée uniquement par l'auteure principale de cet avis d'évaluation pour des raisons de temps et de disponibilité de ressources.

La qualité méthodologique de chacun des articles scientifiques a été évaluée à l'aide de la grille du *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Field* (Kmet et coll., 2004), ci-après nommée SQA. Cette grille comprend quatorze critères de qualité méthodologique et permet de calculer un score variant de 0 à 28. La grille contient trois catégories (oui, partiel, non) ainsi que la case « ne s'applique pas ». De plus, cette grille comprend également un volet qualitatif pour les études du même genre.

2.5. Extraction des données

L'extraction des données probantes a été effectuée à la suite de l'évaluation de la qualité méthodologique. Dans le cadre de cet avis d'évaluation, une seule personne a réalisé l'extraction de l'ensemble des documents. Toutefois, une seconde personne a effectué l'extraction pour au moins cinq articles et un accord interjuges a été réalisé afin de réduire les erreurs, dont les erreurs de jugement et de subjectivité. Afin de structurer cette action, un formulaire d'extraction a préalablement été conçu à l'aide du tableur Microsoft Excel (2007). Ce formulaire a également été présenté et accepté par le demandeur et les parties prenantes lors de la rencontre de cadrage. Enfin, une première extraction a été réalisée afin de s'assurer qu'il ne manque pas de champs pertinents. Les informations suivantes ont été extraites pour chaque étude : objectif de l'étude, caractéristiques de l'échantillon, nom du programme, objectif du programme, modalités (durée, format, manuel, etc.), domaine de spécialisation de l'intervenant, les biais potentiels et les limites de l'étude.

En fonction des informations qui ont été repérées, des critères d'inclusion et des ressources disponibles, trois semaines ont été nécessaires pour l'évaluation de la qualité des études et l'extraction des données.

2.5.1. Recueil des données contextuelles

Dans un premier temps, la rencontre de cadrage a permis de colliger des données quant au contexte et aux services actuellement offerts aux parents d'enfants ayant un TC ou un TGC. Ces données ont été inscrites au rapport d'évaluation.

Dans un second temps, une rencontre subséquente a été effectuée afin de présenter les résultats et les conclusions de la revue systématique aux parties prenantes identifiées par le demandeur :

- un adjoint à la direction des services à la clientèle DI-TSA;
- un conseiller en gestion des programmes en soutien aux services à la clientèle TGC et conditions associées;
- une conseillère en gestion des programmes en soutien aux services à la clientèle 0-21 ans TSA et services communs;
- un chef de service à la clientèle 0-5 ans Centre-du-Québec;
- une coordonnatrice des services 0-21 ans;
- une agente de planification, programmation et recherche;
- deux superviseurs cliniques;
- une conseillère à la personne, à la famille et aux proches.

Cette rencontre, d'une durée approximative de trois heures, a permis de présenter les recommandations issues de la démarche d'évaluation. L'objectif étant d'obtenir le consensus quant à l'acceptabilité de l'équilibre entre les avantages et les inconvénients et quant aux valeurs et préférences des parties prenantes afin d'établir une force de recommandation.

L'applicabilité des résultats proposés a concerné :

- le type de programme proposé;
- les ressources humaines requises (s'il y a lieu) pour l'implantation de ces programmes (p. ex. formation, professionnel, ratio, etc.);
- les barrières et les facilitateurs à l'engagement des parents dans un programme spécialisé.

2.6. Niveau de preuve scientifique des études

L'évaluation de la qualité de la preuve scientifique est un moyen d'informer le lecteur sur la solidité des données de recherche relatives aux questions d'évaluation. Elle lui permet ainsi de porter un jugement éclairé sur les données scientifiques présentées. Aux fins de ce rapport, la méthode élaborée par l'UETMI du CIUSSS MCQ s'appuyant sur *The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) ainsi que sur le *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) a été employée.⁴

Succinctement, cette méthode permet de procéder à une évaluation critique de la qualité d'un corpus de preuve scientifique. Pour ce faire, une analyse conjointe de chacun de ces critères est réalisée : risque de biais, direction des mesures, précision des résultats et niveau de cohérence des mesures. Pour chacun de ces critères, plusieurs

⁴ Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, UETMI (2013). *Qualification du corpus de preuves – Document de travail*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire. Document disponible sur demande.

possibilités de cotations sont disponibles. L'annexe E présente la matrice des différentes cotations. Ensuite, l'analyse de l'ensemble de ces critères produit une qualité pouvant être jugée forte, modérée, faible ou très faible selon le niveau de confiance accordé à la preuve. L'annexe F présente les définitions pour chacune des qualités.

2.7. Méthode d'analyse et de synthèse des données

Les données provenant des articles scientifiques et des thèses ont été colligées et analysées en fonction des questions d'évaluation. Des tableaux récapitulatifs permettent de décrire les données recueillies qui ont servi au rapport d'évaluation. Enfin, en tenant compte des données scientifiques disponibles et des qualités de preuves attribuées en fonction de la démarche précédemment décrite, l'UETMI a tiré des constats et élaboré des recommandations.

2.8. Méthodes de consensus

Les programmes intensifs spécialisés ainsi que les groupes de soutien parental répertoriés dans la littérature, démontrant une efficacité sur les compétences ou le bien-être des parents, ont été présentés aux groupes de parties prenantes identifiées par le demandeur. Suite à la présentation des résultats, des constats et des recommandations, l'UETMI a tenté de mettre en évidence, au sein des parties prenantes, les points d'accord et de désaccord en lien avec les programmes proposés. Cette démarche a permis de qualifier la force du consensus (fort, moyen ou faible) quant aux recommandations présentées par l'UETMI.

De manière plus précise, les programmes spécialisés répertoriés dans la littérature ayant démontré une efficacité avec un niveau de preuve de fort à modéré ont été présentés au groupe afin de connaître leur niveau de confiance en son application et son implantation dans le contexte des services en DI et TSA du CIUSSS MCQ. L'objectif étant d'obtenir le point de vue d'experts travaillant près de la clientèle afin d'améliorer l'offre de service de manière continue. Les commentaires ont été recueillis et inscrits au rapport d'évaluation dans un objectif de transparence.

Le rapport complet sera ensuite acheminé au comité scientifique pour sa validation. Par la suite, il fera l'objet d'un plan de transfert de connaissances et de communication avec le comité responsable.

Notons que la rigueur de la démarche a été assurée par un chercheur en établissement affilié à l'UETMI du CIUSSS MCQ, par un groupe d'experts scientifiques, et par la présence de deux agents de planification, programmation et recherche lors de certaines étapes. De plus, le demandeur et les parties prenantes du départ ont pu suivre le déroulement de la démarche d'évaluation tout au long de son processus afin de favoriser une meilleure appropriation des nouvelles connaissances.

3. RÉSULTATS

Cette partie présente les résultats issus de la démarche d'évaluation. La première partie décrit le type de documents sélectionnés pour répondre aux questions d'évaluation et la seconde partie présente les résultats des études concernant chacune des interventions qui ont démontré un effet sur les parents et les enfants. Une brève présentation du programme ou de l'intervention entame chaque partie, suivie des résultats en lien avec les effets observés.

3.1. Présentation des études

Quatorze articles scientifiques ont été sélectionnés dans les différentes bases de données énumérées précédemment. La recherche à la main effectuée dans les références de ces documents (articles et thèses) a été infructueuse. Parmi les quatorze documents sélectionnés, trois essais randomisés contrôlés (Plant et coll., 2007; Sofronoff et coll., 2011; Tellegen et coll., 2014) ainsi que trois études utilisant un groupe contrôle ont été repérés (Quinn et coll., 2007; Sturtart et coll., 2014; White, 2010). Quatre études ont employé un devis de type niveau de base multiple (Miles, 2002; Singh et coll., 2006; Singh et coll., 2007; Wertheimer, 2008), deux ont utilisé des mesures répétées avant et après les programmes et deux ont simplement administré un questionnaire aux parents à la fin des activités. Les études proviennent des États-Unis (7), de l'Australie (3), du Royaume-Uni (3) et de l'Irlande (1).

Parmi les quatorze documents, onze programmes, interventions ou formations offerts aux parents d'enfants ayant un trouble du comportement ont été repérés. Ces programmes sont principalement de nature psychoéducative, de soutien émotionnel ou mixte. Les programmes de types psychoéducatifs (*Functional Assessment Training* (FCT), *General Interaction Strategies* (GIS), *Integrative Parent Education Program*, *Parents Plus Programme*, *Parental Survival Course*, *Positive Behavior Support* (PBS), *Stepping Stones Triple P*) visent principalement à enseigner aux parents des habiletés parentales et des stratégies spécifiques à la gestion du comportement tandis que les programmes de type soutien émotionnel (*mindfulness*) visent surtout à améliorer leur bien-être. Les programmes mixtes (*Group-based parent-training programme*, *Positive Family Intervention* (PFI), *Riding the Rapids programme*) ont pour objectifs de soutenir le bien-être des parents et d'enseigner des stratégies spécifiques à la gestion du comportement des enfants.

De plus, il apparaît que la formation à l'évaluation fonctionnelle peut à elle seule être une stratégie enseignée aux parents (Miles, 2002; Wertheimer, 2008) ou encore faire partie d'un programme de formation (*Integrative Parent Education Program*, *Parental Survival Course*, PBS, PFI). Aussi, certains programmes sont issus de l'analyse appliquée du comportement (*applied behavior analysis*) : *Integrative Parent Education Program*, PBS, PFI, *Riding the Rapids programme*. Enfin, il est possible de constater que le *Mindfulness* a été évalué par deux études distinctes réalisées par Singh et ses collègues (2006, 2007) et que le *Stepping Stones Triple P* (SSTP) et ses dérivés (PCSSTP, SSTP-S, SSTP-E) ont été évalués dans le cadre de trois études (Plant et coll., 2007; Sofronoff et coll., 2011; Tellegen et coll., 2014) réalisées avec l'aide du concepteur de ce programme (c.-à-d. Matt Sanders). Finalement, parmi les différents programmes repérés, cinq sont enseignés à l'aide d'un manuel (programme manualisé) : formation à l'évaluation fonctionnelle, *Integrative Parent Education Program*, *Mindfulness*, *Parents Plus Programme* et le *Stepping Stones Triple P*.

Quant aux modalités des différents programmes, huit sont offerts en format individuel et six en format de groupe. La majorité des professionnels qui enseignent sont des psychologues cliniques ($n = 8$), des chercheurs ($n = 3$) ou des praticiens formés au programme offert ($n = 2$). Une étude (Quinn et coll., 2007) n'indique toutefois pas la personne responsable du programme (*Stepping Stones Triple P*). Une recherche Internet

spécifique⁵ a toutefois permis de constater qu'une variété de professionnels peut offrir ce programme (p. ex. les conseillers scolaires, des infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux et professionnels de la santé). La durée totale des formations est assez variable allant de 2 à 16 séances hebdomadaires.

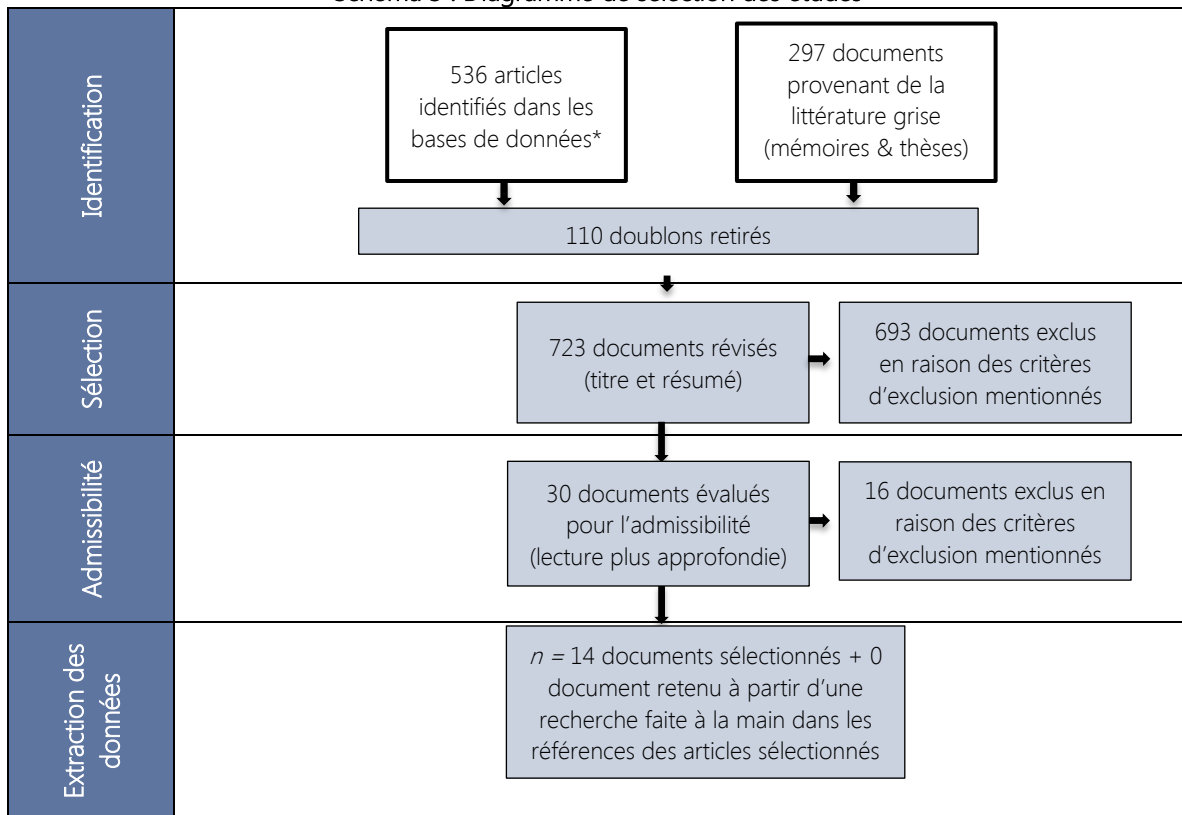
Par ailleurs, les échantillons relatifs à ces études varient de 2 à 76 parents d'enfants d'âge préscolaire qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme avec un trouble du comportement (c.-à-d. automutilation, agression, colère, non-conformité, ECBI; *intensity score* $\geq$ 131 *or problem score* $\geq$ 15). La majorité des participants à ces programmes sont des femmes tandis que la majorité des enfants sont des garçons. L'annexe G décrit en détail la population de chaque étude.

Les variables évaluées dans le cadre de ces études sont : le sentiment de compétence parentale c.-à-d. satisfaction dans leur rôle parental et dans quelles mesures ils sentent qu'ils gèrent leur rôle parental (efficacité), le niveau de connaissances acquises, le niveau de stress parental, le confort des parents à gérer les comportements et le style parental employé. Du côté des enfants, les auteurs ont considéré les problèmes de comportement, la qualité de vie et l'interaction avec la fratrie.

En ce qui concerne la qualité des études retenues, le score moyen au SQA est de 89,57 %. Cette évaluation a été réalisée sur l'ensemble des articles que par l'auteure principale de ce rapport. Toutefois, comme mentionné précédemment, pour assurer la rigueur de la démarche, un deuxième agent de recherche a évalué de manière indépendante 20 % des études afin de vérifier la compréhension du contenu de la grille d'évaluation et de déterminer le niveau d'accord interjuges. Ce taux d'accord se situe à 83,93 % (écart-type de 7,78), variant de 71,41 à 92,86 %. Les résultats des évaluations de la qualité méthodologique de chacune des études retenues se trouvent à l'annexe I. Aucune étude n'a été exclue sur la base du score de qualité méthodologique.

⁵ Triple P Parenting Canada Inc. *The Triple P system*. Tiré de http://www.triplep.net/files/9814/3044/0320/Triple_P_system.pdf

Schéma 3 : Diagramme de sélection des études



* Bases de données : *Cochrane Library, PsycINFO, Social Services Abstracts, Web of Science*

4. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Les sections suivantes présentent les résultats agglomérés en fonction des programmes, interventions ou formations offerts aux parents d'enfants présentant un RGD, une DI, ou un TSA et ayant un TC ou un TGC. Une brève description du programme est présentée, suivie des résultats d'effet sur les parents et les enfants. Une description détaillée de chaque programme est présentée à l'annexe H.

4.1. *Functional Assessment Training (FCT)*

La formation à l'évaluation fonctionnelle du comportement permet aux parents de comprendre le comportement de leur enfant. En fait, cette analyse permet de déterminer les conditions qui déclenchent ou qui font durer les comportements problématiques (Alberta Education, 2005). Dans le cadre des séances individuelles (4 à 6) auprès des parents, l'intervenant enseigne, à l'aide d'un manuel, à effectuer des évaluations fonctionnelles.

Deux thèses inédites (Miles, 2002; Wertheimer, 2008) ont évalué cette formation auprès des parents ($n = 7$ parents) d'enfants ayant un trouble du comportement et toutes les deux ont employé un devis méthodologique similaire (niveau de base multiple).

4.1.1. Résultats d'efficacité sur les parents

Miles (2002) et Wertheimer (2008) ont évalué l'effet de cette formation sur l'indice du stress parental (*Parenting Stress Index* (PSI), Abidin, 1983). Miles rapporte qu'avant les séances de formation, trois mères ont démontré un score élevé pour les quatre domaines évalués au PSI (c.-à-d. détresse parentale, interaction dysfonctionnelle parent-enfant, enfant difficile, et score total). Deux autres mères ont obtenu un score élevé pour la détresse parentale, l'interaction dysfonctionnelle parent-enfant et le score total. Une seule des mères a diminué son indice de stress parental (PSI) suite à la formation. En fait, cette mère a obtenu un score normal sur les quatre domaines suite aux séances. Trois autres participantes ont obtenu un score normal pour toutes les mesures du PSI, outre l'interaction dysfonctionnelle avec leur enfant. Enfin, une mère a obtenu des scores normaux sur toutes les mesures, sauf la détresse parentale. De son côté, Wertheimer (2008) mentionne qu'une seule des deux mères a rapporté une diminution significative de son niveau de stress suite aux séances par rapport aux scores élevés obtenus avant les séances de formation.

Qualité de preuve

Afin de qualifier cette preuve, la méthode précédemment décrite dans la section *niveau de preuve scientifique* a été employée. Les aspects clés de cette analyse qui permettent d'identifier le niveau de confiance quant à l'effet de cette formation sur le niveau du stress parental sont ici rapportés. Les éléments de preuve augmentant la qualité sont indiqués par un (+) et ceux diminuant la qualité sont indiqués par un (-) :

- les deux documents ont un faible risque de biais (+);
- il n'y a pas de groupe de comparaison dans l'une ou l'autre de ces études, ce qui diminue la direction des mesures (-);
- petits échantillons ($n = 7$ parents) et nombre d'observations restreint (< 12), ce qui diminue la précision des résultats (-);
- le niveau de stress parental n'a pas diminué de manière significative chez l'ensemble des participantes, ce qui diminue la cohérence entre les résultats (-).

Somme toute, il semble que la diminution du stress parental est l'effet direct de cette formation, mais un doute demeure. L'effet pourrait être différent (c.-à-d. niveau de stress stable ou augmenté).

Par ailleurs, en plus d'évaluer le niveau de stress parental, Wertheimer (2008) a examiné le niveau de compréhension des parents ($n = 2$). Un examen a donc été administré pour vérifier les acquis au début et à la fin de chaque séance. Les résultats démontrent que les deux mères ont amélioré leur niveau de compréhension sur l'évaluation fonctionnelle du comportement et sur les concepts de base de cette formation. Il faut toutefois être prudent quant à l'effet réel de cette formation sur le niveau de compréhension parentale, car il s'agit seulement de deux mères qui ont passé un examen au début et à la fin de chaque séance uniquement. La « preuve » est donc faible. À partir de ce simple résultat, il n'est donc pas possible de connaître l'effet réel de cette formation sur le niveau de compréhension des parents.

4.1.2. Résultats d'efficacité sur les enfants

Les deux études ont aussi rapporté les problèmes de comportement des enfants ($n = 7$). Miles (2002) a observé directement et compilé les comportements inappropriés des enfants (c.-à-d. automutilation, cracher à la table, agression, non-conformité, pleurer sans raison (c.-à-d. pleurer car les jouets deviennent ennuyants)). L'auteure a constaté une diminution de ces comportements lorsque les mères ont commencé à implanter l'analyse fonctionnelle (c.-à-d. déterminer la fonction du comportement chez leur enfant). De son côté, Wertheimer (2008) a demandé aux parents de rapporter à l'aide d'un questionnaire (PDDBI-P, Cohen et Sudhalter, 2005), les comportements cibles (c.-à-d. agression et comportement d'approche sociale) des enfants. Les résultats indiquent que le comportement des enfants n'a pas changé de manière significative.

Qualité de la preuve

Tel que pour l'indice du stress parental, la méthode pour caractériser la preuve issue de ces deux thèses a été utilisée. Les aspects clés sont :

- le petit échantillon ($n = 7$ enfants) et pas de mesures de suivi, ce qui diminue la précision des résultats (-);
- Miles ne rapporte pas de signification statistique, ce qui diminue aussi la précision des résultats (-);
- Miles (2002) rapporte une diminution des comportements inappropriés alors que Wertheimer (2008) ne rapporte aucun changement, diminuant ainsi la cohérence entre les résultats (-).

La confiance quant à la diminution du comportement de l'enfant en lien avec la formation des parents à l'évaluation fonctionnelle est limitée. L'effet réel auprès des enfants peut être différent et des recherches additionnelles sont nécessaires pour attester de son efficacité.

