

REVUE SYSTÉMATIQUE

L'efficacité des mesures
de soutien offertes aux parents
d'enfants de 2 à 5 ans ayant
un retard global de développement

Sean Gayadeen, M.A.P., agent de planification, de programmation et de recherche, CRDITED MCQ - Institut universitaire

GUIDE DE PRATIQUE

L'intervention précoce auprès des
enfants de 2 à 5 ans présentant un
retard global de développement

Édition

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire (CRDITED MCQ – IU)
1^{re} édition – Janvier 2015

Analyse et rédaction :

Sean Gayadeen M.A.P., agent de planification, de programmation et de recherche, CRDITED MCQ – IU.

Collaboration à la sélection et à l'évaluation des études :

Marie-Claude Lehoux, M. Sc., agent de planification, de programmation et de recherche, CRDITED MCQ – IU.

Revue systématique sous la direction de :

Marlène Galdin, Ph. D., directrice de la qualité, de la recherche, du développement et de l'innovation, CRDITED MCQ – IU.

Chargée de projet du guide de pratique :

Joanne Larose, conseillère-cadre aux programmes et au développement des pratiques, CRDITED de la Montérégie-Est.

Correction

Nancy Bussière, agente administrative, CRDITED MCQ – IU
Marie-Ève Carpentier, adjointe de direction, CRDITED MCQ – IU

Mise en page

Productions Graphiques Michel Lamothe

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

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à la condition d'en citer la source.

Il est recommandé de citer le document de cette façon :

CRDITED MCQ – IU. Revue systématique - L'efficacité des mesures de soutien offertes aux parents d'enfants de 2 à 5 ans ayant un retard global de développement, Trois-Rivières, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire, 2015.

© CRDITED MCQ – IU

Dépôt Légal

ISBN (version électronique) : 978-2-922227-61-1

COLLABORATEURS (par ordre alphabétique)

Stratégie de recherche documentaire élaborée par :

Caroline Dion, bibliothécaire professionnelle, responsable du Service d'information scientifique à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Anna Gagnon, technicienne en documentation, CRDITED de Montréal

Lysane St-Amour, conseillère en information scientifique, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Contribution à la sélection des études :

Joanne Larose, conseillère-cadre aux programmes et au développement des pratiques, CRDITED de la Montérégie-Est

Katleen Picard, ergothérapeute, CRDITED de Montréal

Annick Rajotte, chef en réadaptation, Services aux enfants et à leur famille, équipe RGD DI, Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)

Christine Rivest, agente de planification, de programmation et de recherche, CRDITED MCQ - IU

Révision scientifique de la revue systématique (par ordre alphabétique) :

Francine Julien-Gauthier, Ph. D., professeure agrégée, Université Laval, Faculté des sciences de l'éducation, Département des fondements et pratiques en éducation, programme de psychoéducation.

Myriam Rousseau, Ph. D., praticienne-chercheuse, CRDITED MCQ - IU.

Julie Ruel, Ph. D., professeure associée, Université du Québec en Outaouais et chercheuse associée, CRDITED Pavillon du Parc.

Comité scientifique du Guide de pratique (par ordre alphabétique) :

Anne-Marie Cloutier, conseillère à la Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires, Association québécoise des établissements de santé et des services sociaux (AQESSS).

Pierre Dagenais, MD, Ph. D., directeur du soutien à la qualité et à la méthode de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Anna Gagnon, technicienne en documentation, CRDITED de Montréal.

Marlène Galdin, Ph. D., directrice de la qualité, de la recherche, du développement et de l'innovation, CRDITED MCQ - IU.

Joanne Larose, conseillère-cadre aux programmes et au développement des pratiques, CRDITED de la Montérégie-Est.

Anick Larose, représentante des parents, Conseillère aux communications, Association québécoise pour l'intégration sociale (AQIS).

Marjolaine Hébert, spécialiste en réadaptation psychosociale et psychoéducatrice, CRDITED Pavillon du Parc.

Katleen Picard, ergothérapeute, CRDITED de Montréal.

Annick Rajotte, chef en réadaptation, Services aux enfants et à leur famille, équipe RGD DI, Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM).

Christine Rivest, agente de planification, de programmation et de recherche, CRDITED MCQ - IU.

Remerciements

Mesdames France Hallé et Sabrina Lamothe, orthophonistes au CRDITED MCQ - IU, pour leur collaboration à la traduction de termes cliniques en français.

Monsieur Germain Couture, Ph. D., agent de planification, de programmation et de recherche, CRDITED MCQ - IU, pour ses commentaires aidants sur certaines parties de la revue systématique.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	5
1.1 Modèle théorique de l'intervention et cadre d'analyse.....	6
2. MÉTHODES.....	9
2.1 Critères de sélection des documents et stratégies de recherche documentaire.....	9
2.2 Processus de sélection des études.....	11
2.3 Évaluation de la qualité des études.....	11
2.4 Extraction des données.....	12
2.5 Méthode d'analyse des données.....	12
2.5.1 L'interprétation des données statistiques	12
2.5.2 La détermination de la qualité de la preuve scientifique.....	13
3. RÉSULTATS.....	14
3.1 Sélection des études.....	14
3.2 Description des études retenues	14
3.3 Présentation succincte des programmes de formation.....	18
3.3.1 Cooperative family learning approach (CFLA).....	21
3.3.2 Enseignement dans le milieu (Enhanced Milieu Teaching - EMT).....	21
3.3.3 Incredible years parent training program (IYPT).....	21
3.3.4 It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents (ITTT).....	21
3.3.5 Mindfulness-based Stress reduction (MBSR).....	21
3.3.6 Thérapie d'interaction parent-enfant (Parent-Child Interaction Therapy - PCIT).....	21
3.3.7 Parents Plus Programme (PPP).....	21
3.3.8 Rapid toilet training (RTT).....	21
3.3.9 Signposts for Building Better Behaviour (Signposts).....	21
3.3.10 Stepping-Stone Triple P (SSTP).....	22
3.4 Résumé des analyses de qualité des preuves scientifiques.....	22
3.5 Les résultats d'efficacité des interventions	23
3.5.1 Que font les intervenants pour développer et maintenir une relation thérapeutique avec les familles d'enfants présentant un RGD, en particulier lorsque survient le moment de communiquer les résultats du développement de l'enfant?	23
3.5.2 Est-ce que les pratiques permettent de développer les compétences des membres de la famille (savoirs, savoir-faire et savoir-être)?	23
3.5.2.1 Programmes visant l'adoption d'attitudes éducatives favorables chez les parents	24
Cooperative family learning approach	24
Incredible years parent training program	24
Mindfulness-based Stress reduction.....	25
Parent-Child Interaction Therapy.....	26
Stepping-Stone Triple P.....	26
3.5.2.2 Programmes visant à favoriser le développement du langage des enfants.....	27
Enseignement dans le milieu (Enhanced Milieu Teaching - EMT).....	27
It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents.....	27
3.5.2.3 Sommaire des programmes visant à développer les compétences parentales.....	28
3.5.3 Est-ce que les pratiques améliorent le bien-être psychosocial de la famille sur des variables telles que le sentiment de compétence, l'acceptation du diagnostic, une satisfaction accrue de la relation avec l'enfant présentant un RGD, etc.?	30
Mindfulness-based Stress reduction	30
Parents Plus Programme.....	30
Rapid toilet training	31
Signposts for Building Better Behaviour.....	31
Stepping-Stone Triple P	31
3.5.3.1 Sommaire des programmes visant à améliorer le bien-être psychosocial de la famille	32
3.5.4 Est-ce que les pratiques améliorent, ou du moins maintiennent, le bien-être de la famille sur des variables telles que le stress, l'anxiété, etc.?.....	33
Incredible years parent training program.....	33
It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents	33

Mindfulness-based Stress reduction.....	33
Parent-Child Interaction Therapy.....	34
Parents Plus Programme.....	34
Signposts for Building Better Behaviour.....	35
Stepping-Stone Triple P.....	35
3.5.4.1 Sommaire de l'effet des programmes sur le bien-être des familles.....	35
3.5.5 La validité sociale des interventions.....	36
4. DISCUSSION.....	37
4.1 Considérations pour recherches futures.....	44
5. CONCLUSION.....	45
RÉFÉRENCES.....	46
Annexe 1 : Questions du guide de pratique.....	48
Annexe 2 : Liste des syndromes inclus pour l'identification de la population.....	49
Annexe 3 : Résultats d'efficacité des interventions sur les enfants.....	50
Enhanced Milieu Teaching.....	50
Incredible years parent training program.....	50
It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents / Responsivity Education.....	51
Mindfulness-based Stress reduction.....	51
Parent-Child Interaction Therapy.....	51
Parents Plus Programme.....	51
Rapid toilet training.....	52
Signposts for Building Better Behaviour.....	52
Stepping-Stone Triple P.....	52
Annexe 4 : Stratégie de recherche documentaire.....	54
Stratégie et résultats de recherche documentaire scientifique par bases de données.....	54
Stratégie et résultats de recherche documentaire pour la littérature grise.....	57
Thèses et mémoires.....	57
Agences ou organismes d'évaluation des technologies en services sociaux.....	58
Guides de pratique et cadres de référence.....	58
Annexe 5 : Grilles du Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Field.....	59
Grille pour les études quantitatives.....	59
Grille pour les études qualitatives.....	60
Annexe 6 : Grille d'extraction de l'information.....	61
Annexe 7 : Processus de détermination de la qualité des preuves scientifiques.....	62
A. Pour les études quantitatives.....	63
B. Pour les études qualitatives (6 critères).....	67
Annexe 8 : Description sommaire des études retenues.....	68
Annexe 9 : Description des participants par intervention.....	69
Cooperative family learning approach.....	69
Enseignement en milieu (Enhanced Milieu Teaching -EMT).....	70
Incredible years parent training program.....	71
It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents / Responsivity Education.....	76
Mindfulness-based Stress reduction.....	78
Parent-Child Interaction Therapy.....	80
Parents Plus Programme.....	81
Rapid toilet training.....	83
Signposts for Building Better Behaviour.....	84
Stepping Stone Triple-P.....	86

Annexe 10 : Détails théoriques et opérationnels des interventions.....	89
Cooperative family learning approach.....	89
Enhanced Milieu Teaching.....	90
Incredible years parent training program.....	92
It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents / Responsivity education.....	97
Mindfulness-based Stress reduction.....	101
Parent-Child Interaction Therapy.....	103
Parents Plus Programme.....	104
Rapid toilet training.....	106
Signposts for Building Better Behaviour.....	108
Stepping-Stone Triple P.....	111
Annexe 11 : Tableaux d'analyse permettant de déterminer la qualité des preuves scientifiques.....	114
Annexe 12 : Résultats des interventions.....	116

LISTE DES SCHÉMAS

SCHÉMA 1 : Modèle théorique de l'intervention et cadre d'analyse.....	7
SCHÉMA 2 : Diagramme de sélection des études.....	14

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion des documents selon le picots.....	10
TABLEAU 2 : Interprétation des résultats par intervention et par sous question de recherche.....	12
TABLEAU 3. Niveaux de preuve accordés aux résultats scientifiques.....	13
TABLEAU 4 : Sommaire des études retenues.....	15
TABLEAU 5 : Sommaire des interventions.....	19
TABLEAU 6 : Synthèse des vingt analyses des corpus.....	22
TABLEAU 7 : Identification des interventions qui semblent prometteuses pour améliorer les compétences parentales.....	29
TABLEAU 8 : Identification des interventions qui semblent prometteuses pour améliorer le bien-être psychosocial de la famille.....	32
TABLEAU 9 : Identification des interventions qui semblent prometteuses pour améliorer le bien-être des parents.....	36
TABLEAU 10 : Information permettant d'évaluer la validité sociale de sept interventions.....	37
TABLEAU 11 : Sommaire des effets d'intervention et des niveaux de preuve scientifique.....	38

LISTE DES ACRONYMES

Nom des interventions

CFLA : Cooperative family learning approach
EMT : Enhanced Milieu Teaching
IYPT : Incredible years parent training program
ITTT : It takes Two to Talk (Hanen program) Responsivity Education
MBSR : Mindfulness-based Stress reduction
PCIT : Parent-Child Interaction Therapy
PPP : Parent Plus Program
RE : Responsivity education
RTT : Rapid Toilet Training
SSTP : Stepping-Stone Triple P

Autres acronymes utilisés

QPS : Qualité de la preuve scientifique
RGD : Retard global du développement
RS : Revue systématique

1. INTRODUCTION

L'importance de soutenir adéquatement les familles ayant un enfant présentant un retard global du développement (RGD) a été abondamment soulignée dans la documentation scientifique. Bien que les parents contribuent de manière importante au développement général de leur enfant, Kaiser et Roberts (2013) considèrent que les parents sont des partenaires importants lors de l'implantation d'interventions visant le développement du langage des enfants présentant un RGD, puisqu'ils sont leurs premiers interlocuteurs privilégiés. D'ailleurs, ces chercheuses proposent d'offrir des formations plus systématiques aux parents d'enfants présentant une déficience intellectuelle (DI) afin qu'ils deviennent des partenaires de communication plus efficaces ainsi que de meilleurs collaborateurs dans les programmes d'intervention précoce. Un autre exemple concerne la gestion des comportements difficiles des enfants (p. ex. le comportement oppositionnel, la désobéissance ou les agressions). Hudson et collab. (2003) estiment que le soutien aux familles devrait être offert avant que ce comportement ne soit bien ancré et qu'il faille avoir recours à des services spécialisés intensifs. Bref, ces deux exemples indiquent l'importance de développer les compétences des parents afin qu'ils interagissent plus efficacement avec leur enfant tout en laissant sous-entendre que les parents peuvent contribuer efficacement au développement de leur enfant présentant un RGD. Enfin, il semble également important de cibler le stress des parents lorsque des interventions leurs sont offertes, car Neece (2013), citant Robbins et collab. (1991), indique que le stress parental réduirait l'efficacité des interventions comportementales destinées aux jeunes ayant un retard de développement.

Cette revue systématique (RS) constitue l'une des trois qui formeront les fondements scientifiques pour l'élaboration du guide de pratique (GP)¹ de la Fédération québécoise des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED) pour l'intervention précoce auprès des enfants de 2 à 5 ans ayant un RGD. Le GP vise à soutenir la prise de décisions cliniques relativement à l'implantation des mesures destinées à répondre aux besoins des familles de ces enfants qui n'évoluent : « pas selon les stades de développement attendus, et ce, dans plusieurs domaines du fonctionnement [ou] aux enfants dont il est impossible d'évaluer le fonctionnement intellectuel de manière systématique, c'est-à-dire les enfants trop jeunes pour qu'on utilise avec eux des outils standardisés. (Garcin et Moxness, 2013 : traduction libre du DSM-5). »

Les recommandations de ce GP porteront sur les trois thèmes suivants : 1. les interventions destinées aux enfants et leur contexte de réalisation; 2. les outils d'évaluation validés du développement des enfants dans l'une ou l'autre des cinq sphères de développement; et 3. les types de soutien offerts à la famille. L'objectif de cette RS consiste donc à trouver des données probantes pour répondre aux questions (Q) suivantes du GP :

- QGP #3 : Comment communiquer les résultats du développement de l'enfant aux parents?
- QGP #9 : Quel est le soutien à mettre en place pour la famille? En particulier, quelles sont les meilleures pratiques pour favoriser la participation et l'engagement de la famille auprès de l'enfant, qu'il s'agisse de pratiques se situant sur un plan « technique » ou psychosocial?²

Les pratiques plus techniques (p. ex. formation, transfert d'information, coaching, rétroaction, etc.) visent à encourager le développement optimal de l'enfant. Ces pratiques peuvent contribuer à améliorer la compréhension du diagnostic ainsi que les impacts de celui-ci sur la vie de l'enfant et sur le système familial ou inciter les membres de la famille à utiliser les interventions ou les façons de faire recommandées dans l'optique d'améliorer la qualité de leur présence auprès de l'enfant dans le but de répondre de manière plus ajustée à ses besoins et à sa condition spécifiques. Au niveau psychosocial, les pratiques peuvent contribuer à rendre la famille plus disponible sur le plan émotionnel, par exemple en facilitant l'acceptation du diagnostic ou en améliorant le sentiment de compétence ou le bien-être (p. ex. réduction du stress ou de l'anxiété).

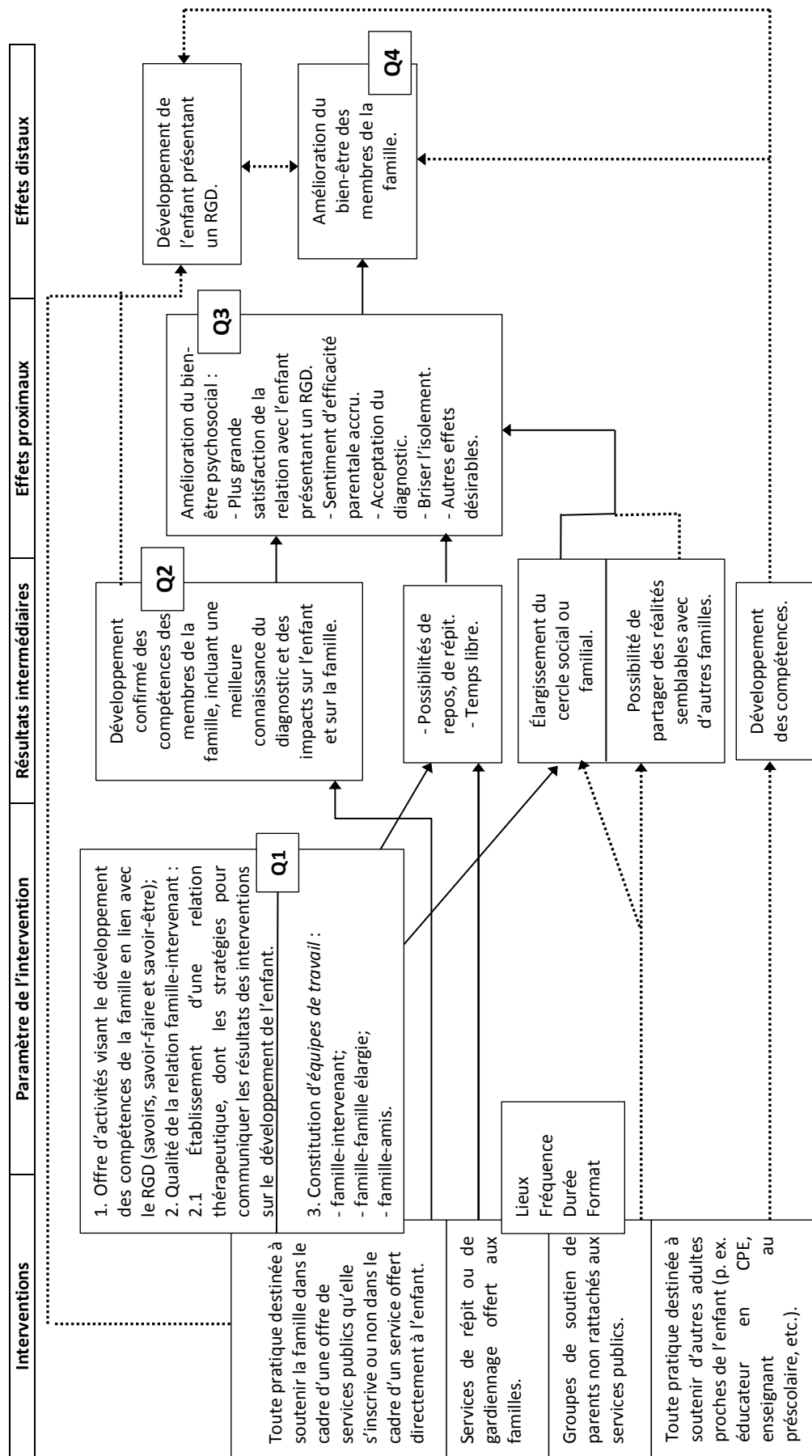
¹ La définition des termes revue systématique, guide de pratique, qualité de la preuve, littérature grise, essai randomisé, etc. sont disponibles sur le site : <http://htaglossary.net/tiki-index.php?page=Le+projet+francophone>.

² L'ensemble des questions auxquelles le GP tente de répondre est consigné à l'annexe 1.

1.1 Modèle théorique de l'intervention et cadre d'analyse

Le modèle théorique des pratiques destinées à la famille (Schéma 1, page suivante) représente graphiquement les différents résultats attendus ainsi que les interactions susceptibles d'être observées. Ce graphique soutient l'élaboration des questions de recherche ainsi que l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire qui seront présentées plus bas. Ici, le terme « pratiques » doit être interprété de manière assez large, car il concerne autant les interventions, les approches ou les attitudes des responsables de la mise en place de l'intervention, par exemple. Ce modèle intègre également le cadre d'analyse de cette RS. Comme le démontre le modèle, le soutien aux membres de la famille comprend un ensemble d'approches naturalistes plus systémiques, ou écologiques, du développement humain visant l'*empowerment* des familles. Toutefois, comme il sera expliqué sous peu, cette RS permet d'éclairer seulement une partie du modèle.

Schéma 1 : Modèle théorique de l'intervention et cadre d'analyse



Note : Les traits en pointillé ne font pas l'objet de cette RS.

Le soutien familial constitue ainsi un système complexe qui intègre un ensemble d'interventions, qu'il s'agisse de pratiques destinées à la famille dans le cadre d'une offre de services publics, de services de répit ou de gardiennage ou de groupes de soutien de parents; et un nombre plus ou moins grand d'acteurs (p. ex. éducateurs en CPE, enseignants au préscolaire, amis, famille élargie, etc.). Il est important de préciser que cette RS portera uniquement sur une des pratiques destinées à la famille dans le cadre d'une offre de services publics, incluant des services de répit ou de gardiennage. En conséquence, et bien que cela puisse avoir des effets positifs sur le bien-être de la famille ou sur le développement des enfants présentant un RGD, les groupes de soutien de parents et les services destinés à d'autres adultes proches des enfants d'acteurs (p. ex. éducateurs en CPE ou enseignants au préscolaire) ne sont pas traités dans cette RS, car les résultats sont présentés ailleurs³. De plus, il peut y avoir des interactions entre des interventions destinées aux membres de la famille et celles offertes spécifiquement aux enfants présentant un RGD, toutefois celles-ci ne sont pas étudiées dans le cadre de cette RS.

Au niveau des *paramètres d'intervention* des pratiques destinées à soutenir la famille dans le cadre d'une offre de services publics, il est attendu que les intervenants : offrent des activités visant le développement des compétences de la famille en lien avec le RGD (savoirs, savoir-faire et savoir-être); développent une relation de qualité avec la famille (p. ex. en établissant une relation thérapeutique qui repose sur des stratégies efficaces pour communiquer les résultats du développement de l'enfant avec la famille); et en créant une dynamique de travail d'équipe en créant un nombre variable de tandems (p. ex. famille-intervenant; famille-famille élargie ou famille-amis). Quant aux services de répit ou de gardiennage, les paramètres concernent plutôt les lieux, la fréquence, la durée ou les différentes formes que peuvent prendre ces services (p. ex. camp de jour thématique d'une journée pour l'enfant, une garde d'une fin de semaine incluant le coucher, etc.).

Les différentes pratiques engendrent à leur tour un ensemble de résultats. Ces derniers sont classés en trois catégories. Parmi les résultats intermédiaires abordés dans cette RS, notons le développement des compétences des membres de la famille en lien avec le RGD ainsi que les possibilités de repos, de répit, d'avoir plus de temps libre et d'élargir le cercle social et familial. Les effets proximaux concernent principalement des dimensions liées au bien-être psychosocial telles qu'une plus grande satisfaction de la relation avec l'enfant présentant un RGD, un sentiment d'efficacité parentale accru, plus de facilité à accepter le diagnostic de l'enfant, briser l'isolement ou tout autre effet désirable. Enfin, les effets distaux sont le développement de l'enfant présentant un RGD et l'amélioration du bien-être des membres de la famille.⁴

La RS cherche donc à répondre aux quatre sous-questions (SQ) de recherche suivantes :

- SQ1 : Que font les intervenants pour développer et maintenir une relation thérapeutique avec les familles d'enfants présentant un RGD, en particulier lorsque survient le moment de communiquer les résultats du développement de l'enfant?
- SQ2 : Est-ce que les pratiques permettent de développer les compétences des membres de la famille (savoirs, savoir-faire et savoir-être)?
- SQ3 : Est-ce que les pratiques améliorent le bien-être psychosocial de la famille sur des variables telles que le sentiment de compétence parentale, l'acceptation du diagnostic, une satisfaction accrue de la relation avec l'enfant présentant un RGD, etc.?
- SQ4 : Est-ce que les pratiques améliorent, ou du moins maintiennent, le bien être de la famille sur des variables telles que le stress, l'anxiété, etc.?

³ Lehoux, M. C. (2014). *L'efficacité des interventions pour les enfants âgés de 2 à 5 ans présentant un retard global de développement*. À paraître.

⁴ Conceptuellement, la relation entre l'intervention qui soutient la famille et les différents résultats possibles est plus complexe. Trivette, Dunst et Hamby (2010) ont modélisé ces différentes interactions. Par exemple, une intervention peut avoir un effet direct et immédiat sur le bien-être parental, tout comme l'effet sur cette variable passe également par le sentiment d'efficacité parentale, lui-même étant une résultante des dynamiques en jeu lors de l'intervention. Le sentiment d'efficacité parentale est donc ici considéré comme étant une variable *modératrice* se situant entre l'intervention et le bien-être des parents. Toutefois, l'exemple démontre qu'il n'est pas nécessaire d'améliorer le sentiment d'efficacité parentale pour améliorer le bien-être des parents, ce qui indique que les résultats ne sont pas toujours linéaires.

Le sentiment de compétence fait référence à : « la confiance qu'a le parent en ses habiletés à satisfaire les demandes de l'enfant et en ses responsabilités en tant que parent. » (Jean, 2003, p. 14) ou à « la perception que l'individu a de son efficacité liée aux résultats espérés dans une situation sociale donnée. » (Jean, 2003, p. 7) précise que ce concept se réfère à la théorie sociocognitive de Bandura et que les expressions « sentiment d'efficacité parentale » et « sentiment de compétence parentale » ont des significations similaires. Au sujet du bien-être de la famille, il est à noter qu'une absence d'amélioration du bien-être au terme d'une intervention ne constitue pas nécessairement un résultat d'inefficacité. En fait, une intervention peut être jugée efficace si elle atteint ses objectifs sans affecter négativement la santé psychologique des participants (Young Kong et Carta, 2011). Ainsi, les mesures de bien-être de la famille seront également analysées sous cet angle.

2. MÉTHODES

Cette RS repose sur une méthodologie à la fois *traditionnelle* et expérimentale. Au départ, la démarche consiste à trouver les documents qui seront retenus pour l'analyse. Cette démarche comprend l'identification des critères de sélection pour le choix des documents; les stratégies de recherche documentaire employées pour trouver les documents, ainsi qu'un processus de sélection des études. Lorsque les études sont retenues, une évaluation de leur qualité méthodologique est effectuée. L'étape suivante consiste à extraire les données pertinentes qui permettent de répondre aux questions de recherche.

La nature plus expérimentale de la méthode concerne la stratégie développée pour analyser les données. Cette stratégie tient compte du fait que les auteurs des articles retenus ont mesuré une diversité de variables avec différents instruments. Ainsi, l'analyse de chaque résultat (outcome) pour chacune des interventions repérées repose à la fois sur les données statistiques et sur la qualité de la preuve scientifique (QPS), cette dernière correspondant en quelque sorte à la fiabilité des résultats retenus pour cette RS. Cette démarche permet de répondre aux questions de recherche de manière à identifier les interventions qui semblent prometteuses⁵ pour un résultat (outcome) particulier et celles qui semblent l'être moins.

2.1 Critères de sélection des documents et stratégies de recherche documentaire

Les documents admissibles sont les revues systématiques, les articles scientifiques et les documents issus de la littérature scientifique grise (p. ex. des rapports gouvernementaux, des travaux de recherche d'étudiants à la maîtrise ou au doctorat ou des guides de pratiques) publiés de 2003 à 2013, en langue française ou anglaise. Le choix de ces dates de publication est essentiellement pragmatique considérant les ressources et le temps impartis à la réalisation de cette RS. Ce choix constitue évidemment une limite puisque cette façon de procéder pourrait écarter, à tort, des études pertinentes publiées antérieurement. Les articles scientifiques reposant sur des méthodologies quantitatives et qualitatives sont admissibles. Pour les méthodologies quantitatives, le choix d'inclure des essais non randomisés repose sur les travaux de Lipsey (2003), rapportés par Kaminski et collab. (2008), démontrant que les essais contrôlés randomisés sont surtout utilisés pour des recherches en milieu contrôlé, tandis que des designs non expérimentaux sont plus souvent utilisés pour évaluer des interventions déployées dans la pratique. Ce choix permet ainsi d'élargir le spectre d'interventions qui sont évaluées en milieu organisationnel. Par ailleurs, exclure des études non randomisées d'une RS pourrait limiter l'estimation des effets d'intervention en dehors de contextes contrôlés, ce qui pourrait avoir un impact sur les conclusions. Kaminski et collab. (2008) mentionnent également que de retenir exclusivement des études randomisées dans les RS aurait tendance à donner des résultats biaisés. Par exemple, l'assignation aléatoire semble être associée à des variables modératrices (c.-à-d. l'attrition, la taille de l'échantillon, le sexe des participants, le dosage de l'intervention) qui agissent significativement sur les grandeurs d'effet.

Tous les documents ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiés dans l'acronyme PICOTS (Population, Interventions, Comparateurs, Objectifs, Temporalité, Sites). Ces critères, issus du travail du comité scientifique du guide responsable de circonscrire la thématique de cette RS, entre autres, permettent de délimiter les stratégies de recherche documentaire déployées pour repérer les documents pertinents permettant de répondre aux questions de recherche (tableau 1, page suivante).

⁵ Par pratique prometteuse, nous nous inspirons de la définition du Conseil canadien de la santé : « Pratique [...] qui a fait l'objet d'une recherche [...], dont les résultats (avec une certaine variabilité) révèlent qu'elle a des effets positifs [...] »

Il est important de préciser que les documents admissibles portent nécessairement, mais non exclusivement, sur la population ciblée. Ainsi, tout document qui inclut à la fois des enfants RGD 2-5 ans et des enfants présentant d'autres caractéristiques est admissible, alors qu'un document est exclu s'il porte uniquement sur des parents d'enfants identifiés dans les critères d'exclusion, un critère qui assure que les documents retenus portent effectivement sur la population visée, du moins en partie.

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion des documents selon le picots

Dimensions	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	<ol style="list-style-type: none"> Parents d'enfants présentant un RGD (touchés dans au moins deux sphères) <ul style="list-style-type: none"> - motricité globale ou fine; - communication ou langage; - cognition; - développement personnel et social; - activité de la vie quotidienne. Ceci inclut différents syndromes ou diagnostics (voir la liste en annexe 2). Parents d'enfants âgés de 0 à 7 ans, mais dont la majorité est âgée de 2 à 5 ans. Pays occidentaux ou ayant des similitudes culturelles avec le Québec (p. ex. Australie ou Finlande). 	Documents portant uniquement sur les parents d'enfants : Polyhandicapés sévères, paralysie cérébrale, spasticité, Syndrome de Rett, maladie dégénérative, traumatisme crânien, AVC, autisme, néo natalité.
Interventions	Tout type de soutien offert aux parents sera considéré, qu'il s'agisse de programmes éducatifs et de formations, d'interventions associées au soutien financier ou psychologique, au répit, au dépannage et au gardiennage.	Groupes de soutien créés ou offerts par des parents.
Comparateurs	Tous les comparateurs possibles incluant l'absence d'intervention spécifique auprès des parents.	
Objectifs Principaux	<ul style="list-style-type: none"> - Moyens utilisés par les intervenants pour développer et maintenir une relation thérapeutique, incluant la communication du développement des enfants. - Développement des compétences de la famille. - Dimensions en lien avec le bien-être psychosocial (p. ex. sentiment d'efficacité parentale) - Indicateurs de bien-être (stress, anxiété, etc.). 	
Objectif secondaires	<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs de validité sociale (p. ex. satisfaction). - Toute autre information permettant de mieux soutenir la famille sur d'autres variables. - Résultats pour les enfants. 	
Temporalité	Toutes les durées possibles d'intervention avec ou sans suivi auprès des parents.	
Sites	Tous les milieux d'intervention (p. ex. milieux scolaires, service de garde de la petite enfance, centre d'intervention, à la maison...)	Milieux institutionnels

Au sujet des objectifs, les principaux résultats permettent de répondre aux sous-questions de recherche alors que les résultats portant sur les objectifs secondaires permettent d'inclure des informations complémentaires. Ainsi est présentée toute information permettant de déterminer si une intervention répond aux préférences des parents (p. ex. leur niveau de satisfaction) de manière à attester de sa validité sociale. Schaeffer et Clément (2010) déclinent la validité sociale en trois niveaux :

- 1) *la signification sociale des objectifs* (c.-à-d. que les objectifs de l'intervention sont conformes à ce que la société attend);
- 2) *l'adéquation des procédures* (qui consiste à vérifier si les procédures de traitement sont acceptables pour les participants, les équipes ou d'autres bénéficiaires d'un point de vue éthique ou pratique, par exemple);

3) *l'importance sociale des effets* qui implique un changement effectif dans la vie individuelle de la personne, un changement également important socialement.

