

Addenda

**L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements
pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du
spectre de l'autisme (TSA)**

Juillet 2014

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Rédigé par
Céline Mercier

Avec la collaboration de
Isabelle Beaudoin

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document est accessible en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Équipe de projet

Auteure

Céline Mercier, Ph. D.

Collaboratrice

Isabelle Beaudoin, Ph. D.

Direction scientifique

Sylvie Bouchard, M. Sc., M.B.A.

Édition

Responsable

Diane Guilbault

Coordination

Patricia Labelle

Révision linguistique

Révision Littera Plus

Traduction

Mark Wickens

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-70929-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2014

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Addenda L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. Rédigé par Céline Mercier avec la collaboration d'Isabelle Beaudoin. Montréal, Qc : INESSS; 2014. 20p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Déclaration de conflit d'intérêts

M^{me} Céline Mercier a reçu des honoraires de la part du CRDITED de la Montérégie-Est pour des présentations et pour la participation à la rédaction d'articles sur les résultats de la recherche menée en Montérégie-Est sur «L'offre de services spécialisés aux enfants âgés de 2 à 5 ans qui présentent un trouble envahissant du développement (TED) : évaluation de la dispensation des services et de leurs effets». Elle a également occupée jusqu'à septembre 2010 le poste de Directrice scientifique aux centres de réadaptation en DI et TED Gabrielle-Major, Lisette-Dupras et de l'Ouest de Montréal. Des honoraires ont été versés à M^{me} Mercier de la part de la Fédération des CRDITED pour une consultation sur le suivi de l'implantation du Guide de pratique concernant les services aux enfants avec un TED âgés de 0 à 5 ans. Jusqu'en mars 2012, M^{me} Céline Mercier était chercheure principale de l'équipe de recherche en partenariat financée par le FQRSC (Fonds québécois de recherche sur la société et la culture).

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY	II
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	III
INTRODUCTION	1
1 MÉTHODOLOGIE	3
2 RÉSULTATS	4
2.1 CONFIRMATION DES RECOMMANDATIONS DE L'AVIS DE L'INESSS.....	5
2.2 INTERVENTIONS DE RÉADAPTATION À CONSIDÉRER POUR DES RECOMMANDATIONS FUTURES.....	8
2.3 RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES CLINIQUES.....	9
DISCUSSION	10
CONCLUSION	11
ANNEXES.....	12
RÉFÉRENCES	16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Résultat de la recherche documentaire	4
Tableau 2	Résultat de la mise à jour de la documentation sur les recommandations.....	7
Tableau 3	Documentation reliée aux recommandations concernant les interventions auprès des enfants et des parents.....	12
Tableau 4	Documentation reliée aux recommandations concernant les traitements.....	14
Tableau 5	Répartition de la documentation suivant l'objet des recommandations	15

RÉSUMÉ

En septembre 2013, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié un avis intitulé *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. Cet avis faisait mention du développement rapide des connaissances dans ce domaine et portait à l'attention du lecteur des publications contemporaines à l'occasion de la parution de l'avis, et qui traitaient de questions identiques à celles auxquelles l'avis s'intéressait. À l'hiver 2014, l'INESSS a donc entamé des travaux afin de mettre à jour la documentation pertinente à l'avis pour la période 2010-2013. Les objectifs de l'addenda sont de deux ordres :

- 1) évaluer dans quelle mesure la littérature récente confirme ou non les conclusions sur lesquelles se basent les recommandations de l'avis et signaler les ajustements possibles dans le cas où de nouvelles données suggéreraient d'y apporter des modifications;
- 2) transmettre de l'information sur le développement des connaissances dans le domaine des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques et faire connaître des ressources susceptibles d'appuyer les démarches de diversification des services à l'intention des enfants de 2 à 12 ans ayant un TSA.

SUMMARY

The efficacy of rehabilitative interventions and pharmacological therapies for children aged 2 to 12 years with autism spectrum disorder (ASD)

In September 2013, the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) published a notice entitled *The efficacy of rehabilitative interventions and pharmacological therapies for children aged 2 to 12 years with autism spectrum disorder (ASD)*. The notice pointed out that knowledge in this area is developing rapidly and called the reader's attention to publications contemporaneous with the publication of the notice that dealt with the same issues as those examined in the notice. In the winter of 2014, INESSS therefore undertook to provide an update on the literature relevant to the notice for the period from 2010 to 2013. The objective of this addendum is twofold:

- 1) To determine the extent to which the recent literature confirms or does not confirm the conclusions on which the notice's recommendations are based and to indicate any possible adjustments in the event that new data warrant changes thereto;
- 2) To provide information on the development of knowledge in the area of rehabilitative interventions and pharmacological therapies and to indicate resources that could support measures to diversify services for children aged 2 to 12 years with ASD.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAC	Analyse appliquée du comportement (<i>Applied Behavioral Analysis – ABA</i>)
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
EIBI	<i>Early intensive behavioral intervention</i>
DSS	Australian Government Department of Social Services
HAS	Haute Autorité de Santé
FQCRDITED	Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
HCWA	Helping Children with Autism
HSRA	Health Services Resources Administration
ICI	Intervention comportementale intensive
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
NAC	National Autism Center
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NPDC	National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders
PECS	<i>Picture Exchange Communication System</i>
RBPC	Document de recommandations de bonnes pratiques cliniques
RS	Revue systématique
SACCADE	Structure et apprentissage cognitif continu adaptés au développement évolutif
SCERTS	<i>Social Communication/ Emotional Regulation/ Transactional Support</i>
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TEACCH	<i>Treatment and Education of Autistic and related Communications Handicapped Children</i>
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

INTRODUCTION

En septembre 2013, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié un avis intitulé *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)* [INESSS, 2013a]. Cet avis avait comme objectif de déterminer les interventions de réadaptation et les traitements pharmacologiques les mieux appuyés par les données probantes et les plus pertinents pour le Québec¹. Dans cet avis, l'INESSS faisait mention du développement rapide des connaissances dans ce domaine et portait à l'attention du lecteur des publications contemporaines à la parution de l'avis et qui traitaient de questions identiques à celles auxquelles il s'intéressait. Cet addenda propose une mise à jour de la documentation pertinente à l'avis pour la période 2010-2013, c'est-à-dire depuis la parution du rapport de Warren, Veenstra-Vander et leurs collaborateurs [2011b] de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), document à la base des travaux de l'avis de l'INESSS.

Objectifs

Les objectifs de ce texte sont de deux ordres. Il s'agit d'abord d'évaluer dans quelle mesure la littérature récente confirme ou non les conclusions sur lesquelles se basent les recommandations de l'avis et de signaler les ajustements possibles dans le cas où de nouvelles données suggéreraient d'y apporter des modifications. L'addenda vise aussi à transmettre de l'information sur le développement des connaissances dans le domaine des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques et à faire connaître des ressources, en grande partie électroniques, susceptibles d'appuyer les démarches de diversification des services à l'intention des enfants de 2 à 12 ans ayant un TSA.