4.2. Group-based parent-training programme

Un enseignant et un psychologue clinique animent un groupe de parents pendant une période de six à huit semaines. Lors des premières séances, les parents partagent leurs sentiments avec le groupe. La tâche des intervenants est alors de normaliser ces sentiments. Par la suite, lorsque les parents retrouvent une certaine confiance en eux, de nouvelles habiletés sont introduites pour les aider à gérer le comportement de leur enfant. Plus précisément, les intervenants abordent les notions d'encouragement, de routine, de communication et de constance.

Une seule étude (Hames et coll., 2009) a évalué ce programme. Hames et ses collègues (2009) ont conçu un bref questionnaire d'évaluation demandant aux parents ($n = 39$) ayant participé au groupe, d'identifier ce qu'ils ont trouvé de plus et de moins utile dans ce programme.

4.2.1. Résultats d'efficacité sur les parents

De manière générale, les parents rapportent que le groupe a permis de réduire leur stress et d'améliorer la perception qu'ils ont de leur enfant. En fait, la majorité des parents rapporte que le groupe a fait une différence

sur eux (c.-à-d. niveau de stress réduit, se sentent moins seuls, plus calmes et confiants pour gérer les comportements). Ils ajoutent également qu'ils apprécient la nature sociale du groupe et réalisent qu'ils ne sont pas seuls à avoir des difficultés avec un enfant. Quant aux comportements de leur enfant, 60 % des répondants mentionnent que le groupe a fait une différence (c.-à-d. comportements moins perturbateurs en public, meilleure communication avec leur enfant et réduction du tempérament de l'enfant).

Qualité de la preuve

Les aspects clés nous permettant de qualifier la preuve sont :

- les auteurs (Hames et coll., 2009) utilisent un bref questionnaire d'évaluation (non validé) auprès des parents afin d'obtenir leur point de vue général. Cette méthode peut engendrer un grand risque de biais (-);
- sur 80 questionnaires envoyés, seulement 35 personnes ont répondu, augmentant aussi le risque de biais (-);
- l'ensemble des résultats n'est pas rapporté, augmentant le risque de biais (-);
- l'imprécision des résultats ne permet pas de déterminer l'effet réel du programme (-).

Bref, cette étude n'offre pas réellement une preuve quant à l'effet de ce programme sur les parents ou les enfants. Des études supplémentaires auprès des parents d'enfants présentant un trouble du comportement seraient nécessaires pour évaluer l'effet réel de ce programme.

4.3. *Integrative Parent Education Program*

Un psychologue clinique détenant une maîtrise ou un doctorat enseigne à un groupe de parents différents modules dans le cadre de quatre séances. Chaque séance aborde un module différent. Ces modules portent sur les thèmes de l'autisme, la gestion du comportement, l'évaluation fonctionnelle du comportement, l'enseignement par essai distinct, le stress familial, etc.

Seule une thèse inédite (White, 2010) qui a employé un devis méthodologique avec un groupe contrôle (équivalent au groupe expérimental) a évalué ce programme auprès de parents ($n = 35$) d'enfants présentant un trouble du comportement.

4.3.1. Résultats d'efficacité sur les parents

White (2010) a évalué le stress parental à l'aide d'un outil évaluant la qualité de vie des familles ayant un enfant diagnostiqué avec un retard de développement (Caregiver Evaluation of Quality of Life⁶, Lincoln et Powers, 2007). Les résultats de l'étude indiquent que les parents appartenant au groupe d'intervention ont éprouvé des niveaux légèrement plus élevés de stress suite au programme que les individus du groupe contrôle. L'auteure avance que les niveaux de stress peuvent augmenter en raison des changements apportés à la routine quotidienne des parents et à leur façon de gérer les comportements difficiles.

De plus, White (2010) a évalué le niveau de connaissances acquises suivant chaque module. Les parents ayant reçu le programme de soutien ont réalisé un gain significatif de connaissances comparativement au groupe contrôle. Toutefois, en comparaison avec les résultats obtenus lors de ces quiz (examen à la fin de chaque séance), l'auteure mentionne que les parents ont obtenu un score plus bas lors de l'examen récapitulatif. Les participants ne semblent donc pas retenir les informations précédemment apprises.

⁶ En plus d'évaluer le stress parental, cet outil mesure le confort des parents avec le fonctionnement de l'enfant, le fardeau des parents, l'interférence avec le fonctionnement de la famille, l'acceptation de la famille et des ressources communautaires, l'ajustement de la famille. Mesures non publiées

Enfin, White (2010) a évalué le confort des parents à gérer les troubles graves du comportement de leur enfant. Les résultats de l'étude ne démontrent pas de différence significative entre l'évaluation réalisée avant et après l'intervention. Plus précisément, le confort des parents à gérer les comportements et leur succès n'ont pas changé de manière significative.

4.3.2. Résultats d'efficacité sur les enfants

L'auteure a aussi observé la fréquence des problèmes de comportement ainsi que la qualité de vie des enfants ($n = 35$) (*Pediatric Quality of Life Inventory*, Varni, 2007). Les résultats démontrent que la fréquence des problèmes de comportement et la qualité de vie des enfants n'ont pas varié de manière statistiquement significative.

Qualité de la preuve

Les aspects clés nous permettant de qualifier la preuve sont :

- l'outil employé (*Caregiver Evaluation of Quality of Life*, Lincoln et Powers, 2007) pour évaluer le stress des parents n'a pas encore fait l'objet d'une publication ou de validation, ce qui augmente le risque de biais (-);
- dix participants du groupe expérimental et trois du groupe contrôle ont abandonné avant la fin de l'étude, ce qui augmente le risque de biais (-);
- l'utilisation d'un groupe contrôle équivalant au groupe expérimental, ce qui augmente la direction des mesures (+);
- un faible échantillon ($n = 35$) limitant la généralisation des résultats à une population plus grande (-).

De prime abord, d'après les résultats issus de cette étude, il est possible de croire que ce programme tend à augmenter le niveau de stress des parents. Il semble également que les parents ne retiennent pas nécessairement les informations acquises lors des cours précédents et qu'ils n'ont pas plus de confort à gérer les comportements de leur enfant suite au programme. Enfin, la fréquence des comportements des enfants ainsi que leur qualité de vie ne semblent pas être améliorées par le programme. Les effets réels sont proches de ces estimations, mais un doute demeure.

4.4. *Mindfulness* (pleine conscience)

Cette approche vise à rendre l'individu centré sur le moment présent tout en évitant les jugements. De façon individuelle, l'intervenant enseigne aux parents à considérer des manières alternatives de percevoir et de répondre à une situation. Sur une période de douze semaines, l'intervenant propose, à l'aide d'un manuel, des méthodes de méditation et des exercices à pratiquer lors de leurs interactions avec leur enfant.

Deux études effectuées par les mêmes auteurs (Singh et coll., 2006; Singh et coll., 2007) ont employé un devis de type niveau de base multiple pour évaluer l'effet du *mindfulness*. Ce type de devis permet d'évaluer les situations où une intervention serait susceptible d'apporter des changements au niveau de la variable dépendante.

4.4.1. Résultats d'efficacité sur les parents

Singh et ses collaborateurs (2007) ont évalué l'indice du stress parental (PSI, Abidin, 1990) en lien avec le *mindfulness* dans une seule de leurs études ($n = 4$ parents). Les résultats indiquent une légère diminution du stress parental pour les quatre mères. En effet, les scores avant l'intervention ont été significativement plus élevés que ceux obtenus après l'intervention.

Singh et ses collègues (2006, 2007) ont également évalué l'effet du *mindfulness* à l'aide de trois mesures subjectives prises auprès des parents ($n = 7$ parents) (c.-à-d. niveau d'utilisation du *mindfulness*, satisfaction des parents de leurs interactions avec leur enfant, satisfaction des parents envers leurs habiletés parentales). De manière générale, les mères rapportent qu'elles s'engagent davantage dans un style parental aligné avec le *mindfulness* au cours du temps. De plus, elles deviennent de plus en plus satisfaites avec leurs habiletés parentales et leurs interactions avec leur enfant.

4.4.2. Résultats d'efficacité sur les enfants

Dans le cadre de leurs deux études, Singh et ses collègues (2006, 2007) ont demandé aux mères de noter au cours de la journée (de 8 h à 14 h) l'apparition de chaque comportement cible (c.-à-d. agression, non-conformité et automutilation). Dans les deux études, il y a une diminution des comportements cibles au cours du temps. De plus, dans l'étude de 2007, Singh et ses collègues ont demandé à deux analystes du comportement de noter les interactions sociales des enfants ($n = 4$) pendant 15 minutes à la garderie. Les auteurs rapportent une amélioration significative des interactions positives avec la fratrie.

Qualité de la preuve

Les aspects clés nous permettant de qualifier la preuve sont :

- l'utilisation d'outils non validés (autre que le PSI, 1990) augmentant le risque de biais (-);
- pas de groupe contrôle pour comparer les résultats, ce qui diminue la direction des mesures (-);
- pas de données statistiques et l'amélioration est rapportée sous forme de pourcentage, ce qui diminue la précision des résultats (-);
- petit échantillon ($n = 7$ parents) qui ne permet pas de généraliser ces résultats à une plus grande population (-);
- les deux études obtiennent sensiblement les mêmes résultats au niveau d'une diminution des comportements, d'une utilisation plus accrue du *mindfulness* et d'une satisfaction accrue des parents envers leurs interactions avec leur enfant et leurs habiletés parentales, ce qui augmente le niveau de cohérence (+).

Compte tenu de ces aspects, il est difficile de mesurer l'effet réel du *mindfulness* sur les parents ou les enfants. Comme le mentionnent les auteurs, une évaluation plus approfondie est nécessaire pour attester de l'effet réel du *mindfulness*. Bref, la confiance quant à la diminution du stress parental, de l'amélioration de leur satisfaction et de l'amélioration du comportement des enfants est limitée. En effet, les effets réels peuvent être différents de cette estimation.

4.5. *Parents Plus Programme*

Un psychologue, un travailleur social et une infirmière enseignent à un groupe de parents des habiletés parentales. Ces intervenants emploient des capsules vidéo montrant des acteurs qui jouent des interactions positives avec des enfants et qui gèrent des comportements problématiques. Ce programme est centré sur la recherche de solutions et utilise les forces et l'expertise des parents. Au cours des six séances, l'équipe d'intervenants aborde les thèmes de l'attention parentale, du jeu, des encouragements, des récompenses, de l'établissement de règles, etc.

Une étude (Quinn et coll., 2007) a évalué ce programme. Ces auteurs ont employé un groupe contrôle similaire au groupe ayant reçu le programme afin de mesurer les effets du programme.

4.5.1. Résultats d'efficacité sur les parents

Quinn et ses collègues (2007) ont évalué le stress des parents à l'aide de l'indice du stress parental (PSI, Abidin, 1995). Les résultats démontrent que le *Parents Plus Programme* n'a pas mené à des changements significatifs sur le stress des parents ($n = 41$). De plus, à l'aide du *General Health Questionnaire 12* (Goldberg et Williams, 1988), les auteurs ont évalué la détresse psychologique des parents. Les résultats indiquent également que le programme n'a pas influencé cette variable.

Ces auteurs ont aussi évalué, à l'aide d'un outil validé (*The Perceived Social Support Scale*, Carr et O'Reilly, 2000), le soutien social perçu par les parents. Les résultats démontrent que le *Parents Plus Programme* n'a pas influencé la perception des parents quant à leur soutien social.

4.5.2. Résultats d'efficacité sur les enfants

Les problèmes de comportement des enfants ont été évalués à l'aide du *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 2007). Les résultats de l'étude indiquent que les enfants ($n = 31$) dont les parents ont participé au programme de soutien parental ont obtenu des scores sous les seuils cliniques suivant le programme et ces scores ont été maintenus dix mois après la fin du programme. Toutefois, les résultats démontrent que cette amélioration du comportement n'a pas été significative pour tous les enfants.

Qualité de la preuve

Les aspects clés nous permettant de qualifier la preuve sont :

- un faible taux d'attrition ($n = 4$) diminuant le risque de biais (+);
- l'utilisation d'un groupe contrôle similaire au groupe ayant reçu le programme, ce qui augmente la direction des résultats (+);
- pas d'intervalle de confiance, mais des seuils de significativité rapportés, ce qui augmente la précision des résultats (+).

Dans l'ensemble, il est possible de statuer sur une confiance moyenne que le stress des parents et leur perception du soutien social n'ont pas changé de manière statistiquement significative à la fin du programme. Il semble également que le comportement n'a pas changé de manière statistiquement significative pour tous les enfants. D'autres études seraient nécessaires, mais à partir de ces preuves, il semble que le *Parents Plus Programme* ne produit pas les effets escomptés sur cette population.

4.6. *Parental Survival Course*

Dans le cadre de neuf ou dix séances, une équipe multidisciplinaire (c.-à-d. psychologue clinique, infirmier communautaire, éducateur spécialisé et orthophoniste) enseigne à un groupe de parents des habiletés pouvant les aider à gérer les problèmes de comportement de leur enfant. Les intervenants abordent les thèmes de la fonction du comportement, du jeu, des récompenses et de l'établissement de règles.

Une seule étude (Todd et coll., 2010) a évalué cette formation. Les auteurs ont utilisé des mesures répétées avant et après les programmes afin d'évaluer les effets.

4.6.1. Résultats d'efficacité sur les parents

Todd et ses collaborateurs (2010) ont évalué la confiance des parents à gérer les comportements difficiles de leur enfant à l'aide d'un questionnaire d'auto-évaluation (*Behaviour Management Questionnaire*, non validé). Les résultats démontrent que, suite aux séances, les parents ($n = 22$) perçoivent une amélioration de leur confiance en eux pour gérer les comportements difficiles de leur enfant.

Les auteurs ont aussi évalué le niveau d'anxiété et de dépression des parents à l'aide d'un questionnaire validé (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, Zigmond et Snaith, 1983). Les résultats indiquent une diminution statistiquement significative des niveaux d'anxiété et de dépression suivant la formation.

4.6.2. Résultats d'efficacité sur les enfants

Les parents ont également rapporté à l'aide du questionnaire (*Behaviour Management Questionnaire*, non validé) la fréquence et la sévérité des comportements difficiles des enfants ($n = 21$). Les parents ont rapporté une diminution significative de la fréquence des comportements chez leur enfant ($n = 21$). De plus, ils mentionnent que les comportements spécifiques (c.-à-d. comportements agressifs, problème de sommeil, automutilation, comportements répétitifs et obsessifs) ont été moins problématiques pour eux suivant la formation.

Qualité de la preuve

Les aspects clés nous permettant de qualifier la preuve sont :

- l'utilisation d'outils non validés pour évaluer la confiance des parents à gérer le comportement des enfants et évaluer la fréquence et la sévérité des comportements, ce qui augmente le risque de biais (-);
- un taux d'attrition de 12 % des participants, augmentant aussi le risque de biais (-);
- pas de groupe contrôle, ce qui diminue la direction des mesures (-);
- l'utilisation d'un petit échantillon ($n = 22$) et aucune mesure de suivis, diminuant la précision des résultats (-).

Somme toute, à partir des résultats de cette étude, il n'est pas possible de réellement démontrer de « preuve » d'efficacité. L'effet réel peut en effet être considérablement différent des résultats rapportés par Todd et ses collaborateurs (2010).

4.7. *Positive Behavior Support (PBS)/ Positive Family Intervention (PFI)*

Dans le cadre de ces deux interventions, un psychologue détenant une maîtrise ou un doctorat enseigne de manière individuelle l'évaluation fonctionnelle du comportement (*Functional Assessment Training*). Par la suite, il enseigne à développer des interventions en fonction de cette évaluation. De plus, au cours des huit séances hebdomadaires, l'intervenant guide les parents à s'entourer d'une équipe de soutien qui pourra les aider au cours du processus. Dans le cadre de la seconde intervention (PFI), en plus d'offrir le PBS, l'intervenant enseigne aux parents à être optimistes. Plus précisément, il leur enseigne à identifier leurs pensées et leurs sentiments afin de procéder à une restructuration cognitive. Il est important de noter que dans le cadre de cette étude (Durand et coll., 2013), les participants ont été sélectionnés en fonction de leur nature pessimiste.

Une seule étude (Durand et coll., 2013) a évalué l'efficacité de ces deux interventions. Tout comme Todd et ses collègues (2010), Durand et ses collègues (2013) ont utilisé des mesures répétées avant et après les programmes afin d'évaluer les effets de ces deux interventions.

4.7.1. Résultats d'efficacité sur les parents

À l'aide d'un outil validé (*Questionnaire on Resources and Stress*, Friedrich, 1983), Durand et ses collègues (2013) ont évalué le niveau de pessimisme des parents ($n = 48$). Les résultats indiquent que les parents appartenant à chacun des groupes ont obtenu des scores significativement plus bas de pessimisme après avoir complété les séances. Il semble donc que les deux interventions ont permis aux parents d'être moins pessimistes.

4.7.2. Résultats d'efficacité sur les enfants

Les auteurs ont évalué le comportement des enfants ($n = 35$) à l'aide d'un index se rapportant aux comportements inadaptés (*General Maladaptive Behavior Index* (GMI)) faisant partie d'un outil validé (*Scales of Independent Behavior-Revised*, Bruininks, 1996). Les résultats démontrent que tous les enfants ont amélioré de manière statistiquement significative leur comportement. Toutefois, les enfants dont les parents ont participé au groupe PFI ont amélioré davantage leur score au GMI que l'autre groupe.

Qualité de la preuve

Les aspects clés nous permettant de qualifier la preuve sont :

- l'échelle pour évaluer le niveau de pessimisme des parents (*Questionnaire on Resources and Stress*, Friedrich, 1983) a d'abord été conçue pour évaluer la perception des parents sur le futur de leur enfant. Les auteurs mentionnent qu'il existe des limites quant à son utilisation pour évaluer le changement de perception des parents (-);
- un taux d'attrition de 19 participants, ce qui augmente le risque de biais (-);
- pas de groupe contrôle, ce qui diminue la direction des mesures (-);
- pas de mesures de suivi, diminuant aussi la précision des mesures (-).

Somme toute, la confiance quant à la diminution du niveau de pessimisme des parents et quant à l'amélioration des comportements de l'enfant suite à l'intervention PBS ou PFI est limitée. Des preuves additionnelles seraient nécessaires pour démontrer l'effet réel de l'une ou l'autre de ces interventions.

4.8. *Riding the Rapids programme*

Un psychologue clinique et un animateur aident les parents à atteindre leur objectif comportemental spécifique identifié lors de la première séance. Au cours des dix séances hebdomadaires, les intervenants enseignent à un groupe de parents à comprendre le comportement cible de leur enfant. De plus, ils forment les parents à utiliser le renforcement positif, le jeu et des outils de communication auprès de leur enfant. Enfin, le bien-être parental est abordé et des stratégies sont enseignées afin de les aider à gérer leur stress.

Une seule étude (Stuttard et coll., 2014) a évalué l'efficacité de ce programme. Les auteurs de cette étude ont employé un groupe contrôle similaire au groupe expérimental afin de mesurer les effets du programme.

4.8.1. Résultats d'efficacité sur les parents

Stuttard et ses collaborateurs (2014) ont évalué le sentiment de compétence parentale à l'aide d'un outil validé (*The parenting Sense of Competence Scale* (PSOC, Gibaud-Wallston et Wandersman, 1978; Johnston et Mash, 1989)) qui permet de mesurer la satisfaction des parents ($n = 76$) dans leur rôle de parent (PSOC-satisfaction (anxiété, motivation et frustration)), mais aussi d'évaluer dans quelles mesures ils sentent qu'ils gèrent leur rôle parental (PSOC-*efficacy* (compétence parentale, niveau de capacité et capacité de résolution de problèmes)). Les résultats indiquent que le programme améliore de manière statistiquement significative la satisfaction et l'efficacité des parents à court terme. Les résultats démontrent aussi que l'amélioration de la satisfaction est maintenue dans le temps (trois mois, et six mois) alors que l'efficacité ne l'est pas. De plus, lors de la première phase de suivi (trois mois), il y a une augmentation statistiquement significative de la proportion de parents qui sont satisfaits dans leur rôle de parent. Cette proportion s'est toutefois maintenue pour l'efficacité. Il semble donc que *Riding the Rapids programme* améliore principalement la satisfaction des parents dans leur rôle parental.

4.8.2. Résultats d'efficacité sur les enfants

Le comportement des enfants ($n = 96$) a été évalué à l'aide d'un questionnaire validé (*The Eyberg Child Behaviour Inventory* (ECBI), Eyberg et Pincus, 1999; Eyberg et Ross, 1978). Cet outil comprend une échelle d'intensité (IS) et une échelle concernant la perception des parents sur chaque comportement (*Problem Scale*, (PS)). Les auteurs (Stuttard et coll., 2014) rapportent que les parents qui ont reçu le programme indiquent que l'intensité des comportements ainsi que les problèmes perçus ont diminué de manière statistiquement significative. De plus, trois mois après le programme, les résultats indiquent une proportion plus élevée de parents qui ont rapporté une diminution significative de l'intensité des comportements.