Quant aux mesures d'efficacité des interventions sur les enfants, elles sont présentées de manière succincte et à titre indicatif seulement à l'annexe 3, car il ne s'agit pas de l'objet principal de cette RS. Notons qu'aucune analyse de la qualité de la preuve scientifique (QPS) n'a été effectuée sur les mesures de validité sociale ni sur les résultats portant spécifiquement sur les enfants. La QPS sera plus abondamment décrit dans la section suivante portant sur les méthodes de cette RS. Enfin, les sites institutionnels sont exclus, car ils ne correspondent pas au contexte de pratique des CRDITED.

Les stratégies de recherche et la sélection des documents reposent donc sur les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiés dans le PICOTS. La technicienne en documentation siégeant au comité scientifique du GP (A.G.), soutenue par la spécialiste en documentation scientifique de l'INESSS (C.D.), a effectué la stratégie de recherche d'articles scientifiques dans quatre bases de données : PubMed, Cinahl, PsycInfo et ERIC. L'agente de recherche du CRDITED MCQ - IU et membre de l'équipe de production (M-C.L.) a quant à elle effectué la recherche de la littérature scientifique grise. Elle a consulté : a) quatre bases de données et le site internet de cinq universités québécoises pour les thèses et mémoires; b) le site internet de six agences ou organismes d'évaluation des technologies en services sociaux pour différents types de rapports; et c) le moteur de recherche Google pour trouver des guides de pratique et des cadres de référence en utilisant une combinaison de mots-clés⁶. En plus de la recherche décrite précédemment, tout document provenant de la stratégie de recherche documentaire spécifique à la RS portant sur les interventions destinées aux enfants⁷ a été retenu s'il répondait aux critères du PICOTS. Enfin, les bibliographies des documents retenus dans le cadre de cette RS ont été consultées afin de repérer les documents qui ne l'auraient pas été autrement. Cette démarche a été effectuée une fois seulement, c'est-à-dire uniquement dans les documents initialement retenus pour la RS.

2.2 Processus de sélection des études

Les articles scientifiques ont été sélectionnés par les deux agents de recherche de l'équipe de production (S.G. et M.-C. L.). La procédure d'inclusion/exclusion des documents a respecté la démarche suivante : lecture des titres et des résumés des documents et, en cas d'incertitude, lecture complète des documents. Tout désaccord subsistant entre les agents quant à l'inclusion ou non d'un article scientifique a été tranché, par voie de majorité, par les membres représentant les intervenants cliniques et par la chargée de projet siégeant au comité scientifique du GP. Enfin, tout document initialement retenu a été exclu lorsqu'il était impossible d'identifier la question et les objectifs de recherche ou la méthodologie de recherche.

2.3 Évaluation de la qualité des études

L'évaluation de la qualité des études permet d'interpréter ou de nuancer les résultats présentés à la lumière de leur qualité méthodologique. Pour cette RS toutes les évaluations ont été effectuées à l'aide des grilles d'évaluation du *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Field* (Kmet, Lee et Cook, 2004), ci-après nommée SQA (annexe 5)⁸. La grille d'évaluation des études quantitatives comprend 14 critères d'évaluation et permet de calculer un score variant de 0 à 100. La grille d'évaluation d'études qualitatives permet de calculer un score identique et comprend quant à elle dix critères d'évaluation. Seules ces deux grilles ont été utilisées en l'absence de revues systématiques et de guides de pratique.

Pour des raisons de temps et de disponibilité de ressources, l'auteur principal de cette RS (S.G.) a évalué seul la qualité méthodologique des articles scientifiques retenus à l'aide des grilles du SQA présentées plus haut. Pour assurer la rigueur de la démarche, l'équipe de production a quand même évalué indépendamment environ 20 % des études (n = 4) afin de vérifier la compréhension du contenu de la grille d'évaluation, ce qui a permis de déterminer un niveau d'accord inter-juges. Dans l'ensemble, six critères ont été évalués à 100 % de la même façon; trois critères à 75 %; trois autres à 50 % et un critère présentait un taux d'accord de 25 %. Lorsque l'accord inter-juges était inférieur à 50 % pour un critère, des discussions entre les deux évaluateurs ont permis d'harmoniser leur compréhension de ce critère afin d'utiliser la grille de manière plus uniforme. Pour les deux derniers documents évalués, l'accord entre les évaluateurs sur les

⁶ La stratégie complète est consignée à l'annexe 4.

⁷ Cette stratégie est publiée dans Lehoux, M. C. (2014). Op. cit.

⁸ D'autres Unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention du Québec ont récemment utilisé les grilles SQA, notamment le CSSS de la Vieille-Capitale, ce qui explique ce choix.

14 critères était de 85 %, seuil à partir duquel nous avons jugé que la grille était utilisée de manière suffisamment similaire par les deux évaluateurs pour cesser l'évaluation conjointe des études. Il est important de préciser que les écarts remarquables entre les évaluateurs, lorsque présents, n'ont été que d'une seule catégorie sur les trois proposées par la grille (oui – partiel – non).

2.4 Extraction des données

Toutes les données permettant de répondre aux questions de recherche ont été extraites dans un document Excel^{MD} par l'auteur principal de cette RS (S.G.). La grille d'extraction a permis de consigner toutes les informations liées aux caractéristiques des pratiques répertoriées et à celles des études (p. ex. description des participants, protocole de recherche, rôle des intervenants, modalités opérationnelles, résultats, etc.).⁹

2.5 Méthode d'analyse des données

La RS repose sur une synthèse narrative analytique des données pour chaque question de recherche, et ce, pour chaque intervention. Les études ont été analysées individuellement ou regroupées en corpus si plus d'une étude portait sur une même intervention. Ont été considérés comme une seule étude tous les documents découlant de sources identiques. Étant donné la diversité des interventions et des variables utilisées pour mesurer les différentes dimensions étudiées, il a été impossible de réaliser une méta-analyse. L'analyse repose donc : 1) sur les résultats statistiques présentés dans les études et 2) sur une démarche qui permet de déterminer la qualité de la preuve scientifique (QPS).

2.5.1 L'interprétation des données statistiques

Pour une intervention donnée, tous les résultats statistiques liés à une dimension particulière (p. ex. le bien-être) ont été considérés sans égard aux différentes sous-dimensions du concept ayant été mesurées. Par exemple, pour le bien-être des parents, toutes les mesures liées au stress parental, aux symptômes de dépression ou aux symptômes d'anxiété, pour ne nommer que celles-là, ont été considérées *en bloc*. Ainsi, l'analyse globale du bien-être parental à la suite d'une intervention tient compte de l'ensemble des résultats présentés dans les études portant sur cette intervention. Si, pour une intervention en particulier, trois études présentent dix résultats en lien avec le bien-être parental, mais que seulement quatre résultats sont statistiquement significatifs, nous jugeons que l'intervention semble avoir une efficacité *acceptable* en fonction des critères décrits dans le tableau 2.¹⁰

Tableau 2 : Interprétation des résultats par intervention et par sous question de recherche

Il y a significativité statistique pour :	Interprétation
Aucune des variables mesurées	L'intervention semble ne démontrer aucune efficacité sur le concept mesuré.
1 à 33 % des variables mesurées	L'intervention semble avoir une efficacité limitée sur le concept mesuré.
34 à 66 % des variables mesurées	L'intervention semble avoir une efficacité acceptable sur le concept mesuré.
67 à 100 % des variables mesurées	L'intervention semble avoir une efficacité élevée sur le concept mesuré.

⁹ La grille d'extraction est consignée à l'annexe 6.

¹⁰ Il est important de distinguer cette façon d'interpréter les résultats de la grandeur d'effet (p. ex. le *d* de Cohen). Ce choix repose sur différents éléments, en particulier l'absence du *d* dans la plupart des études retenues et la diversité des sous-concepts mesurés à l'aide de différents instruments de mesure. Il ne s'agit donc pas d'analyser la force de l'effet de l'intervention, mais plutôt d'interpréter l'efficacité (statistique) de l'intervention sur une proportion plus ou moins élevée de variables mesurées. Cette façon de travailler ne tient donc pas compte du nombre plus ou moins grand de mesures pouvant être présentées d'un corpus à l'autre, ce qui constitue une limite de la méthode. Par exemple, un corpus présentant une seule mesure de bien-être ne mènera inévitablement qu'à l'une ou l'autre des interprétations suivantes : aucune efficacité ou efficacité élevée. Cependant, nous pallions un peu cette lacune lorsque nous déterminons la qualité de la preuve scientifique qui soutient les résultats.

Notons que cette procédure s'applique uniquement aux trois principaux objectifs spécifiés dans le PICOTS (développement des compétences parentales, amélioration du sentiment d'efficacité parentale et amélioration du bien-être) et non aux objectifs secondaires. Ajoutons que l'emploi du verbe « sembler » dans le tableau 2 tient compte du fait que cette interprétation est balisée par la qualité de la preuve scientifique qui est décrite ci-dessous.

2.5.2 La détermination de la qualité de la preuve scientifique

Un algorithme a été développé pour déterminer la QPS des résultats d'efficacité présentés dans les études.¹¹ Cette qualité de preuve est obtenue à l'aide de 14 items regroupés en quatre indices : les risques de biais (6 items), la mesure directe des effets (4 items), la précision des mesures (3 items) et la cohérence des résultats (1 item).¹² Tous ces items sont critériés et ils permettent de calculer un score se situant entre 0 et 10, ce qui permet de déterminer une qualité de preuve forte, modérée, faible ou très faible (tableau 3). La méthode employée pour déterminer la QPS de l'unique étude qualitative repose quant à elle exclusivement sur des critères de la grille SQA.

La qualité de la preuve (tableau 3) vient donc baliser l'interprétation des résultats (tableau 2) de manière à distinguer les interventions qui semblent *prometteuses* d'un point de vue scientifique de celles qui semblent l'être moins.

Tableau 3 : Qualité de la preuve accordée aux résultats scientifiques

Qualité de preuve	Définitions
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.

* Repris du document la Qualification du corpus de preuve du CRDITED MCQ - IU (titre provisoire, à paraître).

¹¹ Cet algorithme s'inspire de la méthode GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) et de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR).

¹² Est consignée à l'annexe 7 la démarche permettant d'établir la QPS. L'analyse des études quantitatives reposant uniquement sur les données statistiques et sur la QPS, les scores de qualité obtenus à l'aide des grilles du SQA sont présentés à titre indicatif seulement.

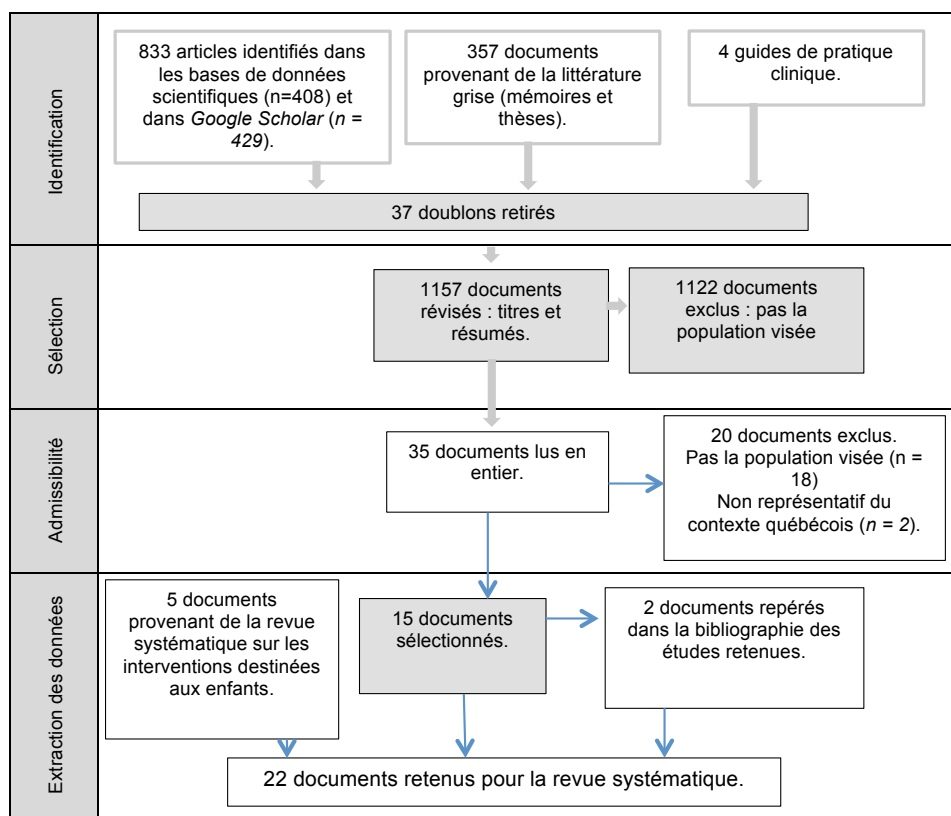
3. RÉSULTATS

Nous présentons ici les résultats découlant du processus qui a mené à la sélection des études pour cette RS, une brève description des interventions évaluées, ainsi qu'un résumé des analyses qui ont été effectuées pour déterminer la QPS. Suivront les résultats d'efficacité des interventions.

3.1 Sélection des études

La stratégie de recherche documentaire a permis de repérer 1157 documents (schéma 2, page suivante). Un premier tri a mené à l'exclusion de 1122 documents parce qu'ils ne portaient pas sur la population visée. Une lecture plus approfondie des 35 documents restants a permis d'en exclure 20 de plus : deux parce que les expériences se déroulaient dans un pays non représentatif du contexte québécois et les autres parce qu'ils ne portaient pas sur la population visée. Ce sont donc 22 études¹³ qui ont été retenues pour cette RS : 20 articles proviennent des bases de données scientifiques (15 sont issus des stratégies de recherches spécifiques aux parents et les 5 autres des stratégies de recherche utilisées pour la RS portant sur les interventions destinées aux enfants); et 2 études repérées en consultant la bibliographie des documents initialement retenus.

Schéma 2 : Diagramme de sélection des études



3.2 Description des études retenues

Parmi les 22 études retenues, dix-neuf proviennent de la littérature scientifique et 3 de la littérature grise scientifique (il s'agit de 3 thèses)¹⁴. Il n'y a qu'une seule étude qualitative (le sommaire des études figure dans le tableau 4 de la page suivante).

¹³ Deux paires d'études portaient sur le même échantillon, ainsi elles ont été regroupées pour l'analyse, ce qui porte le nombre effectif d'études à 20.

¹⁴ Un tableau synthèse des études retenues est consigné à l'annexe 8.

Tableau 4 : Sommaire des études retenues

Études	Pays	n	Enfants RGD (n)	Devis	Attrition au post-test	Attrition au suivi	Interventions	Assiduité des participants	Scores SQA
Bagner et Eyberg (2007)	États-Unis	30	Imprécis	ECR	Gr. exp. : 0,33 Gr. contr. : 0,20	S.O.	Parent-Child Interaction Therapy	100 % pour 8 parents; inconnue pour les autres	0,96
Barrett (2010)	Australie	49	14	Pré-test/post-test	Gr. exp. : 0,06	Gr. exp. : 0,20	Stepping-Stone Triple P de niveau 2 (séminaire)	Ne s'applique pas	0,75
Drummond et collab. (2008)	Canada	36	36	ECR	Gr. exp. : 0,40 Gr. contr. : 0,29	S.O.	Cooperative family learning approach	Inconnue	0,73
Fey et collab. (2006) / Warren et collab. (2008)	États-Unis	51	29	ECR	Gr. exp. : 0,00 Gr. contr. : 0,00	Gr. exp. : 0,00 Gr. contr. : 0,00	Responsivity Education inspiré de It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents	Assiduité : a) Intervention initiale : en moyenne 7,72 rencontres. b) Intervention complémentaire : en moyenne 5,33 rencontres.	0,92
Hudson et collab. (2003)	Australie	115	22	Quasi expérimental	Gr. exp. : 0,56 Gr. contr. : 0,04	Gr. exp. : 0,72 Gr. contr. : S.O.	Signposts	Inconnue	0,58
Hudson et collab. (2008)	Australie	1684	Imprécis	Pré-test/post-test	Gr. exp. : 0,47	Gr. exp. : 0,87	Signposts	Inconnue	0,67
Huipe Wilson (2010)	États-Unis	43	Plus de la moitié	Quasi expérimental	Gr. exp. : 0,16 Gr. contr. : 0,17	S.O.	Incredible years parent training program (adapté)	Inconnue	0,77

Tableau 4 : Sommaire des études retenues (suite)

Études	Pays	n	Enfants RGD (n)	Devis	Attrition au post-test	Attrition au suivi	Interventions	Assiduité des participants	Scores SQA
Kaiser et Roberts (2013)	États-Unis.	77	61	ECR	Imprécis	0,22 pour les deux groupes de comparaison	Enseignement en milieu (EMT)	Inconnue	0,96
McIntyre (2008a)	États-Unis	49	30	ECR	Gr. exp. : 0,13 Gr. contr. : 0,08	S.O.	Incredible years parent training program	88,5 % (de 67 à 100 %).	0,92
McIntyre (2008b)	États-Unis	28	12	Pré-test/post-test	Gr. exp. : 0,11	S.O.	Incredible years parent training program (adapté)	80 % (de 58 à 100 %).	0,91
Phaneuf et McIntyre (2007)	Inconnu	6	6	NBM	Gr. exp. : 0,33	S.O.	Incredible years parent training program	Inconnue	0,75
Phaneuf et McIntyre (2011)	Inconnu	8	2	NBM	Gr. exp. : 0,13	S.O.	Incredible years parent training program	Inconnue	0,95
Neece (2013)	États-Unis	46	Semble être 8	ECR	Gr. exp. : 0,00 Gr. contr. : 0,00	S.O.	Mindfulness-based Stress reduction	Inconnue	0,85
Plant et collab. (2007)	Australie	74	21	ECR	SSTP-E : 0,00 SSTP-S : 0,00 Gr. contr. : 0,00	SSTP-E : 0,04 SSTP-S : 0,27 Gr. contr. : S.O.	Stepping-Stone Triple P : programme standard (SSTP-S) et bonifié (SSTP-E)	Inconnue	0,92

Tableau 4 : Sommaire des études retenues (suite)

Études	Pays	n	Enfants RGD (n)	Devis	Attrition au post-test	Attrition au suivi	Interventions	Assiduité des participants	Scores SQA
Quinn et collab. (2006 et 2007)	Irlande	66	Imprécis	Quasi expérimental	Gr. exp. A : 0,00 Gr. exp. B : inconnu Gr. contr. : 0,00	Gr. exp. A : 0,17 Gr. exp. B : 0,54 Gr. contr. : S.O.	Parents Plus	95 % de parents du groupe A ont assisté à au moins 5 des 6 rencontres; contre 71 % pour le groupe B	0,77
Rinald et Miranda (2012)	Canada	6	2	NBM	Gr. exp. : 0,00	S.O.	Rapid toilet training	Ne s'applique pas	0,71
Roberts et collab. (2006)	Australie	55	8	ECR	Gr. exp. : 0,17 Gr. contr. : 0,00	Gr. exp. : 0,31 Gr. contr. : S.O.	Stepping-Stone Triple P	Inconnue	0,81
Singh et collab. (2007)	États-Unis	4	4	NBM	Gr. exp. : 0,00	Gr. exp. : 0,00	Mindfulness-based Stress reduction	Inconnue	0,70
Watson	États-Unis	34	Inconnu	Qualitatif : analyse comparative constante des récits	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas	0,80
Wong (2012)	Nouvelle-Zélande	4	3	NBM	Gr. exp. : 0,00	Gr. exp. : 0,00	It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents	Inconnue	0,86

Légende

Devis : ECR (Essai contrôlé randomisé); NBM (Niveau de base multiple).
Attrition : Gr. exp. (Groupe expérimental); Gr. Contr. (Groupe contrôle).

Un peu plus de la moitié des études provient des États-Unis (55 %), deux études sont du Canada. En tout, les études portent sur 2 191 personnes, la taille des échantillons pour lesquels les données sont extraites variant de 2 à 1 684 par étude.¹⁵ Trois quarts des études retenues ont un échantillon d'au moins 21 participants. Le taux d'attrition lors de la prise de mesure au post-test est nul dans seulement le tiers des études retenues (n = 7), alors qu'il est d'au moins 20 % dans quatre études. De plus, un peu plus de la moitié des études comprend un groupe de comparaison ou présentent des mesures de suivi prises quelque temps après l'intervention pour évaluer le maintien des effets.

La majorité des parents participant à ces études sont des mères (plusieurs étant mères au foyer) et chez les enfants, des garçons. Dans plusieurs études, la plupart des parents sont dans la trentaine, ont poursuivi des études postsecondaires et sont considérés comme faisant partie de la classe moyenne. Une description plus exhaustive des participants pour chaque intervention est consignée à l'annexe 9. Le score moyen des études retenues sur le SQA est de 82,14 % (écart-type de 10,14), variant de 58 à 96 %.

Les études portent sur dix programmes d'interventions différents. Ceux-ci visent principalement à développer les compétences parentales, en particulier à enseigner des stratégies plus ajustées avec les besoins des enfants. Deux programmes d'intervention visent la formation des parents pour qu'ils appliquent des techniques favorisant le développement du langage de l'enfant et le dernier est un programme d'entraînement intensif à l'acquisition de la propreté. Bref, il s'agit essentiellement de programmes de formation de durées variées comprenant différentes activités pédagogiques, allant de formations de groupe d'une journée à des programmes d'accompagnement plus intensifs reposant sur du coaching et de la rétroaction vidéo personnalisés, par exemple. Certains chercheurs ont également mesuré l'effet de ces programmes sur le bien-être des parents ou sur leur sentiment de compétence parentale, ou encore ils ont mesuré leur niveau de satisfaction à l'égard de l'intervention. Enfin, l'unique étude qualitative décrit la relation entre les parents et les intervenants afin de présenter des pratiques professionnelles favorisant la relation thérapeutique.

Les chercheurs ont aussi utilisé différents outils de collecte de données pour mesurer les effets des interventions. Ils ont mesuré le développement des compétences parentales à l'aide de grilles d'observations codées de leurs comportements ou en utilisant des questionnaires validés ou conçus spécifiquement pour les besoins de l'étude. L'effet des interventions sur le sentiment d'efficacité parentale a été mesuré avec des questionnaires validés et à l'aide d'autres instruments conçus pour l'étude (p. ex. avoir le sentiment d'avoir atteint les buts fixés). Le bien-être des parents a quant à lui été mesuré à l'aide de questionnaires validés seulement.

3.3 Présentation succincte des programmes de formation¹⁶

En règle générale, les interventions comprennent de 6 à 16 rencontres qui s'échelonnent sur une période allant de 6 à 26 semaines pour un nombre total d'heures de prestation de service variant de 12 à 32 heures (un sommaire des interventions figure dans le tableau 5, pages suivantes). Les interventions faisant exception à cette règle sont l'enseignement dans le milieu (Kaiser et Roberts, 2013) qui comprend 36 rencontres; le programme Signposts (Hudson et collab., 2008) qui s'échelonne sur 18 mois; et deux formations d'une journée : l'entraînement intensif à l'acquisition de la propreté (Rinald et Miranda, 2012) et le Stepping-Stone Triple P de niveau 2 (Barrett, 2010).

¹⁵ Si l'on exclut l'étude qualitative de Watson et collab. (2006) qui décrit les relations entre les parents et les intervenants (34 participants) et qui ne constitue pas une étude d'efficacité d'intervention, et l'étude de Hudson et collab. (2008) qui comprend à elle seule 1 684 participants, les 19 études qui restent portent sur 499 participants, soit une moyenne de 25 participants par étude avec un écart-type de 19,65.

¹⁶ Dorénavant le terme « programme de formation » ou « programme » sera employé puisque cela correspond mieux à ce qui a été offert par les chercheurs aux parents dans le cadre des études. Une description plus complète de ces programmes et des modalités opérationnelles est consignée à l'annexe 10.

Tableau 5 : Sommaire des interventions

Études	Interventions	Modalités opérationnelles	Durée	Heures d'intervention
Bagner et Eyberg (2007)	Parent-Child Interaction Therapy	Intervention individuelle	16 sem.	24 h: 12 rencontres de 2 h
Barrett (2010)	Stepping-Stone Triple P de niveau 2	Séminaire de groupe	Une journée	5 h
Drummond et collab. (2008)	Cooperative family learning approach	Intervention individuelle	26 sem.	Inconnu (12 rencontres)
Fey et collab. (2006)/Warren et collab. (2008)	Responsivity Education inspiré de : <i>It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents</i>	Intervention individuelle	Intervention initiale : 26 sem. Intervention complémentaire : 26 sem.	Intervention initiale : 8 h : 8 rencontres d'une heure Intervention complémentaire : 6 h : 6 rencontres d'une heure
Hudson et collab. (2003)	Signposts	1. Intervention de groupe (G) 2. Autoadministration du programme (A) 3. Autoadministration avec soutien téléphonique (T)	G : 12 sem. T et A : Non spécifié.	G : 12 h (6 rencontres de 2 h) T : En moyenne 20 min aux 2 sem. A : Non spécifié
Hudson et collab. (2008)	Signposts	1. Intervention de groupe 2. Autoadministration du programme 3. Autoadministration du programme avec soutien téléphonique 4. Rencontres individuelles	18 mois	Non spécifié
Huipre Wilson (2010)	Incredible years parent training program (adapté)	Intervention de groupe	8 sem.	16-24 h : 8 rencontres de 2 h à 2 h 30
Kaiser et Roberts (2013)	Enseignement en milieu (EMT)	Intervention individuelle	16 sem.	Gr. exp. : 32-33 h (Atelier de préparation de 2-3 h; 24 rencontres d'une heure à la clinique; 12 rencontres de 30 min à la maison) Gr. contr. : 12 h (24 rencontres de 20 min à la clinique; 12 rencontres de 20 min à la maison)

Tableau 5 : Sommaire des interventions (suite)

Études	Interventions	Modalités opérationnelles	Durée	Heures d'intervention
McIntyre (2008a)	Incredible years parent training program	Intervention de groupe	12 sem.	30 h : 12 rencontres de 2 h 30
McIntyre (2008b)	Incredible years parent training program (adapté)	Intervention de groupe	12 sem.	30 h : 12 rencontres de 2 h 30
Phaneuf et McIntyre (2007)	Incredible years parent training program	Intervention de groupe et rétroaction vidéo individuelle	11 sem.	27,5 à 30 h Groupe : 11 rencontres de 2 h 30 Rétro. Vidéo : 1 à 3 rencontres de 30 à 45 min
Phaneuf et McIntyre (2011)	Incredible years parent training program	Intervention de groupe et rétroaction vidéo individuelle	11 sem.	27,5 à 30 h Groupe : 11 rencontres de 2 h 30 Rétro. Vidéo : 1 à 3 rencontres de 30 à 45 min
Neece (2013)	Mindfulness-based Stress reduction	Intervention de groupe	8 sem.	22 h : 8 rencontres de 2 h et une journée de 6 h
Plant et Sanders (2007)	Stepping-Stone Triple P	Intervention individuelle	SSTP-E : 16 sem. SSTP-S : 10 sem.	SSTP-E : 16 à 24 h (16 rencontres de 60 à 90 min.) SSTP-S : 10 à 15 h (10 rencontres de 60 à 90 min)
Quinn et collab. (2006 et 2007)	Parents Plus Programme	Intervention de groupe	6 sem.	12 h : 6 rencontres de 2 h
Rinald et Miranda (2012)	Rapid toilet training	Intervention de groupe	Une journée de formation et une semaine d'application des techniques	4 h
Roberts et collab. (2006)	Stepping-Stone Triple P	Intervention individuelle	Non spécifiée.	20 à 24 h : 10 rencontres de 2 h en clinique + 3 - 4 rencontres de 2 à 4 h à la maison.
Singh et collab. (2007)	Mindfulness-based Stress reduction	Intervention individuelle	a) Formation sur 12 sem. b) Pratique de 52 sem.	24 h : 12 rencontres de 2 h
Wong (2012)	It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents	Intervention de groupe	10 sem.	20 h : 8 rencontres de 2 h 30

3.3.1 Cooperative family learning approach (CFLA)

Les chercheurs indiquent que cette approche est centrée sur la famille (*family centeredness*). L'objectif est d'amener les parents à communiquer davantage de façon coopérative avec leur enfant, notamment lors d'exercices à faire durant les activités de la vie quotidienne pour permettre la généralisation des apprentissages.

3.3.2 Enseignement dans le milieu (Enhanced Milieu Teaching - EMT)

Les intervenants forment les parents à utiliser quatre stratégies du EMT auprès de leur enfant afin d'améliorer ses compétences langagières : interagir de façon sensible, offrir des modèles, enrichir sa communication et utiliser des procédures d'incitation.

3.3.3 Incredible years parent training program (IYPT)

L'IYPT repose sur un curriculum structuré qui favorise le développement des compétences parentales dans quatre sphères: 1) jeu et participation; 2) éloges et récompenses; 3) établissement des limites; 4) gestion des comportements inappropriés ou difficiles. Le programme standard comprend douze rencontres de groupe de 2 h 30 (30 heures) échelonnées sur autant de semaines.

3.3.4 It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents (ITTT)

L'objectif consiste à améliorer la sensibilité des parents en les amenant à identifier et à répondre adéquatement aux tentatives de communication de leur enfant, même lorsque celles-ci ne semblent pas nécessairement intentionnelles.

3.3.5 Mindfulness-based Stress reduction (MBSR)

Le MBSR est une approche cognitivo-comportementale visant à améliorer le bien-être des personnes en provoquant chez elles des changements en profondeur. Les parents apprennent à identifier les interactions qui conduisent à un bris de communication, des méthodes de *méditation simple* pour accroître le mindfulness et des exercices pour les aider à pratiquer le mindfulness lors des interactions avec leur enfant.

3.3.6 Thérapie d'interaction parent-enfant (Parent-Child Interaction Therapy - PCIT)

Ce programme vise le développement de comportements parentaux plus positifs et efficaces lors des interactions avec l'enfant afin de réduire la désobéissance et les comportements dérangeants. Plus spécifiquement, on veut améliorer la capacité des parents à fixer des limites et à poser des actions cohérentes.

3.3.7 Parents Plus Programme (PPP)

La formation repose sur des stratégies permettant aux parents de gérer et résoudre des problèmes de discipline avec leur enfant.

3.3.8 Rapid toilet training (RTT)

Le RTT est un programme d'entraînement intensif à l'acquisition de la propreté d'une semaine. Ce sont les parents qui implantent l'intervention à la maison immédiatement après avoir participé à une formation d'une journée.

3.3.9 Signposts for Building Better Behaviour (Signposts)

Il s'agit d'un programme de prévention destiné aux parents d'enfants de 3 à 16 ans ayant une déficience intellectuelle. Les intervenants enseignent aux parents des habiletés pour gérer les comportements problématiques de leur enfant, gérer leur stress parental et résoudre des problèmes. Les contenus sont centrés sur la famille (*family-centred framework*) et sont conçus pour pouvoir être adaptés aux familles.

3.3.10 Stepping-Stone Triple P (SSTP)

Le SSTP est un programme individualisé de développement des compétences parentales pour aider les parents à gérer les comportements difficiles de leur enfant. Le programme standard (SSTP-S) comprend dix rencontres de formation d'une durée de deux heures (vingt heures) et trois ou quatre rencontres de soixante minutes à la maison. Les parents apprennent les causes des problèmes de comportement des enfants ainsi que 25 stratégies de gestion du comportement. Ce sont également les parents qui fixent les objectifs à atteindre et qui choisissent les stratégies à pratiquer. Afin de favoriser le maintien et la généralisation des acquis, les intervenants aident les parents à identifier les situations à risque élevé. Lors des rencontres de formation, ils offrent aux parents une forme active de développement de compétences (p. ex. modelling, jeux de rôle, rétroaction), notamment en visionnant des vidéos exposant des stratégies parentales positives.