Rappel des recommandations

Dans l'avis publié en septembre 2013, l'INESSS recommandait :

Pour les enfants et les parents :

- Que l'intervention comportementale intensive précoce demeure l'intervention privilégiée pour les enfants d'âge préscolaire, compte tenu de ses effets sur le fonctionnement cognitif, le langage et les comportements adaptatifs. Pour atteindre le niveau d'intensité minimal (20 heures) nécessaire à l'obtention des effets, les interventions comportementales intensives (ICI) et les techniques éducatives comportementales générales (y inclus l'enseignement par essai distinct, l'enseignement fortuit et l'enseignement des habiletés pivots) devraient faire l'objet d'une implantation large et suivie, de formation et de supervision auprès des intervenants, des parents et autres adultes significatifs;
- Que les interventions centrées sur l'attention conjointe et le jeu symbolique soient incluses dans les services aux enfants d'âge préscolaire, en raison de leurs effets sur le développement des habiletés de communication préalables à la participation sociale;
- Que les interventions suivantes soient privilégiées dans le développement des services pour les enfants d'âge scolaire : le modèle TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and*

¹. L'avis de l'INESSS traitait ainsi de l'efficacité des interventions, mais n'avait pas comme objectif de déterminer les meilleures pratiques cliniques associées à ces interventions.

related Communications Handicapped Children); l'entraînement en groupe (ou individuel si les circonstances le demandent) aux habiletés sociales; la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la formation à l'approche cognitivo-comportementale, associées à la gestion des émotions et des comportements indésirables liés à l'autisme;

- Que la formation des parents soit considérée comme prioritaire. Celle-ci devrait prendre deux formes : une formation parentale intensive dans des situations particulières telles que l'annonce du diagnostic, le début d'une nouvelle intervention (ICI principalement) et les transitions; une formation continue et un accompagnement relatifs aux comportements indésirables associés aux TSA, aux relations parents-enfants et à la vie quotidienne en général.

Pour la mise en œuvre des interventions

- Que les interventions de réadaptation à l'intention des enfants de 2 à 12 ans ayant un TSA s'inscrivent dans une offre de service globale qui prendra en considération les différents ministères et paliers de gouvernance concernés;
- Que le transfert des connaissances, essentiel pour le déploiement des interventions, mobilise de façon concertée les milieux universitaires, les ordres professionnels et les organismes dispensateurs de services; qu'il porte sur les TSA, l'offre de service et les interventions; que les modalités de ce transfert s'adaptent aux publics visés et mettent à profit les nouvelles technologies;
- Que les programmes de formation, le suivi et la supervision des intervenants servent de point d'appui à une plus grande homogénéité et intégrité dans la dispensation des interventions;
- Que le développement des connaissances prenne appui sur l'évaluation rigoureuse de projets pilotes et sur des pratiques de pointe, de même que sur la mobilisation des savoirs issus de l'expérience.

Pour les traitements pharmacologiques

- Qu'une réflexion soit entreprise sur la place des traitements pharmacologiques dans les services aux enfants avec un TSA et sur l'utilisation simultanée d'interventions de réadaptation et de traitements pharmacologiques;
- Que tous les intervenants soient sensibilisés au fait que près du tiers des enfants inscrits au RPAM avec un diagnostic de TSA reçoivent des médicaments psychotropes; qu'ils soient informés de l'efficacité démontrée de la rispéridone et de l'aripiprazole pour des indications précises, mais aussi de leurs effets secondaires indésirables importants de même que de l'inefficacité démontrée de la sécrétine.

1 MÉTHODOLOGIE

Bien que considérées comme partie intégrante de la démarche d'ETMI, les politiques et la procédure de mise à jour des revues systématiques (RS) et des documents de recommandation de bonnes pratiques cliniques (RBPC) (guides de pratique et lignes directrices) demeurent encore très peu documentées [Vernooij *et al.*, 2014; García *et al.*, 2012; Alonso-Coello *et al.*, 2011; Garritty *et al.*, 2010; Moher *et al.*, 2007; Shojania *et al.*, 2007]. Les données probantes sont elles-mêmes peu concluantes quant aux meilleures stratégies à adopter [García *et al.*, 2012]. Ainsi, on ne dispose pas d'indications claires sur des questions telles que : les indicateurs (*updating signals*) et les délais optimaux pour procéder à une mise à jour de la documentation; sa portée à partir d'une recherche exhaustive ou orientée (l'ensemble des questions d'évaluation ou des questions ciblées); les descripteurs originaux ou modifiés.

Faute de balises méthodologiques reconnues et dans un contexte de disponibilité restreinte des ressources, la recherche documentaire pour l'addenda à l'avis de l'INESSS pour la période 2010-2013 a porté exclusivement sur les RS et les méta-analyses et sur les RBPC à portée nationale. Les études primaires, les guides de pratique à portée locale (publiés ailleurs qu'au Canada) et les articles de synthèse qui décrivent des pratiques exemplaires sur la base de la documentation disponible plutôt qu'à partir d'une démarche originale ont donc été exclus. Différentes combinaisons des termes *autism spectrum disorders, treatments, therapies, interventions, pharmacologic, systematic review, meta-analysis, guidelines* et leurs variantes ont été utilisées comme descripteurs. Seuls les documents relatifs aux interventions de réadaptation auxquelles l'avis fait référence ou aux traitements pharmacologiques les plus souvent utilisés auprès des enfants avec un TSA suivant le « Portrait de l'usage des médicaments chez les enfants et les adolescents ayant reçu un diagnostic de troubles du spectre de l'autisme couverts par le régime public d'assurance médicaments » [INESSS, 2013b] ont été retenus.

Dans le but de valider la démarche méthodologique et la pertinence de l'addenda, les ordres professionnels concernés par ce dossier ont en plus été consultés afin de vérifier que les travaux étaient conformes aux objectifs de l'addenda et de proposer des ajustements, le cas échéant. La contribution potentielle dans le transfert de connaissances lié à cet addenda a aussi été abordée. Les ordres professionnels qui ont été consultés sont les suivants : Collège des médecins, Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec et Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a aussi participé à la consultation.

2 RÉSULTATS²

Trente-quatre (34) documents ont été répertoriés, soit 25 RS et méta-analyses et 9 RBPC produits par sept organismes (tableau 1). Parmi les RS et méta-analyses, sept couvrent un ensemble d'interventions ou de traitements, alors que les autres sont propres à une intervention de réadaptation ou à un traitement pharmacologique. Seize documents ont trait à des interventions de réadaptation et neuf à des traitements pharmacologiques. Des documents, RS ou RBPC, ont pu être répertoriés se rapportant à l'ensemble des interventions de réadaptation et traitements pharmacologiques visés par les recommandations. En revanche, aucune RS ou méta-analyse ne porte sur des structures ou des pratiques organisationnelles, telles que celles évoquées dans la section sur la mise en œuvre des recommandations touchant les interventions de réadaptation. Ces recommandations ne trouvent un écho que dans les RBPC. En annexe, les tableaux 3 et 4 permettent de repérer les documents pertinents pour chacune des recommandations qui ont été faites dans l'avis de l'INESSS, alors que le tableau 5 présente la répartition des documents suivant l'objet des recommandations.