Qualité de la preuve

Les aspects clés nous permettant de qualifier la preuve sont :

- un taux d'attrition de neuf participants au cours du temps, ce qui augmente le risque de biais (-);
- l'utilisation d'un groupe contrôle similaire au groupe expérimental augmente la direction des mesures (+);
- les auteurs mentionnent que la comparaison des résultats entre le groupe expérimental et le groupe contrôle n'a pas été possible au-delà du temps 2 (1^{re} phase de suivi, trois mois après) (-);
- le groupe contrôle a un petit échantillon ($n = 17$), ce qui diminue la précision des résultats (-);
- les auteurs ont rapporté un intervalle de confiance et ont réalisé trois évaluations suivant la phase de référence (post intervention, suivi trois mois après, suivi six mois après), ce qui augmente la précision des résultats (+);

Globalement, le programme tend donc à améliorer la satisfaction des parents dans leur rôle parental et semble changer leur perception quant à l'intensité des comportements de leur enfant. La confiance est modérée quant à ces estimations, mais les effets réels sont probablement proches de celles-ci.

4.9. *Stepping Stones Triple P* (SSTP)

Un intervenant anime deux séminaires afin de développer chez les parents une approche parentale positive permettant d'enseigner des habiletés à leur enfant. L'intervenant enseigne tout d'abord au groupe de parents les sept principes de base de la parentalité positive (p. ex. assurer un environnement sécuritaire, créer un environnement positif, utiliser une discipline autoritaire, etc.). Ensuite, il démontre des stratégies parentales positives pour enseigner des habiletés clés à leur enfant (c.-à-d. communication, résolution de problèmes, coopérer avec les autres et apprendre à être indépendant). Les parents apprennent également les étapes clés pour enseigner une habileté.

Une seule étude (Sofronoff et coll., 2011) a évalué l'effet de cette forme de SSTP. Ces auteurs ont employé l'essai randomisé contrôlé pour évaluer l'efficacité de ce programme. Ce type de devis méthodologique est considéré comme ayant une plus grande valeur scientifique et plus fiable. Bien réalisé, ce type de devis diminue au maximum les biais.

4.9.1. Résultats d'efficacité sur les parents

Sofronoff, Jahnel et Sanders (2011) ont aussi évalué le sentiment de compétence parentale à l'aide d'un outil validé (*The parenting Sense of Competence Scale*, Johnston et Mash, 1989). Les résultats démontrent toutefois que le programme n'a pas eu d'effet significatif sur l'une ou l'autre des échelles (efficacité ou satisfaction).

De plus, ces auteurs ont évalué le style parental des parents ($n = 53$) à l'aide d'une échelle mesurant trois styles disciplinaires négatifs (*Parenting Scale*; Arnold, O'Leary, Wolff, et Acker, 1993) : discipline permissive (laxisme), discipline autoritaire, affichent leur colère et leur irritabilité (hyperactivité), et réprimandes trop longues ou

recourent très souvent à la parole (verbosité). Les résultats indiquent que les parents ont obtenu des scores significativement plus bas pour l'échelle d'hyperactivité et de verbosité suivant l'intervention. Aucun effet n'a toutefois été observé pour le laxisme.

Enfin, Sofronoff et ses collègues (2011) ont évalué le fonctionnement de la famille ainsi que les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress (DASS-42, Lovibond et Lovibond, 1995). Les résultats démontrent que le programme n'a pas eu d'effet sur le fonctionnement de la famille ou sur les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress. En fait, avant l'intervention, le groupe expérimental et le groupe contrôle ont obtenu des scores normaux (sous le seuil clinique). Suivant le programme, les auteurs mentionnent qu'il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes.

4.9.2. Résultats d'efficacité sur les enfants

Le comportement des enfants ($n = 53$) a également été évalué à l'aide du *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI) (Eyberg et Pincus, 1999). Les résultats démontrent une diminution significative pour l'échelle se rapportant à la perception des problèmes de comportement (*Problem Scale*, PS) et pas de changement pour l'échelle se rapportant à l'intensité des comportements pour les parents qui ont bénéficié du programme.

Qualité de la preuve

Les aspects clés nous permettant de qualifier la preuve sont :

- l'utilisation de l'essai randomisé contrôlé pour évaluer les effets du programme, diminuant ainsi le risque de biais (+);
- les auteurs ne mentionnent pas qu'ils ont comparé les caractéristiques des deux groupes avant d'entamer leur expérimentation. Il est donc impossible de savoir si les deux groupes sont équivalents, ce qui augmente le risque de biais (-);
- les auteurs n'indiquent pas comment ils ont recruté les participants ou comment ils ont effectué leur randomisation, ce qui augmente aussi le risque de biais (-).

De manière générale, les résultats tendent à démontrer que ce programme a eu un effet positif sur le style parental employé par les parents. En effet, les parents ont moins démontré leur colère et diminué l'utilisation des longues réprimandes. De plus, selon les parents, il semble que les enfants ont moins de problèmes de comportements. Les résultats démontrent cependant que le *Stepping Stones Triple P* n'a pas eu d'effet sur le sentiment de compétence parentale ou sur les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress des parents. Somme toute, en considérant les résultats de cette étude, ce programme peut probablement soutenir les parents dans leur style parental et la gestion des comportements de leur enfant. Il faut toutefois rester prudent quant à ce constat, car il reste une possibilité que les effets soient différents.

4.10. *Standard Triple P - Positive Parenting Program (SSTP-S) / Enhanced Intervention (SSTP-E)*

Le SSTP-S est une version adaptée du *Triple P - Positive Parenting Program*. Un praticien formé enseigne 25 stratégies de gestion du comportement au cours de dix séances hebdomadaires. Plus précisément, 14 de ces stratégies visent à promouvoir les habiletés parentales et le développement des enfants, et 11 de ces stratégies visent à aider les parents à gérer les problèmes de comportement de leur enfant. Dans le cadre de ce programme, les parents apprennent également à planifier une routine d'activités. Dans le cadre du SSTP-E, les parents reçoivent initialement la même formation que SSTP-S. Par la suite, au cours des six séances subséquentes, ils apprennent à composer (*coping*) avec la situation difficile. De plus, l'intervenant leur enseigne à

écouter et à parler à l'autre, la manière de donner des rétroactions constructives, sans jugement, et la manière d'employer une approche de résolution de problèmes parentaux.

Une seule étude (Plant et Sanders, 2007) a évalué l'effet de ces deux interventions. Les auteurs ont employé l'essai randomisé contrôlé pour évaluer l'efficacité de ces interventions. Deux groupes ont bénéficié d'une intervention (SSTP-E ou SSTP-S) et un groupe (liste d'attente) a été utilisé comme contrôle.

4.10.1. Résultats d'efficacité sur les parents

Plant et Sanders (2007) ont évalué les habiletés (*Parenting Scale*, Arnold, O'Leary, Wolff, et Acker, 1993) et les compétences parentales (*Parenting Sense of Competence Scale*, Gibaud-Wallston et Wandersman, 1978). Les résultats indiquent que les mères ($n = 74$) appartenant au groupe SSTP-S ont rapporté un niveau significativement plus élevé d'habiletés parentales et de compétences que les mères du groupe contrôle suivant l'intervention. Le groupe SSTP-E a également rapporté un niveau significativement plus élevé de compétences parentales comparé au groupe contrôle. Toutefois, pour ce groupe, les résultats démontrent que les habiletés parentales n'ont pas changé de manière significative. De plus, les auteurs mentionnent qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe du SSTP-E et du SSTP-S sur les deux mesures.

Plant et Sanders (2007) ont aussi évalué les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress à l'aide du DASS-42 (Lovibond et Lovibond, 1995). Les résultats indiquent toutefois que ces interventions n'ont pas influencé ces mesures.

4.10.2. Résultats d'efficacité sur les enfants

Plants et ses collègues (2007) ont évalué le comportement des enfants ($n = 74$) à l'aide de quatre mesures⁷. Les résultats indiquent une réduction significative des problèmes de comportement pour trois des quatre mesures pour les enfants de groupe SSTP-E comparé au groupe contrôle. Le comportement global perturbateur (DBC-D) est la seule mesure qui n'a pas changé de manière significative. Les enfants du groupe SSTP-S ont également réduit de manière significative les problèmes de comportement selon trois mesures comparé au groupe contrôle. Les comportements difficiles liés aux soins n'ont pas changé de manière significative. Entre ces deux interventions, il n'y a pas de différence significative en lien avec le comportement des enfants. Les auteurs mentionnent cependant que le SSTP-E a un effet positif plus grand que le SSTP-S pour les comportements difficiles associés aux soins. De plus, les résultats démontrent que les deux interventions ont permis d'améliorer de manière statistiquement significative le comportement des enfants comparé à celui du groupe contrôle. Enfin, les résultats indiquent un niveau significativement plus bas de comportements difficiles des enfants un an après que les parents aient reçu une ou l'autre de ces interventions.

Qualité de la preuve

Les aspects clés nous permettant de qualifier la preuve sont :

- l'utilisation de l'essai randomisé contrôlé pour évaluer les effets du programme (+);
- la comparaison entre les caractéristiques initiales des groupes afin de s'assurer que les groupes sont équivalents, ce qui diminue le risque de biais (+);
- les auteurs mentionnent que la stratégie de recrutement des participants (sur une base volontaire) est une limite à leur étude (-);
- les auteurs ne mentionnent pas le diagnostic de 17 enfants faisant partie des trois groupes (SSTP-S, SSTP-E, liste d'attente), ce qui diminue la direction des mesures (-);
- les seuils de significativité rapportés sans intervalle de confiance diminuent la précision des résultats (-).

⁷ FOS-NCB = *Family Observation Schedule-% Observed Negative Child Behavior*; DBC-D = *Developmental Behavior Checklist-Disruptive Subscale*; CPC-B = *Care-giving Problem Checklist-Difficult Child Behavior*; CPC-T = *problematic care-giving tasks*;

Ainsi, de manière générale, les résultats tendent à démontrer que le SSTP-S et le SSTP-E améliorent le sentiment de compétences parentales et réduisent les problèmes du comportement des enfants. À l'inverse, les deux interventions ne semblent pas influencer les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress des parents. La confiance quant à ces constats est modérée. Il reste donc un doute quant aux effets réels produits par ces deux interventions.

4.11. *Primary Care Stepping Stones Triple P (PCSSTP)*

Un psychologue accrédité dans ce programme anime quatre séances individuelles aux parents. Une recherche plus approfondie sur le site Internet du concepteur de ce programme permet de constater que l'intervenant aide surtout les parents à élaborer des plans de soutien du comportement afin de prévenir les troubles. Il enseigne aussi des compétences nécessaires à la gestion des comportements inopportuns. Dans le cadre de l'étude (Tellegen et Sanders, 2014), les séances ont ciblé la non-conformité et les comportements d'agression des enfants.

Seule cette étude (Tellegen et Sanders, 2014) a évalué cette forme de SSTP. Ces auteurs ont aussi employé l'essai randomisé contrôlé pour évaluer l'efficacité de ce programme.

4.11.1. Résultats d'efficacité sur les parents

Tellegen et Sanders (2014) ont évalué le style parental des parents (*The parenting Scale*, Arnold, O'Leary, Wolff, et Acker, 1993). Les résultats indiquent une diminution significative des styles parentaux négatifs (laxisme, verbosité, hyperactivité). Toutefois, au cours du temps, le style parental en lien avec une discipline autoritaire, la démonstration de la colère et de l'irritabilité (hyperactivité) a augmenté de manière significative pour le groupe ayant reçu l'intervention. Ce score est toutefois resté plus bas que le score obtenu avant l'intervention.

Ces auteurs ont également évalué la confiance des parents ($n = 64$) à gérer avec succès les comportements difficiles de leur enfant à l'aide d'un outil (*The Parenting Tasks Checklist* (PTC), Sanders et Woolley, 2005) contenant deux échelles (*Behavior Self-Efficacy*, *Setting Self-Efficacy*). La première échelle mesure la confiance des parents à gérer les comportements difficiles de l'enfant et la seconde échelle mesure la confiance des parents à faire face à un comportement difficile dans différents contextes. Les résultats de l'étude indiquent une amélioration significative pour les deux échelles suivant l'intervention et aucun changement pour le groupe contrôle. Ces améliorations ont été maintenues six mois après l'intervention.

Enfin, Tellegen et Sanders (2014) ont évalué les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress (DASS –21; Lovibond et Lovibond, 1995). Les résultats indiquent une diminution significative du stress parental suivant le programme (PCSST) alors que le groupe contrôle (*care-as-usual*) n'a pas connu de changement significatif. De plus, la réduction du stress a été maintenue six mois après l'intervention. Le PCSST ne semble toutefois pas influencer les symptômes de dépression ou d'anxiété.

4.11.2. Résultats d'efficacité sur les enfants

Les problèmes de comportement des enfants ($n = 64$) ont été évalués à l'aide de l'ECBI (Eyberg et Pincus, 1999). Les résultats indiquent que les parents qui ont participé au programme perçoivent une diminution de l'intensité des comportements (*Intensity Scale*) et une diminution des problèmes de comportement (*Problem Scale*) tandis que les parents du groupe contrôle n'ont pas perçu ces changements chez leur enfant. Les résultats du groupe expérimental indiquent cependant que, lors de la phase de suivi (six mois), les problèmes de comportement de l'enfant n'ont pas changé de manière significative. En d'autres mots, les enfants ont maintenu leurs scores de comportement lors de la phase de suivi.

Qualité de la preuve

Les aspects clés nous permettant de qualifier la preuve sont :

- l'utilisation de l'essai randomisé contrôlé pour évaluer les effets du programme (+);
- l'utilisation d'un groupe contrôle comparable au groupe expérimental. Les auteurs mentionnent que cette similarité entre les groupes est le résultat d'un échantillonnage stratifié et d'une randomisation réalisée avec succès (Tellegen et Sanders, 2014), ce qui augmente la direction des mesures (+);
- les seuils de significativité statistique ainsi que des intervalles de confiance rapportés qui permettent d'obtenir des résultats plus précis (+).

Somme toute, les résultats tendent à indiquer que le PCSSTP permet de diminuer l'utilisation des pratiques parentales négatives et d'améliorer la confiance des parents en leur capacité à gérer les comportements difficiles de leur enfant. De plus, il semble que le stress parental soit également diminué. Enfin, le comportement des enfants semble s'améliorer à court terme sans toutefois être maintenu au cours du temps (six mois de suivi). Le niveau de confiance est élevé et ces effets sont près des effets réels produits par ce programme. Toutefois, comme il s'agit d'une seule étude, nous croyons qu'il faut rester prudent quant à son implantation à grande échelle.

4.12. *General Interaction Strategies (GIS)*

Dans le cadre de cette intervention, un clinicien expérimenté enseigne aux parents, de manière individuelle, six habiletés de base pour les aider à gérer les comportements de leur enfant. À l'aide d'évaluations de lecture, l'intervenant s'assure que les parents maîtrisent les habiletés ciblées.

Plutôt que d'évaluer l'efficacité du programme sur les parents ou les enfants, Moores et ses collègues (2011) ont observé les facteurs prédictifs à l'adhésion des parents ($n = 21$) aux stratégies d'intervention enseignées. À l'aide d'un questionnaire administré aux parents à la fin de la formation, ces auteurs ont rapporté les différents facteurs prédictifs à l'adhésion (seconde question d'évaluation).

4.12.1. Facteurs prédictifs à l'adhésion des parents aux stratégies enseignées

De manière générale, les parents affirment qu'ils ont employé les habiletés enseignées à la maison, mais de manière moins constante que lors des périodes d'entraînement avec l'intervenant. Ensuite, ils mentionnent que leur efficacité comme agent de changement, la confiance qu'ils ont envers les stratégies enseignées pour qu'elles produisent des résultats significatifs et l'acceptation de l'enfant dans sa famille et la communauté sont corrélées avec l'adhésion aux stratégies enseignées. Les auteurs indiquent que les résultats rapportés doivent être tempérés et enrichis par d'autres recherches, car leur petit échantillon limite les analyses.

Comme mentionné précédemment, Moores et ses collègues (2011) n'ont pas souhaité évaluer l'efficacité de leurs stratégies sur les parents ou les enfants. Il n'est donc pas possible d'attester de l'effet réel de cette formation sur les parents ou les enfants.

5. DISCUSSION

Afin d'éclairer la décision, les effets les plus probants découlant des résultats rapportés par les différentes études ont été résumés. Les études ou les programmes ont été catégorisés en fonction des variables rapportées : bien-être parental (c.-à-d. stress, dépression, anxiété), compétences parentales (c.-à-d. habiletés, compétences, connaissances, style parental) et comportement de l'enfant (c.-à-d. problème, intensité, sévérité). Un tableau résumant les effets, le type de devis employé et la qualité de la preuve est présenté à la fin de chaque résumé.

5.1. Efficacité des programmes sur le bien-être parental

En lien avec le bien-être parental, plusieurs des programmes répertoriés pour ce rapport d'évaluation ciblent la diminution de l'anxiété, de la dépression et du stress parental. Un auteur (Quinn et coll., 2007) a également évalué le soutien social perçu des parents et un autre auteur (Durand et coll., 2013) a tenté, à l'aide d'une intervention, d'améliorer la nature pessimiste des parents. De manière générale, ce ne sont pas tous les programmes de soutien offerts aux parents qui ont des effets positifs sur le bien-être parental. Les résultats sont en effet assez mitigés. Cependant, en considérant les effets rapportés par chacun des auteurs et des preuves sur lesquelles ils s'appuient, il semble que le *Primary Care Stepping Stones Triple P* (Tellegen et Sanders, 2014) est un programme qui a une forte chance de diminuer le stress parental, mais sans toutefois diminuer le niveau d'anxiété ou de dépression des parents. Aussi, il est intéressant de remarquer que la version adaptée du *Triple P* n'a pas eu d'effet sur le stress parental, la dépression ou l'anxiété (Plant et Sanders, 2007 (version adaptée); Sofronoff et coll., 2011 (SSTP-S)). Les différentes modalités (c.-à-d. nombre de séances, durée, format, contenu abrégé) sont peut-être à l'origine de ces variations. Sinon, il semble que la formation à l'évaluation fonctionnelle (*Functional Assessment Training*) permet de diminuer le stress des parents. Ce constat s'appuie cependant sur un petit échantillon ($n = 7$) et sur des devis qui n'emploient pas de groupe contrôle. Des études supplémentaires sont nécessaires pour attester de l'effet réel de cette formation sur le stress parental. Quant aux autres programmes de soutien répertoriés dans le cadre de cet avis d'évaluation, ils ne semblent pas diminuer le stress parental ou améliorer le bien-être. De plus, les effets démontrés s'appuient sur des preuves trop faibles pour attester d'un effet quelconque. Le tableau 1 résume l'ensemble des programmes ou des interventions en lien avec le bien-être parental. Ils sont classés de manière décroissante en fonction de la qualité de la preuve.

Tableau 1. Résumé des programmes ou interventions en lien avec le bien-être parental

Auteurs	Programmes	Effets	Devis	Preuves
Tellegen et Sanders., 2014	<i>Primary Care Stepping Stones Triple P</i>	Aucun changement dépression, anxiété, diminution du stress	Essai randomisé contrôlé	Forte
Miles, 2002; Wertheimer, 2008	<i>Functional Assessment Training (FCT)</i>	Diminution du stress	Niveau de base multiple	Modérée
Plant et Sanders, 2007	<i>Standard Triple P - Positive Parenting Program (SSTP-S, SSTP-E)</i>	Aucun changement dépression, anxiété, stress	Essai randomisé contrôlé	Modérée
Quinn et coll., 2007	<i>Parents Plus Programme</i>	Aucun changement du stress et du soutien social perçu	Comparaison avec groupe contrôle	Modérée
Sofronoff et coll., 2011	<i>Stepping Stones Triple P</i>	Aucun changement dépression, anxiété, stress	Essai randomisé contrôlé	Modérée
White, 2010	<i>Integrative Parent Education Program</i>	Augmentation du stress	Comparaison avec groupe contrôle	Modérée
Durand et coll., 2013	<i>Positive Behavior Support (PBS)</i> <i>Positive Family Intervention (PFI)</i>	Diminution niveau de pessimisme	Évaluation pré-post sans groupe contrôle	Faible
Singh et coll., 2007	<i>Mindfulness</i>	Diminution du stress	Niveau de base multiple	Faible
Hames et coll., 2009	<i>Group-Based Parent-Training Programme</i>	Diminution du stress	Questionnaire post intervention	Très faible
Todd et coll., 2010	<i>Parental Survival Course</i>	Diminution de l'anxiété et la dépression	Évaluation pré-post sans groupe contrôle	Très faible

5.2. Efficacité des programmes sur les compétences parentales

Parmi les études repérées, en lien avec les compétences parentales, les auteurs ont évalué le sentiment de compétences parentales, l'utilisation des pratiques parentales négatives (hyperactivité, laxisme, verbosité), la confiance des parents à gérer les problèmes de comportement et la satisfaction des parents dans leur rôle parental. De prime abord, la plupart des études qui ont évalué des variables en lien avec les compétences parentales ont un effet positif sur celles-ci. De plus, le *Primary Care Stepping Stones Triple P* (Tellegen et Sanders, 2014) semble diminuer l'utilisation des pratiques parentales négatives et améliorer la confiance des parents dans la gestion des comportements de leur enfant. Ces effets sont probablement très près des effets réels du programme. Toutefois, la forme abrégée (deux séminaires) du *Stepping Stones Triple P* (Sofronoff et coll., 2011) permet de diminuer l'utilisation de pratiques parentales négatives, mais seulement sur le plan de la verbosité et de l'hyperactivité. De plus, Sofronoff et ses collègues (2011) indiquent que ce programme n'a pas eu d'effet sur le sentiment de compétence parentale (efficacité et satisfaction). À l'inverse, Plants et Sanders (2007) ont rapporté que le *Standard Triple P-Positive Parenting Program* (version adaptée) et l'*Enhanced Intervention* (SSTP-E) ont amélioré le sentiment de compétence parentale. Cette différence est peut-être attribuable à l'utilisation d'instruments de mesure différents pour évaluer le sentiment de compétence ou bien, comme mentionné précédemment, aux différentes modalités employées. D'autres études supplémentaires utilisant le même outil et les mêmes modalités seraient nécessaires pour démontrer les effets réels de ce programme sur le sentiment de compétence parentale. Enfin, le *Riding the Rapids programme* (Stuttard et coll., 2014) tend à démontrer une amélioration de la satisfaction des parents dans leur rôle parental. Un questionnement demeure toutefois quant à l'effet réel de ce programme, car il s'agit d'une seule étude. Le tableau 2 résume l'ensemble des programmes ou des interventions en lien avec les compétences parentales.