3.4 Résumé des analyses de qualité des preuves scientifiques

Les données présentées dans les études retenues ont permis d'effectuer vingt analyses de QPS portant sur l'efficacité des interventions en lien avec les trois objectifs principaux spécifiés dans le PICOTS. Sept analyses portent sur le développement des compétences parentales, autant sur le bien-être des parents et cinq sur le développement du sentiment de compétence des parents. La dernière analyse de QPS porte sur la relation parents-intervenants de l'unique étude qualitative.

Une seule analyse a permis d'établir une QPS élevée, les analyses menant surtout à des QPS modérées ($n = 13$) ou faibles ($n = 6$) (tableau 6). Cela s'explique par le fait que le risque de biais est modéré ($n = 13$) ou élevé ($n = 7$) dans environ deux tiers des analyses et qu'un nombre équivalent d'analyses ($n = 14$) repose sur des mesures peu précises, en particulier parce que presque aucune étude n'a rapporté les intervalles de confiance des résultats obtenus. Par contre, les mesures sont surtout assez directes ($n = 12$) ou directes ($n = 8$) en particulier parce que : l'échantillon étudié est assez près de la population spécifiée dans le PICOTS, les chercheurs rapportent des résultats de mesures directes, plusieurs chercheurs ont vérifié l'intégrité du traitement, ou parce qu'ils ont utilisé un groupe de comparaison, des facteurs qui contribuent à améliorer quelque peu la QPS.

Tableau 6 : Synthèse des vingt analyses des corpus¹⁷

Risque de biais	Mesure directe	Précision de la mesure	Cohérence entre les résultats	Qualité de la preuve
Très faible = 0 Faible = 6 Modéré = 13 Élevé = 1	Non directe = 0 Peu directe = 0 Assez directe = 12 Directe = 8	Peu précise = 15 Assez précise = 5 Très précise = 0	Non ou ne s'applique pas = 9 Partielle = 5 Oui = 6	Très faible = 0 Faible = 6 Modéré = 13 Élevé = 1

¹⁷ L'annexe 7 présente la démarche utilisée pour chacun des éléments de preuve et l'annexe 11 l'ensemble des QPS. Des explications supplémentaires sur cette démarche sont disponibles dans : CRDITED MCQ – IU. La Qualification du corpus de preuve (Titre provisoire, à paraître).

3.5 Les résultats d'efficacité des interventions

Pour chaque question de recherche, tous les résultats des études, incluant les résultats non significatifs, les résultats reposant sur des statistiques descriptives et les résultats de nature plus qualitative sont présentés.¹⁸ Un sommaire est également présenté pour chaque sous-question de recherche lorsque plus d'une étude est rapportée. La dernière partie de cette section porte sur les études ayant effectué des mesures permettant de vérifier la validité sociale des programmes de formation.

3.5.1 Que font les intervenants pour développer et maintenir une relation thérapeutique avec les familles d'enfants présentant un RGD, en particulier lorsque survient le moment de communiquer les résultats du développement de l'enfant?

Une seule étude a été repérée pour aider à répondre au premier volet de cette question, car aucune étude n'a rapporté d'information sur la manière de communiquer aux familles les résultats du développement des enfants. L'étude qualitative de Watson et collab. (2006) rapporte certaines habiletés que possèdent les intervenants et des stratégies qu'ils déploient pour développer une *relation thérapeutique*. En l'occurrence, les intervenants établissent un équilibre entre les besoins parfois contradictoires de l'enfant et du parent; ils captent différents signaux (p. ex. expressions faciales, langage corporel) pour savoir où se situe le parent par rapport à l'intervention; ils communiquent adéquatement, posent des questions et encouragent les parents à poser des questions. Aussi, ils *normalisent*¹⁹ les interactions avec les parents et ils utilisent l'approche de l'étaillage, qui consiste à mettre l'accent sur ce que fait présentement l'enfant et sur ce que peut faire le parent pour l'aider à se rendre à l'étape suivante. Notons que ces résultats de recherche reposent sur une QPS modérée.

3.5.2 Est-ce que les pratiques permettent de développer les compétences des membres de la famille (savoirs, savoir-faire et savoir-être)?

Treize études rapportent des résultats pour sept programmes de formation en lien avec cette sous-question de recherche. Tous ces programmes ont pour objectif de soutenir le développement des compétences parentales, mais sur deux plans différents. Cinq programmes ont pour objectif d'amener les parents à adopter des attitudes éducatives favorables, en particulier pour les aider à gérer les comportements difficiles de leur enfant (Cooperative family learning approach, Incredible years parent training program, Mindfulness-based Stress reduction, Child Interaction Therapy et Stepping-Stone Triple P). La principale variable mesurée par les chercheurs est la fréquence d'utilisation de méthodes d'intervention des parents qu'ils considèrent comme étant appropriées ou inappropriées.²⁰ Deux autres programmes ont pour objectif d'outiller les parents pour qu'ils utilisent des stratégies visant à favoriser le développement du langage de leur enfant (Enseignement dans le milieu - Enhanced Milieu Teaching - et It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents). Notons qu'aucune étude ne porte sur la fratrie ou sur d'autres membres de la famille.

¹⁸ Un tableau synthèse des résultats d'interventions est consigné à l'annexe 12.

¹⁹ Il s'agit ici de traiter la situation de handicap comme faisant partie intégrante de la vie familiale et non pas comme une situation exceptionnelle ou qui se situe en périphérie du quotidien.

²⁰ Précisons que les auteurs des études retenues mesurent l'effet des interventions sur ce qu'ils nomment des comportements positifs ou appropriés (p. ex. féliciter l'enfant, être plus sensible aux tentatives de communication de l'enfant) et des comportements négatifs ou inappropriés (p. ex. des consignes inappropriées ou un manque de constance).

3.5.2.1 Programmes visant l'adoption d'attitudes éducatives favorables chez les parents²¹

Cooperative family learning approach

Une seule étude rapporte les résultats de cette approche. Drummond et collab. (2008) ont formé 15 participantes de l'Ouest canadien présentant au moins deux *facteurs de risques* parmi les suivants : avoir au plus dix années de scolarité, avoir un revenu familial inférieur à 20 000 \$, être chef de famille monoparentale, être sans emploi. L'intervention comprend douze rencontres individuelles échelonnées sur six mois et vise à l'apprentissage de la communication coopérative avec l'enfant. Les chercheurs ont comparé les résultats de cette intervention centrée sur la famille (family-centered) à un groupe contrôle de 21 parents qui a reçu un autre service destiné à accroître la coopération parent-enfant.

Les mesures observationnelles recueillies à l'aide du *Interactive Language Assessment Device* (ILAD) et du Turn-taking coding system (TTCS) indiquent que le temps total d'engagement par tranches d'observation de 180 secondes est significativement plus élevé dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle. Aussi, les comportements non engagés des parents des deux groupes ont diminué et les participants des deux groupes répondent davantage aux actes communicationnels de leur enfant; ainsi le CFLA ne démontre pas une efficacité supérieure au programme offert aux parents du groupe contrôle sur ces deux variables. Toutefois, on observe une diminution non significative du nombre d'actions amorcées par les parents du groupe expérimental. De plus, le nombre moyen de tours de parole par période d'engagement est resté inchangé alors qu'il aurait été souhaitable qu'il augmente, selon les chercheurs, car il s'agit d'une variable indiquant les capacités des parents à maintenir l'interaction lors des périodes de jeu. Enfin, le nombre total d'engagements des parents du groupe expérimental a baissé, tandis que celui du groupe contrôle a augmenté; il s'agit là d'un écart significatif démontrant que les parents du groupe expérimental manifestent plus de comportements *non engagés* que les parents du groupe de contrôle.

En somme, cette intervention ne semble pas démontrer une efficacité supérieure à l'intervention qu'a reçue le groupe contrôle pour modifier les comportements des parents. Notons toutefois que ce constat repose sur une faible qualité de preuve.

Incredible years parent training program

Tous les résultats sur les comportements des participants présentés ici proviennent de quatre études reposant sur des mesures observationnelles. Toutes ces mesures proviennent d'un même instrument conçu spécifiquement pour l'intervention et qui permet de consigner la fréquence de l'une ou l'autre des sept méthodes d'intervention utilisées par les parents et jugées inappropriées par les chercheuses (c.-à-d. le jeu inapproprié, les consignes inappropriées, le manque de constance, l'intrusion, les conséquences positives suivant un comportement problématique de l'enfant, les critiques et les agressions physiques), ainsi que la fréquence avec laquelle les parents félicitent leur enfant.

Dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé (ECR), McIntyre (2008a) rapporte des résultats du programme standard décrit plus tôt pour 21 mères biologiques qu'elle a comparés à ceux d'un groupe de 23 mères formant un groupe témoin. Les deux groupes reçoivent des services usuels pour leur enfant. La chercheuse rapporte une réduction significative de la fréquence des comportements parentaux qu'elle juge inappropriés chez les participants du IYPT par rapport au groupe témoin.

²¹ Comme mentionné précédemment, des informations plus exhaustives pour chaque intervention sont disponibles dans les annexes 9 et 10. Notons également que quatre études mesurant l'efficacité de trois interventions ont rapporté des résultats positifs sur les enfants à l'aide de mesures effectuées par les parents. Par exemple, des parents rapportent une meilleure continence de leur enfant (Rinald et Miranda, 2012) et des scores sont plus faibles sur des instruments de mesure tels que le *Strength and Difficulties Questionnaire* (Quinn et collab., 2007) ou sur le *Developmental Behaviour Checklist* ou le *Difficult Behaviour Assessment Form* (Hudson et collab., 2003 et 2008). La décision a donc été prise de ne pas inférer le développement des compétences parentales en utilisant les données sur les enfants. Cela explique pourquoi il n'y a pas de résultats sur le développement des compétences parentales pour trois des dix interventions décrites dans cette RS : le Rapid Toilet Training, le Parent Plus Programme et le programme Signposts.

Dans une autre étude, McIntyre (2008b) rapporte les résultats du programme qui a été adapté²² pour mieux tenir compte des particularités des enfants ayant un retard de développement, mais d'une durée identique à celle du programme standard. La chercheuse rapporte une « réduction globale » de la fréquence des 7 comportements considérés inappropriés auprès des 25 participants, bien que la réduction n'est significative que pour 3 de ces comportements (1. le jeu inapproprié, 2. les consignes inappropriées, et 3. le manque de constance); la réduction n'étant donc pas significative pour : 1. l'intrusion, 2. les conséquences positives suivant un comportement problématique de l'enfant, 3. les critiques. Notons qu'aucun parent n'agressait physiquement son enfant au début de l'intervention, ainsi aucune amélioration n'était possible sur cette variable. L'étude rapporte également des changements cliniquement significatifs pour toutes les variables. Ainsi, les données sur les 25 participants indiquent une réduction : « globale » de la fréquence des comportements jugés négatifs pour 17 d'entre eux; du jeu inapproprié pour 15; de l'intrusion pour 5; des conséquences positives suivant un comportement problématique de l'enfant pour 5; des consignes inappropriées pour 17; du suivi inadéquat pour 6; et des critiques pour une participante. Comme pour l'étude précédente (2008a), les participants n'ont pas tendance, dans l'ensemble, à féliciter davantage leur enfant au terme de l'intervention, quoique le taux de félicitations à la minute a augmenté de manière importante chez 14 participantes.

Phaneuf et McIntyre (2007) et Phaneuf et McIntyre (2011) ont évalué l'efficacité de cette formation de groupe qui a été réduite d'une séance pour y inclure des séances individuelles de rétroaction vidéo variant de 30 à 45 minutes. Les résultats de l'étude de 2007 portent sur quatre participantes et ceux de 2011 sur huit participantes, dont une qui s'est désistée. Dans les deux cas, il s'agit d'études reposant sur une méthodologie utilisant des niveaux de base multiples (*single subject multiple baseline*). Pour l'étude de 2011, les chercheuses ont segmenté le programme en trois étapes : la première repose sur des lectures, suivi des rencontres de groupe et, enfin, de rétroactions vidéo. Les participantes cessaient de participer à l'intervention lorsqu'elles atteignaient les seuils prédéterminés, et ce, peu importe l'étape où elles étaient rendues dans l'intervention. Enfin, notons que les enfants des participantes des études de 2007 et de 2011 étaient inscrits dans un programme d'intervention précoce ou dans un programme préscolaire selon les sections B ou C du IDEA (aux États-Unis). Ces deux études concluent que l'ajout de la rétroaction vidéo contribue à faire diminuer de manière importante la fréquence des comportements considérés inappropriés parmi les participantes. D'ailleurs, l'étude de 2011 indique que le ratio de stratégies positives utilisées par les participantes par rapport aux stratégies négatives est passé de 1:1 à 12:1. Ajoutons que les sept participantes ont atteint l'objectif qui consistait à utiliser moins de 20 % de stratégies négatives et à maintenir un ratio minimal de trois stratégies positives pour chaque stratégie négative, mais à différentes étapes du programme : l'une d'elles a atteint ces seuils après les lectures seulement, trois autres après les rencontres de groupe, deux, après une seule séance de rétroaction vidéo et une participante, après deux séances de rétroaction vidéo. Ces résultats sont généralement maintenus lors du suivi effectué trois mois après l'intervention.

Cette intervention semble donc avoir une efficacité élevée pour réduire la fréquence des comportements que les chercheuses jugent inappropriés, et une efficacité somme toute limitée pour amener les participantes à féliciter davantage leur enfant. Toutefois, ces observations reposent sur une faible qualité de preuve, en particulier parce que les études de Phaneuf et McIntyre (2007 et 2011) reposent sur des données descriptives.

Mindfulness-based Stress reduction

Une seule étude rapporte des résultats sur le MBSR. Dans le cadre d'un ECR, Neece (2013) a comparé les résultats d'une intervention de groupe offerte à 21 parents à ceux d'un groupe témoin de 25 parents placés sur une liste d'attente. Le groupe expérimental a participé à huit rencontres de deux heures (soit seize heures) durant huit semaines. Notons que 91,3 % des enfants des participants recevaient des services d'éducation spécialisée à l'école et que 78,3 % d'entre eux étaient inscrits dans une classe spéciale. Les données rapportées par les participants indiquent qu'ils utilisent davantage les cinq habiletés (*mindfulness skills*) qui leur ont été enseignées, soit observer, décrire, agir avec conscience (*awareness*), ne pas effectuer de jugements (*non-judgemental*) et agir de manière posée (*ability to be non-reactive*); et qu'ils se sont significativement plus améliorés sur cette dernière habileté comparativement aux autres. Dans l'ensemble, le MBSR semble avoir une efficacité élevée pour amener les parents à utiliser les habiletés développées, mais ce constat repose sur une faible qualité de preuve, d'autant plus que les résultats présentés ici n'ont pu être comparés au groupe témoin.

²² Ces adaptations sont présentées dans la description détaillée de l'intervention à l'annexe 10.

Parent-Child Interaction Therapy

Seule l'ECR de Bagner et Eyberg (2007) rapporte des résultats sur le PCIT. Les chercheurs ont comparé les résultats de 10 parents du groupe expérimental à ceux des 12 parents formant le groupe témoin. Notons qu'il s'agit ici plus d'une intervention personnalisée que d'un programme de formation. Celle-ci comprend douze rencontres individuelles d'une heure (douze heures) s'échelonnant sur une période de quatre mois. Les thérapeutes rencontrent les parents accompagnés de leur enfant en dyade et coachent les parents à parfaire leurs compétences, notamment à l'aide de capsules vidéo représentant les interactions entre les parents et leur enfant.

Les mesures observationnelles du comportement recueillies à l'aide du *Dyadic Parent-Child Interaction Coding System* portent sur des situations de jeu dirigées par l'enfant. Les résultats indiquent que les parents du groupe expérimental utilisent davantage l'ensemble des méthodes d'interventions qui leur ont été enseignées, les « Do Skills », que les parents du groupe témoin : ils décrivent davantage les comportements de leur enfant; ils utilisent plus la technique d'indice sémantique (c.-à-d. des énoncés ayant un sens proche de ce que dit l'enfant) et ils félicitent davantage leur enfant. Les chercheurs rapportent aussi que les parents du groupe expérimental, lors des périodes de jeu initiées par les enfants, utilisent moins de comportements qu'ils proscrivent, les « Don't Skills », que les parents du groupe témoin : moins de critiques, de questions posées ou de commandes directives. Bref, l'efficacité de cette intervention apparaît être élevée pour amener les parents à utiliser les techniques enseignées et pour réduire la fréquence observée de comportements proscripts par les chercheurs, des constats reposant sur une qualité de preuve modérée.

Stepping-Stone Triple P

Deux études (Roberts et collab., 2006; Plant et Sanders, 2007) rapportent des résultats sur le SSTP. Les deux études ont mesuré l'évolution des compétences parentales avec : 1) un outil de mesure observationnel (*le Family Observation Schedule-Revised III* - FOSR qui mesure les interactions parent-enfant à la maison ou dans la communauté, p. ex. durant des périodes de jeu, lors des repas, pendant le magasinage, etc.) et avec le Parenting Scale (un questionnaire mesurant les aspects dysfonctionnels de la discipline parentale). Ajoutons que toutes les familles participant à ces deux études recevaient des services publics réguliers pour leur enfant.

Roberts et collab. (2006) ont effectué un ECR pour évaluer le programme standard décrit précédemment, qu'ils ont offert à 14 parents en comparant les résultats à un groupe témoin de 15 parents, ces derniers étant inscrits sur une liste d'attente pour participer au programme. Les chercheurs ont offert à certains parents des modules supplémentaires (*Soutien du conjoint ou Stratégies d'adaptation*) s'ils jugeaient que cela allait favoriser l'atteinte des objectifs. Les chercheurs ont utilisé le FOSR dans un contexte ciblé et dans un contexte de généralisation pour mesurer huit comportements qu'ils nomment *positifs* ou *négatifs*. Parmi les cinq comportements positifs, deux d'entre eux sont antérieurs à la manifestation d'un comportement de l'enfant (directives précises et formulation de questions positives), tandis que les trois autres succèdent le comportement de l'enfant (félicitations, attention sociale positive et contact physique positif). Les chercheurs ne rapportent aucun effet d'intervention sur ces cinq variables en contexte de généralisation. Par contre, en contexte ciblé, les parents du groupe expérimental donnent significativement plus d'attention sociale positive et félicitent davantage leur enfant que les parents du groupe témoin. Six mois après l'intervention, les parents félicitent autant leur enfant (le maintien de cet effet d'intervention étant confirmé par une analyse en intention de traiter²³) alors que l'attention sociale positive des parents ne s'est pas maintenue. D'ailleurs, la comparaison des mesures pré-test / post-test indique que la fréquence des comportements jugés négatifs par les chercheurs (c.-à-d. contact physique négatif, attention sociale négative, formulation négative des questions et directives vagues) n'a pas diminué de manière significative parmi les parents du groupe expérimental, ni dans le contexte ciblé et dans le contexte de généralisation; cependant les résultats au post-test indiquent des fréquences de comportements négatifs significativement plus basses que celles du groupe témoin, mais en contexte de généralisation seulement. De plus, pour les parents du groupe expérimental, les données pointent vers une augmentation des fréquences des comportements négatifs dans les deux contextes lors de la période de suivi six mois après l'intervention, mais les chercheurs ne mentionnent pas si cette augmentation est significative.

En ce qui concerne la discipline parentale mesurée avec le *Parenting Scale*, les résultats indiquent que les mères font moins preuve de réactions excessives qu'au début de l'intervention, tandis que les pères sont moins laxistes et verbeux, et que tous ces effets sont maintenus six mois après l'intervention (Roberts et collab., 2006). Cependant, les analyses en intention de traiter ne confirment pas l'efficacité de l'intervention pour réduire les réactions excessives des mères, alors qu'elles confirment la réduction de la verbosité des pères. Selon les chercheurs, ces changements ont également une signification clinique : réduction des réactions excessives chez sept mères (50 %) du groupe expérimental comparativement à une seule mère dans le groupe témoin; réduction du laxisme pour quatre pères (40 %) du groupe expérimental comparativement à aucun dans le groupe témoin; et réduction de la verbosité de cinq pères (50 %) du groupe expérimental comparativement à aucun dans le groupe témoin.

L'étude de Plant et Sanders (2007) a pour objectif d'évaluer la valeur ajoutée d'un programme bonifié, soit le Stepping-Stone Triple P-Enhanced (SSTP-E), qui compte 6 rencontres de plus que le programme standard (SSTP-S). Dans le cadre d'un ECR, ils ont comparé les résultats de cette intervention à ceux des parents ayant participé au programme standard (SSTP-S) et à ceux de parents formant un groupe témoin.

Les résultats post-test mesurés à l'aide du FSOR indiquent qu'il n'y a aucune différence significative entre les trois groupes de comparaison sur la fréquence des comportements parentaux considérés comme étant négatifs par les chercheurs (c.-à-d. contact physique négatif, questions, attention ou directives suscitant une certaine aversion chez l'enfant, et interruptions du parent). Par contre, les chercheurs rapportent une réduction plus marquée du score total sur le *Parenting Scale* dans le groupe SSTP-S comparativement au groupe contrôle; aucune différence entre le groupe SSTP-E et le groupe de contrôle et aucune différence entre les groupes SSTP-E et SSTP-S. En somme, cette intervention semble avoir une efficacité limitée pour réduire la fréquence des comportements négatifs ou pour augmenter la fréquence de comportements positifs, ce qui est soutenu par une qualité de preuve modérée.

3.5.2.2 Programmes visant à favoriser le développement du langage des enfants

Enseignement dans le milieu (Enhanced Milieu Teaching - EMT)

Une seule étude rapporte des résultats sur l'EMT. L'ECR de Kaiser et Roberts (2013) compare les résultats de 39 parents qui ont été coachés à implanter les techniques d'intervention (groupe expérimental) à ceux de 38 parents qui n'ont que regardé les intervenants appliquer ces techniques avec leur enfant, mais sans qu'ils puissent intervenir eux-mêmes avec celui-ci (groupe témoin). L'intervention comprend 24 rencontres individuelles d'une heure en clinique, 2 fois par semaine et 12 rencontres de 20 à 30 minutes à la maison pour un total de 30 heures. Notons que les enfants de tous les participants de l'étude reçoivent des services d'orthophonie.

Les mesures observationnelles indiquent que les parents du groupe expérimental qui ont pratiqué les quatre stratégies avec l'aide des intervenants (interagir de façon sensible avec l'enfant, lui offrir des modèles, enrichir sa communication et utiliser des procédures d'incitation auprès de l'enfant) les utilisent davantage que les parents du groupe témoin. Afin de déterminer si ces parents sont en mesure de généraliser leurs apprentissages, les chercheuses ont pris des mesures lors d'activités pour lesquelles ni les enfants ni les parents n'ont été préalablement formés. Même dans ces contextes les parents utilisent autant les stratégies qu'ils ont pratiquées avec l'aide des intervenants. Notons que tous les effets sont maintenus 6 et 12 mois après l'intervention. L'efficacité de cette intervention semble donc élevée pour amener les parents à appliquer les techniques visant le développement du langage de leur enfant, ce qui est soutenu par une qualité de preuve modérée.

It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents

Deux études rapportent des résultats pour le « It takes Two to Talk : The Hanen program for Parents » (ITTT). Dans la première étude, soit celle combinant celle de Fey et collab. (2006) et celle de Warren et collab. (2008), les chercheurs se sont inspirés du programme ITTT pour concevoir le *Responsivity education* (RE). Dans le cadre de leur ECR, ces chercheurs ont offert aux 25 parents du groupe expérimental une intervention initiale comprenant 8 rencontres individuelles d'une heure échelonnées sur 26 semaines, période durant laquelle on enseignait simultanément à leur enfant des habiletés prélinguistiques en milieu (*Prelinguistic milieu teaching* - PMT). Entre le sixième et le douzième mois après la fin de l'intervention initiale, les chercheurs ont offert à tous les participants (incluant les vingt-six parents du groupe témoin) six rencontres individuelles d'une heure. Cela porte ainsi le nombre total de rencontres à 14 (14 heures) pour le groupe expérimental et à 6 (6 heures) pour le groupe témoin. Pour toute la durée de l'étude, les enfants de tous les participants recevaient des services non spécifiés.

Dans cette étude, les mesures observationnelles indiquent que seuls les parents d'enfants ayant une étiologie autre qu'une trisomie 21 (p. ex. AVC à la naissance, Syndrome d'Angelman, Syndrome Fragile-X) recodent²⁴ davantage les communications de leur enfant. D'autres mesures de suivi effectuées six mois et douze mois après l'intervention indiquent une amélioration de la sensibilité pour l'ensemble des participants de l'étude au fil du temps.

De son côté, Wong (2012) a évalué l'efficacité de l'ITTT auprès de trois parents à l'aide de mesures observationnelles. L'auteure a utilisé le « *two standard deviation band method* »²⁵ pour analyser les multiples mesures effectuées tout au long de l'intervention ainsi que durant la période de suivi. Les parents ont participé à 8 rencontres de groupe de 2 h 30 (20 heures) étalées sur une période de 10 semaines, incluant 2 semaines de pause entre les semaines 5 et 8. Pour évaluer le maintien des effets, l'auteure a effectué des mesures additionnelles deux semaines et deux mois après l'intervention. En parallèle, les enfants reçoivent des services dans le cadre d'un programme d'intervention comportementale intensive offerte par le centre où se déroulait l'ITTT.

Les résultats indiquent que deux des trois parents changent moins souvent de sujet lors des conversations (*topic change*), ce qui était l'effet recherché, mais cet effet n'a été maintenu que pour un parent deux mois après l'intervention. De plus, les participants n'effectuent pas davantage d'enrichissement de sujets (*topic extension*) ni de maintien de sujet (*topic maintenance*) au terme de l'intervention.

En revanche, les parents utilisent davantage les quatre stratégies d'intervention qu'on leur a enseignées. Durant la période de suivi, tous les parents ont davantage recours à la technique d'ébauche orale qui consiste à prononcer des parties de mots suivis d'un moment de pause pour donner à l'enfant le temps de les compléter; ce résultat était déjà significatif pour un parent durant la période de formation. Deux parents emploient également plus la technique d'imitation qu'au début de l'étude, un résultat maintenu lors du suivi. Un parent utilise davantage la technique de l'expansion durant la période de formation, un résultat également maintenu lors de la période de suivi. Enfin, aucun des trois parents n'a davantage utilisé de questions de suivi (*follow-in questions*) lors des discussions avec leur enfant.

Cette intervention semble donc avoir une efficacité limitée pour améliorer la capacité des parents à développer les compétences requises pour contribuer au développement du langage de leur enfant, toutefois la qualité de la preuve est faible pour appuyer ce constat.

3.5.2.3 Sommaire des programmes visant à développer les compétences parentales

Compte tenu des résultats d'efficacité et de la qualité des preuves scientifiques, le PCIT semble être l'intervention la plus prometteuse pour amener les parents à adopter des attitudes éducatives favorables afin d'améliorer la qualité de l'interaction avec leur enfant, notamment, alors que le SSTP semble être l'intervention la moins prometteuse (tableau 7), toutefois un léger doute subsiste quant au manque relatif d'efficacité du SSTP.

²⁴ Capacité de traduire un acte communicationnel simple de l'enfant en mots plus courants ou en mots ou phrases plus complexes.

²⁵ Un changement est considéré comme significatif lorsqu'au moins deux mesures consécutives (prises au cours de l'intervention ou durant la période de maintien) se situent deux écarts-types au-dessus ou sous la moyenne calculée durant la période de référence précédant l'intervention.

Tableau 7 : Identification des interventions qui semblent prometteuses pour améliorer les compétences parentales

Effacité de l'intervention sur :	Interventions	Échantillon total (n)	Effacité	Qualité de preuve	L'intervention semble :
L'adoption d'attitudes éducatives favorables : réduction de l'utilisation de méthodes inefficaces ou augmentation de l'utilisation de méthodes efficaces	Cooperative family learning approach	36	Limitée	Faible	Peu prometteuse, mais un doute important subsiste.
	Incredible years parent training program	90	Moyenne	Faible	Assez prometteuse, mais un doute important subsiste.
	Mindfulness-based Stress reduction	46	Élevée	Faible	Très prometteuse, mais un doute important subsiste.
	Parent-Child Interaction Therapy	30	Élevée	Modérée	Très prometteuse, mais un léger doute subsiste.
	Stepping-Stone Triple P	129	Limitée	Modérée	Peu prometteuse, mais un léger doute subsiste.
Les compétences visant à favoriser le développement du vocabulaire	Enhanced Milieu Teaching	77	Élevée	Modérée	Très prometteuse, mais un léger doute subsiste.
	It takes Two to Talk / Responsivity Education	54	Limitée	Faible	Peu prometteuse, mais un doute important subsiste.

Ajoutons qu'un doute important subsiste au sujet des interprétations liées au IYPT, au MBSR et au CFLA : les études sur lesquelles repose la preuve comprennent d'importants risques de biais ou des mesures peu précises.

Au sujet des deux programmes offerts aux parents pour les aider intervenir plus efficacement pour améliorer la communication de leur enfant, l'EMT apparaît être une intervention plus prometteuse que l'ITTT. Dans le cas du EMT, tous les résultats sont significatifs et la qualité de la preuve est modérée, alors que les résultats sont significatifs sur une proportion moins élevée de variables pour l'ITTT. Toutefois, il est difficile d'affirmer que cette dernière intervention est réellement peu efficace considérant la faible qualité de la preuve.

3.5.3 Est-ce que les pratiques améliorent le bien-être psychosocial de la famille sur des variables telles que le sentiment de compétence, l'acceptation du diagnostic, une satisfaction accrue de la relation avec l'enfant présentant un RGD, etc.?

Des résultats sont disponibles pour cinq programmes de formation en lien avec cette sous-question de recherche : Mindfulness-based Stress reduction (MBSR), Parents Plus Programme (PPP), Rapid toilet training (RTT), Signposts for Building Better Behaviour (Signposts), Stepping-Stone Triple P (SSTP). Les études rapportent presque exclusivement des résultats en lien avec le sentiment d'efficacité parentale. Ici encore, tous les résultats portent sur les parents seulement.

Mindfulness-based Stress reduction

Deux études rapportent des résultats pour le MBSR. L'étude de Neece (2013) ayant été décrite plus tôt, celle de Singh et collab. (2007) est décrite à l'instant. Quatre mères afro-américaines ont participé à cette étude qui repose sur des niveaux de base multiples. Ces mères ont participé à douze rencontres de formation individuelle de 2 heures (soit 24 heures) durant 12 semaines. Elles ont ensuite pratiqué pendant 52 semaines avant que les chercheurs n'évaluent l'effet de l'intervention. Durant la période de l'étude, leur enfant fréquentait un service de garde pour enfants avec des retards de développement deux heures par jour, trois fois par semaine.

Les participantes constatent qu'une pratique régulière du MBSR leur permet de réagir calmement et positivement, ce qui a pour effet de prévenir les comportements inadaptés de leur enfant et d'encourager leurs comportements positifs. De plus, les scores sur le *Subjective Units of Parenting Satisfaction* indiquent que les quatre participantes sont plus satisfaites de leurs habiletés parentales après l'intervention et encore plus après les 52 semaines de pratique (mesures descriptives).

Quant à l'étude de Neece (2013), les scores sur le *Subjective Units of Distress Scale* indiquent que le niveau de satisfaction du groupe expérimental à l'égard des habiletés parentales augmente au fil des rencontres. Enfin, ces deux études rapportent que les participants sont plus satisfaits des interactions avec leur enfant.

Bref, l'efficacité de cette intervention semble être élevée pour améliorer le sentiment de compétence parentale, une observation reposant sur une qualité de preuve modérée.

Parents Plus Programme

Deux études réalisées par Quinn et collab. (2006 et 2007) rapportent les résultats de cette intervention. Celle-ci a été adaptée pour le contexte spécifique irlandais et comprend six rencontres de groupe hebdomadaires de deux heures (soit douze heures) au lieu des huit prévues dans le programme original. Chaque groupe est composé de 7 à 10 parents. Au début de l'intervention, les participants fixent au moins trois buts spécifiques, mesurables et atteignables, pour leur enfant et pour eux-mêmes. Tous les enfants reçoivent des services réguliers offerts par une équipe multidisciplinaire (orthophonistes, travailleurs sociaux, psychologues et physiothérapeutes) dispensés par des organismes de santé publics en milieu rural deux à trois fois par semaine.