Tableau 1 Résultat de la recherche documentaire

Revue systématique et méta-analyses N = 25 (7 provenant de la collaboration Cochrane)	
Générales	
- Interventions de réadaptation - Traitements pharmacologiques	- Odom <i>et al.</i>, 2010a; Odom <i>et al.</i>, 2010b; Prior <i>et al.</i>, 2011; Young <i>et al.</i>, 2010 - Huffman <i>et al.</i>, 2011; McPheeters <i>et al.</i>, 2011; Siegel et Beaulieu, 2012
Spécifiques	
- Analyse appliquée du comportement (AAC)/Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI)/UCLA/Lovaas - Entraînement de groupe aux habiletés sociales - Entraînement individuel aux habiletés sociales (scénarios sociaux) - Thérapie cognitivo-comportementale (anxiété) - Formation et accompagnement des parents - Intégration sensorielle - Rispéridone - Aripiprazole - Sécrétine - Antidépresseurs tricycliques - ISRS (sérotonine) - Méthylphénidate (psychostimulant)	- Reichow <i>et al.</i>, 2012a¹; Warren <i>et al.</i>, 2011a (incluant Early Start Denver Model) - Reichow <i>et al.</i>, 2012b¹ - Karkhaneh <i>et al.</i>, 2010; Kokina et Kern, 2010; Test <i>et al.</i>, 2011 - Lang <i>et al.</i>, 2010; Sukhodolsky <i>et al.</i>, 2013 - Oono <i>et al.</i>, 2013¹; Patterson <i>et al.</i>, 2012; Warren <i>et al.</i>, 2011a - Case-Smith <i>et al.</i>, 2014; Lang <i>et al.</i>, 2012 - Sharma et Shaw, 2012 - Ching et Pringsheim, 2012¹ - Krishnaswami <i>et al.</i>, 2011; Williams <i>et al.</i>, 2012 - Hurwitz <i>et al.</i>, 2012¹ - Williams <i>et al.</i>, 2013 - Sharma et Shaw, 2012

². Dans le but de faciliter la lecture et la compréhension des résultats, le texte a été allégé des références, celles-ci se trouvant dans les tableaux.

Documents de RBPC N = 9 (7 organismes)	
• Angleterre • Australie • Etats-Unis	• NICE, 2013 • Prior et Roberts, 2012; DSS, 2013 • Maglione <i>et al.</i> (HSRA), 2012; NAC, 2011a; NAC, 2011b; NPDC, 2014
• Europe • France	• Parsons <i>et al.</i>, 2011 • HAS, 2012

1. Revue systématique ou méta-analyse provenant de la collaboration Cochrane.

2.1 Confirmation des recommandations de l'avis de l'INESSS

De façon générale, les conclusions des RS et méta-analyses et des RBPC appuient le choix des interventions de réadaptation proposées dans les recommandations faites dans l'avis de l'INESSS (tableau 2 et tableau 3 en annexe). Il en va de même pour les recommandations faites à propos des traitements pharmacologiques (rispéridone et aripiprazole) (tableau 2 et tableau 4 en annexe). En ce qui concerne ces interventions de réadaptation et traitements pharmacologiques, les niveaux de preuve quant à l'efficacité sont demeurés stables dans les RS et méta-analyses publiées récemment. Seule une minorité d'interventions de réadaptation sont considérées comme établies sur la base des données probantes³. D'autres interventions de réadaptation de même que la formation et l'accompagnement des parents (suivant certaines modalités – en groupe et individuel, intensive et continue – et certains contenus – TSA, approche comportementale, vie quotidienne, transition) sont toujours considérés comme prometteurs et comme de bonnes pratiques sur la base de l'opinion d'experts et de données probantes émergentes (tableau 2). Cinq RBPC considèrent aussi comme une pratique exemplaire le fait d'associer les parents à l'intervention et proposent des façons pour le faire.

Alors que l'avis reprend la cible visée par les orientations ministérielles de 20 heures par semaine d'intervention (basée sur les principes de l'AAC) auprès des enfants de 2 à 5-6 ans, deux RBPC recommandent un minimum de 25 heures d'intervention par semaine. Pour atteindre cette cible, l'HAS [2012] propose une stratégie du même type que celle proposée dans l'avis, soit que ces heures d'intervention soient partagées entre les intervenants professionnels et les parents formés ou encore entre des interventions individuelles et des activités en petits groupes. La recommandation de l'avis indiquant une cible de 20 heures par semaine est toutefois maintenue compte tenu des listes d'attente actuelles au Québec.

Les données sur certaines interventions de réadaptation ne faisant pas l'objet d'une recommandation dans l'avis de l'INESSS, bien qu'elles aient été jugées pertinentes pour le Québec par les parties prenantes consultées, demeurent non concluantes quant à l'efficacité de l'intégration sensorielle⁴ et sont absentes en ce qui concerne l'imitation et la SACCADÉ (Structure et apprentissage cognitif continu adaptés au développement évolutif) (tableau 2).

Sur le plan des traitements pharmacologiques, la rispéridone et l'aripiprazole sont toujours jugés efficaces pour traiter des symptômes comorbides spécifiques (comportements répétitifs,

³. Ces interventions sont reliées à l'approche de l'analyse appliquée du comportement et à l'EIBI. Il est à noter qu'elles ne correspondent pas exactement à l'ICI qui s'en inspire largement mais pourrait prendre des formes plus éclectiques. Voir à ce propos le Guide de pratique de la FQCRDITED [2010].

⁴. Les résultats des revues systématiques, méta-analyses et RBPC quant aux effets de l'intégration sensorielle sont non concluants parce que mitigés d'une étude à l'autre. La diversité des interventions de ce type permet difficilement de conclure à l'efficacité de l'intégration sensorielle.

irritabilité, troubles du comportement). Leurs effets secondaires indésirables sont confirmés. La plupart des autres médicaments psychotropes, dont les antidépresseurs tricycliques et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), continuent d'être considérés comme non efficaces pour le traitement de comorbidités ou de troubles associés chez les enfants atteints de TSA. Cependant, certaines RS font maintenant état de l'efficacité du méthylphénidate pour ce qui est du traitement de l'inattention et de l'hyperactivité, bien que l'amplitude de son effet semble moindre chez les enfants avec un TSA. La sécrétine, utilisée pour traiter les TSA, est aussi considérée comme non efficace dans les revues systématiques, méta-analyses et RBPC consultées dans le cadre de cet addenda.