Tableau 2. Résumé des programmes ou interventions en lien avec les compétences parentales

Auteurs	Programmes	Effets	Devis	Preuves
Tellegen et Sanders, 2014	<i>Primary Care Stepping Stones Triple P</i>	Diminution des styles parentaux négatifs (hyperactivité, laxisme, verbosité) Amélioration de la confiance des parents à gérer le trouble du comportement	Essai randomisé contrôlé	Forte
Plant et Sanders, 2007	<i>Standard Triple P-Positive Parenting Program (SSTP-S, SSTP-E)</i>	Les deux groupes améliorent le sentiment de compétence parentale	Essai randomisé contrôlé	Modérée
Sofronoff et coll., 2011	<i>Stepping Stones Triple P</i>	Aucun changement significatif pour le sentiment de compétence parentale (efficacité ou satisfaction) Diminution des styles parentaux négatifs (hyperactivité, verbosité), pas de changement pour le laxisme	Essai randomisé contrôlé	Modérée
Stuttard et coll., 2014	<i>Riding the Rapids programme</i>	Amélioration de la satisfaction des parents dans leur rôle parental	Comparaison avec groupe contrôle	Modérée
White, 2010	<i>Integrative Parent Education Program</i>	Amélioration des connaissances (+ ou -) Pas de changement dans le confort à gérer les troubles du comportement	Comparaison avec groupe contrôle	Modérée
Singh et coll., 2006, 2007	<i>Mindfulness</i>	Amélioration de la satisfaction des parents envers leurs habiletés parentales	Niveau de base multiple	Faible
Wertheimer, 2008	<i>Functional Assessment Training</i>	Amélioration du niveau de compréhension des parents	Niveau de base multiple	Faible
Todd et coll., 2010	<i>Parental Survival Course</i>	Amélioration de la confiance des parents à gérer le comportement de leur enfant	Évaluation pré-post sans groupe contrôle	Très faible

5.3. Efficacité des programmes sur les comportements des enfants

Enfin, plusieurs auteurs ont évalué l'effet du soutien offert aux parents sur les comportements des enfants. La majorité de ces programmes tendent à démontrer une diminution des problèmes de comportement des enfants. Tout d'abord, nous remarquons que le *Stepping Stones Triple P* et ses dérivés (SSTP-S, SSTP-E, *Primary Care Stepping Stones Triple P*) ont tous diminué les problèmes de comportement des enfants. Nous avons donc assez confiance que ce programme permet effectivement de réduire les troubles du comportement des enfants.

Il est intéressant de constater que ce programme a fait l'objet d'une ETMI au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire quant à la nature des preuves entourant l'efficacité de l'approche Triple P. De plus, une étudiante au doctorat (M. Millau) réalise actuellement une adaptation et une évaluation de ce programme auprès des familles issues de minorités ethnoculturelles dont l'enfant présente un trouble du spectre de

l'autisme. Force est de constater que ce programme suscite la curiosité de plusieurs chercheurs quant à son efficacité.

D'autre part, il semble que *Riding the Rapids programme* (Stuttart et coll., 2014) diminue également les problèmes de comportement des enfants, mais d'autres études sont nécessaires pour attester de l'effet réel. À l'inverse, deux études (Quinn et coll., 2007; White, 2010) ont rapporté que leur programme (*Parents Plus Programme* et *Intergrative Parent Education Program*) n'a pas changé de manière significative le comportement des enfants. Les autres programmes ou interventions repérés ne permettent pas actuellement d'attester de leur effet réel. Les preuves sont trop faibles pour avoir confiance en une diminution réelle des troubles du comportement des enfants. Le tableau 3 résume l'ensemble des programmes ou des interventions en lien avec les comportements des enfants.

Tableau 3. Résumé des programmes ou interventions en lien avec le comportement des enfants

Auteurs	Programmes	Effets	Devis	Preuves
Tellegen et Sanders, 2014	<i>Primary Care Stepping Stones Triple P</i>	Diminution des problèmes de comportement (intensité et <i>problem scale</i>)	Essai randomisé contrôlé	Forte
Plant et Sanders, 2007	<i>Standard Triple P-Positive Parenting Program</i> (SSTP-S, SSTP-E)	Diminution des problèmes de comportement	Essai randomisé contrôlé	Modérée
Quinn et coll., 2007	<i>Parents Plus Programme</i>	Pas de changement des problèmes de comportement	Comparaison avec groupe contrôle	Modérée
Sofronoff et coll., 2011	<i>Stepping Stones Triple P</i>	Diminution des problèmes de comportement	Essai randomisé contrôlé	Modérée
Stuttard et coll., 2014	<i>Riding the Rapids programme</i>	Diminution des problèmes de comportement (intensité et <i>problem scale</i>)	Comparaison avec groupe contrôle	Modérée
White, 2010	<i>Integrative Parent Education Program</i>	Aucun changement sur la fréquence des problèmes de comportement et sur la qualité de vie des enfants	Comparaison avec groupe contrôle	Modérée
Durand et coll., 2013	<i>Positive Behavior Support</i> (PBS) <i>Positive Family Intervention</i> (PFI)	Diminution des problèmes de comportement (pas pour tous les enfants, 13(PFI), 6(PBS))	Évaluation pré-post sans groupe contrôle	Faible
Miles, 2002; Wertheimer, 2008	<i>Functional Assessment Training</i>	Diminution des problèmes de comportement	Niveau de base multiple	Faible
Singh et coll., 2006, 2007	<i>Mindfulness</i>	Diminution des problèmes de comportement Amélioration des interactions positives avec la fratrie	Niveau de base multiple	Faible
Hames et coll., 2009	<i>Group-based parent-training programme</i>	Diminution des problèmes de comportement	Questionnaire post intervention	Très faible
Todd et coll., 2010	<i>Parental Survival Course</i>	Diminution de la fréquence et de la sévérité des comportements difficiles	Évaluation pré-post sans groupe contrôle	Très faible

5.4. Disponibilité des programmes en français

Suite à une recherche spécifique sur les différents sites Internet des programmes repérés, il semble que le *Stepping Stones Triple P* (SSTP) est le seul programme qui soit traduit en français (Triple P - Le Programme De Pratiques Parentales Positives). La formation à l'évaluation fonctionnelle (*Functional Assessment Training*) et le *mindfulness* (pleine conscience) semblent toutefois avoir plusieurs ressources disponibles en français.

5.5. Coût des programmes

Une seule étude (Stuttard et coll., 2014) a pris le soin de rapporter le coût total de la formation. Les auteurs mentionnent que *Riding the Rapids programme* (Stuttard et coll., 2014) coûte en moyenne 6 538 \$. Les coûts peuvent varier entre 5 213,93 \$ à 8 481,41 \$ par intervention, selon le nombre et le type de professionnels qui

donnent le programme. Le temps des employés (incluant notamment la création du groupe, la planification, le voyage, l'intervention et le débriefing) compte pour la plus grande proportion du coût. D'autre part, afin d'obtenir des informations quant au coût des autres programmes, les sites Internet de ces derniers ont été consultés. Le site Internet en lien avec le *Parents Plus Programme* est le seul à offrir des informations générales quant aux coûts. Le site mentionne simplement que l'entraînement et le matériel coûtent environ 1 037 \$.

5.6. Méthodes employées pour enseigner les différents programmes

Plusieurs études (Hames et coll., 2009; Miles, 2002; Plant et coll., 2007; Quinn et coll., 2007; Stuttard et coll., 2014; Todd et coll., 2010) ont rapporté les méthodes employées auprès des parents pour faciliter leur apprentissage. L'objectif ici n'est pas d'évaluer l'efficacité de ces méthodes, mais tout simplement de résumer les approches les plus souvent utilisées dans le cadre de ces études. Le *modeling*, les jeux de rôle, les renforcements positifs, la présentation de capsules vidéo et l'enregistrement vidéo, les discussions, la résolution de problèmes en groupe ainsi que les instructions didactiques sont les méthodes les plus couramment employées dans les différentes séances d'entraînement offertes aux parents.

5.7. Validité sociale et satisfaction des parents envers les différents programmes

Huit études (Durand et coll., 2012; Plant et coll., 2007; Quinn et coll., 2007; Stuttard et coll., 2014; Tellegen et coll., 2014; Todd et coll., 2010; Wertheimer, 2008; White, 2010) ont rapporté le niveau de satisfaction des parents quant au programme reçu. Tous ces auteurs rapportent que les parents sont satisfaits. Plus précisément, certains parents mentionnent que le fait de rencontrer d'autres parents et de les écouter ont été les aspects les plus importants de leur formation (Quinn et coll., 2007; Todd et coll., 2010). Des parents ajoutent également que les habiletés spécifiques enseignées ainsi que l'utilité de l'information transmise applicable dans leur vie quotidienne sont très aidantes (Quinn et coll., 2007; White, 2010). Enfin, les rétroactions constructives et la compréhension du contexte entourant le comportement sont très appréciées par les parents (Wertheimer, 2008).

5.8. Barrières et facilitateurs des programmes spécialisés intensifs sur l'engagement et la mobilisation des parents

Une seule étude (Moores et coll., 2011) a évalué spécifiquement les facteurs prédictifs à l'adhésion des parents aux stratégies enseignées. Les autres études sélectionnées pour cet avis d'évaluation ne font pas mention des barrières ou des facilitateurs sur l'engagement et la mobilisation des parents. L'étude de Moores et ses collègues (2011) indique seulement que, pour que les parents adhèrent aux stratégies, ils doivent avoir confiance à l'effet que ces dernières produiront bel et bien des résultats escomptés. De plus, il est primordial que les parents croient en leur pouvoir de générer un changement de comportement significatif chez leur enfant. Enfin, l'acceptation de l'enfant dans sa famille et sa communauté est essentielle pour que les parents adhèrent aux stratégies d'intervention enseignées.

5.9. Limites et qualité de la preuve scientifique

La quantité et la qualité des données disponibles en lien avec les programmes, interventions ou formations offerts aux parents d'enfants présentant un RGD, une DI ou un TSA et ayant un TC ou un TGC sont limitées. Les échantillons, principalement féminins, sont petits et compromettent la puissance statistique de plusieurs études. De plus, les parents sont souvent recrutés sur une base volontaire. Par conséquent, ces parents sont souvent très motivés et plus enclins à changer, ce qui peut engendrer un risque de biais considérable. D'autre part, les outils employés dans les études mesurent la perception des parents sans égard à la présence réelle des troubles du comportement des enfants. De plus, cette perception quant aux comportements de leur enfant et de leurs habiletés parentales peut être grandement influencée par leurs attentes. Un parent fort motivé à participer à un programme de soutien sera plus enclin à rapporter des données positives. Aussi, dans bien des cas, les outils de mesure n'ont pas fait l'objet de validation. Plusieurs études n'ont pas de groupe contrôle pour comparer leurs résultats et d'autres ont connu un taux d'attrition important. Enfin, la majorité des enfants de ces études participe à des programmes d'éducation spécialisée. Ainsi, en fonction de certains devis, la diminution des problèmes de comportement pourrait être le résultat uniquement de leur programme d'éducation spécialisée.

6. CONCLUSION ET RÉPONSE À LA QUESTION DÉCISIONNELLE

En conclusion, les preuves quant aux différents programmes ou interventions répertoriés sont tout de même limitées. Plusieurs programmes de soutien aux parents semblent exister, mais ne sont pas spécifiques aux parents d'enfants présentant un RGD, une DI ou un TSA avec un TC ou TGC. Bien que les auteurs indiquent que leur programme est adaptable en fonction de la clientèle, des preuves restent tout de même à être démontrées. De plus, compte tenu des résultats présentés dans ce rapport d'évaluation, il semble que certains programmes ou interventions soient efficaces sur une seule des catégories suivantes : bien-être parental, compétence parentale ou comportement de l'enfant. Il serait donc important, avant d'implanter un tel programme de soutien, de cibler l'objectif prioritaire. Il serait également intéressant que les parents de ces enfants indiquent leurs besoins en matière de formation qui pourrait réellement les aider. En fait, il est important de reconnaître que chaque famille est différente et que les besoins et les méthodes d'apprentissage peuvent également être différents⁸.

Somme toute, considérant les résultats issus de ce rapport d'évaluation et de la qualité des preuves scientifiques disponibles, nous recommandons :

Pour le demandeur, d'examiner le :

- *Functional Assessment Training* (FCT);
- *Primary Care Stepping Stones Triple P* (PCSSTP);
- *Riding the Rapids* programme;

et faire ses choix selon ses propres paramètres à considérer (c.-à-d. besoins des parents, coût, professionnel offrant la formation, variable ciblée, recommandations du guide RGD, etc.).

Présence d'un consensus fort

Les parties prenantes mentionnent qu'il serait intéressant d'analyser les différents programmes actuellement offerts dans l'établissement et de s'assurer qu'il existe une complémentarité et non un chevauchement avec les trois programmes repérés dans ce rapport d'évaluation.

Considérant que les études repérées pour ce rapport d'évaluation ne font pas mention des barrières ou des facilitateurs à l'engagement des parents dans ces programmes, nous recommandons :

- 1- D'effectuer une revue de la littérature sur les barrières et facilitateurs à l'engagement des parents, non spécifique aux troubles du comportement ou troubles graves du comportement.

Présence d'un consensus faible

Certaines parties prenantes mentionnent qu'il existerait déjà, à leur avis, des recensions d'écrits sur les barrières et les facilitateurs à l'engagement des parents. À l'inverse, d'autres personnes croient qu'il serait pertinent d'effectuer une revue de littérature afin d'obtenir les facteurs qui favoriseraient l'engagement des parents à un programme de soutien.

⁸ Van Dooren, K. (2014). *Parenting skills support programme effective for some parents, but must be tailored to individual circumstances*. Tiré de <http://www.nationalelfservice.net/populations-and-settings/family-carers/parenting-skills-support-programme-effective-for-some-parents-but-must-be-tailored-to-individual-circumstances/#sthash.P2uGvt3y.dpuf>

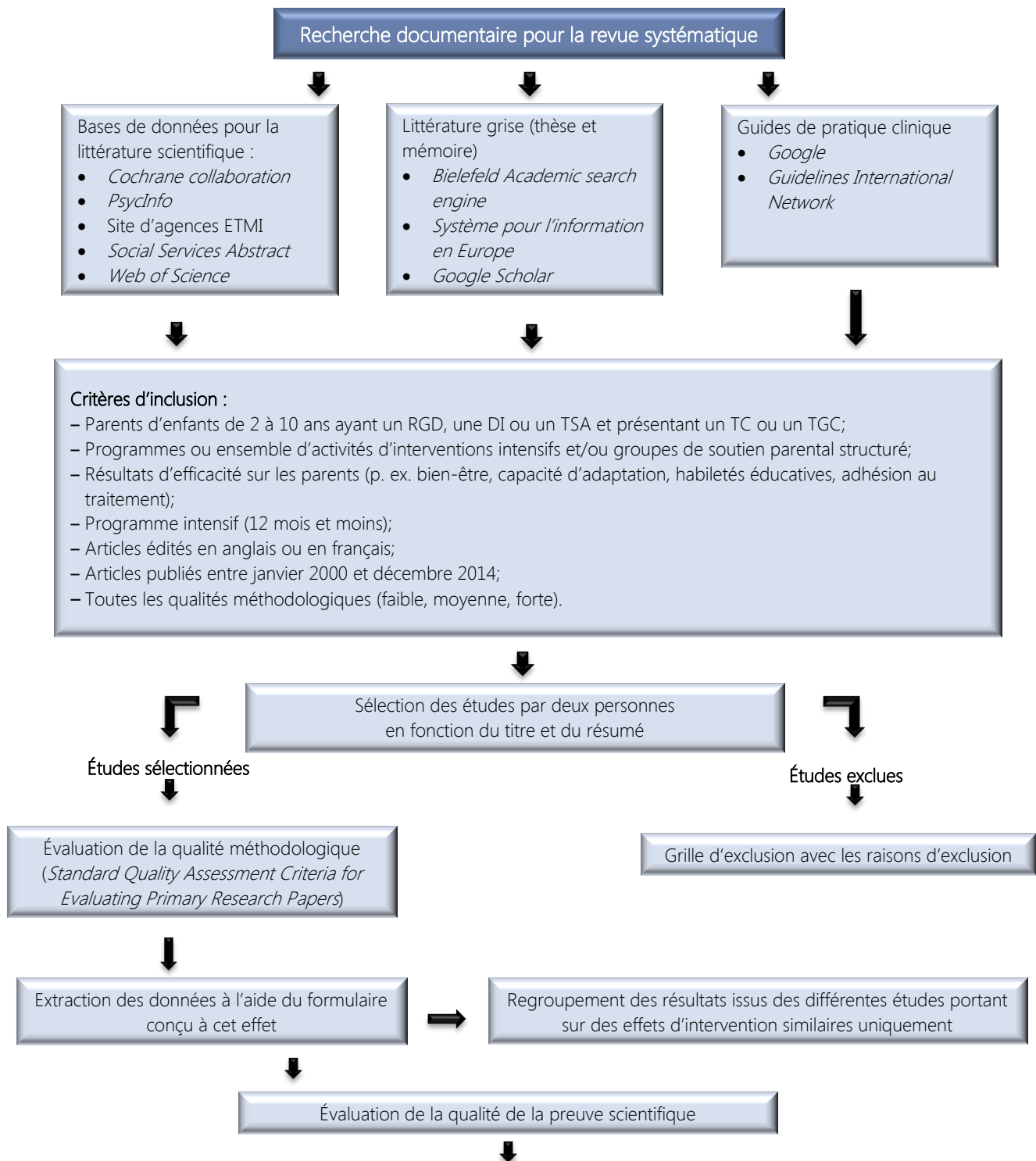
7. RÉFÉRENCES

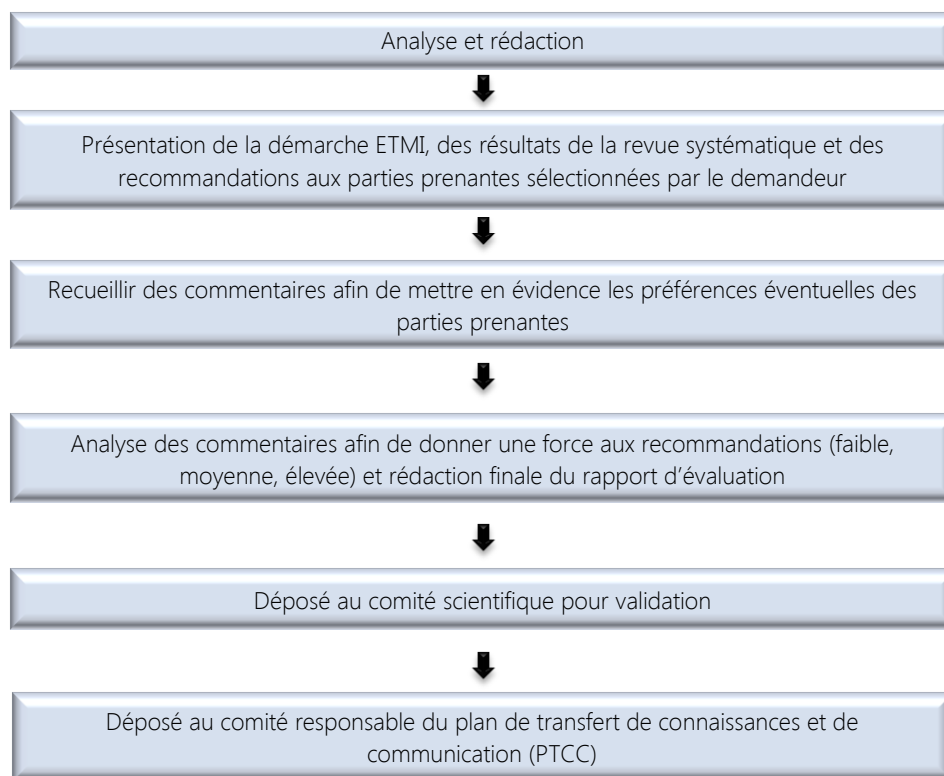
- Alberta Education, Canada (2005). *La gestion des comportements difficiles*. Tiré de <https://education.alberta.ca/media/620101/chap6.pdf>
- Bourgeois, C. (2014). *Tout savoir sur l'axe 1 de l'institut universitaire en DI et en TSA : intervention précoce*. Le Recherché, no. 84, 1-4.
- Bussières, E. L., Perron, C., Bourgoin, J. (2014). *L'efficacité de l'approche Triple P pour améliorer les habiletés parentales et diminuer les troubles de comportements chez les enfants de 0-12 ans*. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (2014). *Le Programme TC/TGC : pour mieux comprendre et intervenir auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme vivant des situations à défis*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, UETMI (2013). *Qualification du corpus de preuves – Document de travail*. Trois-Rivières : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire.
- Dagenais, P., Beaudoin, I. (2014). *Formation sur la revue systématique dans le cadre d'une ETMI*. Tiré de [http://dependancemontreal.ca/wpcontent/uploads/2013/04/Formation-sur-la-revue-systématique-Institut-universitaire-2014-06-06-Mode-de-compatibilité.pdf](http://dependancemontreal.ca/wpcontent/uploads/2013/04/Formation-sur-la-revue-syst%C3%A9matique-Institut-universitaire-2014-06-06-Mode-de-compatibilit%C3%A9.pdf)
- Dagenais, P., Lob , C., Martin, V. (2013). *Préparation du plan de réalisation d'un projet : guide méthodologique*. Montréal : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Deeks, J. J., Dinnes, J., D'Amico, R., Sowden, A. J., Sakarovitch, C., Song, F., Petticrew, M., Altman, D. (2003). *Evaluating non-randomised intervention studies*. Health Technology Assessment, vol. 7(27), iii-x, 1-173.
- Durand, V. M., Hieneman, M., Clarke, S., Wang, M., Rinaldi, M. L. (2013). *Positive family intervention for severe challenging behavior : a multisite randomized clinical trial*. Journal of Positive Behavior Interventions, vol. 15(3), 133-143.
- Hames, A., Rollings, C. (2009). *A group for the parents and carers of children with severe intellectual disabilities and challenging behaviour*. Educational and Child Psychology, vol. 26(4), 47-54.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (2015). *L'intervention précoce auprès des enfants de 2 à 5 ans présentant un retard global de développement : guide de pratique*. Montréal : Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.
- Jones H., B. (2004). *Safety and stability for foster children : a developmental perspective*. The Future of Children, vol. 14(1), 31-47.
- Avis d'ETMI sur l'efficacité des programmes de soutien offerts aux parents d'enfants présentant une DI ou un TSA et ayant un TC ou un TGC