Des résultats portant sur un même échantillon de parents sont rapportés dans les deux études; il s'agit de parents d'enfants ayant à la fois des problèmes de comportement et un retard de développement (groupe A). Les deux études utilisent un design quasi expérimental pour mesurer l'efficacité de l'intervention. Dans l'étude de 2006, les résultats obtenus auprès des parents du groupe A sont comparés à ceux de parents d'enfants ayant uniquement des problèmes de comportement et qui ont également reçu l'intervention (groupe B), tandis que l'étude de 2007 compare les résultats du groupe A (il s'agit des mêmes résultats présentés dans l'étude de 2006) à ceux d'un groupe témoin de parents en attente de recevoir l'intervention (groupe C).

Comparativement au début de l'intervention, les parents du groupe A estiment atteindre davantage les buts qu'ils ont fixés pour eux-mêmes ou pour leur enfant, des effets maintenus dix mois après l'intervention. D'ailleurs, ces parents estiment davantage atteindre les buts qu'ils ont fixés pour leur enfant que les parents du groupe B; alors qu'il n'y a pas de différence entre ces deux groupes en ce qui concerne l'atteinte des objectifs parentaux. Notons que les parents des groupes A et C n'ont pas été comparés sur cette dimension. Ainsi, l'efficacité de cette intervention apparaît être élevée pour améliorer le sentiment de compétence parentale, ce qui est appuyé par une qualité de preuve modérée.

Rapid toilet training

Seule l'étude de Rinald et Miranda (2012) rapporte des résultats sur le RTT. Les chercheurs ont formé cinq parents au RTT lors d'un atelier pratique de groupe d'une journée de la fin de semaine (quatre heures) afin qu'ils puissent implanter l'intervention à la maison immédiatement la semaine suivante. Les familles ont été recrutées par l'entremise d'agences offrant des services d'intervention précoce. Notons que les chercheurs n'ont effectué que des mesures post-test et que leurs résultats reposent sur des données descriptives seulement.

Les parents ont mentionné que les stratégies enseignées ont été aidantes lors des périodes d'entraînement de leur enfant et qu'ils ont confiance de pouvoir utiliser ces stratégies à l'avenir si des problèmes venaient à surgir. Ainsi, l'efficacité de cette intervention serait élevée pour améliorer le sentiment de compétence parentale en ce qui concerne la gestion de la continence de leur enfant, cependant la qualité de la preuve demeure faible pour appuyer ce résultat.

Signposts for Building Better Behaviour

Deux études rapportent des résultats pour ce programme. Dans leur première étude Hudson et collab. (2003) ont utilisé une méthode quasi expérimentale pour mesurer l'effet de l'intervention sur un échantillon initial de 115 mères. Toutefois, les mesures portent sur 65 d'entre elles (57 %) : 39 pour le groupe expérimental et 26 pour le groupe témoin. Les participantes ont été formées selon l'un ou l'autre des trois formats suivant : la formule autodidacte (le matériel est envoyé toutes les deux semaines pour laisser le temps aux parents de pratiquer); la formule autodidacte avec soutien téléphonique d'un thérapeute à toutes les deux semaines, et ce, sans contrainte de temps (la durée moyenne des appels étant de 20 minutes); des rencontres de groupe de deux heures, aux deux semaines, animées par un psychologue. Les chercheurs n'ont pas indiqué la durée de la formation pour les deux derniers formats. Les familles ont été recrutées à l'aide d'invitations écrites distribuées dans les écoles et à l'aide de publicités dans les infolettres d'organisations se spécialisant dans le soutien aux familles ayant un enfant avec une DI. Enfin, tous les enfants fréquentaient une école ordinaire avec ou sans assistance, une école spéciale, une combinaison d'écoles, ou un autre service de jour.

Après la formation, les scores du groupe expérimental sur le Parenting Sense of Competence Scale, Efficacy subscale (perception d'efficacité à l'égard de la gestion du rôle parental) sont significativement plus élevés que ceux du groupe témoin, et ces résultats sont maintenus quatre à six mois après l'intervention. De plus, les chercheurs n'ont noté aucune différence significative entre les deux modalités faisant appel à un psychologue (soit l'autoformation avec soutien téléphonique et les rencontres de groupe) et la formule autodidacte; ni entre les rencontres de groupe et l'autoformation avec soutien téléphonique.

L'étude de 2008 porte sur un échantillon initial de 2 119 personnes qui bénéficient du programme désormais offert comme service usuel. Toutefois, les mesures au prétest portent sur 1 684 participants, au post-test sur 889 et le suivi après trois mois sur les données obtenues auprès de 217 mères. D'ailleurs, plus du trois quarts des participants sont des mères. Il s'agit donc d'une étude pré-test/post-test en contexte de pratique réelle, ainsi l'intervention était déployée dans plusieurs milieux et des professionnels appartenant à différentes professions intervenaient auprès des parents. Aux trois formats nommés dans l'étude de 2003, les chercheurs ont ajouté le soutien individualisé en présence.

Cette étude rapporte des scores significativement plus élevés sur les sous-échelles *Efficacy et Satisfaction* (c.-à-d. aimer son rôle parental) du *Parenting Sense of Competence Scale* pour les pères et les mères, alors que ce résultat n'est pas observé chez les *autres participants* (p. ex. grands-parents, enseignants, tuteurs, etc.). Ces scores sont également significativement plus élevés après l'intervention pour toutes les modalités opérationnelles, à l'exception de la formation autodidacte pour laquelle il y avait trop peu de résultats pour effectuer une analyse. Ainsi, il appert que l'efficacité de cette intervention est élevée pour améliorer le sentiment de compétence parentale, un constat appuyé par une qualité de preuve modérée.

Stepping-Stone Triple P

Deux études rapportent les résultats de cette intervention. Dans l'étude de Plant et Sanders (2007) décrite plus tôt, les scores totaux sur le *Parenting Sense of Competence Scale* des groupes SSTP-E et SSTP-S sont plus élevés que celui du groupe témoin, et ces effets sont maintenus après un an.

Dans l'autre étude, Barrett (2010)²⁶ a évalué le SSTP de niveau 2 (SSTP bref). Il s'agit d'un séminaire de groupe de cinq heures offert en une seule journée. Un formateur a enseigné à 49 parents, 5 stratégies d'intervention positives et 7 stratégies de gestion des problèmes d'inconduite. Le séminaire a été offert à deux groupes d'une vingtaine de parents. Les données ont été obtenues pour 39 participants. Certaines mesures ont été prises au début et à la fin de l'intervention, alors que d'autres mesures ont été recueillies à la fin de l'intervention ou lors de la période de suivi.

Les scores obtenus sur le *Stepping Stones Triple P – Seminar Series Post Questionnaire* six semaines et trois mois après l'intervention indiquent que les participants estiment avoir plus de succès lorsqu'ils utilisent les cinq stratégies positives que lorsqu'ils utilisent les sept stratégies de gestion des problèmes d'inconduite, il s'agit d'une différence significative. De plus, les données recueillies à l'aide du *Client Satisfaction Questionnaire* indiquent que près des deux tiers des parents (64,5 %) ont dit que le séminaire d'une journée les a aidés à mieux gérer le comportement de leur enfant, comparativement à 22,2 % qui estiment que le séminaire les a peu aidés et 4,4 % qui ont indiqué que cette intervention ne les a pas aidés du tout.

Bref, l'efficacité de cette intervention semble être élevée pour améliorer le sentiment de compétence parentale, à l'exception des stratégies de gestion d'inconduite enseignées dans le cadre de l'étude de Barrett, des constats reposant sur une qualité de preuve modérée.

3.5.3.1 Sommaire des programmes visant à améliorer le bien-être psychosocial de la famille

Les cinq interventions décrites dans cette section rapportent surtout des résultats sur le sentiment de compétence parentale et elles apparaissent prometteuses pour l'accroître (tableau 8). La QPS est généralement modérée (sauf pour le RTT où elle est faible) notamment parce que les analyses permettant de déterminer la QPS indiquent des risques de biais modérés; et que les mesures sont peu précises pour le MBSR, le RTT et le SSTP.

Tableau 8 : Identification des interventions qui semblent prometteuses pour améliorer le bien-être psychosocial de la famille

Interventions	Efficacité	Échantillon total (n)	Qualité de preuve	L'intervention semble :
Mindfulness-based Stress reduction	Élevée	50	Modérée	Très prometteuse, mais un léger doute subsiste.
Parents Plus Programme	Élevée	66	Modérée	Très prometteuse, mais un léger doute subsiste.
Rapid Toilet Training	Élevée	2	Faible	Très prometteuse, mais un doute important subsiste.
Signposts	Élevée	1 799	Modérée	Très prometteuse, mais un léger doute subsiste.
Stepping-Stone Triple P	Élevée	123	Modérée	Très prometteuse, mais un léger doute subsiste.

²⁶ C'est une thèse pour l'obtention du grade de bachelier (Honors). En théorie, cette étude n'était pas admissible en fonction des critères de sélection des études, toutefois la démarche méthodologique était suffisamment rigoureuse (score de qualité de 0,75 sur le SQA) pour qu'elle soit retenue. De plus, il s'agit d'une recherche s'inscrivant dans une recherche exhaustive sur l'efficacité du SSTP.

3.5.4 Est-ce que les pratiques améliorent, ou du moins maintiennent, le bien-être de la famille sur des variables telles que le stress, l'anxiété, etc.?

Treize études rapportent des résultats pour sept interventions en lien avec cette sous-question de recherche : Incredible years parent training program (ITPT), It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents (ITTT), Mindfulness-based Stress reduction (MBSR), Parent-Child Interaction Therapy (PCIT), Parents Plus Programme (PPP), Signposts for Building Better Behaviour (Signposts), Stepping-Stone Triple P (SSTP). Notons que les résultats portent uniquement sur les parents.

Incredible years parent training program

Trois études rapportent des résultats en lien avec le bien-être des parents. L'étude de McIntyre (2008a) décrite plus tôt rapporte une amélioration des scores pour l'ensemble des participants sur les deux sous-échelles du *Family impact questionnaire* (FIQ - impacts positifs et impacts négatifs de l'enfant sur la famille). Ainsi, le score du groupe expérimental n'est pas significativement différent de celui du groupe contrôle. Toutefois, dans le groupe expérimental, les scores d'impacts positifs et négatifs du FIQ des personnes qui ont assisté aux rencontres accompagnées de leur conjoint se sont significativement améliorés comparativement à ceux des personnes qui y sont allées seules.

Dans l'autre étude de McIntyre (2008b), également décrite précédemment, les scores d'impact positif de l'enfant sur la famille du FIQ ont significativement augmenté, alors que les scores d'impact négatif sont restés équivalents, tout comme les scores sur le *Center for Epidemiologic Studies, Depression Scale-CES-D* (symptômes de dépression). Toutefois, la proportion de parents à risque de dépression passe de 75 à 58 % chez les parents d'enfants avec un retard de développement, alors qu'une telle diminution n'est pas observée chez les parents d'enfants autistes. La chercheuse rapporte aussi des changements cliniquement significatifs : réduction de l'impact négatif de l'enfant sur la famille pour trois parents; augmentation des impacts positifs de l'enfant sur la famille pour trois parents; et diminution des symptômes de dépression pour quatre parents.

Dans son étude, Huipie Wilson (2010) a évalué une version légèrement écourtée du programme : huit rencontres de groupe en autant de semaines, pour un total de seize à vingt-quatre heures. Le programme a également été modifié suite aux commentaires formulés par les formateurs. Le protocole de recherche quasi expérimental visait à comparer les résultats d'un groupe expérimental composé de 25 parents à ceux d'un groupe témoin de 18 parents en attente de participer au programme. Les enfants de ces parents sont admissibles aux services offerts par le Children's developmental center, Tri-Cities, Washington, mais l'auteure ne précise pas s'ils bénéficiaient de ces services. Les résultats indiquent une diminution significative des scores sur le Parenting Stress Index-Short Form (niveau de stress parental) pour le groupe expérimental comparativement au groupe témoin. En somme, cette intervention apparaît avoir une efficacité limitée pour améliorer le bien-être des parents, cependant la qualité de la preuve est faible pour appuyer cette observation.

It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents

Seule l'étude de Fey et collab. (2006) rapporte des résultats d'intervention sur le bien-être des parents. L'ITTT n'a pas contribué à améliorer le score total sur le Parenting stress index (PSI), une absence d'efficacité appuyée par une qualité de preuve modérée.

Mindfulness-based Stress reduction

Deux études décrites précédemment rapportent des résultats d'intervention. Dans Singh et collab. (2007), le score total sur le PSI est significativement plus bas après l'intervention, ce qui se traduirait par une réduction globale de l'intensité du stress lié aux aspects dysfonctionnels de la relation avec son enfant. Ces chercheurs rapportent également une réduction des scores sur les sous-échelles *Parenting* (compétence parentale, isolement social, attachement, état de santé, etc.) et *Child* (adaptabilité, hyperactivité, humeur, etc.). Enfin, les participantes ont relaté que les effets positifs qu'elles ont observés au niveau de la famille ont contribué à accroître leur motivation (Singh et collab., 2007).

L'étude de Neece (2013) indique une amélioration significative des scores du groupe expérimental en comparaison à ceux du groupe contrôle sur les échelles suivantes : *Parenting stress index -Short Form - Parental Distress Subscale* (PSI-SF, niveau de stress parental); *Family Impact Questionnaire - Negative Impact Score* (FIQ, impact négatif de l'enfant sur la famille); *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - Total Depression Score* (CESD-D, symptômes de dépression); *Satisfaction With Life Scale - Total Score* (SWLS, satisfaction à l'égard de la vie). D'ailleurs, la réduction des scores sur ces instruments est cliniquement significative pour certains participants : 25 % sur le PSI; 35,6 % sur le FIQ et 18,5 % sur le CES-D, tandis que l'on rapporte des changements significatifs pour 9,7 % des participants sur le SWLS. D'ailleurs, les scores sur le *Subjective Units of Distress Scale* indiquent que plus les participants avancent dans l'intervention moins ils sont stressés, moins le stress a d'impact sur leur quotidien, et plus ils sont en mesure de gérer leur stress. Ainsi, l'efficacité de cette intervention apparaît être élevée pour améliorer le bien-être des parents et la qualité de preuve est modérée pour appuyer ce constat.

Parent-Child Interaction Therapy

Seule l'étude de Bagner et Eyberg (2007) décrite précédemment rapporte des résultats en lien avec cette question de recherche. Les scores au *Parenting Stress Index (PSI)* indiquent une réduction partielle de l'intensité du stress lié aux aspects dysfonctionnels des relations avec l'enfant chez les parents ayant participé à l'intervention; les parents du groupe expérimental percevant leur enfant comme étant moins difficile (*Difficult child subscale*) que les parents du groupe témoin. Cependant, les scores entre les deux groupes ne diffèrent pas sur la sous-échelle *Parental distress* ni sur la sous-échelle *Parent-child dysfunctional interaction*, ce qui indique que leur enfant ne répond pas mieux aux attentes ni que l'interaction parent-enfant est plus satisfaisante. Bref, l'efficacité de cette intervention semble limitée pour améliorer le bien-être des parents, une observation reposant sur une qualité de preuve modérée.

Parents Plus Programme

Les études de Quinn et collab. (2006 et 2007) décrites plus tôt rapportent des effets mitigés sur le bien-être des parents. On note une augmentation significative des scores des parents du groupe A²⁷ sur le *Kansas Parental Satisfaction Scale*, ce qui indique une plus grande satisfaction parentale, notamment au sujet du comportement de leur enfant, de leur rôle parental et de leur relation avec leur enfant. Toutefois, leurs scores ne sont pas statistiquement différents de ceux des groupes B et C. De plus, les scores du groupe A sur le *Questionnaire on Resources and Stress (QRS -Parent and family problems scale)* ont significativement diminué dix mois après l'intervention, ce qui se traduit par une réduction des problèmes familiaux liés à la condition de l'enfant. Toutefois, leur score au post-test n'est pas statistiquement différent de celui du groupe témoin. D'ailleurs, le score total sur le QRS des groupes A et B baisse significativement entre le prétest et la période de suivi, la réduction étant toutefois plus marquée pour le groupe B, lui qui avait un score plus élevé au prétest.

Ajoutons que les scores sur les instruments suivants ne sont pas statistiquement différents après l'intervention : a) *Family assessment devise* (résolution de problèmes, communication, rôles, sensibilité et implication affective, gestion des comportements et fonctionnement général); b) *Perceived Social Support Scale* (perception de soutien social des parents); c) *Family Inventory of Life Events and Changes* (tensions familiales, professionnelles, financières, ou celles liées aux soins de personnes malades, etc.); et d) *Parenting Stress Index - short form, Distress scale and Total score* (intensité du stress lié aux aspects dysfonctionnels de la relation entre le parent et son enfant).

Enfin, seuls les scores sur le *General health Questionnaire-12* ont augmenté de manière importante dans le groupe A lors de la période de suivi tandis que ceux du groupe B ont baissé, alors que ces deux groupes avaient un score équivalent immédiatement après l'intervention, ce qui indique une augmentation de la détresse psychologique parmi les parents du groupe A. En somme, l'efficacité de cette intervention semble limitée pour améliorer le bien-être des parents, une observation reposant sur une qualité de preuve modérée.

²⁷ Groupe A : parents d'enfants ayant à la fois des problèmes de comportement et des retards de développement qui participent au programme. Groupe B : parents d'enfants ayant des problèmes de comportement seulement qui participent aussi au programme. Groupe C : groupe témoin de parents d'enfants ayant à la fois des problèmes de comportement et des retards de développement en attente de participer au programme.

Signposts for Building Better Behaviour

Les deux études de Hudson et collab. (2003 et 2008) décrites plus tôt rapportent des résultats de l'intervention sur le bien-être des parents. Dans celle de 2003, les scores sur le *Depression Anxiety and Stress Scale - Stress subscale* (DASS) et sur le *Parenting Hassles Scale - Parental needs subscale* (PHS) sont plus bas pour les parents du groupe expérimental comparativement au groupe témoin, ce qui se traduit par une réduction des symptômes de stress (DASS) et des préoccupations quotidiennes vécues par les parents vivant avec un enfant ayant une déficience (PHS). Ces effets sont maintenus quatre à six mois après l'intervention.

Les chercheurs ont pris les mêmes instruments de mesure pour leur étude publiée en 2008. Au terme de l'intervention, les scores sur la sous-échelle Stress du DASS sont significativement plus bas chez les mères et les pères, alors que ce résultat n'est pas observé chez les autres participants (p. ex. tuteurs, grands-parents, etc.). Les scores sur les sous-échelles *Depression et Anxiety* du DASS sont également plus bas chez les mères seulement et leur score clinique de dépression est passé de 51 % à 22 %. Les chercheurs ont également évalué l'effet de l'intervention selon les différentes modalités opérationnelles, mais en ne considérant que les résultats obtenus auprès des mères. Les mesures post-test indiquent une diminution significative des scores sur les sous-échelles Stress et Depression du DASS dans trois modalités opérationnelles (soutien individuel en présence, rencontres de groupe et soutien téléphonique) et une diminution des scores sur la sous-échelle Anxiety dans les rencontres de groupe seulement.²⁸ Cette même étude rapporte également une diminution des scores sur le *Parenting Hassles Scale* (PHS), soit le niveau d'accablement des parents découlant de leur incapacité à satisfaire leurs propres besoins (*Parental needs subscale*) et ce, pour les pères et les mères seulement dans les trois modalités opérationnelles. Tous ces effets étaient maintenus trois mois après l'intervention. En somme, cette intervention semble avoir une efficacité élevée pour améliorer le bien-être des parents, un constat appuyé par une qualité de preuve modérée.

Stepping-Stone Triple P

Les études de Roberts et collab. (2006) et de Plant et Sanders (2007) décrites plus tôt rapportent des résultats d'intervention sur le bien-être des parents. L'intervention n'a eu aucun effet sur les scores du *Depression-Anxiety-Stress Scale* (DASS) (Roberts et collab., 2006); Plant et Sanders, 2007) ni sur le *Abbreviated Dyadic Adjustment Scale* (ADAS - qualité de la relation de couple) (Plant et Sanders, 2007). Malgré l'absence d'un effet significatif, Roberts et collab. (2006) ont observé une réduction cliniquement significative des scores du DASS pour quatre mères du groupe expérimental (28,6 %) comparativement à aucune mère dans le groupe témoin; mais que l'effet ne s'est maintenu pour une mère seulement, sans pour autant qu'il n'y ait de détérioration chez les trois autres mères. Notons que ce qui semble être une absence d'efficacité de cette intervention sur le bien-être des parents est appuyée par une qualité de preuve forte.

3.5.4.1 Sommaire de l'effet des programmes sur le bien-être des familles

Considérant les résultats d'efficacité et la qualité des preuves scientifiques, les interventions MBSR et Signposts semblent être les plus prometteuses pour améliorer le bien-être des parents (tableau 9, page suivante). À l'opposé, les études portant sur le SSTP et l'ITTT ne rapportent aucun effet significatif sur les variables de bien-être qui ont fait l'objet de mesures.

²⁸ Il n'y avait pas suffisamment d'observations pour la modalité autodidacte.

Tableau 9 : Identification des interventions qui semblent prometteuses pour améliorer le bien-être des parents

Interventions	Efficacité	Échantillon total (n)	Qualité de preuve	L'intervention semble :
Incredible years parent training program	Limitée	120	Faible	Peu prometteuse, mais un doute important subsiste.
It takes Two to Talk / Responsitivity Education	Nulle	51	Modérée	Aucunement prometteuse, mais un léger doute subsiste.
Mindfulness-based Stress reduction	Élevée	50	Modérée	Très prometteuse, mais un léger doute subsiste.
Parent-Child Interaction Therapy	Limitée	30	Modérée	Peu prometteuse, mais un léger doute subsiste.
Parents Plus Programme	Limitée	66	Modérée	Peu prometteuse, mais un léger doute subsiste.
Signposts	Élevée	1 799	Modérée	Très prometteuse, mais un léger doute subsiste.
Stepping-Stone Triple P	Nulle	129	Forte	Aucunement prometteuse, les résultats semblent fiables.

À mi-chemin entre ces deux pôles, les études ont tendance à démontrer que les interventions IYPT, PCIT et PPP ont un effet sur un nombre limité de variables en lien avec le bien-être des parents. Toutes ces observations reposent sur une preuve scientifique de qualité modérée ou forte, à l'exception du IYPT où la qualité est faible, ainsi il est difficile d'attester l'effet réel de cette intervention sur le bien-être des parents.

3.5.5 La validité sociale des interventions

Des études retenues pour cette RS permettent d'attester de la validité sociale de sept interventions. Bien que les mesures de satisfaction soient majoritaires, d'autres variables telles que l'utilité de l'intervention, la pertinence des contenus ou l'utilisation des techniques enseignées ont également été mesurées (tableau 10, page suivante).

Tableau 10 : Information permettant d'évaluer la validité sociale de sept interventions

Interventions	Indicateurs de validité sociale
Incredible years parent training program	Scores sur une version adaptée du Consumer satisfaction questionnaire : participants généralement satisfaits (McIntyre, 2008a; McIntyre, 2008b). Scores plus élevés pour les personnes qui vont aux rencontres accompagnées que les personnes qui y vont seules (McIntyre, 2008a)
Mindfulness-based Stress reduction	Utilisation accrue des techniques enseignées rapportée par les participants (Neece, 2013; Singh et collab., 2007). Programme jugé utile et efficace (Singh et collab., 2007).
Parent-Child Interaction Therapy	Le score moyen sur le <i>Therapy Attitude Inventory</i> de 46,4 (écart-type de 2,88) indique que les participants sont très satisfaits de l'intervention.
Parents Plus Programme	Les parents ont mentionné être satisfaits du programme, et le recommanderaient à d'autres parents. Les contenus et les compétences développées sont jugés pertinents. Les capsules vidéo devraient être plus représentatives de la condition de leur enfant.
Rapid toilet training	Les parents sont extrêmement heureux des résultats, malgré le fait que le protocole exige beaucoup de temps et d'investissement et qu'il soit difficile à implanter. Les résultats valent la peine de s'y investir. Sentiment de fierté pour un parent (envers lui et son enfant). Un parent a beaucoup appris sur son enfant.
Signposts for Building Better Behaviour (Signposts)	Haut niveau de satisfaction pour les parents qui ont complété le programme (Hudson et collab., 2003; Hudson et collab., 2008). 91 % des participants ont mentionné que le programme est très utile pour les aider à gérer le comportement de leur enfant (étude de 2008). La grande majorité des participants dans la formule autodidacte (14/17) du programme aurait aimé recevoir plus d'aide (étude de 2003). Le soutien téléphonique semble particulièrement bien adapté aux personnes habitant des zones plus éloignées ayant plus difficilement accès aux services.
Stepping-Stone Triple P	Les parents disent être satisfaits de l'intervention (Roberts et collab., 2006; Plant et Sanders, 2007). Le niveau de satisfaction à l'égard du séminaire d'une journée est plus variable Barrett (2010) : - les scores moyens liés à l'acceptabilité de l'intervention ont significativement baissé six semaines après l'intervention; - seule la moitié des participants estime que le séminaire répond à leurs besoins ou à ceux de leur enfant. Les parents disent utiliser davantage les cinq stratégies positives (chacune étant utilisée par au moins 85 % des participants) que les sept stratégies de gestion des problèmes d'inconduite (la proportion de parents qui les utilise varie de 55 à 90 % selon la stratégie).

En fonction des trois niveaux de validité sociale décrits plus tôt, il appert que les chercheurs ont surtout mesuré l'adéquation des procédures (c.-à-d. que les participants considèrent les procédures de traitement comme acceptables) au détriment des deux autres niveaux que sont la *signification sociale des objectifs* et l'importance *sociale des effets*. Dans l'ensemble, les parents sont satisfaits des interventions auxquelles ils ont participé, à l'exception du séminaire SSTP d'une journée qui semble répondre aux besoins d'une proportion moins élevée de parents.

4. DISCUSSION

Le tableau 11 (page suivante) offre un résumé de l'efficacité relative des interventions au regard de trois des quatre sous-questions de recherche. Ce tableau présente les interventions qui semblent prometteuses au regard du nombre de variables sur lesquelles l'intervention a démontré une efficacité tout en spécifiant l'ampleur du doute qui subsiste quant aux interprétations, celui-ci reposant sur la qualité des preuves scientifiques (QPS). Rappelons que la QPS est surtout modérée ($n = 14$) ou faible ($n = 6$) pour appuyer les résultats d'efficacité présentés.²⁹ Par exemple, nous avons un doute important quant au manque apparent d'efficacité du CFLA (Drummond et collab. 2005). En d'autres mots, la preuve scientifique n'est pas suffisamment forte pour affirmer hors de tout doute que cette intervention est réellement inefficace et, par le fait même, peu prometteuse.

²⁹ Rappelons que ces QPS sont notamment attribuables au fait que 13 analyses comprennent des risques de biais modérés et que 15 d'entre elles reposent sur des mesures peu précises. Toutefois, la mesure des résultats est soit assez directe ($n = 12$) ou directe ($n = 8$), ce qui contribue à améliorer les QPS.

Tableau 11 : Sommaire des effets d'intervention et de la qualité des preuves scientifiques

Interventions	Développement des compétences (SQ1)		Bien-être psychosocial : sentiment d'efficacité parentale (SQ2)	Bien-être : stress, anxiété, etc. (SQ3)
	Adoption d'attitudes éducatives favorables	Développement du langage de l'enfant		
Cooperative family learning approach	Peu prometteuse; doute important (n = 36)	S.O.	S.O.	S.O.
Enhanced Milieu Teaching	S.O.	Très prometteuse; léger doute (n = 77)	S.O.	S.O.
It takes Two to Talk / Responsivity Education	S.O.	Peu prometteuse; doute important (n = 54)	S.O.	Aucunement prometteuse; léger doute (n = 51)
Incredible years parent training program	Assez prometteuse; doute important (n = 90)	S.O.	S.O.	Peu prometteuse; doute important (n = 77)
Mindfulness-based Stress reduction	Très prometteuse; doute important (n = 46)	S.O.	Très prometteuse; léger doute (n = 50)	Très prometteuse; léger doute (n = 50)
Parent-Child Interaction Therapy	Très prometteuse; léger doute (n = 30)	S.O.	S.O.	Peu prometteuse; léger doute (n = 30)
Parents Plus Programme	S.O.	S.O.	Très prometteuse; léger doute (n = 66)	Peu prometteuse; léger doute (n = 66)
Rapid Toilet Training	S.O.	S.O.	Très prometteuse; doute important (n = 2)	S.O.
Signposts for Building Better Behaviour	S.O.	S.O.	Très prometteuse; léger doute (n = 1 799)	Très prometteuse; léger doute (n = 1 799)
Stepping-Stone Triple P	Peu prometteuse; léger doute (n = 129)	S.O.	Très prometteuse; léger doute (n = 123)	Aucunement prometteuse; résultat fiable (n = 129)

En ce qui concerne l'établissement d'une relation thérapeutique avec la famille (SQ1), l'étude de Watson et collab. (2006) porte sur les compétences des intervenants et les stratégies particulières qu'ils emploient lors des interactions avec les parents, ce qui explique l'absence de cette sous-question dans le tableau 11. Leurs résultats indiquent que les intervenants possèderaient les trois compétences suivantes : établir un équilibre entre les besoins de l'enfant et ceux du parent, capter différents signaux pour savoir où se situe le parent par rapport à l'intervention et communiquer adéquatement. Aussi, des intervenants rapportent utiliser deux stratégies : la *normalisation* des interactions avec les parents et l'approche de l'étagage. Notons qu'aucune étude n'a rapporté d'information sur la manière de communiquer aux familles les résultats du développement des enfants. Au niveau du développement des compétences de la famille (SQ2), 13 études portant sur 7 programmes rapportent un changement significatif chez les participants sur au moins une variable. Les trois études qui rapportent des effets positifs pour aider les parents à développer le langage de leur enfant indiquent que ces effets sont généralement maintenus après l'intervention. En comparaison, seulement deux des dix études portant sur des interventions visant à développer des attitudes éducatives favorables chez les parents ont effectué des mesures de suivi (dans les deux cas, il s'agit d'études sur le SSTP). Dans ces deux études, un peu plus de la moitié des effets sont maintenus après l'intervention. En ce qui concerne le bien-être psychosocial (SQ2), neuf études rapportent des effets positifs de cinq programmes surtout par rapport au sentiment de compétence parentale, et quatre études indiquent que les effets sont maintenus. Enfin, 13 études ont rapporté des données sur le bien-être de la famille (SQ4) au niveau des symptômes de stress et d'anxiété des parents, notamment, pour 7 interventions différentes. Dix de ces treize études ont rapporté des effets positifs sur le bien-être des parents et ces effets sont généralement maintenus après l'intervention.

D'un point de vue méthodologique, la principale force des études retenues pour cette RS réside dans les mesures effectuées par les chercheurs pour évaluer le développement des compétences parentales. Toutes les études reposent sur des mesures observationnelles,³⁰ à l'exception des deux études portant sur le MBSR, celles-ci reposant essentiellement sur des mesures rapportées par les participants, ce qui explique le doute important quant à l'efficacité réelle de cette intervention sur le développement des compétences. Les mesures du bien-être parental constituent également un autre point fort, car les chercheurs n'ont utilisé que des instruments validés. Quant aux mesures du développement du sentiment d'efficacité parentale (une dimension du bien-être psychosocial), seulement trois des sept études présentent des résultats obtenus à l'aide d'un instrument de mesure validé (le Parenting Sense of Competence) tandis que pour les quatre autres études les chercheurs ont utilisé des instruments qu'ils ont eux-mêmes développés.

Des limites sont également à considérer pour l'interprétation des résultats. D'abord, la majorité des études repose sur des mesures corrélationnelles ou sur des statistiques descriptives, ainsi il est impossible d'attribuer une causalité directe entre l'intervention et les effets observés. De plus, les chercheurs n'ont aucun contrôle sur les autres interventions auxquelles participent les enfants ou la famille, ce qui rend difficile de déterminer l'efficacité réelle d'une intervention. Toutefois, Quinn et collab. (2007) affirment que les interventions étudiées se superposent aux services réguliers de manière à accroître les bénéfices pour ceux qui les reçoivent, ce qui contribue, selon eux, à leur validité clinique. McIntyre (2008a) arrive aux mêmes conclusions et parle d'une relation dose-réponse (*dosage effect*), considérant des effets d'intervention plus importants dans les familles qui ont reçu l'IYPT en plus de l'intervention régulière.

Une autre limite méthodologique concerne la vérification de l'intégrité du traitement, car les chercheurs ne se sont assurés que le protocole d'intervention était respecté que dans la moitié des études environ. Cela dit, les taux d'intégrité étaient élevés dans presque tous les cas où les chercheurs s'en sont assurés. Pour les autres études, il est impossible de dire si les chercheurs ont mesuré les effets de l'intervention telle qu'elle a été planifiée.