Enfin, quelques-unes des recommandations associées à la mise en œuvre des interventions de réadaptation sont reprises dans les RBPC produites en Angleterre, en Australie et en France. Il s'agit des recommandations touchant l'offre globale de services, la formation et le transfert des connaissances et, dans une certaine mesure, la recherche⁵.

⁵. Compte tenu du fait que ces recommandations sont soit très générales (par exemple faire davantage de recherche sur les interventions de réadaptation), soit très précises (par exemple des recommandations sur l'organisation des services en fonction du contexte actuel en France), elles ne sont pas présentées dans le tableau 2.

Tableau 2 Résultat de la mise à jour de la documentation sur les recommandations

1. Confirmation des recommandations de l'avis de l'INESSS [2013a]	
a. Interventions de réadaptation recommandées dans l'avis	
Interventions de réadaptation établies	• Approche comportementale intensive précoce • ICI basé sur l'approche comportementale intensive précoce • Techniques comportementales : enseignement des habiletés pivots, enseignement fortuit, enseignement par essai distinct • 20/25 heures par semaine d'intervention minimale (basée sur les principes de l'AAC)
Interventions de réadaptation prometteuses et émergentes	• Attention conjointe et jeu symbolique • TEACCH • Entraînement de groupe (y compris des pairs) aux habiletés sociales • Scénarios sociaux • Approche cognitivo-comportementale (anxiété) • Formation et accompagnement des parents
b. Interventions de réadaptation non recommandées dans l'avis	
Données non concluantes ou absentes	• Intégration sensorielle • Imitation • SACCADÉ
c. Traitements pharmacologiques recommandés dans l'avis	
Traitements pharmacologiques établis	• Risperidone (effets sur comorbidités) • Aripiprazole (effets sur comorbidités)
d. Traitements pharmacologiques non recommandés dans l'avis	
Données non concluantes/en défaveur des traitements pharmacologiques	• ISRS (sérotonine) • Antidépresseurs tricycliques • Sécrétine
2. Ajouts : interventions de réadaptation à considérer pour des recommandations futures	
Intervention de réadaptation établie	• Modèle <i>Early Start</i> de Denver
Interventions de réadaptation prometteuses et émergentes	• PECS • SCERTS • Supports visuels, analyse des tâches, horaires, calendriers • Interventions par ordinateur • DIR/<i>Floortime</i> • Hanen « <i>More than Words</i> » • Triple P-<i>Stepping Stones</i> • Formation des parents et des autres adultes significatifs sur les stratégies d'intervention telles que l'enseignement fortuit et les habiletés pivots • Associer les éducateurs en milieu de garde, les enseignants et les pairs (enfants d'âge scolaire) aux interventions

3. Ajouts : Traitement pharmacologique à considérer pour des recommandations futures	
Traitement pharmacologique établi	• Méthylphénidate (psychostimulant) (effets sur l'inattention et l'hyperactivité)
4. Ajouts : Bonnes pratiques entourant les interventions de réadaptation	
• Évaluation multifonctionnelle • Plan d'intervention individualisé et plan de services individualisé • Suivi de l'atteinte des objectifs • Interventions à réaliser par des équipes multidisciplinaires • Participation de la famille et de l'enfant	
5. Ajouts : Bonnes pratiques entourant la prescription de traitements pharmacologiques	
• Les ordonnances doivent s'inscrire dans un plan d'intervention. • Les ordonnances doivent être faites dans des conditions aiguës. • Les doses efficaces les plus faibles possible doivent être prescrites. • Les prescriptions doivent être de courte durée. • Les ordonnances médicales doivent s'accompagner d'un suivi périodique complet, suivant le traitement privilégié.	

2.2 Interventions de réadaptation à considérer pour des recommandations futures

Certaines interventions n'ayant pas fait l'objet d'une recommandation dans l'avis, mais jugées pertinentes pour le Québec par les parties prenantes consultées, sont maintenant considérées comme étant susceptibles de produire des effets dans certaines RS ou comme des pratiques prometteuses dans les RBPC. Ces interventions devraient ainsi être considérées pour des recommandations futures sur la base de l'opinion d'experts et des données probantes émergentes (tableau 2). Il s'agit de : PECS (*Picture Exchange Communication System*), SCERTS (*Social Communication/ Emotional Regulation/ Transactional Support*), des supports visuels, de l'analyse des tâches, des horaires, des calendriers et des interventions par ordinateurs pour les enfants. Parmi ces interventions de réadaptation, PECS est l'intervention qui a généré le plus d'études (tableau 3).

Au même titre, l'efficacité des trois programmes pouvant être utilisés avec les parents ou d'autres adultes significatifs (*DIR/Floortime*; Hanen « *More than Words* »; *Triple P-Stepping Stones*) est mieux démontrée à la suite de la mise à jour de la documentation⁶, ce qui nous permet de considérer ces interventions comme prometteuses sur la base de l'opinion d'experts et de données probantes émergentes. Elles devraient donc aussi être considérées dans le futur. Les auteurs de deux RS spécifient en plus que les parents devraient être formés sur les stratégies d'intervention telles que l'enseignement par essai distinct, l'enseignement fortuit et l'enseignement des habiletés pivots et sur la façon de les appliquer auprès de leurs enfants. Dans certaines RBPC, il est aussi question d'associer les éducateurs des milieux de garde, les enseignants et les pairs (enfants d'âge scolaire) aux interventions. L'ensemble de ces interventions pourrait contribuer à la diversification de l'offre de services.

⁶. Dans l'avis, les études qui traitaient de ces interventions portaient sur un ensemble hétérogène d'interventions, et leurs résultats étaient mitigés.

Notons aussi que le modèle *Early Start* de Denver, écarté des recommandations dans l'avis pour des raisons stratégiques⁷, est maintenant évalué au même niveau de preuve que les approches comportementales (*béaviorales*) de type Lovaas et qu'il est donc considéré comme une bonne pratique sur la base de données probantes. Ce modèle devrait ainsi faire partie de recommandations futures si les obstacles actuels à son implantation sont progressivement levés.

Enfin, certains guides de pratique n'hésitent pas à formuler une recommandation du type « ne pas utiliser ». Ainsi, dans les RBPC publiées par NICE, le *neurofeedback*, l'intégration auditive et la communication assistée font l'objet de telles recommandations de non-utilisation. Dans le domaine des diètes et des traitements alternatifs, les acides gras Omega-3, la sécrétine, les agents chélateurs (*chelation*), la thérapie hyperbare et les diètes sont également non recommandés⁸.

2.3 Recommandations de bonnes pratiques cliniques

Tel que spécifié plus haut, l'avis devait porter sur les interventions de réadaptation et les traitements pharmacologiques. Les conditions dans lesquelles ces interventions et traitements devaient être appliqués n'ont donc pas été abordées dans cet avis. Lors de la consultation avec les ordres professionnels, ceux-ci ont regretté que l'avis ne propose pas de balises quant aux contextes les plus propices à la mise en œuvre des interventions et des traitements recommandés. Comme les documents récents de RBPC à l'appui de cet addenda proposent sur le plan national les bonnes pratiques cliniques, celles-ci seront brièvement évoquées.