- Kmet, L. M., Lee, R. C., Cook, L. S. (2004). *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*. Edmonton : Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Marin, V., Renaud, J. (2013). *Les normes de production des revues systématiques : guide méthodologique*. Montréal : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- Miles, S. L. (2002). *Decreasing severe behavior problems in children with developmental disabilities via training parents in functional assessment*. (Thèse de doctorat). Mississippi State University.
- Moore, T. R., Symons, F. J. (2011). *Adherence to treatment in a behavioral intervention curriculum for parents of children with autism spectrum disorder*. Behavior Modification, vol. (35) 6, 570-594.
- Moxness, K. (2013). *Vivre avec un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme : l'impact sur les familles*. Psychologie Québec, vol. 30(2), 35-38.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). *Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders*. London : National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Plant, K. M., Sanders, M. R. (2007). *Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool-aged children with developmental disabilities*. Research in Developmental Disabilities, vol. 28(4), 362-385.
- Protecteur du citoyen (2012). *Les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement. Rapport spécial*. Québec : Protecteur du citoyen.
- Quinn, M., Carr, A., Carroll, L., O'Sullivan, D. (2007). *Parents Plus Programme I : evaluation of its effectiveness for pre-school children with developmental disabilities and behavioural problems*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, vol. (20) 4, 345-359.
- Rivard, M., Millau, M. (en cours). *Adaptation et évaluation du programme Stepping Stone Triple-P auprès de famille issues de minorité ethnoculturelle dont l'enfant présente un trouble du spectre de l'autisme ou un retard global de développement*. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Fisher, B. C., Wahler, R. G., McAleavey, K., Singh, J., Sabaawi, M. (2006). *Mindful parenting decreases aggression, noncompliance, and self-injury in children with autism*. Journal of Emotional and Behavioral Disorders, vol. 14(3), 169-177.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, J., Curtis, W. J., Wahler, R. G., McAleavey, K. M. (2007). *Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities*. Behavior Modification, vol. 31(6), 749-771.
- Sofronoff, K., Jahnel, D., Sanders, M. (2011). *Stepping Stones Triple P seminars for parents of a child with a disability : a randomized controlled trial*. Research in Developmental Disabilities, vol. 32(6), 2253-2262.
- Stuttard, L., Beresford, B., Clarke, S., Beecham, J., Todd, S., Bromley, J. (2014). *Riding the Rapids : living with autism or disability—An evaluation of a parenting support intervention for parents of disabled children*. Research in Developmental Disabilities, vol. 35(10), 2371-2383.

- Tellegen, C. L., Sanders, M. R. (2014). *A randomized controlled trial evaluating a brief parenting program with children with autism spectrum disorders*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 82(6), 1193-1200.
- Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M., Micucci, S. (2004). *A process for systematically reviewing the literature : providing the research evidence for public health nursing interventions*. Worldviews on Evidence-Based Nursing, vol. 1(3), 176-184.
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N., Lecavalier, L. (2010). *Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle*. Canadian Journal of Behavioural Science, vol. 42(1), 62-69.
- Todd, S., Bromley, J., Ioannou, K., Harrison, J., Mellor, C., Taylor, E., Crabtree, E. (2010). *Using group-based parent training interventions with parents of children with disabilities : a description of process, content and outcomes in clinical practice*. Child and Adolescent Mental Health, vol. 15(3), 171-175.
- Triple P Parenting Canada Inc. *The Triple P system*. Tiré de http://www.triplep.net/files/9814/3044/0320/Triple_P_system.pdf
- Van Dooren, K. (2014). *Parenting skills support programme effective for some parents, but must be tailored to individual circumstances*. Tiré de <http://www.nationalelfservice.net/populations-and-settings/family-carers/parenting-skills-support-programme-effective-for-some-parents-but-must-be-tailored-to-individual-circumstances/#sthash.P2uGvt3y.dpuf>
- Wertheimer, S. M. (2008). *Teaching parents of children with autism to perform functional assessments and develop interventions for disruptive behaviors : assessing parental stress levels and perceived sense of self-efficacy*. (Thèse). Long Island University.
- White, C. J. (2010). *The effect of an integrative parent education program on quality of life for families of children with an autism spectrum disorder*. (Thèse de doctorat). Alliant International University.

ANNEXE A - DÉMARCHE D'ÉVALUATION





ANNEXE B - STRATÉGIES DE RECHERCHE D'INFORMATION SCIENTIFIQUE

Bases de données bibliographiques

Date de la recherche : 16 et 17 avril 2015

Dates de publication : 2000 à 2015 inclusivement

Limites : anglais et français

Cochrane Library

[#]	Stratégie de recherche effectuée dans Cochrane le 17 avril 2015	[Résultats]
#1	MeSH descriptor: [Social Support] explode all trees	2 186
#2	MeSH descriptor: [Self-Help Groups] this term only	610
#3	parent*[tiab] AND (#1 OR #2)	669
#4	"parent management training" OR "parenting intervention*" OR "parent* program*" OR "parent* social program*" OR "parent* support*" OR "parent* social support" OR "parent* training" OR "parent* education"	1 619
#5	#3 OR #4	1 796
#6	MeSH descriptor: [Child Behavior Disorders] this term only	712
#7	MeSH descriptor: [Social Behavior Disorders] this term only	157
#8	MeSH descriptor: [Dangerous Behavior] this term only	38
#9	MeSH descriptor: [Conduct Disorder] this term only	180
#10	MeSH descriptor: [Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders] this term only	195
#11	MeSH descriptor: [Self-Injurious Behavior] explode all trees	756
#12	MeSH descriptor: [Reactive Attachment Disorder] this term only	12
#13	"aggressive behavior*" OR "aggressive behaviour*" OR "attachment disorder*" OR "behavior* difficult*" OR "behaviour* difficult*" OR "behavior* disorder*" OR "behaviour* disorder*" OR "behavior* problem*" OR "behaviour problem*" OR "challenging behavior*" OR "challenging behaviour*" OR "conduct disorder*" OR "conduct problem*" OR "conduct difficult*" OR "disruptive behavior*" OR "disruptive behaviour*" OR "self destructive behavior*" OR "self destructive behaviour*" OR (oppositional AND disorder*)	3 541
#14	#6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13	4 289
#15	MeSH descriptor: [Developmental Disabilities] explode all trees	468
#16	MeSH descriptor: [Intellectual Disability] explode all trees	1 047
#17	MeSH descriptor: [Disabled Children] this term only	98
#18	MeSH descriptor: [Child Development Disorders, Pervasive] explode all trees	716
#19	MeSH descriptor: [Premature Birth] explode all trees	415

[#]	Stratégie de recherche effectuée dans Cochrane le 17 avril 2015		[Résultats]
#20	"delayed development" OR "developmental* delay*" OR "development* disorder*" OR "development* disabilit*" OR "development* problem*" OR "development deviation*" OR "developmental coordination disorder*" OR "developmental impairment*" OR "developmental* disabled" OR "intellectual disabilit*" OR "mental* deficienc*" OR "mental* handicap*" OR "mental* retard*" OR "neurodevelopmental disorder*" OR "neurodevelopmental delay*" OR adrenoleukodystrophy OR "coffin-lowry syndrome" OR "cri-du-chat syndrome" OR "down* syndrome" OR "fragile x syndrome" OR GDD OR "glycogen storage disease type 2b" OR "glycogen storage disease type IIb" OR "lange syndrome" OR "lesch-nyhan syndrome" OR "menkes kinky hair syndrome" OR "mucopolysaccharidosis" OR "prader-willi syndrome" OR "pyruvate dehydrogenase complex deficiency" OR PDCD OR "rett syndrome" OR "rubinstein- taybi syndrome" OR "wagr syndrome" OR "williams syndrome" OR "x fragile child" OR asperger* OR autist* OR autism OR "premature birth" OR "premature child*" OR "premature infant*" OR "vulnerable child" OR "vulnerable infant*" OR preterm OR "at risk child" OR "at risk infant*"		13 216
#21	#15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20		13 275
#22	#5 AND #14 AND #21		87
#23	Limit #22 to 2000-2015	Cochrane Reviews : 38 Other Reviews : 8 Trials : 34	80

PsycINFO (via APA PsycNET)

[#]	Stratégie de recherche effectuée dans PsycINFO le 16 avril 2015	[Résultats]
#1	ab=parent* OR ti=parent*	206 257
#2	it=" Social Support" OR "Support Groups"	31 757
#3	#1 AND #2	4 786
#4	it=" Parent Training"	5 910
#5	in ab, ti : "parent management training" OR "parenting intervention*" OR "parent* program*" OR parent NEAR/2 program OR parent NEAR/2 programs OR "parent* support*" OR parent NEAR/2 support OR parental NEAR/2 support OR "parent* training" OR parent NEAR/2 training OR "parent* education" OR parent NEAR/2 education	14 038
#6	#3 OR #4 OR #5	20 365
#7	it="Aggressive Behavior" OR "Behavior Disorders" OR "Behavior Problems" OR "Conduct Disorder" OR "Oppositional Defiant Disorder" OR "Self Destructive Behavior"	66 181
#8	in ab, ti : "aggressive behavior*" OR "aggressive behaviour*" OR "attachment disorder*" OR "behavior* difficult*" OR "behaviour* difficult*" OR "behavior* disorder*" OR "behaviour* disorder*" OR "behavior* problem*" OR "behaviour problem*" OR "challenging behavior*" OR "challenging behaviour*" OR "conduct disorder*" OR "conduct problem*" OR "conduct difficult*" OR "disruptive behavior*" OR "disruptive behaviour*" OR "self destructive behavior*" OR "self destructive behaviour*" OR oppositional NEAR/3 disorder*	57 369
#9	#7 OR #8	92 841
#10	it="At Risk Population" OR "Developmental Disabilities" OR "Down's Syndrome" OR "Intellectual Development Disorder" OR "Fragile X Syndrome" OR "Multiple Disabilities" OR "Neurodevelopmental Disorders" OR "Pervasive Developmental Disorders" OR "Premature Birth" OR "Rett Syndrome" OR "Special Needs" OR "Aspergers Syndrome" OR Autism	84 564
#11	in ab, ti : "delayed development" OR "developmental* delay*" OR "development* disorder*" OR "development* disabilit*" OR "development* problem*" OR "development deviation*" OR "developmental coordination disorder*" OR "developmental impairment*" OR "developmental* disabled" OR "intellectual disabilit*" OR "mental* deficienc*" OR "mental* handicap*" OR "mental* retard*" OR "neurodevelopmental disorder*" OR "neurodevelopmental delay*" OR adrenoleukodystrophy OR "coffin-lowry syndrome" OR "cri-du-chat syndrome" OR "down* syndrome" OR "fragile x syndrome" OR GDD OR "glycogen storage disease type 2b" OR "glycogen storage disease type IIb" OR "lange syndrome" OR "lesch-nyhan syndrome" OR "menkes kinky hair syndrome" OR "mucopolysaccharidosis" OR "prader-willi syndrome" OR "pyruvate dehydrogenase complex deficiency" OR PDCD OR "rett syndrome" OR "rubinstein-taybi syndrome" OR "wagr syndrome" OR "williams syndrome" OR "x fragile child" OR asperger* OR autist* OR autism OR "premature birth" OR "premature child*" OR "premature infant*" OR "vulnerable child" OR "vulnerable infant*" OR preterm OR "at risk child" OR "at risk infant"	94 610
#12	#9 OR #10	111 428
#13	#6 AND #9 AND #12	300
#14	Limit 13 to 2000 TO 20015	218

Social Services Abstracts (via ProQuest)

[#]	Stratégie de recherche effectuée dans Social Services Abstracts le 16 avril 2015	[Résultats]
#1	AB, TI (parent*) AND SU ("Social Support" OR "Self Help Groups")	988
#2	SU ("Parent Training")	650
#3	AB, TI (parent* NEAR/2 support OR parent* NEAR/2 training OR parent* NEAR/2 education OR "parenting intervention*" OR parent* NEAR/2 program* OR support group* NEAR/3 parent* OR "parent management training")	2 639
#4	#1 OR #2 OR #3	3 476
#5	SU ("Aggression" OR "Behavior Problems" OR "Self Destructive Behavior")	3 462
#6	AB, TI ("aggressive behavior*" OR "aggressive behaviour*" OR "attachment disorder*" OR "behavior* difficult*" OR "behaviour* difficult*" OR "behavior* disorder*" OR "behaviour* disorder*" OR "behavior* problem*" OR "behaviour problem*" OR "challenging behavior*" OR "challenging behaviour*" OR "conduct disorder*" OR "conduct problem*" OR "conduct difficult*" OR "disruptive behavior*" OR "disruptive behaviour*" OR "self destructive behavior*" OR "self destructive behaviour*" OR oppositional NEAR/3 disorder*)	2 713
#7	#5 OR #6	4 958
#8	SU ("Developmental Disabilities" OR "Downs Syndrome" OR "Premature Infants" OR "Mentally Retarded" OR Autism)	1 080
#9	AB, TI ("delayed development" OR "developmental* delay*" OR "development* disorder*" OR "development* disabilit*" OR "development* problem*" OR "development deviation*" OR "developmental coordination disorder*" OR "developmental impairment*" OR "developmental* disabled" OR "intellectual disabilit*" OR "mental* deficienc*" OR "mental* handicap*" OR "mental* retard*" OR "neurodevelopmental disorder*" OR "neurodevelopmental delay*" OR adrenoleukodystrophy OR "coffin-lowry syndrome" OR "cri-du-chat syndrome" OR "down* syndrome" OR "fragile x syndrome" OR GDD OR "glycogen storage disease type 2b" OR "glycogen storage disease type IIb" OR "lange syndrome" OR "lesch-nyhan syndrome" OR "menkes kinky hair syndrome" OR "mucopolysaccharidosis" OR "prader-willi syndrome" OR "pyruvate dehydrogenase complex deficiency" OR PDCD OR "rett syndrome" OR "rubinstein-taybi syndrome" OR "wagr syndrome" OR "williams syndrome" OR "x fragile child" OR asperger* OR autist* OR autism OR "premature birth" OR "premature child*" OR "premature infant*" OR "vulnerable child" OR "vulnerable infant*" OR preterm OR "at risk child" OR "at risk infant*")	2112
#10	#8 OR #9	2 268
#11	#4 AND #7 AND #10	11
#12	Limit #11 to 2000 to 2015	8

Web of Science

#]	Stratégie de recherche effectuée dans Web Of Science le 16 avril 2015 (Time span : 2000-2015)	[Résultats]
#1	TOPIC : "support group*" NEAR/3 parent* OR "parent management training" OR "parenting intervention*" OR parent* NEAR/2 support* OR parent* NEAR/2 training OR parent* NEAR/2 education OR parent* NEAR/2 program*	14 773
#2	TOPIC: "aggressive behavior*" OR "aggressive behaviour*" OR "attachment disorder*" OR "behavior* difficult*" OR "behaviour* difficult*" OR "behavior* disorder*" OR "behaviour* disorder*" OR "behavior* problem*" OR "behaviour problem*" OR "challenging behavior*" OR "challenging behaviour*" OR "conduct disorder*" OR "conduct problem*" OR "conduct difficult*" OR "disruptive behavior*" OR "disruptive behaviour*" OR "self destructive behavior*" OR "self destructive behaviour*" OR oppositional NEAR/3 disorder*	39 875
#3	TOPIC: "delayed development" OR "developmental* delay*" OR "development* disorder*" OR "development* disabilit*" OR "development* problem*" OR "development deviation*" OR "developmental coordination disorder*" OR "developmental impairment*" OR "developmental* disabled" OR "intellectual disabilit*" OR "mental* deficienc*" OR "mental* handicap*" OR "mental* retard*" OR "neurodevelopmental disorder*" OR "neurodevelopmental delay*" OR adrenoleukodystrophy OR "coffin-lowry syndrome" OR "cri-du-chat syndrome" OR "down* syndrome" OR "fragile x syndrome" OR GDD OR "glycogen storage disease type 2b" OR "glycogen storage disease type IIb" OR "lange syndrome" OR "lesch-nyhan syndrome" OR "menkes kinky hair syndrome" OR "mucopolysaccharidosis" OR "prader-willi syndrome" OR "pyruvate dehydrogenase complex deficiency" OR PDCD OR "rett syndrome" OR "rubinstein-taybi syndrome" OR "wagr syndrome" OR "williams syndrome" OR "x fragile child" OR asperger* OR autist* OR autism OR "premature birth" OR "premature child*" OR "premature infant*" OR "vulnerable child" OR "vulnerable infant*" OR preterm OR "at risk child" OR "at risk infant"	148 958
#4	#1 AND #2 AND #3	238
#5	Limit #4 to English and French	230

Littérature grise

Dates de la recherche : 8 - 20 janvier 2015

Dates de publication : 2000 – 2015

Langues : anglais et français

Types d'études : revues systématiques, méta-analyses, guides de pratique et évaluation des technologies seulement

Évaluation des technologies en santé (ETS), guides de pratique et organismes gouvernementaux internationaux

- *The Campbell Collaboration*
- *Centre for Reviews and Dissemination*
- *Guidelines International Network*
- *International Network of Agencies for Health Technology Assessment* (INESSS) et INAHTA

Moteurs de recherche spécialisés

- *Bielefeld Academic Search Engine* (BASE)
- *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)
- Haute Autorité de Santé (HAS)
- *Social Care Online* (SCIE)

Thèses, mémoires et dépôts institutionnels

- Cairn.info
- DART – Europe E-theses Portal
- Érudit
- Moteurs de recherche des universités québécoises : Archimède (ULaval); eScholarship@McGill; Papyrus (UdeM); Savoir (Usherbrooke)
- ProQuest Dissertations & Theses Full Text
- Système pour l'information en littérature grise en Europe ([*Opengrey/openSIGLE*](#))
- Thèses Canada

Autres sites consultés

- Google (<http://www.google.ca>)
- Google Scholar (<http://scholar.google.ca/>)

ANNEXE C - TABLEAU P.I.C.O.T.S.

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	- Parents d'enfants de 2 à 10 ans ayant un RGD, une DI ou un TSA et un trouble du comportement ou trouble grave du comportement ou à risque d'en développer un; - Parents d'enfants (RGD, DI, TSA) et comorbidité (p. ex. ADHD) et TC OU TGC (ECBI <i>intensity score</i> $\geq$ 131 or <i>problem score</i> $\geq$ 15); - Tous les types de parents (p. ex. professionnel, statut socio-économique faible, etc.).	- Parents d'enfants étant décrits uniquement comme participant à un service spécialisé; - Parents d'enfants qui ne sont pas décrits comme ayant clairement un problème de comportement ou un trouble grave du comportement.
Intervention	- Programmes spécialisés ou ensemble d'activités d'intervention intensive soutenant les parents; - Groupes de soutien parental structuré (avec intervenant qui anime).	- Groupe de pairs qui échangent entre eux; - Interventions/programmes destinés uniquement aux enfants; - Intervention pharmaceutique; - Programme où ils forment les parents à donner un traitement (au lieu de l'intervenant).
Comparateur	Non spécifié	Non spécifié
Objectifs primaires (résultats)	Efficacité des programmes ou des groupes parentaux : - sur le bien-être (c.-à-d. symptômes dépressifs, anxiété, stress, épuisement); - capacité d'adaptation aux caractéristiques de l'enfant; - adhésion aux traitements; - habiletés éducatives, pratiques éducatives.	Non spécifié
Objectifs secondaires	- Efficacité sur le comportement des enfants; - Taux de placement en hébergement.	Non spécifié
Temporalité	Intensif (12 mois maximum)	
Site	Non spécifié	
Année de publication	Janvier 2000 à janvier 2015	
Type de publication	Revues systématiques, études expérimentales, études quasi expérimentales avec groupe de comparaison, étude qualitative Littérature grise (guide de pratique clinique, cadre de référence, rapport d'évaluation, etc.)	
Qualité méthodologique	Toutes (0 à 100 %)	

ANNEXE D - LISTE DES ARTICLES EXCLUS ET RAISON DE LEUR RAISON DE LEUR EXCLUSION SELON UN CONSENSUS OBTENU ENTRE TROIS PERSONNES

Auteur, année	Raison de l'exclusion
Bagner et coll., 2013	Les parents sont formés à donner un traitement à leur enfant (au lieu de l'intervenant).
Lesack et coll., 2014	Les parents sont formés à donner un traitement à leur enfant (au lieu de l'intervenant).
Marcus et coll., 2001	Les parents sont formés à donner un traitement à leur enfant (au lieu de l'intervenant).
McIntyre, 2008 (A)	Population d'enfants non précisée (le trouble du comportement n'est pas spécifié).
McIntyre, 2008 (B)	Population d'enfants non précisée (le trouble du comportement n'est pas spécifié).
Moes et coll., 2002	Les parents sont formés à donner un traitement à leur enfant (au lieu de l'intervenant).
Phaneuf et coll., 2011	Population d'enfants non précisée (le trouble du comportement n'est pas évident).
Roberts et coll., 2006	Population d'enfants non précisée (le trouble du comportement n'est pas évident).
Shapiro et coll., 2014	Les enfants sont âgés de moins de 24 mois.
Strauss et coll., 2012	Les parents sont formés à donner un traitement à leur enfant (au lieu de l'intervenant).