Ajoutons que les échantillons sont souvent très petits et presque toujours composés de participants auto-sélectionnés, que les différents acteurs (participants, évaluateurs ou chercheurs) connaissent presque toujours les conditions de traitement et qu'il arrive que les parents soient mis à contribution pour effectuer la collecte de données, ce qui donne lieu à des mesures auto-rapportées. Il s'agit là de situations contribuant à faire augmenter les risques de biais.

Aussi, deux facteurs limitent la généralisation des résultats. D'abord, la plupart des recherches retenues pour cette RS ont été effectuées auprès d'un groupe de personnes relativement homogène (c.-à-d. des mères caucasiennes de culture occidentale ayant terminé leurs études secondaires et appartenant à la classe moyenne). Ensuite, les personnes qui participent à des projets de recherche sont souvent peu représentatives de l'ensemble des parents d'enfants vivant une situation de handicap :

« Les familles qui participent à des projets de recherche sont potentiellement différentes sur plusieurs dimensions, incluant la volonté de vouloir agir sur certaines caractéristiques de la condition de leur enfant, la motivation et la capacité d'entreprendre un programme de formation et d'implanter les notions enseignées. Par ailleurs, il est connu que le niveau de scolarité et le statut socioéconomique sont liés à la participation aux projets de recherche, ce qui influe sur la représentativité de l'échantillon. Cette situation limite donc les conclusions qui peuvent être tirées des études individuelles ainsi que de la synthèse de ces études. » (Beresford, 2009, p. 15. Trad. libre).

Même lorsque les échantillons diffèrent de l'échantillon typique tout juste décrit, il est difficile de généraliser les résultats. Par exemple Singh et collab. (2007) ont mesuré l'effet du MBSR auprès de quatre mères afro-américaines mariées qui s'occupent de leurs enfants à temps complet et dont la scolarité ne dépasse pas le niveau collégial. Un autre exemple concerne l'échantillon de l'étude de Drummond et collab. (2005) : il s'agit de parents à la tête de familles ayant des facteurs de risques élevés. En conséquence, les résultats des interventions rapportées dans chaque étude concernent souvent des groupes précis de personnes, ce qui limite la généralisation à l'ensemble de la population. L'autre facteur limitant la généralisation des résultats concerne le fait que les échantillons ne correspondent pas exactement à la population identifiée dans le PICOTS, car presque toutes les études portent à la fois sur des parents d'enfants RGD âgés de 2 à 5 ans et sur des parents d'enfants ayant une autre condition. Toutefois, considérant que les chercheurs ont tendance, dans leurs études, à regrouper les parents d'enfants ayant un RGD à des parents d'enfants ayant une autre condition, il est possible de se demander si les premiers présentent des caractéristiques suffisamment différentes des seconds pour que les interventions agissent différemment.

³⁰ Certaines études reposent même sur des mesures prises par des évaluateurs non informés des conditions de traitement des participants, réduisant ainsi les risques de biais.

D'autres limites concernent plus spécifiquement les méthodes de cette RS. D'une part, la grille d'évaluation de la qualité des études utilisée pour cette RS. En effet, il subsiste des écarts d'interprétation entre les scores de qualité obtenus à l'aide de la grille d'évaluation des études quantitatives du SQA utilisée dans cette RS et la grille d'évaluation de la qualité *Effective Public Health Practice Project* (EPHPP) utilisée par Beresford (2009).³¹ Ces différences concernent trois études en commun dans cette RS et celle de Beresford (2009) : les scores supérieurs à 0,90 sur le SQA nous portent à croire que leur qualité méthodologique est élevée, alors que Beresford (2009) qualifie modérée (*moderate*) la qualité de ces trois mêmes études. Il faudra donc déterminer si le SQA constitue un bon outil pour évaluer la qualité des études. Quoi qu'il en soit, les analyses permettant de déterminer la QPS permettent de nuancer les résultats d'efficacité. D'autre part, vu le nombre limité de documents retenus, il aurait été intéressant d'élargir la recherche documentaire à d'autres bases de données du domaine de la psychoéducation et de ne pas restreindre les dates de publication aux dix dernières années.

Malgré ces limites méthodologiques qui affectent la qualité des études, les programmes semblent tout de même avoir des effets positifs sur l'un ou l'autre des résultats souhaités. Rappelons que la multiplicité des programmes rapportés de même que le nombre élevé de variables mesurées empêchent de traiter les études en un seul groupe.

Les chercheurs ont surtout utilisé des mesures observationnelles pour mesurer la fréquence d'utilisation par les parents de méthodes d'intervention qu'ils considèrent être efficaces ou non. Certains chercheurs ont également fait compléter des questionnaires par les parents afin de savoir s'ils utilisent les compétences qu'ils ont développées ou si le programme a eu un effet positif sur des dimensions dysfonctionnelles liées à la discipline parentale.

Au niveau des comportements observés chez les parents, le PCIT et l'IYPT semblent être des programmes d'intervention efficaces pour réduire la fréquence de comportements parentaux que les chercheurs estiment *comme étant négatifs*. Toutefois, les résultats sur ces deux programmes sont compromis : par le taux d'attrition élevé du groupe expérimental (33 %) dans l'étude de portant sur le PCIT, ce qui réduit de facto la taille de l'échantillon (il est passé de 15 à 10 participants au post-test, Bagner et Eyberg, 2007); tandis que les études formant le corpus de preuve du IYPT reposent souvent sur de petits échantillons ainsi que sur des données descriptives, ce qui réduit inévitablement la QPS. Ajoutons que les données longitudinales démontrent que la rétroaction vidéo utilisée comme stratégie d'apprentissage semble contribuer grandement à la réduction de la fréquence de comportements négatifs chez certaines mères (Phaneuf et McIntyre, 2007; Phaneuf et McIntyre, 2011). À l'inverse, le SSTP et le CFLA semblent moins efficaces pour parvenir à ce résultat. Les résultats de Roberts et collab. (2006) pour le SSTP laissent tout de même croire que la réduction se voit à plus long terme, soit lors de la période de suivi, un résultat qui doit cependant être nuancé par le fait que le taux d'attrition des participants est de 31 % à cette période.

Pour favoriser l'adoption d'attitudes éducatives favorables chez les parents, le PCIT semble encore être l'intervention la plus efficace malgré les limites décrites ci-dessus. Et bien que les mères démontrent qu'elles utilisent douze fois plus de stratégies positives que de stratégies négatives après avoir participé au IYPT (Phaneuf et McIntyre, 2011), elles n'ont pas plus tendance à féliciter leur enfant (McIntyre, 2008a et 2008b). Ici encore, le SSTP et le CFLA apparaissent moins efficaces pour amener les parents à adopter des méthodes d'intervention plus efficaces. Pour le SSTP, l'augmentation de la présence de méthodes d'intervention efficaces a été observée en contexte ciblé seulement et ne semble pas s'être transposée en contexte de généralisation.

Au sujet du CFLA plus particulièrement, il est important de préciser que Drummond et collab. (2008) ont évalué l'intervention auprès de familles ayant des facteurs de risque élevés et que les taux d'attrition sont importants (40 % pour le groupe expérimental et 29 % pour le groupe de comparaison),³² ainsi il est possible de croire que les résultats aient pu être différents si l'échantillon était plus représentatif de la population en général. D'ailleurs, Lundahl, Risser et Lovejoy (2005) rapportent dans leur méta-analyse que les interventions ont moins d'effets sur des variables liées aux comportements parentaux (p. ex. les félicitations ou la sensibilité) auprès des familles ayant un faible statut socioéconomique. Il est aussi possible de se demander si les deux étudiants de cycles supérieurs qui ont appliqué le programme CFLA avaient suffisamment d'expérience ou connaissaient assez bien l'intervention pour travailler efficacement

³¹ La plupart des participants avaient des revenus se situant généralement sous le seuil de pauvreté et environ la moitié d'entre eux n'avait pas de diplôme de niveau secondaire.

³² La plupart des participants avaient des revenus se situant généralement sous le seuil de pauvreté et environ la moitié d'entre eux n'avait pas de diplôme de niveau secondaire.

avec ces personnes : ils avaient reçu 15 jours de formation et de coaching sur cette intervention préalablement à l'étude et ils rencontraient les chercheurs toutes les deux semaines durant les 6 mois de l'intervention pour vérifier l'intégrité du traitement et pour gérer les situations difficiles. Ces intervenants étaient, somme toute, moins expérimentés que ceux ayant participé aux autres études retenues pour cette RS.

Les résultats des questionnaires indiquent que le MBSR est efficace pour amener les parents à utiliser les compétences qu'ils ont développées tout au long du programme (Neece, 2013). Cela dit, ce résultat ne permet pas d'affirmer que les parents ont bel et bien développé leurs compétences. Pour le SSTP, les résultats rapportés par les parents tendent à indiquer que ce programme parvient difficilement à réduire les aspects dysfonctionnels de leurs styles de discipline (c.-à-d. les réactions excessives, le laxisme et la verbosité).

Des mesures observationnelles ont également été utilisées par les chercheurs pour évaluer l'efficacité des programmes à développer les compétences des parents afin qu'ils contribuent davantage au développement du langage de leur enfant. Selon les résultats présentés, l'EMT semble être plus efficace que le RE / ITTT. Pour l'EMT, Kaiser et Roberts (2013) considèrent que leurs résultats sont à ce point probants, qu'elles concluent qu'il est possible de former les parents à appliquer les techniques d'intervention qui leur ont été enseignées. Ce résultat corrobore d'ailleurs celui de leur méta-analyse publiée deux ans plus tôt à l'effet qu'il est possible de former des parents d'enfants âgés de 18 à 60 mois qui ont des retards de langage primaires ou secondaires à un autre diagnostic pour qu'ils implantent adéquatement l'intervention qui leur a été enseignée auprès de leur enfant : ils sont plus réactifs et ils utilisent plus de modèles, ce qui contribuerait en retour à améliorer les compétences langagières des enfants (Roberts et Kaiser, 2011)³³.

Notons que les effets plus limités du RE /ITTT (Programme Hanen) reposent sur une faible QPS et que cette intervention pourrait s'avérer être plus efficace qu'il n'y paraît. À ce sujet, la méta-analyse de Young Kong et Carta (2011) portant sur les interventions visant à améliorer la sensibilité des parents lors des interactions avec leur enfant ayant des retards de développement ou qui est à risque de développer de tels retards (*Responsive interaction interventions*) rapporte que les interventions telles que l'ITTT sont souvent efficaces et que les effets sont généralement maintenus de quatre à douze mois après l'intervention.

Des chercheurs ont également mesuré l'évolution du sentiment de compétence parentale (une dimension du bien-être psychosocial) après que les parents aient participé au MBSR, au PPP, au RTT, au SSTP ou à Signposts. Ces programmes semblent tous être efficaces pour améliorer le sentiment d'efficacité parentale, des constats appuyés par des QPS modérées, à l'exception du RTT. Les résultats de trois interventions (MBSR, PPP et RTT) reposent sur des données obtenues à l'aide d'instruments de collecte de données développés spécifiquement pour l'intervention alors que les résultats pour le SSTP (Plant et Sanders, 2007) et Signposts (Hudson et collab., 2003 et 2008) proviennent d'un instrument validé, soit le *Parenting Sense of Competence Scale*. En plus de leur efficacité pour améliorer le sentiment de compétence parentale, les effets de ces deux programmes sont maintenus après l'intervention. Les résultats observés pour le programme Signposts rejoignent d'ailleurs les conclusions de la méta-analyse de Dunst, Trivette et Hamby (2007) qui indiquent que ce type de modèle d'intervention qui est centré sur la *famille* contribue à améliorer le sentiment d'efficacité parentale. Les résultats de Hudson et collab. (2008) sont également intéressants considérant qu'ils ont été obtenus dans un contexte réel de pratique, ce qui permet d'estimer empiriquement des effets d'intervention qui se déroulent en dehors des contextes contrôlés des protocoles scientifiques (Kaminski et collab., 2008). Cela dit, précisons que les taux d'attrition élevés dans les deux études de Hudson et collab. (2003 et 2008) limitent quelque peu la portée des résultats du programme Signposts, ceux-ci portant uniquement sur la minorité de participants auprès de qui les chercheurs ont pu obtenir des données.

³³ Cette méta-analyse, ainsi que celle de Young Kong et Carta (2011) décrite plus bas, n'ont pas été intégrées à cette RS puisque plusieurs études retenues ne correspondant pas à la population visée dans le PICOTS ou parce qu'elles portent sur des enfants correspondant aux critères d'exclusion du PICOTS.

En ce qui concerne l'efficacité des interventions pour améliorer le bien-être des parents, les chercheurs ont utilisé plus d'une douzaine d'instruments validés pour mesurer différentes variables liées à ce concept. Le nombre d'instruments utilisés par étude varie d'un à sept et le *Parenting Stress Index* est celui qui a été le plus souvent utilisé par les chercheurs. Dans l'ensemble, nous pourrions juger que les sept interventions pour lesquelles des mesures de bien-être sont disponibles (IYPT, RE/ITTT, MBSR, PCIT, PPP, Signposts et SSTP) seraient acceptables puisqu'aucune détérioration de l'état psychologique des parents n'a été observée, hormis pour le PPP où l'on observe une augmentation de la détresse parentale sur l'instrument GHQ-12 lors de la période de suivi (Quinn et collab., 2006 et 2007).³⁴ Bref, ces sept interventions parviennent minimalement à maintenir le même niveau de bien-être des parents, ce qui peut également contribuer à établir leur validité sociale (Young Kong et Carta, 2011). Autrement, deux interventions sortent du lot quant à leur efficacité pour améliorer le bien-être des parents : le MBSR et Signposts. Notons que ces résultats d'efficacité sont appuyés par des QPS modérées. Pour le MBSR, les données indiquent une réduction du stress (Neece, 2013; Singh et collab., 2007) et des symptômes de dépression ainsi qu'une amélioration de la satisfaction à l'égard de la vie en général (Neece, 2013). Notons que l'échantillon de l'étude de Singh et collab. (2007) ne comprend que quatre personnes, ce qui limite la portée des résultats.

Pour le programme Signposts, les résultats indiquent également une réduction du stress parental, des symptômes de dépression et des symptômes d'anxiété, ainsi qu'une amélioration de la satisfaction des besoins parentaux (Hudson et collab., 2003 et 2008). D'ailleurs, les deux études ne révèlent aucune différence entre les modalités opérationnelles, à l'exception des symptômes d'anxiété qui ont chuté uniquement chez les parents ayant participé aux rencontres de groupe (étude de 2008). Toutefois, l'intervention semble apporter plus de bien-être aux mères qu'aux pères, puisqu'elle a eu un effet positif sur le stress et sur les symptômes de dépression et d'anxiété des mères comparativement au stress seulement pour les pères (étude de 2008). Ces résultats rejoignent ceux de la méta-analyse de Dunst, Trivette et Hamby (2007) qui révèlent que les interventions *centrées sur la famille* telles que Signposts parviendraient à améliorer le bien-être des parents. Une autre méta-analyse (Singer, Ethridge, Aldana, 2007) conclut que les interventions à *composantes multiples* telles que Signposts (c.-à-d. qu'elles intègrent des dimensions comportementales et cognitivo comportementales) ont des effets bénéfiques sur le bien-être des parents, et que les effets sont généralement maintenus après l'intervention. En l'occurrence, Singer, Ethridge, Aldana (2007) concluent que la détresse parentale est substantiellement réduite lorsque les interventions sont plus complexes et lorsqu'elles sont offertes sur de plus longues périodes, ce qui était le cas de l'étude de Hudson et collab. (2008) qui s'est échelonnée sur 18 mois.

À l'opposé l'ITTT (Fey et collab., 2006) et le SSTP (Plant et Sanders, 2007; Roberts et collab., 2006) n'ont démontré aucune efficacité sur le bien-être. Le SSTP n'est d'ailleurs pas parvenu à diminuer les symptômes de dépression et d'anxiété des parents (Plant et Sanders 2007; Roberts et collab., 2006), ni à améliorer la qualité de la relation de couple (Plant et Sanders 2007). Enfin, les études portant sur l'IYPT le PCIT et le PPP ont démontré des résultats d'efficacité sur un nombre limité de variables en lien avec le bien-être des parents.

Des éléments d'information permettent d'effectuer d'autres constats à l'égard des programmes. Premièrement, les résultats des études tendent à aller dans le même sens que les conclusions de Lundahl, Risser et Lovejoy (2005) à l'effet qu'il y a souvent peu d'avantages à bonifier les programmes de base, car « plus n'équivaut pas nécessairement à mieux » (trad. libre). Cela s'est avéré être le cas pour le SSTP-E (Plant et Sanders, 2007) et pour la version modifiée du IYPT (McIntyre, 2008b), puisque les modifications ou ajouts n'ont pas réellement contribué à améliorer l'efficacité des programmes. Alors il appert que leur bonification, dans ces cas-ci, ne répond à aucun besoin particulier des parents. Deuxièmement, seules les deux études de Hudson et collab. (2003 et 2008) ont comparé l'efficacité d'un programme (Signposts) selon les différentes modalités offertes aux parents (formation de groupe, soutien individuel en présence, apprentissage autodidacte et apprentissage autodidacte avec soutien téléphonique). Ils n'ont observé aucune différence d'efficacité entre ces modalités. Toutes les autres études ont utilisé soit un format individuel ou un format de groupe. Or, il est difficile de comparer les effets d'un programme selon ces formats, car il subsiste des différences notables entre chacun de ces programmes. Quoi qu'il en soit, les études portant sur des interventions de groupe tendent à rapporter plus d'effets positifs sur le bien-être des parents que les interventions individuelles. Cependant, on ne peut que formuler des hypothèses à l'égard de ce résultat. Peut-être que les interventions offertes en groupe permettent aux parents de partager, de comparer leur situation à celles d'autres familles ou de trouver des sources de soutien plus

³⁴ Ce résultat qui doit cependant être nuancé, puisque les chercheurs ont également rapporté des effets positifs sur deux instruments (le KPS et le QRS), ainsi qu'une absence d'effet sur quatre autres instruments.

facilement que les interventions individualisées, ce qui contribuerait à améliorer leur bien-être. D'un autre côté, ce résultat est possiblement *prévisible* si l'on accepte la prémisse selon laquelle les parents qui bénéficient habituellement de programmes d'intervention individualisés sont ceux qui ont une santé psychologique plus fragile et qui ont davantage besoin de soutien, une condition qui pourrait expliquer pourquoi les programmes parviendraient plus difficilement à améliorer leur bien-être, même en contexte individualisé.

Troisièmement, deux études ont comparé les résultats d'efficacité des interventions entre les mères et les pères. Au début des interventions, il appert que les mères et les pères affichent des profils différents, mais que les interventions semblent agir positivement sur les deux groupes de parents. Par exemple, Roberts et collab. (2006) rapportent que les mères manifestaient plus de réactions excessives et de laxisme que les pères au début de l'intervention, alors que les pères faisaient davantage preuve de verbosité. Après l'intervention, les mères font significativement moins preuve de réactions excessives (réductions non significatives du laxisme et de la verbosité), alors que les pères étaient significativement moins verbeux et laxistes (réduction non significative des réactions excessives). Une observation similaire peut être faite au sujet du bien-être des parents. Hudson et collab. (2008) ont rapporté que les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress étaient plus élevés chez les mères que chez les pères au début de l'intervention. Après l'intervention, tous ces symptômes se sont significativement atténués pour les mères, alors que chez les pères seuls les symptômes de stress ont significativement baissé (réduction non significative pour les symptômes d'anxiété et de dépression). Il y aurait même des différences au niveau du sentiment de compétence parentale. Avant que ne débute l'intervention Signposts, les mères se sentaient plus efficaces que les pères à l'égard de leur rôle parental, mais les pères en étaient plus satisfaits, alors que le sentiment d'efficacité et la satisfaction ont significativement augmenté pour les pères et les mères après l'intervention (Hudson et collab., 2008). Bref, ces exemples démontrent que les pères et les mères semblent bénéficier des interventions, et que des changements statistiquement significatifs ont été observés, et ce, peu importe leur profil de départ.

Quatrièmement, les données recueillies mettent en lumière que les parents apprennent à des rythmes différents et que leurs besoins de soutien sont variables. Les résultats de Phaneuf et McIntyre (2011) sont éloquentes à ce sujet : une participante n'a eu qu'à effectuer les lectures pour atteindre les objectifs de l'intervention, alors que d'autres ont dû assister à toutes les rencontres de groupe et que d'autres avaient besoin des rétroactions vidéo individualisées en plus des lectures et des rencontres de groupe pour atteindre ces objectifs. Cet exemple démontre également que des parents sont en mesure de se former eux-mêmes lorsqu'on leur fournit du matériel didactique de qualité. D'ailleurs, la modalité autodidacte du programme Signposts permettrait d'atteindre les objectifs de l'intervention (Hudson et collab., 2003 et 2008). Toutefois, la possibilité d'entrer en contact avec un intervenant qualifié demeure une nécessité pour une très grande majorité de parents (Hudson et collab., 2003), ce qui démontre que certains parents auront toujours besoin de soutien, et ce, même dans des situations où ils apprennent par eux-mêmes. Ajoutons que si l'on souhaite favoriser l'adoption d'attitudes éducatives favorables chez les parents, il est important de considérer les besoins de formation et de soutien particuliers des familles ayant un *faible* statut socioéconomique, puisqu'ils semblent être différents de ceux d'autres groupes de parents. À ce sujet, Lundahl, Risser et Lovejoy (2005) rapportent dans leur méta-analyse que le format de l'intervention aurait des effets importants sur le changement de comportement des parents : les grandeurs d'effet étant significativement plus élevées en format individuel qu'en format de groupe. Ces chercheurs expliquent cette situation par le fait qu'il est possible que ces parents aient eu plus de difficultés à créer des liens avec d'autres parents dans des programmes reposant sur des rencontres de groupe et, à l'opposé, que les programmes offerts en format individuel seraient plus efficaces pour ces personnes, car ils sont plus faciles à adapter à leurs besoins spécifiques. Cependant, les observations de ces chercheurs ne concordent pas avec les résultats de l'étude de Drummond et collab. (2005), qui ont mesuré l'efficacité du programme CFLA offert en format individualisé à des familles défavorisées : leurs résultats tendent plutôt à démontrer que ce programme s'est avéré être peu efficace en comparaison d'un autre programme offert à un groupe contrôle de parents. Il semble donc que d'autres facteurs entrent en jeu et que le format ne peut expliquer, à lui seul, des résultats d'intervention.

Enfin, certains chercheurs proposent des idées pour améliorer le succès des programmes, ce qui pourrait en améliorer la validité sociale. Par exemple, Wilson (2010) indique qu'il est possible de favoriser la participation des parents en les rencontrant en fin d'après-midi ou les fins de semaine; en facilitant le transport, ou en offrant un service de garde pour les enfants. Hudson et collab. (2008) mentionnent qu'offrir du soutien téléphonique est une solution efficace et peu coûteuse. Notons également que Roberts et collab. (2006) ont cru bon d'offrir des modules SSTP supplémentaires aux familles qui en avaient besoin si cela pouvait les aider à atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. Toutefois, ils n'ont pas indiqué explicitement qui a reçu ces modules et quelle a été leur contribution effective à l'intervention. Enfin, Watson et collab. (2006) ont détaillé les habiletés requises par les intervenants et les stratégies qu'ils peuvent utiliser pour créer une relation thérapeutique avec les parents afin d'améliorer la collaboration.

En résumé, l'information recueillie ici indique que le soutien mis en place pour les parents prend la forme de programmes d'intervention spécifiques, en particulier de programmes de formation. Considérant que les caractéristiques des programmes semblent influencer les résultats (Lundahl, Risser, Lovejoy, 2005), il semble nécessaire d'assurer un ajustement optimal entre les caractéristiques des parents, leurs besoins particuliers et leurs préférences, d'une part, et les différentes modalités des programmes qui leur sont offerts, d'autre part. Hormis les assises théoriques et expérientielles sur lesquelles reposent ces programmes, différents paliers peuvent contribuer à leur succès de différentes façons : les organisations peuvent mettre en place des processus favorisant l'accès et la participation des parents selon leurs disponibilités et leurs préférences, alors que les intervenants se verraient confier la responsabilité de créer un climat de travail approprié avec les parents afin que ces derniers participent activement à l'intervention proposée, ce qui permettrait de contrer les abandons et de maximiser l'efficacité des programmes.

4.1 Considérations pour recherches futures

À l'avenir, le traitement des données scientifiques pour la réalisation de revues systématiques serait grandement facilité si les recherches indiquaient les motifs d'abandon, rapportaient des données sur l'assiduité aux rencontres et des effets d'intervention en fonction du taux de participation des parents. À ce sujet, aucune recherche n'a fait de liens entre l'assiduité, les taux d'attrition et les préférences des parents afin de savoir s'ils jugent les interventions acceptables ou non. Or, il est permis de croire qu'une faible assiduité ou un taux d'attrition élevé pourrait être interprété comme un signe que l'intervention ne répondait pas aux besoins des parents, d'où l'importance de mieux connaître les motifs d'abandon ou de faible participation. De plus, les études devraient davantage tenter de déterminer si les contenus abordés sont adaptés aux besoins de connaissances, aux styles d'apprenants et aux capacités d'apprentissage des parents, de manière à contrer l'abandon.

Singer, Ethridge et Aldana (2007) ajoutent que les recherches devraient : porter sur tous les membres de la famille; mesurer la qualité de vie, l'autonomisation et la contribution positive sur la famille des enfants ayant des retards de développement; porter sur des échantillons plus nombreux; rapporter les grandeurs d'effets; faciliter la validation externe en décrivant mieux les participants; avoir des périodes de suivi plus étendues pour vérifier les effets des interventions à plus long terme; et rapporter plus de résultats sur les pères. Ils souhaitent également que l'on rehausse la qualité des études (design, réalisation et présentation des résultats) et que l'on effectue un plus grand nombre d'études auprès de populations plus vulnérables ainsi qu'en contexte réel de pratique.

Aussi, aucune étude retenue ne s'est intéressée aux effets que pourrait avoir le développement d'équipes de travail constituées de membres de la famille et de différentes personnes situées dans son environnement immédiat (incluant les intervenants) ou l'élargissement du réseau social de la famille. Enfin, il pourrait être intéressant d'effectuer une RS sur l'efficacité de programmes offerts aux intervenants des services de garde ou préscolaires qui accueillent des enfants RGD, considérant que ces personnes contribuent également à leur développement, tout comme il serait important de vérifier si les programmes destinés aux membres de la famille ou aux autres adultes proches des enfants permettent de créer un climat d'équipe favorisant la cohésion et la continuité dans les actions.

5. CONCLUSION

Cette RS rapporte des résultats de programmes qui se voulaient destinés aux familles d'enfants âgés de 2 à 5 ans ayant un RGD. Toutefois les résultats, qui portent presque exclusivement sur les parents, indiquent que ces programmes agissent de manière inégale sur les trois principales variables étudiées dans cette RS. Ainsi il est assez hasardeux de conclure qu'un programme particulier se distingue pour soutenir adéquatement les familles. Cela dit, la Thérapie d'interaction parent-enfant (PCIT) et l'Enseignement dans le milieu (EMT) semblent être les interventions qui contribuent le plus au développement des compétences des parents; la première pour les aider à gérer les comportements difficiles de leur enfant et la deuxième pour les aider à favoriser le développement du langage. De plus, des mesures disponibles pour cinq des dix interventions indiquent qu'elles semblent toutes efficaces pour améliorer le sentiment d'efficacité parentale. Il serait d'ailleurs intéressant que les programmes conçus pour améliorer les compétences des parents mesurent autant le développement des compétences que le sentiment d'efficacité parentale. Certaines interventions tendent également à améliorer le bien-être des parents, mais le Mindfulness-based Stress reduction (MBSR) et le programme Signposts for Building Better Behaviour semblent être les plus efficaces. Tous ces constats reposent cependant sur une qualité de preuve scientifique considérée *modérée*, ainsi les résultats sont probablement fiables, mais un léger doute subsiste quant à la robustesse des résultats. Les résultats tendent aussi à démontrer que les parents sont généralement satisfaits des programmes auxquels ils ont participé, ce qui témoigne de leur validité sociale.

D'ailleurs, il pourrait être souhaitable que les personnes responsables de déployer ces programmes soient en mesure de les adapter selon les caractéristiques et les besoins particuliers de ceux qui y participent, par exemple qu'ils puissent être appliqués différemment auprès d'une famille en situation de vulnérabilité qu'auprès d'une famille qui a davantage de ressources. Dans le même ordre d'idées, une comparaison des modalités opérationnelles d'un programme a démontré qu'il n'y a pas de différence d'efficacité entre elles. Ainsi la diversité des formules et des moyens d'intervention (interventions individuelles ou de groupe, rétroactions vidéos, apprentissage autodidacte, etc.) est sans doute à considérer pour améliorer l'offre de services ou certains résultats des programmes; d'autant plus que des expériences démontrent des gains d'efficacité selon les modalités utilisées. Cependant, certaines modifications ou bonifications à des programmes dits de base n'ont pas contribué à en améliorer l'efficacité, sans doute parce que cela ne répondait à aucun besoin particulier des participants.

RÉFÉRENCES

Les titres précédés d'un astérisque (*) constituent les études retenues pour cette RS. Les titres précédés de deux astérisques (**) constituent les études retenues pour cette RS ainsi que celle de Lehoux, M. C. (à paraître). L'efficacité des interventions pour les enfants âgés de 2 à 5 ans présentant un retard global de développement.

**Bagner, D. M. et S. M. Eyberg (2007). *Parent-Child Interaction Therapy for Disruptive Behavior in Children with Mental Retardation: A Randomized Controlled Trial*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Vol. 36 (3), pp. 418-429.

*Barrett, K. (2010). *Stepping Stones-Triple P: A Study of the Acceptability and Usefulness of a Parenting Seminar Series for Parents of a Child with a Developmental Disorder*. A thesis submitted for the degree of Bachelor of Psychological Science (Hons). University of Queensland. 98 pages.

Beresford, B. (2009). *The Effectiveness of Behavioural Interventions Which Involve Parents in the Management of Behaviour Problems Among Disabled Children: A Rapid Review*. Social Policy Research Unit, University of York. 111 pages.

*Drummond, J. et coll. (2005). *Randomized Controlled Trial of a Family Problem-Solving Intervention*. *Clinical Nursing Research*. Vol. 14 (1), pp. 57-80.

Dunst, C. J., C. M. Trivette et D. W. Hamby (2007). *Meta-Analysis of Family-Centered Helppgiving Practices Research*. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. Vol. 13, pp. 370-378.

**Fey, M. E. et coll. (2006). *Early Effects of Responsivity Education/Prelinguistic Milieu Teaching for Children With Developmental Delays and Their Parents*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. Vol. 49, pp. 526-547.

Garcin, N. & K. Moxness (2013). *Le DSM-5 : l'impact de la recherche sur l'évolution des concepts et des définitions du trouble du spectre de l'autisme, du trouble de la communication sociale, de la déficience intellectuelle et des retards globaux du développement*. *Revue CNRIS*, 5 (1).

*Hudson, A. M. et coll. (2003). *Evaluation of an intervention system for parents of children with intellectual disability and challenging behaviour*. *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol. 47, pp. 238-249.

*Hudson, A. et coll. (2008). *The wide-scale implementation of a support program for parents of children with an intellectual disability and difficult behaviour*. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. Vol. 33(2), pp. 117-126.

*Huip Wilson, M. (2010). *Behavioral management parent training for children with developmental delays ages 18-36 months*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Washington state University, Department of Psychology. 77 pages.

Jean, Nathalie (2003). *Sentiment d'efficacité parentale et style d'attachement adulte chez des parents ayant un nourrisson*. Mémoire présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie. Université du Québec à Trois-Rivières

*Kaiser, Ann P. et M. Y. Roberts (2013). *Parent Implemented Enhanced Milieu Teaching With Preschool Children Who Have Intellectual Disabilities*. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. Vol. 56, p. 295-309.

Kaminski et collaborateurs (2008). *A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Programm Effectiveness*. *Journal of Abnormal Child Psychology*. Vol. 36, pp. 567-589.

Kmet, L. M., R. C. Lee et L. S. Cook (2004). *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Field*. Edmonton : Alberta Heritage Foundation for Medical Research. 22 pages.

Lehoux, M. C. (2014). *L'efficacité des interventions pour les enfants âgés de 2 à 5 ans présentant un retard global de développement*. À paraître.