Les façons de formuler et d'encadrer les bonnes pratiques à propos des interventions de réadaptation varient d'un document de RBPC à l'autre. Cependant, au-delà de ces différences, au moins trois documents de RBPC considèrent comme de bonnes pratiques : l'évaluation multifonctionnelle de l'enfant, y inclus son environnement et la prise en considération des comorbidités (problèmes de santé physique ou mentale, déficiences sensorielles ou intellectuelles, troubles du comportement, troubles du langage, par exemple); la préparation d'un plan d'intervention individualisé et d'un plan de services individualisés et leur révision régulière suivant l'atteinte des objectifs et l'évolution de l'enfant et de son milieu; la mise en œuvre des plans et des interventions par des équipes multidisciplinaires; la participation de la famille et de l'enfant.

En ce qui concerne les traitements pharmacologiques, deux RBPC récentes font référence aux pratiques de prescription [NICE, 2013; HAS, 2012]. Ces deux RBPC sont unanimes pour recommander que les ordonnances soient faites dans des conditions aiguës (crises, par exemple), à des doses efficaces les plus faibles possible, pour de courtes périodes et avec un suivi périodique complet (surveillance médicale et examens nécessaires afin d'évaluer la tolérance à la molécule). De façon générale, il s'agit ainsi d'« encadrer les prescriptions médicamenteuses [HAS, 2012] » et de s'assurer qu'elles s'inscrivent dans un plan d'intervention.

⁷. Bien que retenu sur la base des conclusions de la RS de Warren et ses collègues [2011b], le modèle de Denver *Early Start* n'avait pas fait l'objet de recommandations dans le rapport de l'INESSS publié en septembre 2013 en raison des réserves exprimées par les parties prenantes quant à la possibilité de l'implanter au Québec à court terme. Compte tenu de l'intérêt du milieu pour ce modèle, il a toutefois été recommandé que les initiatives favorables à cette implantation soient encouragées et soutenues.

⁸. Compte tenu du fait qu'aucune question de l'avis ne traitait de ces interventions et traitements, ils ne sont pas présentés dans le tableau 2. Toutefois, par souci éthique, nous avons décidé de souligner cette information dans cet addenda.

DISCUSSION

Sur la base des grilles d'évaluation de la qualité des recherches et du niveau de preuve, les conclusions des RS et méta-analyses demeurent très stables : les données probantes ne permettent pas de conclure hors de tout doute à l'efficacité des interventions de réadaptation étant donné qu'aucune n'atteint un niveau de preuve élevé. Dans ces circonstances, de nouvelles stratégies sont développées pour permettre de distinguer des interventions « prometteuses » de celles qui s'avèrent non efficaces ou dont l'efficacité ne peut être démontrée. Par exemple, dans leur RS sur des approches globales, Odom et ses collaborateurs [2010a] ont évalué ces programmes suivant cinq critères sur une échelle de 1 à 5⁹. Les modèles qui obtiennent une cote entre 4 et 5 sur cinq critères sont retenus. Dans le cas des RBPC, à défaut de données probantes, on s'appuie sur l'opinion des experts pour reconnaître les bonnes pratiques. Le fondement de la recommandation est alors clairement explicité. Ainsi, dans le cadre du « package » *Helping Children with Autism* [DSS, 2013] du gouvernement australien, des interventions sont admissibles à un financement sur la base de la preuve de leur efficacité suivant la recherche (ER), d'autres sur la base de leur reconnaissance en tant que bonne pratique (EE). Certaines ne sont admissibles que si elles sont utilisées avec d'autres interventions (EO). Enfin, des interventions sont non admissibles (NE). Ces spécifications ont été mentionnées dans le tableau 3.

Cet addenda a tiré profit de ces stratégies pour distinguer les interventions de réadaptation les plus intéressantes de celles dont l'efficacité est moins susceptible d'être démontrée. De ce point de vue, des interventions de réadaptation pourraient être considérées pour la diversification des services : PECS, SCERTS, les interventions par ordinateur et éventuellement le modèle de Denver sur une base plus limitée, compte tenu des contraintes liées à son implantation¹⁰. Il est à noter que les parents peuvent avantageusement être associés à ces interventions. De même, d'autres programmes qui mettent à profit les interactions des enfants avec les parents et autres adultes significatifs tels que DIR/*Floortime*, Hanen « *More than Words* » et Triple P-*Stepping Stones* mériteraient d'être développés dans le cadre de la priorisation des interventions auxquelles les parents sont associés.

En résumé, la littérature récente n'incite pas à apporter de modifications aux conclusions de l'avis de l'INESSS publié en 2013. Par conséquent, les recommandations qui y sont formulées demeurent inchangées¹¹. Sur la base du développement des données probantes, des avis d'experts et des recommandations de bonnes pratiques cliniques, l'addenda permet cependant de considérer pour de futures recommandations des interventions de réadaptation mises à l'écart dans l'avis de septembre 2013.

⁹. Ces critères sont : 1) que le modèle soit documenté dans un manuel ou un guide de procédure; 2) qu'il propose des mesures de fidélité; 3) qu'il ait été reproduit; 4) qu'il soit appuyé par des données probantes sur son efficacité; 5) que les données soient issues d'études de qualité.

¹⁰. Lors de la consultation avec les parties prenantes, une majorité de participants se sont entendus sur le fait qu'il existe, au Québec, de nombreux obstacles à une utilisation du modèle de Denver dans son intégralité : accréditation, droits d'auteur, traduction, adaptation du matériel (protocole et formulaires), formation des formateurs, investissement financier considérable, nécessité préalable d'une équipe interdisciplinaire et de la participation des parents [INESSS, 2013a]. Par contre, au moment de la journée de consultations, des démarches étaient en cours, au Québec, afin de traduire le guide d'utilisation du modèle de Denver et d'acheter les droits.

¹¹. À l'appui de cette conclusion, il est intéressant de signaler que la RS de Warren et ses collaborateurs [2011b] utilisée dans la préparation de l'avis reçoit une cote de priorité peu élevée pour sa mise à jour, suivant une mesure développée par l'AHQ pour déterminer si des recommandations devraient être révisées et le niveau de priorité de cette révision [Ahmadzai et al., 2013].

CONCLUSION

L'addenda de l'avis avait comme objectif premier d'évaluer dans quelle mesure la littérature récente confirme ou non les recommandations faites dans l'avis. Sur la base de la documentation publiée depuis 2010, ces recommandations demeurent justifiées. L'avis est même conservateur en ce sens que des interventions qui n'ont pas fait l'objet de recommandations pourraient être considérées dans une perspective de diversification des services. Des recommandations de bonnes pratiques sont aussi formulées pour définir le contexte dans lequel ces interventions devraient être appliquées. En ce qui concerne les traitements pharmacologiques, les données récentes ne suggèrent pas de modifications aux conclusions quant à l'efficacité de ceux-ci dans le traitement de comorbidités ou de problèmes associés aux TSA, tels que les comportements répétitifs, l'irritabilité et les troubles du comportement. Un médicament apparaît maintenant indiqué pour le traitement de l'hyperactivité. Compte tenu de ses effets indésirables attestés, les guides de pratique clinique les plus récents [NICE, 2013; HAS, 2012] précisent, en plus, des bonnes pratiques concernant la prescription.