ANNEXE E - MATRICE DE L'ENSEMBLE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES

ÉLÉMENTS	A ÉLEVÉE (0)	B MODÉRÉE (1)	C FAIBLE (2)	D TRÈS FAIBLE (3)
Type d'étude Risque de biais (randomisation, dissimulation de la répartition, <i>blinding</i> , perte de vue) Valeur : 3/10	Études de cas ou revue systématique ou essai contrôlé randomisé avec un risque de biais fort.	Une ou deux études quasi randomisées (allocation alternée) ou comparatives avec un risque de biais faible ou un risque de biais moyen.	Une ou deux études d'essai contrôlé randomisé avec un risque de biais faible ou une revue systématique d'études plus faible avec un biais faible.	Au moins une étude systématique avec un risque de biais faible.
	A ÉLEVÉE (3)	B MODÉRÉE (2)	C FAIBLE (1)	D TRÈS FAIBLE (0)
Mesure directe (population, intervention, résultats, comparaison) Valeur : 3/10	L'ensemble des études évalue la population, l'intervention, et les effets recherchés d'intérêt.	La plupart des études sont en lien avec la population, l'intervention et les effets recherchés d'intérêt.	Peu d'études sont en lien avec la population ou l'intervention ou les effets recherchés d'intérêt.	L'ensemble des données scientifiques recueillies mesure indirectement l'effet.
	A ÉLEVÉE (2)	B MODÉRÉE (1,33)	C FAIBLE (0,66)	D TRÈS FAIBLE (0)
Précision (nombre d'usagers et d'observations, intervalle de confiance, significativité statistique) Valeur : 2/10	Toutes les études sont précises.	La plupart des études sont précises.	Peu d'études sont précises.	L'ensemble des données scientifiques est éparpillé.
Cohérence Valeur : 2/10	Toutes les études sont cohérentes.	La plupart des études sont cohérentes et l'incohérence peut être expliquée.	L'incohérence des données scientifiques reflète une véritable incertitude autour de la question clinique.	Les données scientifiques sont incohérentes.
TOTAL ÉVALUATION/10	A ÉLEVÉE (7,51 à 10)	B MODÉRÉE (5,01 à 7,50)	C FAIBLE (2,51 à 5,00)	D TRÈS FAIBLE (2,50 à 0)

ANNEXE F - QUALITÉ DES PREUVES SCIENTIFIQUES

Qualité des preuves scientifiques	Définition
Forte	Les résultats découlent d'une démarche qui n'a pas ou presque pas de lacunes, ainsi l'effet réel de l'intervention devrait être proche des estimations présentées dans les études. Les résultats sont considérés comme robustes.
Modérée	La ou les démarches desquelles découlent les résultats présentent quelques lacunes, ainsi l'effet réel de l'intervention est probablement proche des estimations présentées dans les études, mais il y a une possibilité qu'il soit différent. Des preuves supplémentaires sont souhaitables, car un léger doute subsiste quant à la robustesse des résultats.
Faible	La ou les démarches desquelles découlent les résultats présentent des lacunes majeures ou nombreuses, ainsi l'effet réel de l'intervention peut être considérablement différent des estimations présentées dans les études. Des preuves additionnelles sont requises, car un doute important subsiste quant à la robustesse des résultats.
Très faible	La ou les démarches desquelles découlent les résultats présentent des lacunes inacceptables, ainsi il est impossible de se fier aux estimations présentées dans les études.

ANNEXE G - CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

Auteurs/année	Nombre de participants (parents et enfants)	Âge	Genre	Ethnicité/diagnostic	Niveau d'éducation/comportement
Durand et coll., 2012	$n = 48$ familles	$m = 35$ ans	34 femmes, 14 hommes	Caucasien (41), Afro-américain (3), Hispanique (2), autres (2)	Secondaire (19), Collège (19), heures d'études supérieures (6)
	$n = 35$ enfants	$m = 4$ ans	30 garçons, 5 filles	TSA (19), PDD-NOS (4), autre (12)	TGC
Hames et coll., 2009	$n = 39$ parents	-	-	-	-
	$n =$	3 à 11 ans	-	DI	Difficultés graves ou complexes de problèmes de comportement
Miles, 2002	$n = 5$ parents	32 à 47 ans	5 femmes, 0 homme	-	-
	$n = 5$ enfants	3 à 6 ans	4 garçons, 1 fille	Autisme (3), Syndrome de Down(1), paralysie cérébrale (1)	Exposent de graves problèmes de comportement (automutilation, agression, colère, crache, non-conformité)
Moore et coll., 2011	$n = 21$ parents	-	-	-	Secondaire, heures de collège, collège, formation postsecondaire
	$n = 21$ enfants	15 à 48 mois	-	Autisme, TSA, PDD-NOS, DBD	Les parents rapportent avoir de la difficulté à gérer les problèmes de comportement
Plant et coll., 2007	$n = 74$ familles	$m = 38,35$ ans	-	-	Primaire, 10 secondaire, 12 secondaire, collège, tertiaire, inconnu
	$n = 74$ enfants	$m = 55$ mois	55 garçons, 19 filles	Syndrome de Down (8), TSA (24), RGD (13), paralysie cérébrale (5), autres anormalités chromosomiques (7)	ECBI; <i>intensity score</i> ≥ 131 or <i>problem score</i> ≥ 15
Quinn et coll., 2007	$n = 41$ parents	$m = 37,38$ ans	29 femmes, 12 hommes	-	-
	$n = 31$ enfants	$m = 4,89$ ans	27 garçons, 4 filles	DI (léger à modéré) (27), TSA (10)	<i>Behaviour problems strengths and difficulties</i> = 15,81
Singh et coll., 2006	$n = 3$ parents	$m = 28,3$ ans	3 femmes, 0 homme	-	Collège
	$n = 3$ enfants	$m = 5,3$ ans	-	TSA	Comportements d'agression
Singh et coll., 2007	$n = 4$ parents	$m = 26,75$ ans	4 femmes, 0 homme	Afro-américaine	Secondaire non complété, secondaire, heures au collège, collège
	$n = 4$ enfants	$m = 4,77$ ans	3 garçons, 1 fille	DI	Aggression, automutilation, non-conformité

Auteurs/année	Nombre de participants (parents et enfants)	Âge	Genre	Ethnicité/diagnostic	Niveau d'éducation/comportement
Sofronoff et coll., 2011	<i>n</i> = 53 parents	<i>m</i> = 38,64 ans	92,5 % femmes	-	-
	<i>n</i> = 53 enfants	<i>m</i> = 6,15 ans	71,7 % garçons	TSA (45,3 %), DI (18,9 %), Retard de développement (11,3 %), difficulté d'apprentissage (9,4 %), lésion cérébrale acquise (5,7 %), paralysie cérébrale (3,8 %), trouble de la vision (3,8 %), Syndrome Maroteaux-Lamy (1,9 %)	ECBI; <i>intensity score</i> ≥ 131 or <i>problem score</i> ≥ 15
Stuttard et coll., 2014	<i>n</i> = 76 parents	-	67 femmes, 9 hommes	-	Aucune, décrocheur, niveau plus élevé d'éducation
	<i>n</i> = 96 enfants	<i>m</i> = 6,68 ans	78 % garçons, 22 % filles	TSA (42), DI (27), déficience physique (20), déficience sensorielle (7)	ECBI; <i>intensity score</i> ≥ 131 or <i>problem score</i> ≥ 15
Tellegen et coll., 2014	<i>n</i> = 64 parents	<i>m</i> = 36,95 ans	61 femmes, 3 hommes	Caucasien, autre	Secondaire, technique ou université
	<i>n</i> = 64 enfants	<i>m</i> = 5,63 ans	55 garçons, 9 filles	TSA (16), autisme (20), Syndrome d'Asperger (12), PDD-NOS (16)	ECBI; <i>intensity score</i> ≥ 131 or <i>problem score</i> ≥ 15
Todd et coll., 2010	<i>n</i> = 22 parents	-	19 femmes, 3 hommes	-	-
	<i>n</i> = 21 enfants	<i>m</i> = 7 ans	15 garçons, 6 filles	TSA, autisme, DI	Comorbidité TGC, ADHD, déficiences neurologiques (épilepsie, paralysie cérébrale)
Wertheimer, 2008	<i>n</i> = 2 parents	-	2 femmes, 0 homme	-	-
	<i>n</i> = 2 enfants	<i>m</i> = 6,61 ans	1 garçon, 1 fille	Autisme	Problèmes de comportement légers ou modérés
White et coll., 2010	<i>n</i> = 35 parents	<i>m</i> = 35 ans	33 femmes, 2 hommes	Caucasien (17), Latino/Hispanique (14), Afro-américain (2), Asiatique-américain (2)	Secondaire, heures de collège, collège, diplôme d'études supérieures
	<i>n</i> = 35 enfants	<i>m</i> = 4,11 ans	33 garçons, 2 filles	TSA (30), Syndrome d'Asperger (2), PDD-NOS (3)	Se blesse, blesse les autres, destructeur pour la propriété, comportements perturbateurs

ANNEXE H - DESCRIPTION DES INTERVENTIONS

Auteurs	Durand et coll., 2012	
Nom de l'intervention	<i>Positive Behavior Support (PBS)</i>	<i>Positive Family Intervention (PFI)</i>
Objectifs	➤ Aider les parents à développer des habiletés requises pour gérer les problèmes du comportement de leur enfant.	➤ Aider les parents à développer des habiletés requises pour gérer les problèmes du comportement de leur enfant; ➤ Diminuer la nature pessimiste des parents.
Format	Individuel	
Durée	8 séances hebdomadaires de 90 minutes	
Intervenant	Intervenant détenant une maîtrise ou un doctorat en psychologie	
Description	Chaque séance est basée sur l'analyse comportementale appliquée (<i>applied behavior analysis</i>). Les parents apprennent à s'entourer d'une équipe de soutien avec qui ils pourront travailler au cours du processus (membres de la famille, fournisseurs de services). L'intervenant aide les parents à analyser le <i>pattern</i> entourant le comportement de leur enfant (<i>functional behavioral assessment</i>). Ensuite, il les aide à développer des interventions à partir de cette analyse. La séance finale est axée sur l'assurance que les interventions correspondent aux besoins et à la situation de la famille.	Le contenu des séances est identique au PBS avec l'ajout d'une formation sur l'optimisme (Seligman, 1998). Les parents apprennent également à identifier le <i>pattern</i> entourant le comportement de leur enfant et à développer des stratégies d'intervention. De plus, ils sont aidés à identifier les <i>patterns</i> de leurs propres pensées et sentiments. L'intervenant leur enseigne des stratégies visant la restructuration cognitive. Ces stratégies sont incorporées aux séances. Lors des dernières séances, les parents apprennent à créer des stratégies alternatives pour gérer le problème de comportement de l'enfant tout en changeant leur propre langage associé.
Séances	1- Introduction et identification d'objectifs; 2- Recueillir les informations sur le trouble grave du comportement; 3- Analyser les données et le plan de formation; 4- Utilisation de stratégies de prévention; 5- Utilisation de conséquences; 6- Remplacer le comportement problématique avec une alternative adéquate; 7- Implantation de stratégies; 8- Suivi des résultats.	1- Identifier les situations et son propre langage qui est associé; 2- Déterminer les conséquences de ses propres croyances; 3- Contester ses pensées actuelles; 4- Utiliser les distractions pour interrompre ses pensées négatives; 5- Substituer ces pensées pessimistes avec des pensées positives et constructives; 6- Pratiquer ces habiletés pour reconnaître/modifier son langage; 7- (Pas d'indication) 8- Maintenir les changements positifs dans son langage.
Liens	http://www.apbs.org/new_apbs/autismdesc.aspx	http://www.positivefamilyinterventions.com/

Auteurs	Hames et coll., 2009
Nom de l'intervention	<i>Group-based parent-training programme</i>
Objectif	➤ Soutenir le sentiment de confusion des parents, leur solitude et leur culpabilité. Enseigner des habiletés leur permettant de gérer les problèmes de comportement de leur enfant.
Format	Groupe (6 à 8 familles)
Durée	6 à 8 semaines
Intervenants	Enseignant et psychologue clinique
Description	Lors des premiers cours, les parents ont l'occasion de partager leurs sentiments avec le groupe. L'intervenant tente alors de normaliser les sentiments partagés par le groupe. Par la suite, lorsque les parents reconnaissent qu'ils partagent tous les mêmes sentiments, qu'ils commencent à comprendre la déficience intellectuelle et le comportement difficile de leur enfant, qu'ils prennent confiance en eux, l'intervenant commence à enseigner des habiletés parentales. À partir du moment qu'ils reconnaissent qu'ils sont les experts de leur enfant, l'intervenant aborde les thèmes tels que : ○ reconnaître l'importance des encouragements; ○ le mode d'apprentissage des enfants à l'aide des encouragements, d'une structure et de routines; ○ les effets bénéfiques (sécurité) pour l'enfant de la structure et des routines; ○ la communication avec l'enfant (brève, rythmée et visuelle); ○ reconnaître l'importance de la constance et quelquefois le besoin de l'être moins. Les méthodes employées par l'intervenant incluent le <i>modeling</i>, l'enregistrement vidéo, et les rétroactions. L'enregistrement vidéo permet notamment aux parents de voir leurs interactions avec leur enfant à la maison. De plus, ceci donne l'opportunité aux parents et au groupe de voir la manière dont chaque parent gère les comportements difficiles de leur enfant à la maison. L'intervenant montre aussi une vidéo où il interagit avec un enfant. Les parents peuvent ainsi observer des manières différentes de gérer les comportements d'un enfant. Au cours des séances, les parents reçoivent des rétroactions de la part des intervenants et des autres parents.

Auteurs	Miles, 2002
Nom de l'intervention	<i>Functional Assessment Training (FCT)</i>
Objectif	➤ Développer des habiletés parentales permettant de diminuer les problèmes de comportement de leur enfant.
Format	Individuel
Durée	4 séances hebdomadaires de 60 minutes (45 minutes d'entraînement, 15 minutes d'évaluation)
Intervenant	Chercheuse de l'étude détenant une maîtrise en psychologie
Description	Les séances sont menées au domicile de chaque participant à un moment jugé opportun pour la famille. La formation inclut des instructions didactiques, des discussions au sujet des vignettes pédagogiques (enregistrements vidéo), des renforcements positifs pour les bonnes réponses et des rétroactions correctives. Dans le cadre de cette étude, les comportements suivants étaient ciblés : automutilation en regardant la télévision, cracher à la table pendant les heures de repas, comportement agressif quand une vidéo de Barney est éteinte, un comportement non conforme au coucher, et pleurer lorsque les jouets sont devenus ennuyeux.
Séances	1- À la suite d'une évaluation ciblant les connaissances du parent sur les problèmes de comportement, l'intervenant discute de l'importance d'identifier le problème. Il donne une série d'exemples sur des enfants présentant des problèmes de comportement tout en soulignant l'importance d'être précis dans la description du comportement. Suivant cette discussion, la notion de conséquences est introduite et définie à l'aide d'exemples. L'intervenant modélise la manière appropriée d'identifier les comportements problématiques et les conséquences. Des rétroactions sont données aux participants. Par la suite, la fonction du comportement est présentée aux participants. Les quatre fonctions sont discutées : attention, évitement, accès à des stimulations tangibles, et autostimulation. Puis, les participants regardent une autre vidéo pour ensuite répondre aux questionnaires d'évaluation. 2- Révision de la séance précédente. Le terme antécédent est alors introduit et défini. Des exemples verbaux sont donnés sur des enfants présentant des problèmes de comportement et les participants doivent identifier les antécédents. À ce moment, l'importance de donner des commandes efficaces est discutée. Pendant qu'il regarde une capsule vidéo et répond au questionnaire, l'intervenant donne des rétroactions correctives et des renforcements. Les participants apprennent également à remplacer le comportement inapproprié avec un autre comportement. 3- Révision de la séance précédente. Par la suite, l'intervenant enseigne des procédures spécifiques pour améliorer les bons comportements. 1- Donner de l'attention positive lors de bons comportements; 2- Manipuler les antécédents du problème de comportement en utilisant des techniques de contrôle ou des comportements dynamiques. Les renforcements positifs sont décomposés en quatre domaines : a) renforcements sociaux, b) privilèges, c) rétroactions immédiates, d) autre renforcement. Des exemples de renforcements négatifs sont également donnés. 4- Révision des séances précédentes. Par la suite, l'intervenant introduit des manières de diminuer le comportement inapproprié. Différentes procédures de renforcement, de réprimandes verbales et de procédures de « time-out » sont discutées.

Auteurs	Moores et coll., 2011
Nom de l'intervention	<i>General Interaction Strategies (GIS)</i>
Objectif	➤ Développer des compétences parentales pour la gestion du comportement.
Format	Individuel
Durée	(inconnue) 1 à 2 séances par semaine
Intervenant	Clinicien expérimenté (minimum de bachelier)
Description	Le clinicien enseigne aux parents six habiletés de base à employer lors des routines à la maison pour gérer les comportements de leur enfant. Ces habiletés sont basées sur les principes de l'analyse comportementale appliquée (<i>applied behavior analysis</i>) et ont été développées par le prestataire de service. Chaque habileté comprend de deux à six composantes : a) établir des renforcements (présentation brève de trois jouets préférés et utilisation du jouet le plus employé par l'enfant comme renforçateur), b) offrir un choix d'activités (tenir un pyjama et une brosse à dents et demander : tu veux broser tes dents avant ou mettre ton pyjama?), c) donner des instructions (utiliser un langage clair et simple décrivant spécifiquement le comportement de l'enfant, d) respecter les demandes (octroyer une demande raisonnable qui est une alternative au comportement problématique), e) rediriger les petits problèmes de comportement (offrir un choix de deux activités si l'enfant commence à lancer ses jouets), et f) répondre aux comportements problématiques les plus sévères (enlever les autres personnes et les objets dangereux de l'environnement, arrêter les interactions pendant les colères, et poursuivre les demandes lorsque l'enfant est calme). L'entraînement de chaque habileté commence avec les parents (généralement la mère seule) qui complètent deux à trois pages de lecture sur les principes du comportement. Par la suite, ils remplissent un questionnaire contenant cinq à dix questions portant sur du contenu général et des suggestions pour l'application du contenu sur leur enfant. Dans un premier temps, l'intervenant vérifie la lecture et le questionnaire rempli par les parents et dans un second temps, il aide les parents à identifier les comportements cibles. L'intervenant offre un soutien (incitations verbales, incitation gestuelle à utiliser le manuel) afin que les parents emploient les habiletés avec leur enfant. La maîtrise de chaque habileté amène les instructions pour la suivante. Une liste des six habiletés et leurs composantes sont disponibles sur demande auprès de l'auteur.
Lien	https://behavioraldimensions.com/workshops-and-community-events/general-interaction-strategies/