Lundahl, B., H.J. Risser et M.C. Lovejoy (2005). *A meta-Aanalysis of parent training : Moderators and follow-up effects*. *Clinical Psychology Review*. Vol. 26, pp. 86-104.

*McIntyre, L. L. (2008a). *Parent Training for Young Children With Developmental Disabilities: Randomized Controlled Trial*. *American Journal on Mental Retardation*. Vol. 113 (5), pp. 356-368.

*McIntyre, L. L. (2008b). *Adapting Webster-Stratton's incredible years parent training for children with developmental delay: findings from a treatment group only study*. *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol. 52 part 12, pp. 1176-1192.

- *Neece, C. L. (2013). *Mindfulness-Based Stress Reduction for Parents of Young Children with Developmental Delays: Implications for Parental Mental Health and Child Behavior Problems*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. Vol. 27 (2), pp. 1-13.
- *Phaneuf, L. et L. L. McIntyre (2007). *Effects of individualized video feedback combined with group parent training on inappropriate maternal behavior*. Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 40 (4), pp. 737-741.
- *Phaneuf, L. et L. L. McIntyre (2011). *The Application of a Three-Tier Model of Intervention to Parent Training*. Journal of Positive Behavior Interventions. Vol. 13, pp. 198-207.
- *Plant, K. M. et M. R. Sanders (2007). *Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool-aged children with developmental disabilities*. Research in Developmental Disabilities. Vol. 28, pp. 362-385.
- *Quinn, M. et coll. (2006). *An Evaluation of the Parents Plus Programme for pre-School Children with Conduct Problems: A Comparison of those with and without Developmental Disabilities*. The Irish Journal of Psychology. Vol 27 (3-4), pp. 168-182.
- *Quinn, M et coll. (2007). *Parents Plus Programme 1: Evaluation of Its Effectiveness for Pre-School Children with Developmental Disabilities and Behavioural Problems*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. Vol. 20, pp. 345-359.
- **Rinald, K. et P. Miranda (2012). *Effectiveness of a modified rapid toilet training workshop for parents of children with developmental disabilities*. Research in Developmental Disabilities. Vol. 33, pp. 933-943.
- *Roberts, C. et collab. (2006). *Behavioral Family Intervention for Children With Developmental Disabilities and Behavioral Problems*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. Vol. 35 (2), pp. 180-193.
- Roberts, M. Y. et P. Kaiser (2011). *The Effectiveness of Parent-Implemented Language Interventions : A Meta-Analysis*. American Journal of Speech-Language Pathology. Vol. 20, pp. 180-199.
- Schaeffer, E. et C. Clément (2010). *Évaluation de la validité sociale des interventions menées auprès des enfants et adolescents avec un TED*. Manuscrit auteur, publié dans Revue de Psychoéducation, vol. 39, 2, p. 207-218.
- Singer, G. H. S, B. L. Ethridge et S. I. Aldana (2007). *Primary and Secondary Effects of Parenting and Stress Management Interventions for Parents of Children with Developmental Disabilities : A Meta-analysis*. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. Vol. 13, pp. 357-369.
- *Singh, N. N. et collab. (2007). *Behavior in Children With Developmental Disabilities, Mindful Parenting Decreases Aggression and Increases Social Behavior in Children With Developmental Disabilities*. Behavior Modification. Vol. 31 (6), pp. 749-771.
- Trivette, C. M., C. J. Dunst et D. W. Hamby (2010). *Influences of Family-Systems Intervention Practices on Parent-Child Interactions and Child Development*. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 30 (1), pp. 3-19.
- Vérificateur général du Québec (2013). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014. Vérification de l'optimisation des ressources*.
- Warren, S. F. et N. C. Brady (2007). *The Role of Maternal Responsivity in the Development of Children With Intellectual Disabilities*. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research. Vol. 13, pp. 330-338.
- **Warren, S. F. et coll. (2008). *A randomized trial of longitudinal effects of low-intensity responsivity education/prelinguistic milieu teaching*. Journal of Speech, Language, and Hearing Research. Vol. 51(2), pp. 451-470.
- *Watson, K. C., G. M. Kieckhefer et E. Olshansky (2006). *Striving for Therapeutic Relationships: Parent-Provider Communication in the Developmental Treatment Setting*. Qualitative health research. Vol. 16 (5), pp. 647-663.
- ** Wong, T.-P. (2012). *Changes in the conversational skills of preschool children with complex developmental difficulties*. A thesis submitted in fulfilment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. University of Canterbury. 243 pages.
- Young Kong N. et J. J. Carta (2011). *Responsive Interaction Interventions for Children With or at Risk for Developmental Delays : A Research Synthesis*. Topics in Early Childhood Special Education. Vol. 33 (1), pp. 4-17.

Annexe 1 : Questions du guide de pratique

1. Comment prioriser les besoins en tenant compte des attentes des parents?
2. Comment mesurer les progrès de l'enfant?
 - 2.1 Quels sont les outils d'évaluation validés du développement de l'enfant dans les différentes sphères?
 - **par rapport à lui-même** : outils d'évaluation à des fins d'intervention ou de programmation.
 - **par rapport aux enfants de son groupe d'âge** : outils d'évaluation à des fins diagnostiques.
3. Comment communiquer les résultats de la progression de l'enfant aux parents?
4. Quels sont les domaines d'intervention à privilégier?
5. Quel soutien est offert à l'enfant pour stimuler son développement (interventions proposées) et pallier ses incapacités (adaptations dans l'environnement, dans les attitudes,...)?
6. Quel est le meilleur contexte d'application? (intensité : nombre d'heures/semaine, fréquence : nombre de sessions /semaine, milieu naturel vs milieu contrôlé, milieu familial vs milieu de garde)(Est-ce que la littérature recommande qu'on travaille de façon plus intensive directement auprès de l'enfant? ou au contraire en soutien/coaching au parent pour que lui intervienne auprès de l'enfant)
7. Y a-t-il un moment privilégié pour commencer ou terminer l'intervention?
8. Quels sont le rôle et la participation de la famille dans l'intervention?
9. Quel est le soutien à mettre en place pour la famille?
 - 9.1 Quelles sont les meilleures pratiques pour favoriser la participation et l'engagement de la famille auprès de l'enfant?
 - Sur un plan « technique » en lui permettant de mieux comprendre et appliquer les interventions ou les façons de faire auprès de son enfant
 - Sur le plan psycho social : acceptation du diagnostic ou autre
10. Quels sont les rôles de chacun des intervenants : les techniciens en éducation spécialisée et les intervenants membres d'un ordre professionnel – psychoéducateur, ergothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute, travailleur social, psychologue, neuropsychologue –, notamment lorsqu'ils interviennent directement auprès de l'enfant et lorsqu'ils sont dans un rôle de soutien auprès d'autres intervenants?

Annexe 2 : Liste des syndromes inclus pour l'identification de la population

Homocysténurie
Maladie d'Alexander
Monosomie 5p (Syndrome du Cri-du-chat)
Syndrome 9p (délétion du 9e chromosome)
Syndrome d'Angelman
Syndrome Bardet-Biedl
Syndrome de Bourneville
Syndrome de Carpenter
Syndrome de Coffin
Syndrome de Cohen
Syndrome de Cornelia de Lange
Syndrome du crâne en trèfle
Syndrome de Crouzon
Syndrome de Fraser
Syndrome de Hurler
Syndrome de Lesch-Nyhan
Syndrome de Noonan
Syndrome d'Opitz
Syndrome oro-facial-digital (type I)
Syndrome Oto-palato-digital (Aussi Syndrome de Taybi)
Syndrome de Prader-Willi
Syndrome de Rett
Syndrome de Rubinstein-Taybi
Syndrome de Seckel (nanisme à tête d'oiseau)
Syndrome de Silver (Silver-Russell)
Syndrome de Soto (Gigantisme cérébral)
Syndrome de Weaver
Syndrome de Williams
Syndrome du X fragile (Syndrome de Martin-Bell)
Trisomie 21
Trisomie partielle 22q
Trisomie partielle 5p
Trisomie partielle 5q3
Trisomie partielle 8
Trisomie partielle 9p

Annexe 3 : Résultats d'efficacité des interventions sur les enfants

Enhanced Milieu Teaching

Tous les enfants ont reçu une intervention, incluant ceux du groupe contrôle et il y a amélioration du vocabulaire dans les deux conditions de traitement.

1. Instruments de mesure standardisés du vocabulaire remplis par les assistants de recherche (Leiter-R, PLS-4, Expressive Vocabulary Test, Peabody Picture Vocabulary Test—III) : aucune différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.

2. Instruments de mesure standardisés du vocabulaire remplis par les parents (MacArthur Communication Development Inventory- Words and Sentences) : aucune différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.

3. Les mesures observationnelles du vocabulaire 6 et 12 mois après l'intervention indiquent des effets d'intervention plus significatifs pour le groupe expérimental : a) plus longue séquence de mots (Longer mean length utterance), b) plus grande variété de mots (Greater number of different words), c) pourcentage plus élevé de mots ciblés (Higher percentage of target utterances) et d) nombre plus élevé de cibles individualisées (Greater number of unique targets). Il faut toutefois préciser que ces effets sont observés uniquement dans les contextes de jeu où les parents et les enfants ont été initialement formés, ainsi ils ne sont pas généralisés à d'autres contextes.

Incredible years parent training program

1. Mesures observationnelles : réduction des comportements inappropriés (maladaptive behavior) (McIntyre, 2008b).

2. Child Behaviour Checklist for Ages 1.5–5.

2.1 Études de McIntyre (2008b) et Phaneuf et McIntyre (2011) : aucune différence des scores sur la sous-échelle Total problems.

2.2 Étude de McIntyre (2008a) : a) réduction des scores significativement plus marquée pour le groupe expérimental que le groupe contrôle sur les sous-échelles Total problems et Internalising problems; b) aucune différence significative entre le groupe expérimental et le groupe contrôle sur la sous-échelle Externalising behaviours; c) les effets du traitement sont plus importants chez les enfants ayant un niveau de mésadaptation plus élevé; d) l'assiduité aux rencontres est corrélée à la diminution des scores, ce qui suggère un possible effet de dosage (dosage effect); e) il y a une signification clinique plus importante dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle sur deux mesures : CBCL total problems T score et au niveau des mesures observationnelles des comportements négatifs.

2.3 Étude de Huipé Wilson (2010). a) Diminution significative des scores sur la sous-échelle Emotional Reactivity; b) diminution significative des scores sur la sous-échelle Aggressive Behaviors; c) changement cliniquement significatif : avant l'intervention 54 % des enfants avaient des problèmes de comportement externalisés, ils n'étaient plus que 15 % après.

It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents / Responsivity

Education

1. Intervention effectuée par un orthophoniste : amélioration du pointage protoimpératif et des actes intentionnels pour l'ensemble des enfants, mais pas pour le sous-groupe d'enfants ayant une trisomie 21, ce qui laisse croire que l'effet semble avoir davantage d'effets pour les enfants ayant une autre étiologie.
2. Interventions effectuées par les parents : absence d'effet.
3. Hormis l'effet du temps, l'intervention n'a pas d'effet sur le pointage protodéclaratif (Fey et collab., 2006), ni sur les actes de communication intentionnels, la densité lexicale et le score total au MacArthur Communicative Development Inventory (Warren et collab., 2008).
4. Étude de Wong (2012) : on remarque plus d'enrichissement de sujet (*Topic extension*) et de maintien de sujet (*Topic maintenance*) pour les trois enfants.

Mindfulness-based Stress reduction

1. Propos rapportés par des participants : a) diminution du nombre moyen d'agressions, et davantage d'interactions positives avec leurs frères et sœurs et par conséquent moins d'interactions négatives avec eux (Singh et collab, 2007); b) de moins en moins de problèmes de comportement chez les enfants au fil des rencontres (Neece, 2013).
2. *Child Behavior Checklist for Ages 1½–5* : aucun changement significatif du score (Neece, 2013).
3. *DSM-Oriented Scales* : a) aucun changement significatif des scores sur quatre des cinq sous-échelles; b) changement significatif du score sur la sous-échelle *Attention deficit/Hyperactivity*; c) Réductions cliniquement significatives : a) des symptômes TDAH selon 28,9 % des parents; b) des problèmes d'attention selon 18,4 % des parents (Neece, 2013).

Parent-Child Interaction Therapy

1. Mesures observationnelles : plus de conformité; 2. *Child behavior Checklist* : a) réduction du score total; b) réduction du score sur la sous-échelle *Externalizing*; c) changement cliniquement significatif des scores pour 70 % du GÉ c. 17 % pour le GC. 3. Eyberg Child Behavior Inventory : a) réduction du score sur la sous-échelle *Intensity* confirmée par une analyse en intention de traiter; b) aucun changement sur la sous-échelle *Problems*; c) changement cliniquement significatif de scores pour 50 % du groupe expérimental comparativement à 8 % pour le groupe contrôle.

Parents Plus Programme

1. Strengths and difficulties questionnaire réduction des scores entre le prétest et le post-test et en comparaison au groupe contrôle : a) sur la sous-échelle Total difficulties, score maintenu; b) sur la sous-échelle Behavior problems - total difficulties; c) sur la sous-échelle Conduct problem, effet maintenu; d) les chercheurs concluent qu'un changement significatif des scores ne se traduit pas par une amélioration clinique du groupe expérimental comparativement au groupe contrôle.
2. *Child behaviour checklist* : réduction non significative des scores entre le prétest et le post-test, mais aucune différence significative avec le groupe contrôle.
3. Outil développé par les chercheurs : les enfants atteignent davantage les objectifs fixés par les parents.

Rapid toilet training

Selon les mesures rapportées par les deux parents correspondant à la population ciblée, le RTT a contribué à améliorer la continence des enfants (qui est désormais de 100 %), et les enfants demandent davantage d'aller à la toilette pour faire leurs besoins (Rinald et Miranda, 2012).

Signposts for Building Better Behaviour

1. Developmental Behaviour Checklist : a) Réduction des scores sur les sous-échelles Antisocial behaviour et Disruptive subscale (Hudson et collab., 2003); b) réduction des scores des pères et des mères et non des tuteurs sur les sous-échelles Disruptive, Self-Absorbed, Anxiety, Social Relationship et Communication Disturbance, avec de petites grandeurs d'effet et maintien après l'intervention (Hudson et collab., 2008); c) amélioration significative des scores dans toutes les modalités opérationnelles, à l'exception du modèle autodidacte, car l'échantillon était trop petit pour en mesurer les effets.
2. Difficult Behaviour Assessment Form : a) réduction des scores des pères et des mères et non des tuteurs sur les sous-échelles Obedience et Aggressive, avec de petites grandeurs d'effet et maintien après l'intervention (Hudson et collab., 2008); b) amélioration significative des scores dans toutes les modalités opérationnelles, à l'exception du modèle autodidacte, car l'échantillon était trop petit pour en mesurer les effets.
3. Parenting Hassles Scale : aucun changement significatif du score sur la sous-échelle Child behaviour (Hudson et collab., 2003).

Stepping-Stone Triple P

1. Family Observation Schedule – Revised III (mesures observationnelles). 1.1 Étude de Roberts et collab. (2006) : a) En contexte ciblé i) Désobéissance : aucun changement; ii) comportement approprié : aucun changement; iii) comportement oppositionnel : réduction significative au post-test, confirmée par une analyse en intention de traiter, et maintien, et différence significative avec le groupe contrôle. b) En contexte de généralisation i) Désobéissance : réduction significative au post-test confirmée par un intent to treat analysis et maintien, et différence significative avec le groupe contrôle; ii) comportement approprié : aucun changement; iii) comportement oppositionnel : aucun changement. 1.2 Étude de Plant et Sanders (2007) : réduction significative des comportements négatifs des enfants des groupes SSTP-E et SSTP-S comparativement au groupe contrôle, et réduction significative additionnelle lors du suivi un an après l'intervention. Il s'agit de changements cliniquement significatifs : réduction de 30 % des comportements négatifs chez 72 % des enfants au suivi. Il n'y a pas de différence entre les groupes SSTP-E et SSTP-S.

2. Developmental Behaviour Checklist Parent Version. 2.1 Étude de Roberts et collab. (2006) : a) réduction des scores pour les mères et maintien après l'intervention confirmée par une analyse en intention de traiter, et changement clinique *approchant la* signification statistique ($p < 0.05$); b) aucun changement significatif des scores pour les pères. 2.2 Étude de Plant et Sanders (2007) : réduction des scores au post-test pour les groupes SSTP-S, SSTP-E et contrôle, la réduction étant plus marquée pour le groupe SSTP-S, celui ayant des scores plus élevés au prétest. Après un an, il y a une réduction additionnelle des scores du groupe SSTP-E qui est significative par rapport au groupe SSTP-S. Les chercheurs rapportent des changements cliniques : les scores d'une proportion plus élevée d'enfants des groupes SSTP-E et SSTP-S se sont améliorés par rapport aux enfants du groupe contrôle, mais pas de différences significatives dans le nombre d'enfants passant d'un score clinique à un score non clinique. Enfin, il n'y a pas de différences entre les groupes SSTP-E et SSTP-S.

3. Care-giving problem checklist (développé pour l'étude): a) Sous échelle Difficult child behaviour : i) réduction significative des scores du groupe SSTP-E comparativement aux groupes SSTP-S et contrôle; ii) réduction significative des scores du groupe SSTP-S comparativement au groupe contrôle; iii) augmentation non significative des scores des groupes SSTP-E et SSTP-S au suivi. b) Sous échelle problematic care-giving tasks : i) réduction significative des scores des groupes SSTP-E et SSTP-S comparativement au groupe contrôle; ii) scores maintenus lors de la période de suivi; iii) aucune différence entre les groupes SSTP-E et SSTP-S

4. 64,4 % des parents mentionnent avoir observé une amélioration du comportement de leur enfant après avoir appliqué les techniques enseignées dans l'atelier de groupe d'une journée (Barrett, 2010).

Annexe 4 : Stratégie de recherche documentaire

Stratégie et résultats de recherche documentaire scientifique par bases de données

Bases de données : PubMed	Date de la recherche : octobre 2013
Période couverte : 2003/ 01/ 01 – 9999 /01/01	
Articles obtenus : 214	
Stratégie de recherche	
#1 Search (pre school[tiab] OR preschool[tiab] OR toddler*[tiab] OR nursery school*[tiab] OR kindergarten[tiab] OR day care[tiab] OR child[tiab] OR children[tiab] OR childhood[tiab] OR infant*[tiab] OR infancy[tiab] OR kindergarten[tiab])	
#2 Search (developmental disabilit*[ti] OR global developmental delay[ti] OR developmental delay*[ti] OR developmental impairment*[ti] OR developmental disorder*[ti] OR developmental coordination disorder*[ti] OR developmentally delayed[ti] OR developmentally disabled[ti] OR delayed development[ti] OR delayed development[ti] OR developmental delay[ti] OR neurodevelopmental delay[ti] OR intellectual disabili*[ti] OR mental retardation[ti] OR mentally retarded[ti] OR mental handicap[ti] OR mentally handicapped[ti] OR mental disabilit*[ti] OR mental deficienc*[ti] OR X fragile[ti] OR vulnerable child*[ti] OR preterm[ti] OR "at risk"[ti] OR high-risk [ti] OR premature[ti] OR special needs[ti] OR cri-du-chat syndrome[ti] OR de lange syndrome[ti] OR down syndrome[ti] OR adrenoleukodystrophy[ti] OR coffin-lowry syndrome[ti] OR fragile x syndrome[ti] OR glycogen storage disease type IIb[ti] OR lesch-nyhan syndrome[ti] OR menkes kinky hair syndrome[ti] OR mucopolysaccharidosis II[ti] OR rett syndrome[ti] OR prader-willi syndrome[ti] OR rubinstein-taybi syndrome[ti] OR wagr syndrome [ti] OR williams syndrome[ti] OR physical disorder*[ti] OR medically fragile[Title/Abstract] OR Behavior Disorder*[ti] OR behaviour disorder* OR Behavior Problem*[ti] OR behaviour problem*[ti] OR Oppositional Defiant Disorder*[ti] OR Attention Deficit[ti] OR disruptive behaviour*[ti] OR oppositional behavior*[ti] OR oppositional behaviour*[ti] OR attachment disorder*[ti] OR non-cooperat*[ti])	
#34 Search (mother*[ti] OR father*[ti] OR parents[ti] OR parent[ti] OR parental[ti] OR parenting[ti] OR families[ti] OR family[ti] OR folks[ti] OR kindred[ti])) Filters: published in the last 10 years; Humans; English; French	
#35 Search ("Parents/education"[Majr] OR "Health Communication"[Majr]) Filters: published in the last 10 years; Humans; English; French	
#38 Search (support*[ti] OR boost*[ti] OR educat*[ti] OR encourag*[ti] OR training[ti] OR couns*[ti] OR reinforce*[ti] OR learning[ti] OR feedback[ti] OR motivat*[ti] OR teach*[ti] OR instruction*[ti] OR diagnos*[ti] OR accept*[ti] OR encour*[ti] OR communicat*[ti]) Filters: published in the last 10 years; Humans; English; French	
#39 Search (#1 AND #2 AND #34 AND (#35 OR #38)) Filters: published in the last 10 years; Humans; English; French	

Bases de données : Cinahl	Date de la recherche : octobre 2013
Période couverte : 2003/ 01/ 01 – 9999 /01/01	
Articles obtenus : 8	
Stratégie de recherche	
S1 TI developmental disabilit* OR GDD OR developmental delay* OR developmental impairment* OR developmental disorder* OR developmental coordination disorder OR	

developmentally delayed OR developmentally disabled OR delayed development OR intellectual disability* OR neurodevelopmental delay OR mental retardation OR mental handicap* OR mental disability* OR mental deficiency* OR mentally retarded OR mentally handicapped OR medically fragile OR X N3 fragile OR vulnerable child* OR high-risk OR preterm
S2 TI support* OR boost* OR educat* OR encourag* OR training OR couns* OR reinforce* OR learning OR feedback OR motivat* OR teach* OR instruction* OR diagnos* OR accept* OR encour* OR communicat*
S3 TI mother* OR father* OR parents OR parent OR parental OR parenting OR families OR family OR folks OR kindred
S4 S1 AND S2 AND S3

Bases de données : PsycInfo	Date de la recherche : octobre 2013
Période couverte : 2003/ 01/ 01 – 9999 /01/01	
Articles obtenus : 100	
Stratégie de recherche	
#1 (developmental disability* or global developmental delay or developmental delay* or developmental impairment* or developmental disorder* or developmental coordination disorder* or developmentally delayed or developmentally disabled or delayed development or delayed development or developmental delay or neurodevelopmental delay or intellectual disability* or mental retardation or mentally retarded or mental handicap or mentally handicapped or mental disability* or mental deficiency* or X fragile or vulnerable child* or preterm or "at risk" or high-risk or premature or special needs or cri-du-chat syndrome or de l'ange syndrome or down syndrome or adrenoleukodystrophy or coffin-lowry syndrome or fragile x syndrome or glycogen storage disease type IIb or lesch-nyhan syndrome or menkes kinky hair syndrome or mucopolysaccharidosis II or rett syndrome or prader-willi syndrome or rubinstein-taybi syndrome or syndrome or williams syndrome or physical disorder* or medically fragile or Behavior Disorder* or behaviour disorder* or Behavior Problem* or behaviour problem* or Oppositional Defiant Disorder* or Attention Deficit or disruptive behaviour* or oppositional behavior* or oppositional behaviour* or attachment disorder* or non-cooperat*).m_titl.	
#2 (mother* or father* or parents or parent or parental (or parenting or families or family or folks or kindred).m_titl.	
#3 limit 2 to ((english or french) and yr="2003 - 2014")	
#4 (support* or boost* or educat* or encourag* or training or couns* or reinforce* or learning or feedback or motivat* or teach* or instruction* or diagnos* or accept* or encour* or communicat* or announcement).m_titl.	
#5 limit 4 to ((english or french) and yr="2003 - 2014")	
#6 1 and 3 and 5	
#7 limit 6 to (human and 160 preschool age <age 2 to 5 yrs> and (english or french) and human and yr="2003 - 2014")	

Bases de données : ERIC via ProQuest	Date de la recherche : 11 et 12 nov. 2013
Période couverte : 2003/ 01/ 01 – 9999 /01/01	
Articles obtenus : 86	
Stratégie de recherche	
1 su("preschool children" OR "kindergarten" OR "infants" OR "toddlers")	
2 su("developmental disabilities" OR "mental retardation" OR "mental disorders")	
3 su("mothers" OR "fathers" OR "parents" OR "Family" OR "siblings")	
4 #1 AND #2 AND #3	
5 (ti("preschool child*" OR "kindergar*" OR "infant" OR "toddler*") OR AB("preschool child*" OR "kindergar*" OR "infant" OR "toddler*"))	

6 (ti("developmental disabilit*" OR "mental retardation" OR "mental disorder*") OR AB("developmental disabilit*" OR "mental retardation" OR "mental disorder*"))
7 (ti("mother*" OR "father*" OR "parent*" OR "Famil*" OR "sibling*" or "sister*" OR "brother*") OR ab("mother*" OR "father*" OR "parent*" OR "Famil*" OR "sibling*" or "sister*" OR "brother*"))
8 #5 AND #6 AND #7
9 #4 OR #8

Bases de données : Google Scholar. Sans les brevets, ni les citations	Date de la recherche : 11 et 12 nov. 2013
Période couverte : débutant en 2003 à 2013.	
Articles obtenus : 429	
Stratégie de recherche	
(intitle:child OR intitle:preschool) (intitle:developmental OR intitle:mental OR intitle:intellectual) (intitle:family OR intitle:families OR intitle:parental OR intitle:parents OR intitle:parent)	

Stratégie et résultats de recherche documentaire pour la littérature grise

Thèses et mémoires.

Bases de données : Proquest Dissertations & Theses	Date de la recherche : septembre 2013
Période couverte : débutant en 2003 à 2013.	
Articles obtenus : 29	
Stratégie de recherche	
ab("developmental delay") OR ab(("intellectual disability" OR "mental retardation")) AND ab((intervention* OR rehabilitation)) AND ab(("children preschool" OR toddler*)) Narrowed by Subject: individual & family studies OR families & family life OR parents & parenting Additional limits - Date: Last 10 years; Language: English, French	

Bases de données : Bielefeld Academic search engine (BASE) Système pour l'information en littérature grise en Europe (Opengrey/openSIGLE)	Date de la recherche : septembre 2013
Période couverte : débutant en 2003 à 2013.	
Articles obtenus : 12	
Stratégie de recherche	
famil* or parent* and support and child* or toddler* and disability* or "developmental delay" or mental retardation	

Bases de données : Université de Montréal (http://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/) Université Laval (http://theses.ulaval.ca/archimede/) Université McGill (http://digitool.library.mcgill.ca/R/) Université du Québec à Trois-Rivières (http://decouverte.quebec.ca) Université Sherbrooke (http://www.usherbrooke.ca/biblio/) DART – Europe E-theses Portal	Date de la recherche : septembre 2013
Période couverte : débutant en 2003 à 2013.	
Articles obtenus : 233	
Stratégie de recherche	
soutien aux parents ou famille et enfants et retard de développement ou famil* or parent* and support and child* or toddler* and disability* or "developmental delay" or mental retardation	

Agences ou organismes d'évaluation des technologies en services sociaux

Sites internet : Guidelines International Network Centre for Reviews and Dissemination National Institute for Health and Clinical Excellence Haute Autorité de Santé International Network of Agencies for Health Technology Assessment Social Care Institute for Excellence (SCIE)	Date de la recherche : septembre 2013
Période couverte : débutant en 2003 à 2013.	
Articles obtenus : 82	

Guides de pratique et cadres de référence

Moteur de recherche : Google	Date de la recherche : septembre 2013
Période couverte : débutant en 2003 à 2013.	
Article obtenu : 1	
Stratégie de recherche	
"global developmental delay in children" and parents	

Moteur de recherche : Google	Date de la recherche : septembre 2013
Période couverte : débutant en 2003 à 2013.	
Article obtenu : 1	
Stratégie de recherche	
"intellectual disabilities in children" and parents	

Moteur de recherche : Google	Date de la recherche : septembre 2013
Période couverte : débutant en 2003 à 2013.	
Article obtenu : 1	
Stratégie de recherche	
"developmental delays in children" or "intellectual disabilities in children" and "family support"	

Annexe 5 : Grilles du Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research

Papers from a Variety of Field

Grille pour les études quantitatives

	Criteria	Yes (2)	Partial (1)	No (0)	N / A
1	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?				
2	Study design evident and appropriate?				
3	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?				
4	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?				
5	If interventional and random allocation was possible, was it described?				
6	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				
7	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				
8	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias? means of assessment reported?				
9	Sample size appropriate?				
10	Analytic methods described/justified and appropriate?				
11	Some estimate of variance is reported for the main results?				
12	Controlled for confounding?				
13	Results reported in sufficient detail?				
14	Conclusions supported by the results?				

Grille pour les études qualitatives

	Criteria	Yes (2)	Partial (1)	No (0)	N / A
1	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?				
2	Study design evident and appropriate?				
3	Method of subject/comparison group selection or source of information/input variables described and appropriate?				
4	Subject (and comparison group, if applicable) characteristics sufficiently described?				
5	If interventional and random allocation was possible, was it described?				
6	If interventional and blinding of investigators was possible, was it reported?				
7	If interventional and blinding of subjects was possible, was it reported?				
8	Outcome and (if applicable) exposure measure(s) well defined and robust to measurement / misclassification bias? means of assessment reported?				
9	Sample size appropriate?				
10	Analytic methods described/justified and appropriate?				
11	Some estimate of variance is reported for the main results?				
12	Controlled for confounding?				
13	Results reported in sufficient detail?				
14	Conclusions supported by the results?				

Annexe 6 : Grille d'extraction de l'information

Référence	
Type de document	
Méthodologie utilisée	
Qualité méthodologique sur le Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers	
Objectif (s) de l'étude	
Variables mesurées (outcome)	
Participants:	
Critère d'inclusion	
Critères d'exclusion	
Participants	
Sexe	
Âge	
Unité d'observation	
Nombre randomisé	
Nombre utilisé dans l'analyse	
Pays et milieu d'intervention	
Ethnicité	
Caractéristiques de départ (baseline)	
Description de l'intervention :	
Conditions (expérimentales et de contrôle)	
Durée de l'intervention	
Durée de l'essai	
Durée du suivi post-intervention (follow-up)	
Ressources utilisées (rh, rf, rm, ri)	
Détails théoriques et opérationnels	
<i>Domaine de spécialisation des intervenants</i> et leur profil	
Rôle particulier de l'intervenant	
Rôle des parents	
Nature des interactions entre les intervenants et la famille	
Nature des interactions entre les intervenants	
Résultats en format texte	
Quantitatifs	
Qualitatifs	

Annexe 7 : Processus de détermination de la qualité des preuves scientifiques

Le processus de détermination de la QPS est différent selon qu'il s'agisse d'études reposant sur des méthodes quantitatives ou qualitatives. Pour les études quantitatives, le calcul de la QPS s'effectue à partir de 14 critères répartis en quatre sphères d'évaluation : les risques de biais (6 critères), la mesure directe des résultats (4 critères), la précision des mesures (3 critères) et la cohérence des résultats entre les études (1 critère). Un score est alloué pour chaque critère, ce qui permet d'établir le score de chaque sphère. Le score de chaque sphère est ensuite additionné pour établir la QPS. La détermination de la QPS pour les études qualitatives repose sur six critères (identification des théories, stratégie d'échantillonnage, méthode de collecte de données, saturation des données, vérification de la crédibilité de l'interprétation des données et généralisation des résultats). La QPS est déterminée en additionnant les scores des six critères. Pour les deux types d'études, les évaluateurs déterminent l'existence ou non de biais de publication, cependant ceux-ci n'entrent pas dans le calcul de la QPS et sont interprétés à part. Les tableaux utilisés sont présentés dans les pages suivantes.