L'addenda établit ainsi le portrait actuel des interventions et des traitements considérés comme efficaces ou prometteurs dans la littérature scientifique récente. Par conséquent, il traite autant de modèles généraux d'intervention que d'approches ou de techniques d'intervention particulières. La littérature scientifique sur l'efficacité des interventions auprès d'enfants vivant avec un TSA étant en pleine effervescence, il s'avère ainsi particulièrement important qu'elle soit mise à jour régulièrement. De ce point de vue, la liste des références qui accompagne cet addenda devrait diriger la recherche vers les sites les plus susceptibles d'entretenir la veille documentaire¹².

¹². Ainsi, le NPDC vient de mettre en ligne une mise à jour de sa recension sur les interventions en TSA. Sur cette base, la liste des interventions recommandées passe de 24 à 27. À l'été 2014, le NAC va publier sur son site une revue et une analyse des traitements sur la base de la recherche publiée entre 2007 et 2012. Cette nouvelle revue va inclure les traitements pour les adultes (22 ans et plus).

ANNEXES

Tableau 3 Documentation reliée aux recommandations concernant les interventions auprès des enfants et des parents

	Revue systématique et méta-analyses	Recommandations de bonnes pratiques cliniques ¹
1. Recommandations concernant les enfants de 2 à 5 ans		
ICI ⁴ /EIBI Lovaas/UCLA	Odom <i>et al.</i> , 2010b; Odom <i>et al.</i> , 2010a; Prior <i>et al.</i> , 2011; Reichow <i>et al.</i> , 2012a ³ ; Warren <i>et al.</i> , 2011a	DSS (ER), 2013; Prior et Roberts, 2012; HAS, 2012; Maglione <i>et al.</i> , 2012; NAC, 2011a; NAC, 2011b; Parsons <i>et al.</i> , 2011; Fiches NPDC, 2014
Cible de 20 heures/semaine d'intervention (basée sur l'AAC)		HAS (25 hres), 2012; Maglione <i>et al.</i> (25 hres), 2012
Enseignement par essai distinct, enseignement fortuit, enseignement des habiletés pivots	Odom <i>et al.</i> , 2010a; Odom <i>et al.</i> , 2010b	Fiches NPDC (essai distinct; enseignement fortuit; habiletés pivot), 2014; NAC (habiletés pivot), 2011a; NAC (habiletés pivot), 2011b
Attention conjointe et jeu symbolique	Young <i>et al.</i> , 2010	HAS, 2012; NAC, 2011a; NAC, 2011b; NICE, 2013; Parsons <i>et al.</i> , 2011
2. Recommandations concernant les enfants de 6-12 ans		
TEACCH et interventions reliées: supports visuels, analyse des tâches (<i>structured work systems</i>), horaires, calendriers (<i>schedules</i>)	Odom <i>et al.</i> , 2010a; Odom <i>et al.</i> , 2010b; Prior <i>et al.</i> , 2011; Young <i>et al.</i> , 2010	Fiches NPDC (supports visuels, horaires), 2014; DSS (EE), 2013; Prior et Roberts, 2012; HAS, 2012; NAC, 2011a; NAC, 2011b; NICE, 2013
Entraînement de groupe aux habiletés sociales	Odom <i>et al.</i> , 2010b; Reichow <i>et al.</i> , 2012b ³	Fiche NPDC, 2014; HAS, 2012; Maglione <i>et al.</i> , 2012
Interventions qui associent les pairs (<i>Peer-mediated</i>)	Odom <i>et al.</i> , 2010b	Fiche NPDC, 2014; NAC, 2011a; NAC, 2011b; NICE, 2013

Entraînement individuel aux habiletés sociales (scénarios sociaux)	Karkhaneh <i>et al.</i> , 2010; Kokina et Kern, 2010; Odom <i>et al.</i> , 2010b; Test <i>et al.</i> , 2011; Young <i>et al.</i> , 2010	Fiche NPDC (scénarios sociaux), 2014; HAS, 2012; DSS (EO), 2013; Prior et Roberts, 2012; Maglione <i>et al.</i> , 2012; NAC, 2011a; NAC, 2011b; Parsons <i>et al.</i> , 2011
Thérapie cognitivo-comportementale, comportements indésirables		NICE, 2013
Thérapie cognitivo-comportementale, anxiété	Lang <i>et al.</i> , 2010; Sukhodolsky <i>et al.</i> , 2013	NICE, 2013
3. Recommandations concernant les parents		
Formation et accompagnement	Odom <i>et al.</i> , 2010b; Oono <i>et al.</i> , 2013 ³ ; Patterson <i>et al.</i> , 2012; Warren <i>et al.</i> , 2011a	Fiche NPDC, 2014; DSS (EE), 2013; Prior et Roberts, 2012; Maglione <i>et al.</i> , 2012; NAC, 2011a; NAC, 2011b; NICE, 2013; Parsons <i>et al.</i> , 2011
4. Interventions non retenues dans les recommandations de l'avis (enfants)		
<i>Early Start Denver Model</i>	Odom <i>et al.</i> , 2010a; Prior <i>et al.</i> , 2011; Warren <i>et al.</i> , 2011a	DSS (EE), 2013; Prior et Roberts, 2012; HAS, 2012; Maglione <i>et al.</i> , 2012
PECS	Odom <i>et al.</i> , 2010b; Prior <i>et al.</i> , 2011; Young <i>et al.</i> , 2010	Fiche NPDC, 2014; DSS (EE), 2013; Prior et Roberts, 2012; Maglione <i>et al.</i> , 2012
SCERTS	Odom <i>et al.</i> , 2010a; Prior <i>et al.</i> , 2011	DSS (EE), 2013; Prior et Roberts, 2012
Interventions par ordinateurs	Odom <i>et al.</i> , 2010b	Fiche NPDC, 2014
Intégration sensorielle ²	Case-Smith <i>et al.</i> , 2014; Lang <i>et al.</i> , 2012; Prior <i>et al.</i> , 2011	DSS (NE), 2013; Prior et Roberts, 2012
Interventions centrées sur l'imitation	Aucun document répertorié	Aucun document répertorié
SACCADE	Aucun document répertorié	Aucun document répertorié

5. Interventions non retenues dans les recommandations de l'avis (parents)		
DIR/Floortime	Odom <i>et al.</i> , 2010a; Prior <i>et al.</i> , 2011	DSS (EE), 2013; Prior et Roberts, 2012; HAS [2012]
Hanen « More than Words »	Odom <i>et al.</i> , 2010a ² ; Prior <i>et al.</i> , 2011	DSS (EE), 2013; Prior et Roberts, 2012
Triple P-Stepping Stones	Prior <i>et al.</i> , 2011	DSS (EE), 2013; Prior et Roberts, 2012

¹ Intervention admissible à un financement par le gouvernement australien sur la base de la recherche; EE : intervention admissible à un financement par le gouvernement australien sur la base de sa reconnaissance en tant que bonne pratique par les experts; EO : intervention admissible à un financement par le gouvernement australien que si utilisée en combinaison avec d'autres interventions; NE : intervention non admissible à un financement.