Auteurs	Plant et coll., 2007	
Nom de l'intervention	<i>Standard Triple P-Positive Parenting Program (SSTP-S)</i>	<i>Enhanced Intervention (SSTP-E)</i>
Objectifs	➤ Promouvoir les compétences parentales et le développement des enfants.	➤ Promouvoir les compétences parentales et le développement des enfants. ➤ Aider les parents à faire face (<i>to cope</i>) à la déficience de leur enfant.
Format	Individuel	
Durée	10 séances hebdomadaires de 60 à 90 minutes	16 séances hebdomadaires de 60 à 90 minutes
Intervenant	Praticien formé	
Description	Version standard du <i>Stepping Stones Triple P (SSTP)</i> qui est une adaptation du <i>Triple P-Positive Parenting Program</i>. Ce programme comprend 25 stratégies de gestion qui sont enseignées aux parents. Quatorze de ces stratégies visent à promouvoir des habiletés parentales et le développement des enfants (c.-à-d. temps de qualité, parler avec l'enfant, affection physique, louange, attention, récompenses tangibles, activités engageantes, horaires d'activités, être un bon exemple, orientation physique, enseignement fortuit, demandez-dire-faire, et tableaux de comportement). Les autres stratégies (n = 11) visent à aider les parents à gérer les problèmes de comportement (diversion, établissement de règles, discussion dirigée, ignorance planifiée, instructions claires et directes, communication, conséquences logiques, blocage, brève interruption, temps calme, et <i>time-out</i>). De plus, l'intervenant enseigne à planifier une routine d'activités en six étapes pour améliorer la généralisation et le maintien des habiletés parentales (planifier à l'avance, fixer des règles, sélectionner des activités intéressantes, identifier les récompenses et les conséquences, et fournir une rétroaction à l'enfant). Dans le cadre de ce programme, ils reçoivent un cahier de travail qui leur permet de définir et de cibler leurs propres objectifs pour le changement de comportement. De plus, l'intervenant utilise le <i>modeling</i>, les jeux de rôle, les rétroactions et l'utilisation de tâches spécifiques d'aide aux devoirs.	Les familles reçoivent initialement la même formation intensive comportementale (de 10 séances) du SSTP-S. Toutefois, par la suite, elles reçoivent six séances supplémentaires portant sur les moyens pour faire face (<i>to cope</i>) à la déficience de leur enfant. L'intervenant donne également un cahier de travail qui permet aux parents d'établir et de suivre leur objectif. L'intervenant, à l'aide du <i>modeling</i>, des jeux de rôle, des rétroactions et des devoirs, offre un entraînement actif d'habiletés et du soutien. L'intervenant enseigne aussi des manières positives d'écouter et de parler à l'autre, la façon de fournir une rétroaction constructive et sans jugement et sur la méthode à utiliser pour la résolution de problèmes entre parents. Les parents monoparentaux reçoivent des stratégies pratiques pour développer un réseau social avec la famille élargie, les amis, professionnel/et agence externe. De plus, ils discutent des moyens de subvenir à leurs besoins comme parent.
Liens	http://www.triplep.net/glo-en/home/ http://www.triplep.net/files/3814/0591/5850/2014_Triple_P_Course_Summaries_US.pdf	

Auteurs	Quinn et coll., 2007
Nom de l'intervention	<i>Parents Plus Programme</i>
Objectif	➤ Développer des habiletés parentales permettant de gérer les comportements de manière adéquate.
Format	Groupe de 7 à 10 participants
Durée	6 séances hebdomadaires d'une durée de 2 heures
Intervenants	Psychologue, travailleur social, infirmier
Description	Ce programme est basé sur la présentation de capsules vidéo pratiques et positives, qui aident les parents à gérer et à résoudre les problèmes du comportement des enfants âgés de 4 à 11 ans. Le programme inclut deux capsules vidéo et un manuel. Le manuel contient des directives pour mener à bien le programme, planifier les séances et des documents pour les parents. Les capsules vidéo montrent des scènes jouées par des acteurs interagissant entre eux de manière positive. Ces capsules montrent également la gestion des comportements problématiques. Les thèmes abordés par l'intervenant incluent l'utilisation de l'attention parentale pour changer le comportement, le jeu et l'utilisation de temps propices, les encouragements et les félicitations, l'utilisation efficace des récompenses, fixer les règles et aider les enfants à les suivre, l'utilisation de l'ignorance active, utilisation des <i>time-out</i> et d'autres sanctions et la construction de solutions avec l'enfant. Une séance typique implique l'accueil des participants par l'intervenant, une révision par les participants de comment ils ont mis en pratique ce qu'ils ont appris des semaines précédentes, l'introduction du thème de la semaine, des présentations vidéo et des discussions sur le sujet, des jeux de rôle et des pratiques d'habiletés, planification de la semaine suivante et résumé de la présente séance. Le programme utilise le <i>cognitive behavior model</i>. En plus d'être une approche hautement collaborative, ce modèle tire parti des forces et de l'expertise des parents pour trouver des solutions.
Séances	1- Utilisation de l'attention parentale pour changer le comportement; 2- Le jeu et le temps spécial avec l'enfant; 3- Encouragement et félicitation; 4- Utilisation des récompenses de manière efficace; l'établissement de règles et la gestion des mauvais comportements; 5- L'établissement de règles et aider l'enfant à les suivre; 6- L'utilisation de l'ignorance active pour réduire les mauvais comportements; 7- Utilisation du <i>time-out</i> et des autres sanctions; 8- Construction de solutions avec l'enfant.
Lien	http://www.parentsplus.ie/

Auteurs	Singh et coll., 2006; Singh et coll., 2007
Nom de l'intervention	<i>Mindfulness</i> (pleine conscience)
Objectif	➤ Changer le comportement des parents afin de réduire les problèmes de comportement de leur enfant.
Format	Individuel
Durée	12 semaines; (3 séances de 2 heures par semaine, les semaines 3, 6, 9 et 12)
Intervenant	Chercheur sénior de l'étude
Description	Être <i>mindful</i> signifie avoir un esprit clair et calme, centré sur le moment présent sans porter de jugement. Cette approche permet à l'individu de considérer une manière alternative de percevoir et de répondre à une situation, au-delà de ce qu'il aurait réalisé précédemment. Lors de la séance initiale, l'intervenant explique les détails de l'entraînement et la philosophie de la pleine conscience. Les parents reçoivent une copie du livre <i>Everyday Blessings: The inner work of mindful parenting</i> by Myla Kabat-Zinn and Jon Kabat-Zinn (1997) à lire en préparation du programme d'entraînement. L'intervenant enseigne, lors des séances, des méthodes de méditation et des exercices pour les aider à pratiquer la pleine conscience pendant leurs interactions avec leur enfant.
Séances	1- Introduction générale au programme de formation; 2- Connaître son esprit; 3- Attention focalisée; 4- Attention focalisée sur les états d'éveil; 5- Être dans le moment présent; 6- L'esprit du débutant; 7- Être votre enfant; 8- L'acceptation sans jugement; 9- Laisser-aller; 10- La bonté; 11- Résolution de problèmes; 12- Utiliser la pleine conscience dans les interactions quotidiennes.

Auteurs	Sofronoff et coll., 2011
Nom de l'intervention	<i>Stepping Stones Triple P (SSTP)</i>
Objectif	➤ Développer une approche parentale positive afin d'enseigner des habiletés à leur enfant.
Format	Groupe
Durée	2 séminaires de 2 heures
Intervenants	Conseillers scolaires, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, professionnels de la santé
Description	Le premier séminaire intitulé "<i>The Power of Positive Parenting</i>" aborde les espoirs et les rêves des parents ayant un enfant présentant une déficience ainsi que leur réalité familiale. L'intervenant traite des défis reliés aux problèmes de comportement et les avantages d'employer une approche positive. Il enseigne les sept principes de base de la « parentalité positive » : assurer un environnement sûr et intéressant; créer un environnement d'apprentissage positif; utiliser une discipline autoritaire; s'adapter à un enfant avec une déficience; avoir des attentes réalistes; faire partie de la communauté; et prendre soin de soi en tant que parent. Ce séminaire se concentre sur les stratégies à utiliser comme parents et fournit des exemples spécifiques pour la gestion des problèmes de développement et de comportement chez les enfants ayant une déficience. Le deuxième séminaire intitulé "<i>Raising Confident, Competent Children</i>" s'appuie sur le premier séminaire et démontre l'utilisation de stratégies parentales positives pour enseigner aux enfants les habiletés importantes (c.-à-d. communication, résolution de problèmes, coopérer avec les autres et apprendre à être indépendant). L'intervenant enseigne les étapes clés aux parents pour leur permettre d'enseigner une nouvelle habileté : choisir une habileté à enseigner, la segmenter en plusieurs étapes, choisir les récompenses, décider quand et où enseigner l'habileté, utiliser des stratégies d'enseignement efficaces, faire un suivi et réviser. À la fin de chacun des séminaires, ils ont la possibilité de poser des questions et bénéficient du même coup, des expériences rapportées par les autres parents.
Liens	http://www.triplep.net/glo-en/home/ http://www.triplep.net/files/3814/0591/5850/2014_Triple_P_Course_Summaries_US.pdf

Auteurs	Stuttard et coll., 2014
Nom de l'intervention	<i>Rinding the Rapids programme</i>
Objectif	➤ L'objectif du programme est de rendre les parents compétents et confiants dans la gestion des comportements problématiques de leur enfant.
Format	Groupe
Durée	10 séances hebdomadaires d'une durée de 2 heures
Intervenants	Deux animateurs dont l'un doit être un psychologue clinique
Description	L'intervention s'appuie sur la théorie comportementale et sur la gestion positive du comportement. L'analyse comportementale et les approches pour gérer le comportement sont le noyau du programme. Les approches employées (l'enseignement didactique utilisé avec la résolution de problèmes en groupe, les jeux de rôle, le <i>modeling</i>, les observations à la maison et des pratiques pour soutenir l'apprentissage des parents) découlent des principes de l'apprentissage expérientiel de Kolb (1984). À la première séance, les parents identifient un objectif comportemental spécifique (comportement cible) et l'apprentissage au cours de l'intervention est appliqué à cet objectif. L'approche du STAR (<i>Setting Triggers Actions Results</i>) est employée pour développer la compréhension des parents sur leur comportement cible. Des exercices de résolution de problèmes sont utilisés pour soutenir les parents dans l'implantation de cette approche qui cible la gestion des comportements. L'intervenant aborde également les outils de communication à employer, le renforcement positif et le jeu. Enfin, il cible le bien-être des parents. Au cours de l'intervention, des petites gâteries (magazines, articles de toilette) sont données aux parents pour les encourager à prendre soin d'eux-mêmes. Des stratégies simples sont également données pour gérer le stress des parents.
Séances	1- Présentation du plan de cours; 2- <i>Building Your Boat</i> – Comprendre le comportement I; 3- <i>Making it Watertight</i> – Comprendre le comportement II; 4- <i>Good work Captain!</i> – Encourager le comportement positif; 5- <i>Navigating Your Route</i> – Communication; 6- <i>Enjoying the Ride</i> – Encourager le comportement positif; 7- <i>Wear your Life Jacket!</i> – Gestion du stress; 8- <i>Mind the Rocks!</i> – Gestion des comportements indésirables; 9- <i>Full Steam Ahead!</i> – Tirer tous ensemble; 10- <i>Land Ahoy!</i> – Planification pour l'avenir.
Coûts	Le coût moyen de la prestation est de 6 538 \$.

Auteurs	Tellegen et coll., 2014
Nom de l'intervention	<i>Primary Care Stepping Stones Triple P (PCSSTP)</i>
Objectif	➤ Promouvoir les compétences parentales et gérer les comportements problématiques chez les enfants.
Format	Individuel
Durée	4 séances de 15 à 105 minutes
Intervenant	Détient un diplôme en psychologie et accrédité <i>Primary Care Stepping Stones Triple P (PCSSTP)</i>
Description	Court programme d'éducation parentale composé de quatre séances ciblant un ou deux problèmes de comportements spécifiques (non-conformité, agression) de l'enfant et conçu pour être évalué par les prestataires de soins de santé primaire. L'intervenant aide les parents à élaborer des plans de soutien du comportement afin de prévenir les comportements problématiques. Il enseigne également les compétences nécessaires pour les aider à gérer les comportements inopportuns.
Séances	1- Évaluation du problème. Dans cette séance, l'intervenant mène une première interview, discute d'options pour l'intervention et de méthodes de suivi pour le comportement de l'enfant. 2- Développement d'un plan parental. Dans cette séance, l'intervenant offre aux parents des rétroactions sur les résultats de l'évaluation et discute des causes du problème du comportement de leur enfant. Par la suite, les parents établissent des buts pour eux-mêmes et leur enfant. L'intervenant leur présente ensuite une brochure qui fournit des informations sur un éventail de sujets (c.-à-d. habiletés sociales, habiletés d'apprentissage précoce, comportements perturbateurs, toilette, etc.). Un plan individualisé parental est construit à partir de ce format et de ce contenu. 3- Révision de l'implantation. Dans cette séance, l'intervenant emploie un modèle de rétroactions « auto-réglementé » pour aider les parents à revoir comment ils ont implanté leur plan, pour identifier leurs forces et leurs succès, et pour affiner l'utilisation de stratégies spécifiques. 4- Suivi. Une révision des progrès de l'enfant est effectuée. L'intervenant aide les parents à résoudre les obstacles qui peuvent interférer avec leur implantation du plan. D'autres problèmes sont discutés et, si nécessaire, l'intervenant aborde les autres options possibles (références vers un autre professionnel).
Liens	http://www.triplep.net/glo-en/home/ http://www.triplep.net/files/3814/0591/5850/2014 Triple P Course Summaries US.pdf

Auteurs	Todd et coll., 2010
Nom de l'intervention	<i>Parental Survival Course</i>
Objectif	➤ Développer des habiletés parentales pour gérer les problèmes de comportement.
Format	Groupe (5 à 8 participants)
Durée	9 ou 10 séances d'une durée de 2 heures
Intervenants	Psychologue clinique, avec l'aide d'un infirmier communautaire et d'un éducateur spécialisé. Un orthophoniste peut également se joindre au groupe pour la section sur la communication.
Description	Le programme applique les principes de la théorie de l'apprentissage sociale (<i>social learning theory</i>) pour effectuer des changements. Les cours incorporent le <i>modeling</i>, des pratiques à la maison, la résolution de problèmes et les jeux de rôle afin de soutenir l'apprentissage des parents. Des séances sont complétées à l'aide de documents téléchargés à partir du <i>National Autistic website</i> ou avec des documents écrits par les dirigeants du cours. Les séances supplémentaires sont données sur la sensibilité sensorielle (<i>sensory sensitivities</i>) et sur la gestion des obsessions. Les thèmes introduits au programme sont : comprendre la fonction du comportement de l'enfant, jouer, utiliser les félicitations et les récompenses pour encourager les bons comportements, régler des limites efficaces, gérer le stress parental, faciliter la communication, utiliser l'ignorance et le <i>time out</i>, gestion des obsessions, des intérêts intenses, de la rigidité, des comportements répétitifs et de la sensibilité sensorielle.

Auteurs	Wertheimer, 2008
Nom de l'intervention	<i>Functional Assessment Training (FCT)</i>
Objectif	➤ Enseigner aux parents à comprendre le comportement de leur enfant selon sa fonction.
Format	Individuel
Durée	6 séances et plus sur 2 semaines
Intervenant	Chercheur
Description	L'intervenant aide les familles à effectuer des évaluations fonctionnelles en utilisant un manuel destiné à guider les parents dans ce processus : <i>Understanding why problem behaviors occur: A guide for assisting parents in assessing causes of behavior and designing treatment plans</i> (Frea et coll., 1994). Au début de chaque séance, l'intervenant administre une évaluation sur le chapitre à être discuté. La même évaluation est donnée à la fin de la séance suivante. Ces évaluations visent à suivre les connaissances des parents.
Séances	1- La section introductive et le premier chapitre du manuel portent sur la fonction du comportement en général; 2- Le premier chapitre est révisé et le chercheur distribue et révisé le second chapitre sur l'enregistrement du comportement. À ce moment, les parents reçoivent une feuille pour noter les comportements; 3- Le chercheur et la famille discutent des données recueillies; 4- Le troisième chapitre sur « déterminer la fonction » est distribué et discuté. Pendant cette quatrième rencontre, la famille identifie quelle fonction le comportement de leur enfant remplit. L'intervenant demande à chaque famille comment ils en sont venus aux conclusions. Dans le cas où les conclusions diffèrent de celles du chercheur, celui-ci partage avec la famille ses perspectives sur les hypothèses possibles. En cas de désaccord, le chercheur donne la priorité aux hypothèses de la famille. Le quatrième chapitre sur les stimuli antécédents et le cinquième chapitre sur l'identification des formes alternatives de communication sont distribués à la fin de cette séance; 5- Les chapitres quatre et cinq sont discutés. L'intervenant ne guide pas les parents dans la détermination d'une alternative de communication appropriée. Lorsque les parents choisissent un comportement alternatif qui ne répond pas à leur hypothèse, le chercheur donne un peu d'indications pour les aider à choisir un comportement de remplacement approprié. Le chercheur donne le sixième chapitre sur « dépannage » (<i>trouble shooting</i>); 6- Le sixième chapitre est révisé.

Auteurs	White, 2010
Nom de l'intervention	<i>Integrative Parent Education Program (IPEP)</i>
Objectif	➤ Fournir à toutes les familles le même ensemble d'informations de base.
Format	Groupe (1 à 6 participants)
Durée	4 séances d'une durée de 2 à 3 heures
Intervenant	Détient une maîtrise ou plus en psychologie clinique.
Description	Les modules incluent des sujets tels que la psychoéducation entourant le diagnostic de l'autisme, la gestion du comportement et l'évaluation fonctionnelle du comportement basée sur les antécédents, les comportements et le modèle de conséquence (ABC), les méthodologies et des interventions thérapeutiques (avec une attention particulière à des traitements validés empiriquement), comment choisir une intervention, le stress familial et faire face (<i>coping</i>) ainsi qu'une variété d'autres questions pertinentes à l'acquisition de compétences chez les enfants atteints de TSA. L'intervenant offre aux familles quatre modules sélectionnés à partir du curriculum IPEP. Un module est donné par séance. Les trois premiers modules sont donnés aux parents de manière systématique. Les parents choisissent cependant le quatrième module à partir de la liste présentée plus bas.
Modules	1- Introduction aux services, au développement typique des enfants et au trouble du spectre de l'autisme; 2- Un aperçu de l'analyse comportementale appliquée, gestion du comportement, et enseignement par essai distinct; 3- Autisme et stress familial; 4- <i>Pivotal Response Training</i>; 5- Communication alternative et autisme; 6- Autonomie et autisme : entraînement à la toilette et aversion alimentaire; 7- Entraînement aux habiletés sociales et histoires sociales; 8- Éducation inclusive et autisme; 9- Intervention biomédicale et psychopharmacologie en autisme.

ANNEXE I - CARACTÉRISTIQUE DES ÉTUDES RETENUES

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Durand et coll., 2013	0,93	PBS <i>n</i> = 17 parents 7 hommes Âge moyen = 35 ans <i>n</i> = 17 enfants (TGC) 15 garçons Âge moyen = 4,1 ans <i>Autistic disorder</i> (8) PDD-NOS (4) <i>Other</i> (5) PFI <i>n</i> = 18 parents 7 garçons Âge moyen = 39,5 ans <i>n</i> = 18 enfants (TGC) 15 garçons Âge moyen = 4,4 ans <i>Autistic disorder</i> (11) PDD-NOS (0) <i>Other</i> (7)	Niveau de pessimisme (QRS-SF, Friedrich et coll., 1983) Niveau de satisfaction des parents (<i>Parent Satisfaction Questionnaire</i>) Problème de comportement (SIB-R) GMI, (Bruininks et coll., 1996) Observation des comportements (codage vidéo) Mesures prises : Pré intervention Post intervention	Intervenant : Thérapeute avec une maîtrise ou un doctorat et avec un bagage de PBS et/ou de psychologie clinique. Durée : 8 séances hebdomadaires de 90 minutes chacune Format : Individuel Positive Behavior Support (PBS) : Basé sur l'analyse comportementale, les parents sont aidés à se créer une équipe de soutien (famille et prestataire de services). Les parents apprennent à analyser le <i>pattern</i> entourant le comportement problématique (<i>functional behavior assessment</i>) et à développer des interventions adaptées. Positive Family Intervention (PFI) : Identique au PBS avec l'ajout d'une formation sur l'optimisme. Ils sont aidés à identifier le <i>pattern</i> de leurs propres pensées et de leurs sentiments. Ils apprennent aussi la restructuration cognitive.	Pessimisme : Pour les groupes PBS et PFI, les parents sont moins pessimistes suivant le traitement. Pas de différence entre les deux interventions. Satisfaction des parents : Les parents du groupe PBS et PFI ont évalué de manière très élevée les deux interventions. Problèmes de comportement : Les enfants du groupe PBS et PFI ont amélioré leur comportement. Les enfants du groupe PFI ont amélioré davantage leur score de problèmes de comportement (GMI⁹) que les enfants du groupe PBS, <i>p</i> < 0,01. Observation des comportements problématiques : Amélioration significative des comportements pour les enfants du groupe PBS et PFI. Pas de différence significative entre le PBS et le PFI, <i>p</i> > 0,05.

⁹ Le score du GMI indique le degré de gravité des comportements suivants : automutilation, blesse les autres, détruit la propriété, comportement perturbateur, habitudes inhabituelles ou répétitives, comportement social offensif, comportement de retrait ou d'inattention, comportement peu coopératif.