A. Pour les études quantitatives

Évaluation des risques de biais (6 critères)	
A. Répartition aléatoire des participants	Scores
Aucune	0
Oui, mais méthode non mentionnée ou possiblement inadéquate.	1
La méthode apparaît adéquate.	2
B. Dissimulation des conditions aux différents acteurs. Octroyer 1 point pour chaque acteur dissimulé à la condition de traitement :	Scores
Participants	
Évaluateurs	
Chercheurs	
C. Attrition du groupe expérimental (%)	Scores
> 20	0
11-19	1
0-10	2
D. Tous les résultats sont rapportés?	Scores
Non	0
Oui	1
E. Les mesures proviennent d'instruments validés?	Scores
Non	0
Oui	1
F. Présence de biais de recrutement?	Scores
Oui	0
Non	1
Score final : somme de tous les scores	
Interprétation du score final	Score pour le calcul de la QPS
0-2,49 : Risque de biais élevé	0
[2,50-4,99 : Risque de biais modéré	1
[5,00-7,49 : Risque de biais faible = 2 points	2
[8,00-10 : Risque de biais très faible = 3 points	3
Biais de publication (n'entre pas dans le calcul et est interprété à part)	Choisir entre « Non décelé » ou « Fortement soupçonné »

Évaluation de la mesure directe des résultats (4 critères)	
A. L'échantillon, par rapport à la population identifiée dans la demande, est :	Scores
Non précis	0
Relativement précis	1
Précis	2
B. Intégrité du traitement :	Scores
N'est pas vérifiée, est inconnue ou faible.	0
Est moyenne	1
Est forte	2
C. Les résultats ont été mesurés :	Scores
De manière indirecte	0
De manière directe	1
D. Groupes de comparaisons	Scores
Résultats pour un groupe expérimental seulement	0
Résultats du groupe expérimental comparés à ceux d'un groupe témoin	1
Résultats du groupe expérimental comparés à ceux d'un groupe de contrôle	2
Résultats du groupe expérimental comparés à ceux d'un groupe de contrôle et à un groupe témoin	3
Score final : somme de tous les scores	
Interprétation du score final	Score pour le calcul de la QPS
0 : Mesure indirecte.	0
[1-2 : Mesure peu directe	1
[3-5 : Mesure assez directe.	2
[6-8 : Mesure très directe.	3

Évaluation de la précision des mesures (3 critères)	
A. Nombre de participants du groupe expérimental au post-test (n)	Scores
0-29	0
30-50	1
51 et +	2
B. Nombre de mesures ou d'observations. 1 point pour chaque :	Scores
Prétest	
Post-test	
Suivi	
C. L'intervalle de confiance est :	Scores
Non présenté ou large.	0
Acceptable	1
Petit	2
Score final : somme de tous les scores	
Interprétation du score final	Score pour le calcul de la QPS
[1-2 : Mesures peu précises.	0,66
[3-5 : Mesures assez précises.	1,33
[6-7 : Mesures très précises.	2

Évaluation de la cohérence des résultats entre les études selon les questions de recherche	
Évaluation de la cohérence.	Score pour le calcul de la QPS
Ne s'applique pas ou incohérence : il y a à peu près autant d'études démontrant des effets désirés que des effets non désirés en termes de résultats.	0
Cohérence limitée : au moins deux tiers des études présentent des résultats allant dans le même sens, qu'ils soient significativement positifs, négatifs ou non significatifs.	1
Cohérence : Presque toutes les études présentent des résultats allant dans le même sens.	2

Établissement de la qualité des preuves scientifiques pour les études quantitatives	
Critères :	Score pour le calcul de la QPS
Évaluation des risques de biais	Inscrire ici le score de biais
Évaluation de la mesure directe des résultats	Inscrire ici le score de mesure
Évaluation de la précision des mesures	Inscrire ici le score de précision
Évaluation de la cohérence des résultats entre les études selon les questions de recherche	Inscrire ici le score de cohérence
Score final : somme de tous les scores.	
Interprétation du score final	La QPS est :
< 2,51	Très faible
2,51 à 5,00	Faible
5,01 à 7,50	Modérée
> 7,50	Forte

B. Pour les études qualitatives (6 critères)

Évaluation des risques de biais (6 critères)	
A. Les théories sont bien identifiées.	Scores
Non	0
Partiellement	1
Oui	2
B. La stratégie d'échantillonnage est adéquate.	Scores
Non	0
Partiellement	1
Oui	2
C. La méthode de collecte de données :	Scores
N'est pas rapportée.	0
Est partiellement rapportée.	1
Est bien décrite.	2
D. Les auteurs ont procédé à la saturation des données?	Scores
Non	0
Partiellement	1
Oui	2
E. Il y a eu vérification de la crédibilité de l'interprétation des données auprès de participants à l'étude ou auprès de personnes semblables?	Scores
Non	0
Partiellement	1
Oui	2
F. Il y a généralisation des résultats?	Scores
Non	0
Partiellement	1
Oui	2
Score final : somme de tous les scores	
Interprétation du score final	La QPS est :
0 à 3	Très faible
4 à 6	Faible
7 à 9	Modérée
10 à 12	Forte
Biais de publication (n'entre pas dans le calcul et est interprété à part)	Choisir entre « Non décelé » ou « Fortement soupçonné »

Annexe 8 : Description sommaire des études retenues

Type de publication	N	%
Articles scientifiques	19	0,86
Littérature grise scientifique	3	0,14
Pays	N	%
Canada	2	0,09
États-Unis	12	0,55
Australie, Nouvelle-Zélande	6	0,27
Pays européen	2	0,09
Taille de l'échantillon au temps de référence (baseline)	N	%
0 à 10	5	0,23
11 à 20	1	0,05
21 à 30	9	0,41
31 à 40	3	0,14
>40	4	0,18
Attrition du gr. exp au post-test (%)	N	%
0 %	7	0,32
1 à 10	4	0,18
11 à 20	3	0,14
> 20	4	0,18
Inconnue	2	0,09
Ne s'applique pas	2	0,09
Groupe de comparaison	N	%
Oui	13	0,59
Non	8	0,36
Ne s'applique pas	1	0,05
Période de suivi (maintien)	N	%
Oui	11	0,50
Non	10	0,45
Ne s'applique pas	1	0,05

Annexe 9 : Description des participants par intervention

Cooperative family learning approach

Auteurs		Drummond et collab. (2008)					
Pays et ethnicité des participants		Canada. Non mentionné, mais six familles n'ont pas l'anglais comme langue maternelle.					
Reçoivent un service public d'intervention		Enfants inscrits à un programme Head Start					
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre			
	a) D'âge préscolaire et inscrits au programme Head Start; b) retard min de six mois dans au moins deux sphères de développement.				Inconnu	m=49,22 mois	Délai de six mois ou plus dans au moins deux sphères de développement. Tous les enfants dépistés à l'aide du DISC ont des retards de développement de légers à modérés.
	Critères d'exclusion						
Non mentionnés.							
Parents	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre			
	Présenter au moins deux facteurs de risques parmi les suivants : avoir terminé au plus dix années de scolarité, revenu familial inférieur à 20 000 \$, monoparentalité, sans emploi.				F = 36	m=29,35 ans (de 21 à 52)	Données globales sur 57 familles et pas uniquement sur les 36 mères. Familles urbaines. Parents : mariés ($n = 24$), union libre ($n = 12$), monoparentale ($n = 14$); statut inconnu ($n = 4$). Revenu généralement sous le seuil de la pauvreté: sous 20 000 \$ ($n = 43$); sous 30 000 \$ ($n = 7$); supérieur à 31 000 \$ ($n = 2$). Six familles utilisent l'anglais comme deuxième langue. Environ la moitié des parents ont moins d'une scolarité de niveau secondaire.
	Critères d'exclusion						
Non mentionnés.							

Enseignement en milieu (Enhanced Milieu Teaching –EMT)

Auteurs		Kaiser et collab. (2013)		
Pays et ethnicité des participants		États-Unis. Caucasiens ($n = 48$) Noirs ($n = 21$) Asiatiques ($n = 3$) Autre ($n = 5$)		
Reçoivent un service public d'intervention		53 enfants reçoivent des services d'orthophonie en plus de l'intervention.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe H = 57; F = 20	Âge Expérimental : m=41,32 (7,3) mois. Contrôle : m=40,05 (8,76) mois.	Autre Diagnostic : Retard de développement ($n = 43$); TSA ($n = 16$); Trisomie 21 ($n = 18$). Ont reçu en moyenne 13 interventions spécialisées au cours des 6 derniers mois. Scores moyens au prétest: Leiter (70); PLS-4 (compréhension auditive, 58); PLS-4 (communication expressive, 66); CBCL (55). Longueur moyenne des énoncés = 1,40.
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			
Parents	Critères d'inclusion	Sexe Expérimental : F = 35; H = 4. Contrôle : inconnu.	Âge Expérimental : m=34 (6,4) ans. Contrôle : m=36 (6,4) ans.	Autre Classe moyenne très scolarisée (45 parents ont au moins un bac.). Occupation: en emploi ($n = 41$); mère au foyer ($n = 35$). Scores moyens : 1) PSI (233); 2) Home observation for measurement of environment (49,30); 3) Stratégies EMT Réactivité (0,56 (0,1)); Language modelling (0,10 (0,07)); Expansion (0,12 (0,10)); Incitatifs MT (0,01 (0,05)).
	Désirent être formé et participer à la recherche.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			

Incredible years parent training program

Auteurs		Phaneuf et McIntyre (2007)		
Pays et ethnicité des participants		Non mentionnés.		
Reçoivent un service public d'intervention		Les enfants sont inscrits dans un programme d'intervention précoce ou au préscolaire.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	a) 2-4 ans b) 45-85 sur le Vineland adaptative Behaviour scale (VABS) c) mobile d) habitant avec son parent ou tuteur depuis au moins 1 an.	Inconnu	Inconnu	Aucune information supplémentaire.
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			
Parents	Critères d'inclusion	F=6	Inconnu	Aucune information supplémentaire.
	Être la mère.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			

Auteurs		McIntyre et collab. (2008a)		
Pays et ethnicité des participants		États-Unis. Caucasiens (<i>n</i> = 37); Non spécifié (<i>n</i> = 12).		
Reçoivent un service public d'intervention		Enfants inscrits dans un programme d'intervention précoce ou dans un programme préscolaire selon les sections B ou C du IDEA.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe H = 36; F = 13	Âge Gr. exp. : m=4,11 ans; Gr. contr.: m=3,68 ans	Autre Tous sont à risque de développer des problèmes de comportement. Services professionnels reçus : orthophonie (81 %); ergothérapie (77,6 %); physiothérapie (44,9 %); intégration sensorielle (30,6 %); analyse appliquée du comportement offerte à la maison (8,2 %). Autisme (<i>n</i> = 19)
	a) 2-5 ans b) 45-85 sur le Vineland adaptative Behaviour scale (VABS) c) mobile d) habitant avec son parent ou tuteur depuis au moins 6 mois.			
	Critères d'exclusion			
	Enfants aveugles ou sourds.			
Parents	Critères d'inclusion	39 mères biologiques, pas d'information sur les autres parents.	M = 35	La plupart résident avec un conjoint. Trois quarts ont suivi des études postsecondaires. Moins de la moitié travaille hors de la maison. Le tiers des familles reçoit de l'aide financière du gouvernement fédéral.
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			

Intervention		Incredible years parent training program (version adaptée pour les enfants avec retards de développement)		
Auteurs		McIntyre et collab. (2008b)		
Pays et ethnicité des participants		États-Unis. Caucasien (<i>n</i> = 24); Non spécifié (<i>n</i> = 1). Pas d'information sur les 3 abandons.		
Reçoivent un service public d'intervention		Enfants inscrits dans un programme d'intervention précoce ou dans un programme préscolaire : 23 enfants sont inscrits dans des programmes inclusifs; 1 enfant va dans une école ségréguée et 1 enfant reçoit les interventions à la maison.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe H = 23; F = 2	Âge M=3,99 (0,87) ans	Autre Autisme (<i>n</i> = 13). VABS : composite : <i>m</i> = 63,67 (9,97); Communication : <i>m</i> = 69,81 (15,35); Act. vie quot. : <i>m</i> = 63,81 (9,07); Socialisation : <i>m</i> = 68,57 (12,04); Motricité : <i>m</i> = 75,14 (18,27). 2) CBCL Total : <i>m</i> = 65,36 (11,71), dont 13 à risque (scores > 65). Services professionnels reçus : orthophonie (92 %); ergothérapie (92 %); physiothérapie (52 %).
	a) 2-5 ans b) 45-85 sur le Vineland adaptative Behaviour scale (VABS) c) mobile d) habitant avec son parent ou tuteur depuis au moins 6 mois.			
	Critères d'exclusion			
	Enfants aveugles, sourds ou ayant des incapacités sévères.			
Parents	Critères d'inclusion	23 mères biologiques, pas d'information sur les autres parents.	M=33,56 (5,34) ans	La plupart réside avec un conjoint. Trois quarts ont suivi des études postsecondaires. Moins de la moitié travaille hors de la maison. Le tiers des familles reçoit de l'aide financière du gouvernement fédéral.
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			

Intervention		Incredible Years videotape modeling program (version adaptée)		
Auteurs		Huipe Wilson (2010)		
Pays et ethnicité des participants		États-Unis. Caucasiens (<i>n</i> = 32); hispanique (<i>n</i> = 6); amérindien (<i>n</i> = 1); autre (<i>n</i> = 4).		
Reçoivent un service public d'intervention		Incertain: Enfants se qualifiant pour des services offerts par le Children's developmental center, Tri-Cities, Washington.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe H = 34; F = 9	Âge M=25,65 (4,9) mois (de 18 à 36)	Autre Plus de la moitié ont un retard de développement dans plus d'une sphère.
	a) Se qualifient pour les services offerts par le Children's developmental center, Tri-Cities, Washington. b) Score borderline ou clinique sur trois sous-échelles du CBCL mesurant les problèmes de comportement externalisés (comportement agressif, problèmes d'attention et réactions émotionnelles) ou indice de stress élevé du parent mesuré par le PSI.			
	Critères d'exclusion Non mentionnés.			
Parents	Critères d'inclusion	Sexe F=42; H=1	Âge Inconnu	Autre Occupation des mères: au foyer (<i>n</i> = 19); en emploi (<i>n</i> = 17); sans emploi ou non spécifié (<i>n</i> = 7).
	Indice de stress élevé du parent mesuré par le PSI ou score borderline ou clinique sur trois sous-échelles du CBCL mesurant les problèmes de comportement externalisés (comportement agressif, problèmes d'attention et réactions émotionnelles).			
	Critères d'exclusion Non mentionnés.			

Intervention		Incredible years (Webster-Stratton, 2001)					
Auteurs		Phaneuf et McIntyre (2011)					
Pays et ethnicité des participants		Non mentionnés.					
Reçoivent un service public d'intervention		Incertain : Enfants recrutés via les programmes d'intervention précoces ou par les programmes préscolaires.					
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre			
	a) 2-4 ans b) 45-85 sur le Vineland adaptative Behaviour scale (VABS) c) mobile d) habitant avec son parent ou tuteur depuis au moins 1 an.						
	Critères d'exclusion						
	Non mentionnés.	Inconnu	m=4,11 (0,77) ans	TSA ($n = 3$); retard de langage ($n = 3$); RGD($n = 2$). Vineland m = 58,88 (6,15).			
Parents	Critères d'inclusion				F=8	m=35,5 (5,78) ans	Scolarité : collégiale ($n = 6$); secondaire ($n = 2$). Demeurent avec leur conjoint ($n = 7$). Ont plus d'un enfant ($n = 5$).
	Être la mère.						
	Critères d'exclusion						
	Non mentionnés.						

It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents / Responsivity Education

Intervention		Responsivity education (RE) inspiré du programme It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents		
Auteurs		Fey et collab. (2006)		
		Warren et collab. (2008) pour le suivi.		
Pays et ethnicité des participants		États-Unis. Caucasien ($n = 42$). Noir ($n=5$). Hispanique ($n = 4$).		
Reçoivent un service public d'intervention		Les enfants reçoivent des services d'orthophonie ou d'autres services durant toute la durée de l'étude. Warren et collab. : pendant le suivi, les enfants ont au moins tous trois ans et reçoivent des interventions en milieu scolaire visant à améliorer leurs compétences langagières dans le cadre du IDEA (Part B).		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	a) Retard mental léger à modéré (<70 sur le Bayley Scales of Infant Development, Mental Scales); b) Utilisation max. de 10 mots ou signes de communication; c) Vue et audition dans les limites normales; d) motricité permettant d'atteindre un objet.	H = 28; F = 23	M=26 mois (de 24 à 33)	Trisomie 21 ($n = 26$); Trisomie 8 ($n=1$); Désordre mitochondrial ($n = 1$); Microcéphalie ($n = 1$); Accident cérébro-vasculaire à la naissance, côté droit ($n = 1$) ; Maladie rénale ($n = 1$); Fente palatine ($n = 1$); Syndrome d'Angelman ($n = 1$), Syndrome Fragile-X ($n = 1$); Aucun diagnostic ($n = 17$). Scores au Bayley Scales of Infant Development, Mental Scales: entre 58 à 68 ($n = 4$); < 50 (tous les autres). Comprennent 100 mots en moyenne (É-t=82,47), mais en prononcent en moyenne moins de 5 (SD=2,76)
	Critères d'exclusion			
a) autisme b) fréquences de communication par minute supérieures à : 1,16 pour les communications impératives; 1,17 pour les communications déclaratives; 1,28 pour le babillage canonique et 2,12 pour l'ensemble des actes communicationnels.				
Parents	Critères d'inclusion	F = 50; H = 1	Inconnu	Ont en moyenne complété deux années d'études postsecondaires. Score au PSI $m=215$ (40,92)
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			

Auteurs		Wong, T.-P. (2012).		
Pays et ethnicité des participants		Nouvelle-Zélande. Ethnicité non mentionnée.		
Reçoivent un service public d'intervention		Tous les enfants reçoivent des interventions depuis la naissance au <i>Champion Centre in Christchurch</i> , un centre multidisciplinaire d'intervention précoce pour les enfants ayant de nombreux retards de développement et leur famille. Les interventions suivent les principes de l'approche socio-interactionniste et (Bohannon et Bonvillian, 2009) et du modèle transactionnel (Sameroff, 2004). Les cliniciens travaillent en étroite collaboration avec les proches pour favoriser l'inclusion des enfants dans la communauté et pour l'école.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	A. De 2 ans à 6 ans. B. Ont des difficultés langagières identifiées par leur orthophoniste. C. Parlent anglais (langue maternelle).	H = 2; F = 1	28 mois 29 mois 33 mois	
Critères d'exclusion	Les trois enfants ont une Trisomie 21. Scores au PLS-4 variant de 65 à 76.			
A. ne pas participer à une intervention comportementale intensive autre que le programme du Centre. B. Aucun problème visuel ou d'audition qui pourrait nuire au développement de la parole et du langage.				
Parents	Critères d'inclusion	F = 3	32,9 ans 37,7 ans 38,3 ans	Scolarité : postsecondaire pour deux d'entre elles et postsecondaire pour l'autre. Elles sont toutes mères au foyer.
	Suivre un programme ITTT au centre au début de cette étude.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			

Mindfulness-based Stress reduction

Intervention		Mindfulness-based Stress reduction (MBSR).		
Auteurs		Singh et collab. (2007)		
Pays et ethnicité des participants		États-Unis. Noire (<i>African American</i>).		
Reçoivent un service public d'intervention		Les enfants fréquentent un service de garde pour enfants avec des retards de développement à raison de 2 h par jour, trois fois par semaine.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.	H = 3; F = 1	4 à 6 ans	Âges des enfants (et leur cote globale sur le Vineland). Enfant 1 : 4 ans, 11 mois (8 à 15 mois); enfant 2 : 5 ans (22 à 30 mois); enfant 3 : 6 ans (27 à 32 mois); enfant 4 : 4 ans (15 à 22 mois).
Parents	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.	F=4	m=26,75 ans (de 23 à 31)	Toutes les mères s'occupent de leurs enfants à temps complet. Elles sont toutes mariées au père de leurs enfants, ceux-ci travaillant le jour et participant aux activités familiales à la maison. Toutes les mères ont reçu antérieurement de la formation pour utiliser des techniques de gestion du comportement axées sur l'approche comportementale. <u>Scolarité et occupation</u> : Mère 1 : études à distance de niveau collégial; Mère 2 : diplôme collégial et travail à temps partiel en soirée; Mère 3 : étudiante de niveau collégial; Mère 4 : secondaire non complété.

Auteurs		Neece (2013)		
Pays et ethnicité des participants		États-Unis. Caucasien (25,7 %); hispanique (37,1 %); asiatique (8,6 %); noir (5,7 %); autre (22,9 %).		
Reçoivent un service public d'intervention		91,3 % des enfants reçoivent des services d'éducation spécialisée à l'école; 78,3 % sont inscrits dans une classe spéciale.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe H = 33; F = 13	Âge 3,84 (0,92) ans	Autre 1) 84,4 % ont un diagnostic sur le spectre de l'autisme (76,8 % d'entre eux étant autistes). 2) considérés comme ayant un retard intellectuel de léger à modéré (sans diagnostic formel).
	1) 2,5 à 5 ans 2) retard de développement 3) au moins 10 problèmes de comportement tel que rapporté par les parents sur le ECBI. 4) être en mesure de suivre des directives en contexte de jeu structuré.			
	Critères d'exclusion			
Parents	Non ambulants, retard intellectuel sévère.	F=36; H=10	Inconnu	1) Mariés (71,7 %) 2) Revenus allant de 0 à 95 000 \$ (45 % ayant un revenu supérieur à 50 000 \$). 4) Scolarité : m=14,54 (2,67) ans.
	Critères d'inclusion			
	Parler anglais			
	Critères d'exclusion			
	Bénéficiaire de traitements psychologiques ou comportementaux (p. ex. counselling, formation de parents, groupe de soutien de parents.			

Parent-Child Interaction Therapy

Auteurs		Bagner et collab. (2007)		
Pays et ethnicité des participants		États-Unis. Caucasien (67 %); Noir (17 %); Métis (13 %); Hispanique (3 %).		
Reçoivent un service public d'intervention		Non mentionné		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe H= 23 F = 7	Âge m=54,13 mois (10,15)	Autre 60 % ont un QI variant de 55 à 75. Hollingshead : m = 41,30 (14,14)
	a) 3 à 6 ans; b) diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation; c) retard mental léger ou modéré; d) ceux qui prennent des médicaments pour contrôler leur comportement doivent avoir été « stabilisés » un mois avant l'intervention.			
	Critères d'exclusion			
	Importantes limites sensorielles (p. ex. surdité), autisme, possibilités de sévices.			
Parents	Critères d'inclusion	F = 30	M=35,2 ans	QI moyen de 99,40. Hollinshead m = 37,40. 66,67 % des familles composées de deux parents. Distance moyenne en miles du lieu d'intervention de 32,64.
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			

Parents Plus Programme

Auteurs		Quinn et collab. (2006)		
Pays et ethnicité des participants		Irlande. Non mentionnée.		
Reçoivent un service public d'intervention		Enfants recevant des services réguliers dispensés par des organismes de santé publics irlandais en milieu rural : 2 à 3 fois par semaine : soutien multidisciplinaire d'orthophonistes, travailleurs sociaux, psychologues et physiothérapie.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	Enfants âgés de 4 à 7 ans ayant d'importants problèmes de comportement.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.	H=34; F=5	a) Gr. avec retard : m=4,95 (0,83) ans b) Gr. sans retard : m=5,69 (1,13) ans	Enfants ayant d'importants problèmes de comportement auprès de qui les interventions régulières n'ont pas d'effet <u>1. Groupe avec retard</u> : a) Diagnostics : DI ($n = 11$, 69 %), autisme avec DI ($n = 5$, 31 %). b) Prise de médicaments: aucun enfant. <u>2. Groupe sans retard</u> : a) Diagnostics : trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ($n=10$, 67 %), TDAH ($n = 5$, 33 %). b) Prise de médicaments: deux enfants avec un TDHA prennent des stimulants, un enfant avec un TOP prend des antidépresseurs.
Parents	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.	F=26; H=13	a) Gr. avec retard: m=36,5 (5,99) ans b) Gr. sans retard : m=33,58 (3,82) ans.	a) Mariés (oui ($n = 36$); non ($n = 3$). La participante typique est une femme mariée de classe moyenne dans la trentaine qui a deux ou trois enfants, dont un garçon de moins de 5 ans avec d'importants problèmes de comportement.

Auteurs		Quinn et collab. (2007)		
Pays et ethnicité des participants		Irlande. Non mentionnée.		
Reçoivent un service public d'intervention		Enfants recevant des services réguliers dispensés par des organismes de santé publics irlandais en milieu rural : 2 à 3 fois par semaine : soutien multidisciplinaire d'orthophonistes, travailleurs sociaux, psychologues et physiothérapie.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	Enfants âgés de 4 à 7 ans ayant d'importants problèmes de comportement.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.	H=27; F=4	a) Gr. exp. : m=4,95 (0,83) ans (1) b) Gr. contr. : M=4,83 (0,88) ans.	Enfants d'âge préscolaire ayant des retards de développement et d'importants problèmes de comportements. Les problèmes de comportement les plus récurrents sont : crises de colère, la désobéissance, l'hyperactivité et l'impulsivité, et ces comportements sont présents depuis au moins un an. Enfants auprès de qui les interventions régulières n'ont pas d'effets. Aucun enfant n'est médicamenté. Diagnostics : DI (n = 27) TSA (n = 10). Scores total au Strengths and Diff. Questionnaire: Gr. exp. m=16,36 (4,58); Gr. contr. M=15,26 (3,34). Note: Le groupe expérimental est le même que pour l'étude de 2006.
Parents	Critères d'inclusion	F=29; H=12	a) Gr. exp. m=36,5 (5,99) ans (1) b) Gr. contr. : m=38,26 (4,1) ans.	38 des 41 sont mariés, la plupart ayant deux ou trois enfants. Surtout de classe moyenne. Les déplacements aux rencontres constituent un enjeu important pour les parents, de même que le niveau d'implication attendu de la famille.
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			

(1) : Les enfants et parents du groupe « avec retard » dans l'étude de 2006 constituent le « groupe expérimental » de l'étude de 2007.

Rapid toilet training

Auteurs		Rinald et Miranda (2012)		
Pays et ethnicité des participants		Canada. Canadienne (n = 1); algérienne (n = 1).		
Reçoivent un service public d'intervention		Incertain : Familles recrutées par le biais d'agences offrant des services d'intervention précoce.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	a) 30 à 72 mois; b) diagnostic de retard de développement c) consommation normale d'aliments et de boissons menant à un horaire régulier d'élimination d) moins de 10 % de miction dans la toilette au cours du dernier mois d) miction dans la couche moins d'une fois par heure.			
	Critères d'exclusion			
	a) Limites neuromotrices affectant les membres inférieurs b) Épilepsie, condition médicale ou médicament qui affecte le fonctionnement normal de la vessie c) Graves problèmes de comportement liés aux activités d'élimination (p. ex entrer dans la salle de bain, refus de s'asseoir sur la toilette, etc.) et/ou d) Des tentatives d'entraînement antérieures non fructueuses risquant d'interférer avec le protocole d'entraînement.	H = 2	Amir : 3 ans 5 mois. Jack : 3 ans 9 mois.	Amir : DI; prononce 5 mots; fait des gestes pour communiquer; peu de succès lors de séances antérieures d'entraînement à la propreté; reste au sec au moins deux heures; a un programme de selles régulières. Jack: Trisomie 21, connaît peu de mots; connaît 200 signes; succès modéré lors de séances antérieures d'entraînement à la propreté; suit des directives simples; demande à aller à la toilette.
Parents	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	a) Compréhension suffisante de l'anglais. b) Désir de participer à un atelier d'une journée en compagnie d'autres parents c) Être disponible pour implanter l'intervention à la maison au moins huit heures par jour pendant 5 à 8 jours consécutifs. d) Accepter de rapporter par téléphone au chercheur durant la période d'intervention les informations liées aux périodes d'élimination de l'enfant.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.	F=1 H=1	Mère d'Amir 38 ans. Père de Jack 40 ans.	Mère d'Amir: mariée; deux enfants; infirmière, diplôme collégial; langue maternelle autre que l'anglais. Père de Jack: marié; deux enfants; enquêteur, bachelier.

Signposts for Building Better Behaviour

Auteurs		Hudson et collab. (2003)		
Pays et ethnicité des participants		Australie. Non mentionné.		
Reçoivent un service public d'intervention		Les enfants fréquentent : une école ordinaire avec ou sans assistance, une école spéciale, une combinaison d'écoles, ou un autre service de jour.		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.	H = 81; F = 34	m=10,11 ans (de 4,6 à 19,4)	1) QI pour 72 des 115 enfants seulement, parmi ceux-ci : retard léger ($n = 34, 47\%$), modéré ($n = 35, 49\%$), sévère ($n = 3, 4\%$). 2) Diagnostics : autisme ($n = 19, 16\%$), Trisomie 21 ($n=22, 19\%$), épilepsie ($n = 11, 10\%$), incapacités visuelles ($n = 13, 11\%$), incapacités auditives ($n = 15, 13\%$), paralysie cérébrale ($n = 12, 10\%$).
Parents	Critères d'inclusion	115 mères	Inconnu	1) Scolarité : 10e année ou moins ($n = 30, 27\%$), 11e ou 12e année ($n = 41, 36\%$), formation postsecondaire ($n = 42, 37\%$). 2) Situation d'emploi : À la maison ($n = 52, 47\%$), emploi professionnel ($n = 17, 15\%$), gestion - ventes ($n = 12, 11\%$), autre ($n = 33, 29\%$).
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			

Auteurs		Hudson et collab. (2008)		
Pays et ethnicité des participants		Australie. Non mentionné.		
Reçoivent un service public d'intervention		Non mentionné		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe Non mentionné	Âge m=7,1 ans (de 2 à 18)	Autre Tous ont une déficience intellectuelle ou un retard de développement, ainsi qu'un diagnostic TSA, Trisomie 21, TDAH, CP ou autre.
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
Parents	Non mentionnés.	F =1551; H =396; Autres =172 (1)	Inconnu	1) niveaux socioéconomiques variés. 2) Scolarité : a) <10e année (10 %); b) 10e année (16 %); 11e année (16 %); 12e année (17 %); diplôme postsecondaire (19 %); diplôme universitaire (23 %).
	Critères d'inclusion			
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			

(1) : « Autres » fait référence aux grands-parents, à une famille d'accueil, etc.

Stepping Stone Triple-P

Auteurs		Roberts et collab. (2006)		
Pays et ethnicité des participants		Australie. Non mentionnée.		
Reçoivent un service public d'intervention		Les enfants reçoivent des services du Western Australian Disability Services Commission (DSC).		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.	H = 38; F = 10	m=4,35 ans (de 2 à 7)	Caractéristiques des personnes pour qui on a une mesure post-test seulement ($n = 32$). Diagnostic: Trisomie 21 ($n = 8$); autres syndrômes génétiques ($n = 5$); paralysie cérébrale ($n = 5$); accident ou maladie ($n = 3$), inconnu ($n = 11$). QI : $m = 62,4$ (16,48). 3. Fonctionnement adaptatif: $m = 59,5$ (10,18). Fréquentation scolaire à temps complet ($n = 1$). Reçoivent des services d'au moins deux agences ($n = 12$). Problèmes de santé ($n = 22$)
Parents	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Les familles du groupe contrôle ne doivent pas obtenir des services de soutien de nature behaviorale.	F=32; H=23	Inconnu	Caractéristiques des personnes pour qui on a une mesure post-test seulement ($n = 29$). Tous parlent anglais. Couples d'origine ($n = 21$). Mères ayant 12 ans de scolarité ou moins ($n = 28$). Mères ayant fréquenté le collège ou l'université ($n = 4$). Ont déjà eu des problèmes de santé mentale ($n = 21$).