² Les résultats de ce type d'intervention sont jugés non concluants.

³ Revue systématique ou méta-analyse provenant de la collaboration Cochrane ou Campbell.

⁴ L'ICI est une intervention particulière au Québec.

Tableau 4 Documentation reliée aux recommandations concernant les traitements pharmacologiques

	Revues systématiques et méta-analyses	Recommandations de bonnes pratiques
1. Traitements évalués dans l'avis		
Risperidone	Huffman <i>et al.</i> , 2011; McPheeters <i>et al.</i> , 2011; Sharma et Shaw, 2012; Siegel et Beaulieu, 2012	NAC, 2011a
Aripiprazole	Ching et Pringsheim, 2012 ⁴ ; McPheeters <i>et al.</i> , 2011; Siegel et Beaulieu, 2012	
Sécrétine ¹	Huffman <i>et al.</i> , 2011; Krishnaswami <i>et al.</i> , 2011; Williams <i>et al.</i> , 2012 ⁴	NAC, 2011a
2. Autres traitements³		
Antidépresseurs tricycliques²	Hurwitz <i>et al.</i> , 2012 ⁴	
ISRS (sérotonine) ²	McPheeters <i>et al.</i> , 2011; Siegel et Beaulieu, 2012; Williams <i>et al.</i> , 2013 ⁴	
Méthylphénidate (psychostimulant)	Huffman <i>et al.</i> , 2011; McPheeters <i>et al.</i> , 2011; Sharma et Shaw, 2012; Siegel et Beaulieu, 2012	NAC, 2011a
Bonnes pratiques de prescription	McPheeters <i>et al.</i> , 2011	HAS, 2012; NICE, 2013

¹ Ce traitement est jugé non efficace.

² Ces traitements ont des niveaux de preuve insuffisants pour que des recommandations soient faites, ou encore il y a une absence de preuve en faveur de ceux-ci.

³ Traitements les plus populaires suivant le portrait d'usage au Québec.

⁴ Revue systématique ou méta-analyse provenant de la collaboration Cochrane.

Tableau 5 Répartition de la documentation suivant l'objet des recommandations

	Revues systématiques et méta-analyses N= 25	RBPC N=9
Interventions de réadaptation auprès des enfants de 2 à 5 ans	Case-Smith <i>et al.</i> , 2014; Lang <i>et al.</i> , 2012; Odom <i>et al.</i> , 2010b; Odom <i>et al.</i> , 2010a; Prior <i>et al.</i> , 2011; Reichow <i>et al.</i> , 2012a ¹ ; Warren <i>et al.</i> , 2011a; Young <i>et al.</i> , 2010	Fiches NPDC, 2014; HAS, 2012; DSS (ER), 2013; Prior et Roberts, 2012; Maglione <i>et al.</i> , 2012; NAC, 2011a; NAC, 2011b; NICE, 2013; Parsons <i>et al.</i> , 2011
Interventions de réadaptation auprès des enfants de 6-12 ans	Case-Smith <i>et al.</i> , 2014; Karkhaneh <i>et al.</i> , 2010; Kokina et Kern, 2010; Lang <i>et al.</i> , 2010; Lang <i>et al.</i> , 2012; Odom <i>et al.</i> , 2010b; Odom <i>et al.</i> , 2010a; Reichow <i>et al.</i> , 2012b; Sukhodolsky <i>et al.</i> , 2013; Test <i>et al.</i> , 2011; Young <i>et al.</i> , 2010	Fiches NPDC, 2014; HAS, 2012; DSS, 2013; Prior et Roberts, 2012; Maglione <i>et al.</i> , 2012; NAC, 2011a; NAC, 2011b; NICE, 2013; Parsons <i>et al.</i> , 2011
Recommandations concernant les parents	Odom <i>et al.</i> , 2010b; Oono <i>et al.</i> , 2013; Patterson <i>et al.</i> , 2012; Warren <i>et al.</i> , 2011a	Fiche NPDC, 2014; NAC, 2011a; NAC, 2011b; NICE, 2013; Parsons <i>et al.</i> , 2011
Traitements pharmacologiques	Ching et Pringsheim, 2012; Huffman <i>et al.</i> , 2011; Hurwitz <i>et al.</i> , 2012; Krishnaswami <i>et al.</i> , 2011; McPheeters <i>et al.</i> , 2011; Sharma et Shaw, 2012; Siegel et Beaulieu, 2012; Williams <i>et al.</i> , 2012; Williams <i>et al.</i> , 2013	HAS, 2012; NAC, 2011a; NICE, 2013

¹ Revue systématique ou méta-analyse de la collaboration Cochrane.