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Hames et coll., 2009	0,92	$n = 39$ réponses de parents recueillies Âge des enfants : 3 à 11 ans Déficiência intellectuelle avec des difficultés graves ou complexes de problèmes de comportement	Bref questionnaire d'évaluation conçu pour obtenir le point de vue des parents Mesures prises : Questionnaire post intervention	Intervenants : Enseignant et psychologue clinique Durée : 6 à 8 semaines Format : Groupe (6 à 8) <i>Group-based parent-training programme</i> : lors des premières séances, les parents partagent leurs émotions et apprennent à les normaliser. Avant de développer de nouvelles habiletés parentales, ils apprennent à développer leur confiance en soi et à reconnaître qu'ils sont experts de leur enfant. Ensuite, ils apprennent à reconnaître l'importance des félicitations, de la structure des routines, de la communication et de la cohérence.	La majorité des parents (89,7 %) rapporte que le groupe a eu un effet positif (p. ex. se sentent plus calmes, moins stressés, plus confiants pour gérer les comportements, comprennent mieux les comportements). Réduction du stress et meilleure perception de leur enfant. 64 % affirment que le groupe a eu un effet positif sur les comportements de leur enfant.
Miles, 2002	100	$n = 5$ mères Étendue d'âge = 32 à 47 ans $n = 5$ enfants (TGC) 4 garçons Étendue d'âge = 3 à 6 ans Autisme (3) Syndrome de Down (1) Paralysie cérébrale (1)	Indice de stress parental (PSI, Abidin, 1983) Problèmes de comportement de l'enfant (observation directe par le chercheur) Mesures prises : Pré intervention Post intervention	Intervenant : Chercheuse de l'étude détenant une maîtrise en psychologie Durée : 4 séances hebdomadaires de 60 minutes Format : Individuel <i>Functional Assessment Training (FCT)</i> : Les parents apprennent à identifier le comportement problématique et à utiliser les conséquences. Ils apprennent à identifier les antécédents au comportement et à donner des commandes efficaces. Ils apprennent à remplacer le comportement inapproprié par un autre comportement. Ils apprennent à utiliser les différents renforcements positifs et à diminuer le comportement inapproprié.	Indice de stress parental : Diminution du stress parental sur chacune des échelles du PSI (détresse, interaction dysfonctionnelle parent-enfant, enfant difficile, score total). Problèmes de comportement : Tous les comportements inappropriés (c.-à-d. automutilation, cracher, comportement agressif, non-conformité) ont diminué.

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Moore et coll., 2011	100	$n = 21$ parents Niveau d'éducation : collège, formation postsecondaire, secondaire, quelques années de collège $n = 21$ enfants (difficultés de comportement de léger à modéré) Étendue d'âge : 15 à 48 mois TSA PDD-NOS DBD	Prédicteur de l'adhérence des parents aux stratégies d'intervention Mesures prises : Questionnaire post intervention seulement	Intervenant : Clinicien expérimenté (minimum de bachelier) Durée : (inconnue) 1 à 2 séances par semaine Format : Individuel <i>General Interaction Strategies (GIS)</i> : Les parents apprennent six habiletés de base à employer lors des routines à la maison pour gérer les comportements de leur enfant. Les parents doivent lire et répondre à un questionnaire pour les aider à utiliser le contenu des séances sur leur enfant.	Trois variables corrèlent de manière significative avec l'adhérence moyenne déclarée par les parents : ▪ efficacité comme agent de changement; ▪ confiance dans les stratégies d'intervention pour produire des résultats significatifs; ▪ acceptation de l'enfant dans la famille et la communauté.

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Plant et coll., 2007	0,75	Groupe Intervention SSTP-E <i>n</i> = 24 parents âge mère = 36,38 ans âge père = 40,91 ans Groupe Intervention SSTP-S <i>n</i> = 26 parents âge mère = 36,27 ans âge père = 39,53 ans Groupe contrôle <i>n</i> = 24 parents âge mère = 37,83 ans âge père = 39,18 ans Niveau d'éducation parents : primaire, secondaire, collège, tertiaire <i>n</i> = 74 enfants (<i>ECBI intensity score</i> ≥ 131 or <i>problem score</i> ≥ 15) 55 garçons (74 %) TSA (32,4 %), RGD (17,6 %), Syndrome de Down (10,8 %), autres anomalies chromosomales (9,5 %), paralysie cérébrale (6,8 %)	Compétences parentales (<i>Parenting Sense of Competence</i>, Gibaud-Wallston et Wandersman, 1978) Dépression, anxiété, stress (DASS -42, 1995) Habiletés parentales (<i>Parenting Scale</i>, 1993) Niveau de satisfaction des parents (<i>The Client Satisfaction Questionnaire</i>) Comportement de l'enfant¹⁰ Mesures prises : Pré intervention Post intervention	Intervenant : Praticien formé Durée : 16 semaines (SSTP-E) et 10 semaines (SSTP-S) Format : Individuel Standard Triple P-Positive Parenting Program (SSTP-S) : 25 stratégies sont enseignées aux parents pour les aider à gérer les comportements de leur enfant. Ces stratégies font la promotion des habiletés parentales, le développement de l'enfant et la gestion des débordements. Les parents apprennent également à planifier des activités pour leur enfant. L'intervenant emploie le <i>modeling</i>, les jeux de rôle, les rétroactions et les devoirs à la maison pour enseigner les différentes stratégies. Enhanced Intervention (SSTP-E) : Ils reçoivent les mêmes stratégies lors des 10 premières séances. Par la suite, l'intervenant leur enseigne à composer (faire face) avec la déficience de leur enfant. Les parents apprennent à écouter et à parler à l'autre, la manière de donner des rétroactions constructives et l'approche de résolution de problèmes parentaux.	Compétences parentales : SSTP-S significativement plus élevées que le groupe contrôle. SSTP-E significativement plus élevées que le groupe contrôle. Pas de différence significative entre les groupes SSTP-S et SSTP-E. Dépression, anxiété et stress : Pas de changement significatif (<i>p</i> = 1,30). Habiletés parentales : SSTP-S significativement plus élevées que le groupe contrôle. SSTP-E pas de différence avec le groupe contrôle. Niveau de satisfaction : Niveau élevé de satisfaction pour le programme reçu. Pas de différence entre le SSTP-S et le SSTP-E. Comportement de l'enfant : Réduction des problèmes de comportement pour 3 des 4 mesures pour le groupe SSTP-E et SSTP-S comparé au groupe contrôle. Pas de différence significative entre le groupe SSTP-E et SSTP-S sur aucune des mesures reliées au comportement de l'enfant, excepté le comportement difficile de l'enfant associé à la dispensation de soins où le SSTP-E produit de meilleurs résultats (<i>p</i> < 0,01).

¹⁰ FOS-NCB = *Family Observation Schedule-% Observed Negative Child Behavior*; DBC-D = *Developmental Behavior Checklist-Disruptive Subscale*; CPC-B = *Care-giving Problem Checklist-Difficult Child Behavior*; CPC-T = *problematic care-giving tasks*

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Quinn et coll., 2007	100	Groupe intervention <i>n</i> = 23 parents âge <i>M</i> = 36,50 (<i>SD</i> 5,99) 7 hommes (32 %) <i>n</i> = 16 enfants (score de comportement¹¹ de 16,36 (4,58) 13 garçons DI (14), TSA (8) Groupe contrôle <i>n</i> = 19 parents âge <i>M</i> = 38,26 (<i>SD</i> 4,10) 5 hommes (26 %) <i>n</i> = 15 enfants (score de comportement¹² de 15,26 (3,34) 14 garçons DI (13), TSA (2)	Ajustement parental et familial (<i>The General Health Questionnaire</i> 12 Goldberg et Williams, 1988) Échelle de soutien social perçu (PSSS, <i>The Perceived Social Support Scale</i>, Carr et O'Reilly, 2000) Index du stress parental (PSI, Abidin, 1995) Satisfaction parentale (<i>Kansas Parental Satisfaction Scale</i>, James et coll., 1995) Problèmes de comportement des enfants (<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>, Goodman, 2007) Mesures prises : Pré intervention Post intervention Phase de suivi (10 mois)	Intervenant : Psychologue sénior ayant un entraînement spécialisé dans ce programme et un animateur incluant un travailleur social, infirmière spécialisée Durée : 6 séances Format : Groupe (7 à 10) Parents Plus Programme : Aide les parents à gérer et résoudre les problèmes de comportement des enfants. À l'aide de capsules vidéo et de discussions, les parents apprennent à employer différentes stratégies (p. ex. utilisation de l'attention parentale pour modifier le comportement, le jeu, les encouragements et félicitations, l'utilisation de récompenses de manière efficace, l'établissement de règles, etc.)	Ajustement parental et familial : Pas de changement significatif. Échelle de soutien social perçu (PSSS) : Pas de changement significatif. Index de stress parental : Pas de changement significatif. Satisfaction parentale : Tous les parents sont assez satisfaits du programme pour le recommander à d'autres. Les aspects les plus aidant des séances sont : rencontrer et écouter les autres parents (37 %) et apprendre des habiletés spécifiques (32 %). Problème de comportement : Pas d'amélioration clinique.

¹¹ Behavior problems strenghts and difficulties Questionnaire total score

¹² Behavior problems strenghts and difficulties Questionnaire total score

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Singh et coll., 2006	0,93	$n = 3$ mères Étendue d'âge= 24 à 33 ans Niveau d'éducation= collégial $n = 3$ enfants (comportements d'agression) Étendue d'âge = 4 à 6 ans TSA (3)	Niveau d'utilisation du <i>mindfulness</i> (<i>Subjective Units of Use of Mindfulness</i>) Satisfaction des parents envers l'interaction avec leur enfant (<i>Subjective Units of Interaction Satisfaction</i>) Satisfaction des parents envers leurs habiletés parentales (<i>Subjective Units of Parenting Satisfaction</i>) Problèmes de comportement Mesures prises : <i>Baseline</i> Formation Pratique	Intervenant : Chercheur sénior de l'étude Durée : 12 semaines (3 séances par semaine les semaines 3, 6, 9 et 12) Format : Individuel Mindfulness (pleine conscience) : L'intervenant enseigne des méthodes de méditation et des exercices à réaliser lors d'interactions avec leur enfant. Ils apprennent à focaliser leur attention, à être dans le moment présent, à accepter sans jugement et la résolution de problèmes.	Niveau d'utilisation du <i>mindfulness</i> : S'engage dans 80 % du temps au <i>mindfulness</i>. Satisfaction des parents (interaction parent-enfant et envers leurs habiletés parentales) : Augmentation du niveau de satisfaction. Problèmes de comportement : Diminution des comportements agressifs (> 70 %), diminution de la non-conformité (> 64 %), diminution de l'automutilation (> 50 %).

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Singh et coll., 2007	100	$n = 4$ mères Étendue d'âge= 23 à 31 ans Niveau d'éducation= primaire, secondaire, collégial $n = 4$ enfants (comportements d'agression) Étendue d'âge = 4 à 6 ans DI (4)	Niveau d'utilisation du <i>mindfulness</i> (<i>Subjective Units of Use of Mindfulness</i>) Satisfaction des parents envers l'interaction avec leur enfant (<i>Subjective Units of Interaction Satisfaction</i>) Satisfaction des parents envers leurs habiletés parentales (<i>Subjective Units of Parenting Satisfaction</i>) Index de stress parental (PSI; Abidin, 1990) Comportements d'agression Interaction sociale avec frère/sœur Mesures prises : <i>Baseline</i> Formation Pratique	Intervenant : Premier auteur de l'étude Durée : 12 semaines (3 séances par semaine les semaines 3, 6, 9 et 12) Format : Individuel Mindfulness (pleine conscience) : L'intervenant enseigne des méthodes de méditation et des exercices à réaliser lors d'interactions avec leur enfant. Ils apprennent à focaliser leur attention, à être dans le moment présent, à accepter sans jugement et la résolution de problèmes.	Niveau d'utilisation du <i>mindfulness</i> : Augmentation du niveau d'utilisation. Index de stress parental : Diminution significative ($p < 0,01$). Satisfaction des parents (interaction parent-enfant et envers leurs habiletés parentales) : Augmentation de la satisfaction. Comportements d'agression : Diminution des comportements agressifs (> 87 %). Interaction sociale avec frère/sœur : Amélioration des interactions positives.

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Sofronoff et coll., 2011	0,67	Groupe intervention <i>n</i> = 26 parents Groupe contrôle <i>n</i> = 27 parents Âge <i>M</i> = 38,64 (<i>SD</i> 5,57) 92,5 % des femmes <i>n</i> = 53 enfants (ECBI <i>intensity score</i> ≥ 131 <i>or problem score</i> ≥ 15) Âge <i>M</i> = 6,15 ans (<i>SD</i> 5,57) TSA (45,3 %), DI (18,9 %), retard de développement (11,3 %), difficulté d'apprentissage spécifique (9,4 %), lésion cérébrale acquise (5,7 %), paralysie cérébrale (3,8 %), trouble de la vision (3,8 %), syndrome de Maroteaux-Lamy (1,9 %)	Compétences parentales (<i>Parenting Sense of Competence Scale</i>, Jonhston et Mash, 1989) Dépression, anxiété, stress (DASS -42, 1995) Style parental (<i>Parenting Scale</i>, 1993) Comportement des enfants (Eyberg Child Behavior Inventory, Eyberg et Pincus, 1999) Mesures prises : Pré intervention Post intervention	Intervenant : Pas d'indication Durée : 2 séminaires de 2 heures Format : Groupe Stepping Stones Triple P (SSTP) : L'intervenant traite des défis reliés aux problèmes de comportement et des avantages à employer une approche parentale positive. Les sept principes de base de cette approche sont enseignés aux parents. Par la suite, les parents apprennent à employer cette approche afin d'enseigner des habiletés clés chez leur enfant.	Style parental : Diminution significative : <i>Overreactivity scale</i> (<i>p</i> = 0,001) <i>Verbosity scale</i> (<i>p</i> = 0,002) Pas de changement : Laxness scale (<i>p</i> = 0,104) Compétences parentales (efficacité, satisfaction) : Pas de différence significative (<i>p</i> = 0,053) Dépression, anxiété, stress : Pas de différence significative Comportement des enfants : ECBI – <i>Problem Scale</i> Diminution significative (<i>p</i> = 0,001) ECBI – <i>Intensity Scale</i> Pas d'effet (<i>p</i> = 0,056)

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Stuttard et coll., 2014	100	Groupe intervention $n = 48$ parents Groupe contrôle $n = 19$ parents $n = 76$ enfants (<i>ECBI intensity score</i> ≥ 131 or <i>problem score</i> ≥ 15) 78 % garçons TSA (42), DI (27), déficience physique (20), déficience sensorielle (7)	Compétences parentales (<i>Parenting Sense of Competence</i>, Gibaud-Wallston et Wandersman, 1978, Johnston et Mash, 1989) Comportement des enfants (<i>The Eyberg Child Behaviour Inventory</i>, Eyberg et Pincus, 1999; Eyberg et Ross, 1978) Mesures prises : Pré intervention (T0) Post intervention (T1) Phase de suivi 1 (3 mois) (T2) Phase de suivi 2 (6 mois) (T3)	Intervenant : Deux animateurs dont l'un doit être un psychologue clinique Durée : 10 séances hebdomadaires d'une durée de 2 heures Format : Groupe <i>Riding the Rapids programme</i> : S'appuie sur l'analyse comportementale et des approches pour gérer les comportements. L'intervenant cible également le bien-être parental et leur donne des stratégies simples pour gérer leur stress. Les parents apprennent à utiliser des outils de communication, le renforcement positif et le jeu.	Compétences parentales (satisfaction et efficacité) : Amélioration de la satisfaction ($p < 0,001$). Amélioration de l'efficacité ($p = 0,039$). Comportement des enfants : <i>ECBI – Problem Scale</i> Diminution significative ($p < 0,001$) <i>ECBI – Intensity Scale</i> Diminution significative ($p = 0,004$)

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Tellegen et coll., 2014	100	Groupe intervention $n = 35$ parents âge $M = 36,50$ ($SD 5,99$) 1 homme (2,86 %) $n = 35$ enfants (ECBI $M = 153,36$ $SD 30,14$) âge $M = 5,66$ (2,18) 29 garçons (82,86) TSA (9), Autisme (10), syndrome d'Asperger (7), PPD-NOS (9) Groupe contrôle (<i>Care As Usual</i>) $n = 29$ parents âge $M = 38,07$ ($SD 5,03$) 2 hommes (6,9 %) $n = 29$ enfants (ECBI $M = 136,18$ $SD 30,11$) âge $M = 5,69$ (2,12) 26 garçons (89,66) TSA (7), Autisme (10), syndrome d'Asperger (5), PPD-NOS (7)	Confiance parentale (Parenting Task Checklist, 2005) Dépression, anxiété, stress (DASS -21, 1993) Style Parental (<i>Parenting Scale</i>, 1993) Satisfaction parentale envers le programme (<i>The Client Satisfaction Questionnaire</i>) Problèmes de comportement (Eyberg et Pincus, 1999) Mesures prises : Pré intervention Post intervention Phase de suivi (6 mois)	Intervenant : Détenant un diplôme en psychologie et accrédité PCSSTP Durée : 4 séances de 15 à 105 minutes Format : Individuel Primary Care Stepping Stones Triple P (PCSSTP) : L'intervenant aide les parents à élaborer des plans de soutien du comportement afin de prévenir les comportements problématiques de leur enfant.	Confiance parentale : Amélioration significative ($p < 0,001$) Dépression, anxiété, stress : Diminution significative du stress parental ($p < 0,001$). Pas d'effet significatif pour la dépression et l'anxiété. Style parental : Diminution significative : Échelle d'hyperactivité ($p = 0,001$) Échelle de verbosité ($p = 0,001$) Échelle du laxisme ($p = 0,000$) Satisfaction parentale envers le programme : Bon niveau de satisfaction Problèmes de comportement ECBI – <i>Problem Scale</i> Diminution significative ($p = 0,004$) ECBI – <i>Intensity Scale</i> Diminution significative ($p < 0,001$)

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Todd et coll., 2010	0,70	$n = 22$ parents 3 hommes $n = 21$ enfants Étendue d'âge= 4 à 11 ans ($M = 7$ ans) 15 garçons DI, TSA et comorbidité incluant TGC, ADHD, déficiences neurologiques (paralysie cérébrale, épilepsie)	Anxiété et dépression (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>, Zigmond et Snaith, 1983) Confiance à gérer les comportements (<i>Behaviour Management Questionnaire</i>, non validé) Problèmes de comportement (<i>Behaviour Management Questionnaire</i>, non validé) Mesures prises : Pré intervention Post intervention	Intervenants : Psychologue clinique avec l'aide d'une infirmière communautaire et d'un éducateur spécialisé. Un orthophoniste peut également joindre le groupe pour la section sur la communication. Durée : 9 ou 10 séances de 2 heures Format : Groupe (5 à 8) Parental Survival Course : Basé sur la théorie de l'apprentissage social. Les cours incorporent le <i>modeling</i>, la résolution de problèmes et les jeux de rôle pour soutenir l'apprentissage des parents. Les thèmes abordés pendant les cours sont : comprendre la fonction du comportement, les félicitations et les récompenses, régler des limites, gérer le stress parental, faciliter la communication...	Anxiété et dépression : Diminution significative ($p < 0,0005$) Confiance à gérer les comportements : Amélioration significative ($p < 0,0005$) Problèmes de comportement : Diminution significative ($p < 0,0005$)

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
Wertheimer, 2008	0,64	$n = 2$ mères Niveau d'éducation : travaille en éducation spécialisée $n = 2$ enfants (problème de comportement de léger à modéré) âgés de 4 ans et 9 ans 1 garçon Autisme	Apprentissage des parents Indice de stress parental (PSI, Abidin, 1995) Satisfaction parentale (<i>Parent's Consumer Satisfaction Questionnaire</i>) Problèmes de comportement (PDDBI-P, Cohen et Sudhalter, 2005) Mesures prises : Pré intervention Post intervention	Intervenant : Chercheur Durée : 6 séances et plus sur 2 semaines Format : Individuel Functional Assessment Training (FCT) : Guide les parents à effectuer des évaluations fonctionnelles du comportement de leur enfant.	Apprentissage des parents : Augmentation de la compréhension de l'évaluation fonctionnelle et des concepts de base. Indice du stress parental (PSI) : Diminution significative du niveau de stress relié à l'enfant pour une seule mère ($p < 0,05$). Problème de comportement : Pas de changements significatifs. Satisfaction parentale : Généralement très satisfaites avec l'intervention.

Auteurs/ Année	Qualité méthodo- logique	Échantillon	Mesures	Procédures	Conclusion
White, 2010	100	Groupe intervention $n = 19$ parents Groupe contrôle $n = 16$ parents $n = 35$ enfants (TCG) 33 garçons TSA, syndrome d'Asperger, PPD-NOS	Confort à gérer les problèmes de comportements (White, 2007) Niveau de connaissances Niveau de stress parental (<i>Caregiver Evaluation of Quality of Life</i>¹³, Lincoln et Powers, 2007, outil non validé) Niveau de satisfaction Fréquence des problèmes de comportement Qualité de vie des enfants (<i>Pediatric Quality of Life Inventory</i>, Varni, 2007) Mesures prises : Pré intervention Post intervention	Intervenant : maîtrise ou plus en psychologie clinique Durée : 4 séances de 2 à 3 heures Format : groupe (1 à 6) <i>Integrative Parent Education Program</i> : quatre modules sont enseignés aux parents. Les sujets abordés incluent le diagnostic de l'autisme, la gestion du comportement, l'évaluation fonctionnelle, le modèle de conséquence (ABC), le stress familial, etc.	Confort des parents à gérer les problèmes de comportements : Aucun changement significatif ($p = 0,96$). Niveau de connaissances acquis : Gain significatif de connaissances pour le groupe intervention comparé au groupe contrôle ($p = 0,004$). Niveau de stress parental : Niveau de stress plus élevé à la fin de l'intervention ($p = 0,00$). Niveau de satisfaction : Généralement très satisfaits de l'intervention. Fréquence des problèmes de comportement : Pas de changement significatif ($p = 0,54$). Qualité de vie des enfants : Aucun changement significatif.

¹³ En plus d'évaluer le stress parental, cet outil mesure le confort des parents avec le fonctionnement de l'enfant, le fardeau des parents, l'interférence avec le fonctionnement de la famille, l'acceptation de la famille et des ressources communautaires, l'ajustement de la famille.

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

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

www.ciuussmcq.ca



Québec 

Affilié à

UQTR



Université du Québec
à Trois Rivières