RÉFÉRENCES

- Ahmadzai N, Newberry SJ, Maglione MA, Tsertsvadze A, Ansari MT, Hempel S, et al. A surveillance system to assess the need for updating systematic reviews. *Syst Rev* 2013;2:104.
- Alonso-Coello P, Martínez García L, Carrasco JM, Solà I, Qureshi S, Burgers JS. The updating of clinical practice guidelines: Insights from an international survey. *Implement Sci* 2011;6:107.
- Australian Government Department of Social Services (DSS). Helping Children with Autism (HCWA) [site Web]. Canberra, Australie : DSS; 2013. Disponible à : <http://www.dss.gov.au/our-responsibilities/disability-and-carers/program-services/for-people-with-disability/helping-children-with-autism>.
- Case-Smith J, Weaver LL, Fristad MA. A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism* 2014 [Epub ahead of print].
- Ching H et Pringsheim T. Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD009043.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED). Le service d'adaptation et de réadaptation à l'enfance 0-5 ans en troubles envahissants du développement. Guide de pratique. Montréal, Qc : FQCRDITED; 2010. Disponible à : <http://fqcrdited.org/wp-content/uploads/2013/01/GUIDE-TED-0-51.pdf>.
- García LM, Arévalo-Rodríguez I, Solà I, Haynes RB, Vandvik PO, Alonso-Coello P. Strategies for monitoring and updating clinical practice guidelines: A systematic review. *Implement Sci* 2012;7(1):109.
- Garritty C, Tsertsvadze A, Tricco AC, Sampson M, Moher D. Updating systematic reviews: An international survey. *PloS One* 2010;5(4):e9914.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Recommandations. Saint-Denis La Plaine, France : HAS; 2012. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf.
- Huffman LC, Sutcliffe TL, Tanner IS, Feldman HM. Management of symptoms in children with autism spectrum disorders: A comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments. *J Dev Behav Pediatr* 2011;32(1):56-68.
- Hurwitz R, Blackmore R, Hazell P, Williams K, Woolfenden S. Tricyclic antidepressants for autism spectrum disorders (ASD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;3:CD008372.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Avis rédigé par Céline Mercier avec la collaboration de Pierre Dagenais, Hélène Guay, Maxime Montembeault et Mélanie Turgeon. ETMIS 2013a;9(6):1-63.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de l'usage des médicaments chez les enfants et les adolescents ayant reçu un diagnostic de troubles du spectre de l'autisme couverts par le régime public d'assurance médicaments. Portrait d'usage rédigé par Mélanie Turgeon, Éric Tremblay, Nicole Déry et Hélène Guay. Québec, Qc : INESSS; 2013b.
- Karkhanavah M, Clark B, Ospina MB, Seida JC, Smith V, Hartling L. Social Stories™ to improve social skills in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism* 2010;14(6):641-62.
- Kokina A et Kern L. Social Story™ interventions for students with autism spectrum disorders: A meta-analysis. *J Autism Dev Disord* 2010;40(7):812-26.
- Krishnaswami S, McPheeters ML, Veenstra-VanderWeele J. A systematic review of secretin for children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011;127(5):e1322-5.
- Lang R, O'Reilly M, Healy O, Rispoli M, Lydon H, Streusand W, et al. Sensory integration therapy for autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders* 2012;6(3):1004-18.
- Lang R, Regester A, Lauderdale S, Ashbaugh K, Haring A. Treatment of anxiety in autism spectrum disorders using cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Dev Neurorehabil* 2010;13(1):53-63.
- Maglione MA, Gans D, Das L, Timbie J, Kasari C. Nonmedical interventions for children with ASD: Recommended guidelines and further research needs. *Pediatrics* 2012;130(Suppl 2):S169-S178.
- McPheeters ML, Warren Z, Sathe N, Bruzek JL, Krishnaswami S, Jerome RN, Veenstra-VanderWeele J. A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011;127(5):e1312-21.
- Moher D, Tsertsvadze A, Tricco AC, Eccles M, Grimshaw J, Sampson M, Barrowman N. A systematic review identified few methods and strategies describing when and how to update systematic reviews. *J Clin Epidemiol* 2007;60(11):1095-104.
- National Autism Center (NAC). A parent's guide to evidence-based practice and autism. Randolph, MA : NAC; 2011a. Disponible à : http://www.nationalautismcenter.org/pdf/nac_parent_manual.pdf.
- National Autism Center (NAC). Evidence-based practice and autism in the schools. A guide to providing appropriate interventions to students with autism spectrum disorders. Randolph, MA : NAC; 2011b. Disponible à : http://www.nationalautismcenter.org/pdf/NAC%20Ed%20Manual_FINAL.pdf.

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism: The management and support of children and young people on the autism spectrum. NICE Clinical guideline 170. Londres, Angleterre : NICE; 2013. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14257/64946/64946.pdf>.
- National Professional Development Center on Autism Spectrum Disorders (NPDC). Evidence-based practices for children and youth with ASD [site Web]. U.S. Department of Education, Office of Special Education Programs; 2014. Disponible à : <http://autismpdc.fpg.unc.edu/content/briefs>.
- Odom SL, Boyd BA, Hall LJ, Hume K. Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2010a;40(4):425-36.
- Odom SL, Collet-Klingenberg L, Rogers SJ, Hatton DD. Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders. *Preventing School Failure* 2010b;54(4):275-82.
- Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal* 2013;8(6):2380-479.
- Parsons S, Guldberg K, MacLeod A, Jones G, Prunty A, Balfe T. International review of the evidence on best practice in educational provision for children on the autism spectrum. *European Journal of Special Needs Education* 2011;26(1):47-63.
- Patterson SY, Smith V, Mirenda P. A systematic review of training programs for parents of children with autism spectrum disorders: Single subject contributions. *Autism* 2012;16(5):498-522.
- Prior M et Roberts JM. Early intervention for children with autism spectrum disorders: "Guidelines for good practice" 2012. Canberra, Australie : Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs (FaHCSIA); 2012. Disponible à : http://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/11_2012/early_intervention_practice_guidelines.pdf.
- Prior M, Roberts JM, Rodger S, Williams K, Sutherland R. A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention for children with autism spectrum disorders. Canberra, Australie : Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs (FaHCSIA); 2011. Disponible à : http://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/09_2012/review_of_the_research_report_2011_0.pdf.
- Reichow B, Barton EE, Boyd BA, Hume K. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2012a;10:CD009260.
- Reichow B, Steiner AM, Volkmar F. Social skills groups for people aged 6 to 21 years with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2012b;7:CD008511.
- Sharma A et Shaw SR. Efficacy of risperidone in managing maladaptive behaviors for children with autistic spectrum disorder: A meta-analysis. *J Pediatr Health Care* 2012;26(4):291-9.

- Shojania KG, Sampson M, Ansari MT, Ji J, Garritty C, Rader T, Moher D. Updating systematic reviews. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007. Disponible à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44099/>.
- Siegel M et Beaulieu AA. Psychotropic medications in children with autism spectrum disorders: A systematic review and synthesis for evidence-based practice. *J Autism Dev Disord* 2012;42(8):1592-605.
- Sukhodolsky DG, Bloch MH, Panza KE, Reichow B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children with high-functioning autism: A meta-analysis. *Pediatrics* 2013;132(5):e1341-50.
- Test DW, Richter S, Knight V, Spooner F. A comprehensive review and meta-analysis of the social stories literature. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 2011;26(1):49-62.
- Vernooij RW, Sanabria AJ, Solà I, Alonso-Coello P, Martínez García L. Guidance for updating clinical practice guidelines: A systematic review of methodological handbooks. *Implement Sci* 2014;9:3.
- Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A, Veenstra-VanderWeele J. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011a;127(5):e1303-e11.
- Warren Z, Veenstra-VanderWeele J, Stone W, Bruzek JL, Nahmias AS, Foss-Feig JH, et al. Therapies for children with autism spectrum disorders. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2011b. Disponible à : http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/106/656/CER26_Autism_Report_04-14-2011.pdf.
- Williams K, Brignell A, Randall M, Silove N, Hazell P. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8:CD004677.
- Williams K, Wray JA, Wheeler DM. Intravenous secretin for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4:CD003495.
- Young J, Corea C, Kimani J, Mandell D. Autism spectrum disorders (ASDs) services: Final report on environmental scan. Columbia, MD : IMPAQ International; 2010. Disponible à : http://www.autismhandbook.org/images/8/8a/ASD_Services_Environmental_Scan.pdf.