Intervention		Stepping-Stone Triple P-Enhanced (SSTP-E) et Stepping-Stone Triple P-Standard (SSTP-S)		
Auteurs		Plant et collab. (2007)		
Pays et ethnicité des participants		Australie. Non mentionnée.		
Reçoivent un service public d'intervention		Les enfants reçoivent des services d'intervention précoces gouvernementaux		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe H = 55; F = 19	Âge a) SSTP-S : m=54,62 (15,25) mois; b) SSTP-E : m=56,63 (12,36) mois; c) Contrôle : m=54,04 (13,16) mois.	Autre Diagnostics: TSA (32,4 %); RGD (17,6 %); Trisomie 21 (10,8 %); anomalie chromosomique autre que Trisomie 21 (9,5 %); paralysie cérébrale (6,8 %); autre (22,9 %). Niveau de handicap selon le VABS : borderline ou à risque (6,8 %); léger (29,7 %); modéré (47,3 %); sévère (16,2 %).
	a) Reçoit un service d'intervention précoce; b) présente une incapacité développementale ou est à risque; c) n'a pas encore commencé l'école; d) score égal ou supérieur à 131 sur l'échelle d'intensité ou égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de problème sur le Eyberg Child Behavior Inventory, tel que signalé par la mère.			
	Critères d'exclusion Non mentionnés.			
Parents	Critères d'inclusion	Inconnu	a) SSTP-S : F : m= 36,27 (5,6) ans H : m=39,53 (5,51) ans b) SSTP-E : F : m=36,38 (3,91) ans H : m= 40,91 (5,5) ans c) contrôle : F : m= 37,83 (8,82) ans H : m= 39,18 (6,07) ans	78 % des familles sont composées de deux parents; 93 % des pères ont un revenu d'emploi comparativement à 38 % pour les mères; le revenu annuel dépasse 50 000 AUS\$ dans 39 % des familles
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			

Intervention		Stepping stone Triple-P (SSTP) de niveau 2 (version réduite d'un séminaire)		
Auteurs		Barrett (2010)		
Pays et ethnicité des participants		Australie. Non mentionnée.		
Reçoivent un service public d'intervention		Non mentionné		
Enfants	Critères d'inclusion	Sexe	Âge	Autre
	a) 2 à 10 ans; b) retard ou trouble du développement.			
	Critères d'exclusion	F = 15 H = 34	m=6,13 (2,53) ans (de 2 à 10)	53 % ont de multiples incapacités. Diagnostics: 49 % Autisme; 18,4 % déficience intellectuelle; 10,2 % retard de développement; 6,1 % difficulté d'apprentissage spécifique; 6,1 % lésions cérébrales; 4,1 % paralysie cérébrale; 4,1 % incapacité visuelle.
	Non mentionnés.			
Parents	Critères d'inclusion	F = 43; H = 6	m=38,83 (4,76) ans (de 30 à 50)	Mariés (76 %); conjoints de fait (14 %); jamais mariés (2 %); divorcés (8 %). Scolarité : diplôme universitaire (55 %), certificat (24,4 %); niveau secondaire (20 %). Occupation : emploi rémunéré (34 %).
	Non mentionnés.			
	Critères d'exclusion			
	Non mentionnés.			

Annexe 10 : Détails théoriques et opérationnels des interventions

Cooperative family learning approach

<p>Détails théoriques :</p> <p>Exercices à faire durant les activités de la vie quotidienne afin de permettre la généralisation des apprentissages.</p> <p>Rencontres 1 à 6, enseignements des étapes de résolution de problèmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction de <i>WE CAN</i> (étapes de résolutions de problèmes) et <i>We Have the Skill</i> (habiletés de coopération). Amorce d'un processus d'évaluation et de planification centré sur la famille; l'accent étant mis sur le développement d'une approche positive en travaillant avec le matériel <i>Situations are Opportunities</i>. 2. Révision de l'approche positive et sélection des objectifs individuels et familiaux. Description des comportements à l'aide du matériel <i>What is the Situation worksheet</i>. 3. Séances de remue-méninges pour dresser un portrait des ressources familiales afin d'évaluer les options. 4. Développement de la confiance et d'habiletés pour trouver de nouvelles ressources. 5. Planification et rétroaction. 6. Révision des cinq étapes. <p>Rencontres 7 à 12 ; pratique des étapes de résolution de problèmes et enseignement des compétences et attitudes liées à la communication coopérative: écoute, compétence communicationnelle de groupe et gestion de conflits.</p>
--

Auteurs	Drummond et collab. (2008)
Objectifs poursuivis auprès des parents :	Les amener à : à utiliser davantage de comportements axés sur la résolution de problèmes (non évalué); à communiquer davantage de façon coopérative.
Détails opérationnels	
Unité d'observation	Dyade mère-enfant.
Format	Individuel.
Durée	26 semaines; 12 rencontres; total d'heures inconnu.
Milieu	Non mentionné.
Spécialisation et rôle des intervenants	Non spécifié: deux étudiants de cycles supérieurs. Appliquer le programme. Prendre des notes sur la sensibilité des familles à l'intervention. Rapporter les difficultés rencontrées lors des rencontres de supervision avec les chercheurs.
Interaction entre les intervenants	Les intervenants ont reçu 15 jours de formation et de coaching préalablement à l'étude. Des rencontres de rétroaction ont eu lieu toutes les deux semaines avec les chercheurs durant les 6 mois de l'intervention afin de vérifier l'intégrité du traitement et pour gérer les situations difficiles.
Rôle des parents	Faire les devoirs afin de documenter l'application des principes enseignés.
Ressources utilisées	Manuel de l'intervenant. Protocole pour les 12 rencontres. Manuel de la famille.

Enhanced Milieu Teaching

Détails théoriques :

Intervention visant à développer le langage des enfants. Elle est implantée en milieu naturel et utilise les intérêts des enfants ainsi que leurs amorces comme opportunité pour modeler ou inciter le langage. Cette intervention emploie différentes stratégies telles (des réponses ajustées et rapides aux signaux de l'enfant, des modèles et l'enrichissement de la communication) combinées à des stratégies d'enseignement behaviorales pour accroître la fréquence et la complexité du langage.

Généralement, trois ou quatre objectifs sont fixés pour les enfants en fonction des scores obtenus à la période de référence (prétest). Ces objectifs comprennent souvent des structures sémantiques de deux à trois mots. Les intervenants ajoutent des structures plus complexes lorsque les enfants atteignent les objectifs initiaux.

Détails opérationnels :

Les parents formés ont participé à un atelier préparatoire de deux à trois heures avant l'intervention. Ils ont reçu de l'information sur : le développement du langage, le comportement, le jeu, l'organisation de l'environnement, et sur les routines essentielles du EMT. Lors des interventions en clinique, les intervenants ont appliqué toutes les stratégies de l'EMT durant une séance de jeu avec l'enfant. Les parents non formés étaient dans une autre pièce de manière à ne pas voir ce que faisaient les intervenants avec leur enfant durant l'intervention de vingt minutes, tandis que les parents formés: 1) bénéficiaient d'une période de formation de quinze minutes; 2) observaient un intervenant appliquer l'EMT auprès de l'enfant pendant que, dans une salle d'observation, un autre intervenant leur décrivait la démarche (20 min.); 3) ont pratiqué pendant dix minutes avec leur enfant en présence de l'intervenant qui les a coachés; 4) ont effectué une synthèse de la séance et ont planifié la prochaine rencontre. Dans tous les cas, les parents formés devaient maîtriser la stratégie enseignée selon un seuil prédéterminé avant que ne leur en enseigne une nouvelle. À la maison, l'intervention était de vingt minutes et comprenait quatre routines : jeu (10 min), rangement et collation (5 min), lecture (5 min.). Dans le groupe de parents non formés, c'est l'intervenant qui effectuait l'intervention alors que les parents formés effectuaient l'intervention auprès de leur enfant, avec le soutien de l'intervenant.

Auteurs	Kaiser et collab. (2013)
Objectifs poursuivis auprès des parents : 1. Comparer l'efficacité du EMT entre deux conditions: a) lorsqu'il est offert par le parent et le thérapeute et b) lorsqu'il est offert par le thérapeute seulement sur : la fréquence d'utilisation de stratégies PMT par les parents; le stress des parents.	
Détails opérationnels	
Unité d'observation	Dyade parent-enfant
Format	Individuel.
Durée	Durée de 16 semaines. <i>Groupe thérapeute seulement</i> À la clinique : 24 rencontres de 20 minutes (2 fois par semaine) À la maison : 12 rencontres de 20 minutes Total de 12 h. <i>Groupe thérapeute + parent</i> Atelier de préparation : 2 à 3 h. À la clinique : 24 rencontres d'une heure (2 fois par semaine) À la maison : 12 rencontres de 30 minutes Total de 32-33h.
Milieu	Clinique (24 rencontres) et maison (12 rencontres).
Spécialisation et rôle des intervenants	Thérapeute ayant au moins un bac. en lien avec le développement de l'enfant ou en éducation spécialisée qui est aussi formé pour vérifier l'application du protocole d'intervention Rôle non mentionné.
Interaction entre les intervenants	Non mentionné.
Rôle des parents	Appliquer l'EMT.
Ressources utilisées	Manuel de formation. Documents photocopiés. Capsules vidéos. Jouets appropriés selon l'âge de l'enfant.

Incredible years parent training program

Détails théoriques :

Le IYPT met l'accent sur la prévention en intervention précoce. L'intervention cherche à former les parents en matière de gestion des comportements afin de les amener à développer des relations positives avec leur enfant. Le programme repose sur un curriculum structuré qui favorise le développement de compétences dans quatre sphères: 1) jeu et participation; 2) éloges et récompenses; 3) établissement des limites; 4) gestion des comportements inappropriés. Le tout repose sur les principes du conditionnement opérant et sur la modification des comportements. Les parents peuvent suivre le manuel de formation adapté ou écouter un CD conçu dans un langage accessible. Des devoirs sont proposés pour favoriser l'intégration des apprentissages et pour pratiquer les nouvelles compétences.

La version adaptée du programme (McIntyre et collab., 2008b) cherche à mieux tenir compte des particularités des enfants ayant un retard de développement. L'étude visait notamment à faire un essai pilote auprès d'un groupe de parents pour :

- se familiariser avec l'intervention et pour y apporter des ajustements en fonction des commentaires;
- consulter des parties prenantes (enseignants, professionnels, etc.) au sujet des composantes du programme les plus appropriées pour la population cible;
- intégrer des éléments théoriques de l'analyse appliquée du comportement;
- valider les vignettes vidéo auprès des parents : déterminer ce qui peut être généralisé aux enfants ayant des retards de développement et ce qui ne s'applique pas à eux.

Les modifications sont les suivantes (les chiffres correspondent aux numéros de séances):

1. Espoirs et défis d'éduquer des enfants ayant des besoins spéciaux (*special needs*).
- 2 à 4 Considérer le niveau de développement de l'enfant, ses intérêts et son besoin de soutien. Lors du visionnement de vidéos, quels aspects s'appliquent aux enfants ayant un retard de développement et lesquels ne s'appliquent pas.
5. Discussion sur des altérations possibles à faire sur les systèmes traditionnels de récompense afin de tenir compte du niveau de développement de l'enfant et sur l'utilisation des préférences pour l'identification de renforçateurs potentiels.
6. Réalisation d'une analyse fonctionnelle en utilisant les antécédents, les comportements et les conséquences. Charte ABC complète.
7. Développer des plans d'intervention comportementaux à partir des résultats de l'évaluation du comportement fonctionnel et discuter de comportements fonctionnels équivalents.
- 8-9 Considérer le niveau de développement de l'enfant, ses intérêts et son besoin de soutien. Lors du visionnement de vidéos, quels aspects s'appliquent aux enfants ayant un retard de développement et lesquels ne s'appliquent pas.
10. Discuter : 1) des services offerts par les agences locales; 2) de stratégies pour établir des partenariats parents-intervenants; 3) des lois et des enjeux liés à la transition préscolaire vers l'école primaire.
11. Révision des contenus en mettant l'accent sur les rencontres 6 à 9.
12. Aucune modification

La version écourtée du programme (Huip Wilson, 2010) a huit séances au lieu des douze prévues dans le programme original. Des modifications y ont été apportées et tiennent compte des commentaires des employés formés à déployer le programme (tous les intervenants ont participé à un atelier formel). Ainsi, les rencontres 1 à 3 abordent des sujets de nature psychoéducative sur le développement de l'enfant et les rencontres suivantes enseignent les principes de modification du comportement aux parents. Les formateurs (leaders) peuvent se référer à deux psychologues pour toutes questions relatives à l'intervention, agissant ici de manière similaire aux superviseurs cliniques. Cette dimension semble importante pour les intervenants puisqu'elle permet : de modifier leurs attitudes qui sont incompatibles avec l'intervention, de leur donner confiance et de les aider à mieux comprendre les assises théoriques et l'importance de certaines activités à réaliser avec les parents lors des rencontres.

Un leader principal implante le programme assisté d'un co-leader (un psychologue). Chaque rencontre de groupe prévoit : l'écoute de capsules vidéo démontrant des parents utilisant les techniques appropriées et des exemples de pratiques moins efficaces; des discussions de groupe; des jeux de rôle et de la rétroaction. En tout temps, il est permis aux participants de poser des questions. À la fin des rencontres, les parents reçoivent des notes sur ce qui a été abordé lors de la rencontre et des devoirs à pratiquer à la maison. Deux études (Phaneuf et McIntyre, 2007 et Phaneuf et McIntyre, 2011) ont ajouté des séances de rétroaction vidéo individuelles à la formation de groupe. Dans la première étude, les participantes identifient leur comportement inadéquat et des alternatives plus appropriées et elles pratiquaient ces dernières avec la thérapeute. Lors des rencontres, la thérapeute profite de ce moment pour féliciter les mères pour chaque tranche de deux minutes sans comportements inadéquats. Dans la deuxième étude, c'est la thérapeute qui visionne les extraits vidéo pour identifier les points forts et les points faibles à travailler. Elle donne ensuite de la rétroaction corrective à la mère, incluant du modeling, ainsi que la chance de se pratiquer. Deux séances d'observation suivent chaque séance de rétroaction, et ce, jusqu'à ce que la mère atteigne les seuils fixés (avec un maximum de trois rétroactions par participante).

Études	Objectifs poursuivis
Phaneuf et McIntyre (2007)	1. Améliorer l'interaction entre les mères et leur enfant en réduisant les comportements inappropriés des mères. 2. Mesurer l'efficacité de l'ajout d'une rétroaction filmée lors de rencontres individuelles.
McIntyre et collab. (2008a)	1. Démontrer que le programme est plus efficace que l'intervention régulière pour : améliorer le comportement des parents (moins de comportements inappropriés et plus de félicitations); réduire les impacts négatifs de l'enfant sur la famille et améliorer les impacts positifs de l'enfant sur la famille. 2. Mesurer la satisfaction des parents à l'égard de l'intervention, ainsi que son utilité.
McIntyre et collab. (2008b)	1. Démontrer la faisabilité d'utiliser une version légèrement adaptée du programme auprès de parents ayant un enfant avec un retard de développement. 2. Démontrer l'efficacité de ce programme pour : améliorer le comportement des parents (moins de comportements inappropriés et plus de félicitations); réduire les impacts négatifs de l'enfant sur la famille et en améliorer les impacts positifs; améliorer le bien-être. 3. Mesurer la satisfaction à l'égard de l'intervention, ainsi que son utilité.
Huip Wilson (2010)	1. Mesurer les effets de l'intervention sur le bien-être des parents.
Phaneuf et McIntyre (2011)	1. Réduire la fréquence de comportements inappropriés de la mère. 2. Augmenter la fréquence de stratégies positives de la mère.

Études	Unité d'allocation
Phaneuf et McIntyre (2007)	Dyade mère-enfant.
McIntyre et collab. (2008a)	Dyade parent-enfant
McIntyre et collab. (2008b)	Dyade parent-enfant
Huipé Wilson (2010)	Groupe de parents.
Phaneuf et McIntyre (2011)	Dyade parent-enfant.
Études	Format
Phaneuf et McIntyre (2007)	1. Formation de groupe. 2. Rétroaction vidéo individuelle.
McIntyre et collab. (2008a)	Formation de groupe.
McIntyre et collab. (2008b)	Formation de groupe, les lundis ou mardi soir de 17 h 30 à 20 h.
Huipé Wilson (2010)	Formation de groupe.
Phaneuf et McIntyre (2011)	1. Formation de groupe. 2. Rétroaction vidéo individuelle.
Études	Durée
Phaneuf et McIntyre (2007)	11 semaines; 11 séances de formation (27,5 h); 1 à 3 Rétroactions vidéo selon le besoin (30 min à 2 h 15). Total d'heures variant de 28 à 30.
McIntyre et collab. (2008a)	12 semaines; 12 rencontres; total de 30 h.
McIntyre et collab. (2008b)	12 semaines; 12 rencontres; total de 30 h.
Huipé Wilson (2010)	8 semaines; 8 rencontres; total de 16 à 24 h.
Phaneuf et McIntyre (2011)	11 semaines; 11 séances de formation (27,5 h); 1 à 3 Rétroactions vidéos d'une durée non spécifiée.
Études	Milieu
Phaneuf et McIntyre (2007)	1. Intervention de groupe et rétroaction par vidéo : non mentionné. 2. Interaction mère-enfant : au domicile familial.
McIntyre et collab. (2008a)	Non mentionné.
McIntyre et collab. (2008b)	Deux milieux offrant des services d'intervention précoce.
Huipé Wilson (2010)	Non mentionné.
Phaneuf et McIntyre (2011)	1. Formation de groupe : locaux d'un programme d'intervention précoce dans la communauté. 2. Rétroaction vidéo : à la maison.

Études	Spécialisation et rôle des intervenants
Phaneuf et McIntyre (2007)	Les chercheuses sont les intervenantes (spécialisation non mentionnée). La première implante le programme et anime les discussions de groupe. La deuxième s'occupe de la rétroaction vidéo et de la relation thérapeutique avec les parents.
McIntyre et collab. (2008a)	La spécialisation de l'intervenant n'est pas mentionnée. Cette personne anime les rencontres.
McIntyre et collab. (2008b)	La chercheuse agit comme intervenante. Elle a 13 années d'expérience de travail avec les enfants ayant une DI et leur famille. Elle encourage les parents à faire des liens entre les sujets abordés et les spécificités de leur enfant.
Huipé Wilson (2010)	Orthophonistes, physiothérapeutes, enseignante accréditée, psychologue détenant une maîtrise. Un leader principal implante le programme assisté d'un co-leader (un psychologue).
Phaneuf et McIntyre (2011)	Les chercheuses sont les intervenantes (spécialisation non mentionnée). La première est responsable de la rétroaction vidéo et de la relation thérapeutique. La deuxième implante le programme et anime la discussion de groupe. L'une des intervenantes envoie des cartes de rappel ou appelle les parents pour les encourager à faire leurs lectures.
Études	Interaction entre les intervenants
Phaneuf et McIntyre (2007)	Non mentionné.
McIntyre et collab. (2008a)	Non mentionné.
McIntyre et collab. (2008b)	Non mentionné.
Huipé Wilson (2010)	Les leaders peuvent se référer à deux psychologues pour toutes questions relatives à l'intervention.
Phaneuf et McIntyre (2011)	Non mentionné.
Études	Rôle des parents
Phaneuf et McIntyre (2007)	Faire les devoirs demandés.
McIntyre et collab. (2008a)	Participation active lors des rencontres, faire les lectures et les devoirs.
McIntyre et collab. (2008b)	Non mentionné.
Huipé Wilson (2010)	Lire les notes et faire les devoirs.
Phaneuf et McIntyre (2011)	Faire les devoirs demandés.

Études	Ressources utilisées
Phaneuf et McIntyre (2007)	1. Programme. Manuel pour l'animatrice. Capsules vidéo, appareils audiovisuels. 2. Rétroaction vidéo. Caméra et appareils audiovisuels.
McIntyre et collab. (2008a)	Appareils pour le visionnement vidéo. Manuel de formation adapté.
McIntyre et collab. (2008b)	Formation de l'intervenante au programme IYPT par des formateurs certifiés. Service de garde gratuit. Repas fournis.
Huipe Wilson (2010)	Appareils pour le visionnement vidéo. Notes polycopiées. Transport. Service de garde. Boissons. Petits incitatifs financiers.
Phaneuf et McIntyre (2011)	1. Programme. Manuel pour l'animatrice. Capsules vidéo, appareils audiovisuels. Documents imprimés, CD ou cassette pour les parents. 2. Rétroaction vidéo. Caméra et appareils audiovisuels.

It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents / Responsivity education

Détails théoriques (études de Fey, 2006, et de Warren, 2008)

1. Le RE cherche à amener le parent à identifier les tentatives de communication, incluant celle qui semblent être non intentionnelles, de son enfant afin qu'il puisse y répondre adéquatement. Plus spécifiquement, on demande aux parents :

- d'attendre que leur enfant produise un comportement compréhensible;
- d'attirer l'attention de leur enfant;
- de donner les suites appropriées aux actions de l'enfant, qu'elles soient verbales et non verbales.

2. L'intervention comprend :

le manuel *You Make the Difference in Helping Your Child Learn* (lectures préparatoires de chapitres avant les rencontres).

des jeux de rôles;

des vidéos de séances PMT avec l'enfant durant lesquelles on voit l'orthophoniste intervenir de la manière voulue;

des tâches proposées par les intervenants que les parents font avec leur enfant;

des vidéos de l'interaction entre l'enfant et le parent afin que ce dernier puisse s'autoévaluer (discussion des succès et des échecs) et identifier les opportunités de répondre de manière appropriée aux communications de son enfant. Les intervenants en profitent pour identifier les bonnes actions posées à l'égard du comportement de l'enfant.

3. Cette démarche est complémentaire aux interventions offertes aux enfants :

le Prelinguistic milieu teaching (PMT) et le Milieu teaching (MT).

3.1 Le PMT, une version modifiée du MT, met l'accent sur la communication non verbale.

L'intervenant cherche à atteindre cinq objectifs en utilisant des techniques spécifiques qui lui sont prescrites. Il organise l'environnement afin de créer des « routines sociales » favorisant des occasions de communication. D'ailleurs, il n'insiste pas pour que l'enfant utilise des mots et il pose des actions en fonction de ce qu'exprime l'enfant. Au cours de l'intervention, lorsqu'un enfant atteint les seuils fixés (voir la fiche des participants), il passe au MT. Durant l'étude de Fey (2006), 9 des 25 enfants sont passés du PMT au MT.

3.2 Le MT se déroule en milieu naturel (p. ex. lors de routines de jeu) et emploie des méthodes relativement intrusives (p. ex. des incitations à imiter) pour enseigner des mots et des constructions grammaticales pour atteindre les objectifs de langage. Tous les objectifs mettent l'accent sur la communication verbale, que ce soit des mots simples ou des combinaisons de mots. Les intervenants conçoivent les enseignements à partir des sujets d'intérêt de l'enfant. Ces enseignements font appel à des renforçateurs tels que l'attention de l'adulte et la conformité à une directive. Tous les enfants de l'étude de Warren (2008) ont reçu du MT.

Détails théoriques (thèse de Wong, 2012)

Le programme *It Takes Two to Talk@Hanen Program for Parents* (ITTT; Manolson, 1992; Pepper & Weitzman, 2004) utilise deux approches : stimulation concentrée ajustée aux besoins de l'enfant et des techniques globales d'interaction. L'intervention repose sur l'approche socio-interactionniste et se déploie dans l'environnement naturel de l'enfant. C'est le parent qui réalise l'intervention auprès de son enfant. Des orthophonistes enseignent aux parents les principes de base de la communication et du langage, l'intervention précoce et le soutien social pour la famille. Plus spécifiquement, on leur enseigne à suivre les amorces de leur enfant, à utiliser les techniques favorisant le langage et à sélectionner des objectifs de communication spécifiques pour leur enfant.

L'intervention suit le protocole élaboré par Pepper, Weitzman, McDade (2004), et comprend :

des exposés brefs, des présentations vidéos, des jeux de rôle, des activités à réaliser à la maison, des discussions, et de la rétroaction sur les succès et les défis dont font preuve les parents lors de l'implantation de l'intervention. Les parents sont soutenus par les orthophonistes et par les autres parents. Le programme inclut aussi trois rencontres individuelles de rétroaction vidéo avec l'orthophoniste.

L'auteur a mesuré l'effet de l'intervention de groupe sur trois dimensions de la communication et sur quatre techniques d'intervention proposées. Les dimensions de la communication sont : 1) les changements de sujets des parents lors d'une conversation (*topic change*), puisque des changements trop fréquents nuisent à la fluidité de la conversation et limitent la capacité de l'enfant de suivre efficacement; 2) l'enrichissement de sujets (*topic extension*), une action qui ajoute des détails sémantiques au sujet de conversation initial, mais qui l'obscurcit tout de même en mettant l'accent sur de nouvelles dimensions, ce qui contribue également à modifier le sujet de conversation; 3) le maintien du sujet (*topic maintaining responses*). Les quatre techniques sont : 1) l'imitation qui consiste à répéter ce qui est prononcé par l'interlocuteur; 2) l'expansion, soit la répétition de l'ensemble ou d'une partie de ce qu'a dit l'enfant en y ajoutant une information de nature sémantique; 3) les questions de suivi (*follow-in questions*), demandent explicitement à l'enfant une information supplémentaire en lien avec le sujet discuté; 4) la technique d'ébauche orale, soit la prononciation de parties de mots suivis d'un moment de pause pour donner à l'enfant le temps de les compléter.

Auteurs		Fey et collab. (2006)
		Warren et collab. 2008
Études	Objectifs poursuivis	
Fey et collab. (2006)	Améliorer la sensibilité des parents à l'égard de la communication de l'enfant.	
Warren et collab. (2008)	Mesurer la sensibilité des parents 6 et 12 mois après l'intervention initiale (Fey et collab., 2006).	
Wong (2012)	Évaluer l'effet du programme sur les conversations entre le parent et son enfant. Plus spécifiquement sur quatre dimensions de la communication et quatre techniques facilitant la conversation.	
Détails opérationnels		
Études	Unité d'observation	
Fey et collab. (2006)	Dyade parent-enfant	
Warren et collab. (2008)	Dyade parent-enfant	
Wong (2012)	Dyade parent-enfant	

Études	Format
Fey et collab. (2006)	Individuel.
Warren et collab. (2008)	Individuel.
Wong (2012)	Formation de groupe.
Études	Durée
Fey et collab. (2006)	RE: 26 semaines; 8 rencontres d'une heure; total de 8 h pour le gr. exp. seulement. PMT: 26 semaines; 3 à 4 rencontres hebdomadaires d'une durée de 20 minutes; total estimé de 25 à 30 h.
Warren et collab. (2008)	RE: 26 semaines; 6 rencontres d'une heure; total de 6 h pour les gr. exp et contrôle. PMT: 26 semaines; 26 rencontres; total de 20 h 6 h pour les gr. exp et contrôle. MT : 6 mois; en moyenne 20,6 rencontres de 45 minutes; total moyen estimé à 16 h.
Wong (2012)	10 semaines, en soirée. Rencontres de 2 h 30; total de 20 h. Pause de deux semaines entre les semaines 5 et 8.
Études	Milieu
Fey et collab. (2006) et Warren et collab. (2008)	RE destiné aux parents : Non mentionné. PMT et MT : au domicile des participants ou au service de garde.
Wong (2012)	Non mentionné. Trois enregistrements vidéo à la maison pour la rétroaction vidéo.
Études	Spécialisation et rôle des intervenants
Fey et collab. (2006) et Warren et collab. (2008)	RE : Des orthophonistes certifiés pour offrir le <i>Hanen Program for Parents</i> effectuent l'intervention auprès des parents et les incitent à faire les lectures et les travaux demandés. PMT: Des spécialistes en orthophonie (maîtrise) avec un <i>Certificate of Clinical competence in speech-language Pathology du American Speech-language-hearing Association</i> effectuent l'intervention auprès des enfants. MT : Des assistants de recherche (étudiants de cycles supérieurs en orthophonie et orthophonistes certifiés) identifient les objectifs en matière de communication verbale pour chaque enfant et effectuent les interventions auprès des enfants.
Wong (2012)	Deux orthophonistes certifiés qui ont suivi l'atelier de certification Hanen. Ils fixent les objectifs, livrent le programme et donnent de la rétroaction vidéo.

Études	Interaction entre les intervenants
Fey et collab. (2006) et Warren et collab. (2008)	Non mentionné.
Wong (2012)	Non mentionné.
Études	Rôle des parents
Fey et collab. (2006) et Warren et collab. (2008)	Faire les lectures et les travaux.
Wong (2012)	Non mentionné.
Études	Ressources utilisées
Fey et collab. (2006) et Warren et collab. (2008)	Matériel audiovidéo nécessaire pour enregistrer les interventions effectuées auprès des enfants. Manuel <i>You make the difference in helping your child learn</i> . Lors d'intervention PMT (Fey et collab., 2006), deux orthophonistes se partagent les interventions dans un ratio de 3 : 1.
Wong (2012)	Matériel audiovidéo nécessaire pour enregistrer les interventions effectuées auprès des enfants. Protocoles spécifiés par Pepper, Weitzman, & McDade (2004). Intervenants : Le matériel utilisé lors des rencontres est développé spécifiquement pour cette intervention (non décrit). Manuel : <i>Making Hanen happen: It take Two to Talk-The Hanen Program for Parents: Leaders guide for certified speech-language pathologists</i> . Parents : Notes polycopiées et manuel : <i>It Takes Two to Talk™: A practical guide for parents of children with language delays</i> (Pepper & Weitzman, 2004).

Mindfulness-based Stress reduction

Détails théoriques :

Cette approche cherche à provoquer des changements en profondeur chez les parents afin d'améliorer le bien-être des personnes. Elle s'enracine dans des traditions de *sagesse* et veut amener les parents à appliquer le concept d'*état d'attention sans réflexion*, ce qui exige :

Une acceptation inconditionnelle de soi et de ses comportements ainsi que des autres et de leurs comportements (sans porter de jugement), ce qui contribue à modifier le contexte et l'alliance à l'égard de la relation avec l'enfant : on passe d'une forme active de gestion des comportements inadaptés à un contexte plus holistique qui laisse plus de place aux interactions positives (p. ex. la bonté), et ce, sans mettre l'accent sur un comportement spécifique. Cette façon de procéder mène à des changements transactionnels entre la mère et l'enfant : on délaisse un contrôle des comportements s'insérant dans un modèle de gestion par contingence pour laisser plus de place à la reconnaissance des besoins des personnes.

De se départir des conditionnements antérieurs, notamment ceux liés aux techniques de gestion du comportement enseignées dans différentes formations destinées aux parents. Selon les chercheurs, les parents sortent de ces formations avec une perspective limitée des comportements de l'enfant parce que les parents filtrent ces comportements à travers le prisme qu'on leur a imposé. Ainsi, les parents s'engagent prématurément dans un mode spécifique d'intervention au regard du comportement de l'enfant, ce qui l'empêche d'être pleinement dans le moment présent. Les parents doivent donc apprendre à libérer leur esprit afin d'être en mesure d'approcher le comportement de leur enfant avec des yeux de novices, ce qui leur permettra spontanément d'envisager de nouvelles possibilités.

De porter une attention particulière à ce qui se passe au moment présent afin d'éviter l'intrusion de considérations émanant du passé ou des réflexions sur perspectives futures.

De faire une chose à la fois, s'attarder à ce qui est le plus important au moment présent, et donner une attention « nue » (c.-à-d. dénudée de concepts, de pensée et de jugement) au comportement de son enfant, sans réfléchir aux causes de ce comportement ou sur les actions à poser.

De s'attarder au moment présent et donner une attention « dénudée » permet aux parents de répondre spontanément et de façon appropriée au comportement de l'enfant, soit calmement et avec compassion, sans réflexion consciente et sans analyser les réponses rapides et appropriées qu'il faut appliquer pour maintenir le comportement de l'enfant. En somme, être dans le moment présent permet aux individus d'être ouverts pour percevoir et agir aux situations avec plus d'options qu'ils n'auraient pu se l'imaginer.

Les interventions suivent l'un ou l'autre des manuels suivant : a) Kabat-Zinn et coll. (1992), pour l'étude de Neece (2013) ou b) Kabat-Zinn & Kabat-Zinn (1997) pour l'étude de Singh (2007). Les contenus abordent les méthodes de méditation pour accroître le mindfulness, et des exercices pour aider à pratiquer le mindfulness lors des interactions avec les enfants. Ces contenus reposent sur trois composantes principales:

Le matériel didactique qui aborde :

les concepts du mindfulness, la psychologie et la physiologie du stress et l'anxiété

les façons d'utiliser le mindfulness dans les activités quotidiennes pour faciliter des réponses mieux adaptées aux défis et à la détresse.

Les exercices de mindfulness : balayage corporel, méditation en position assise, conscience de la respiration et du mouvement.

Les discussions et le partage en paires et en plus grand groupe.

Études	Objectifs poursuivis
Singh et collab. (2007)	Évaluer les effets de l'intervention sur : 1) le stress parental; 2) la satisfaction à l'égard des compétences parentales et des interactions avec leur enfant.
Neece (2013)	Réduire le stress et la dépression des parents et améliorer leur satisfaction à l'égard de la vie.
Études	Unité d'allocation
Singh et collab. (2007)	Dyade mère-enfant
Neece (2013)	Groupe de parents.
Études	Format
Singh et collab. (2007)	Individuel.
Neece (2013)	Formation de groupe.
Études	Durée
Singh et collab. (2007)	1. Prise de mesures initiales (baseline) allant de 3 à 12 semaines selon la famille 2. Formation mindfulness : 12 semaines; 12 rencontres de 2 h; total de 24 h. 3. Séance d'entraînement de 52 semaines sans directives supplémentaires de l'intervenant.
Neece (2013)	8 semaines; 8 rencontres de 2 h et une journée de 6 h après la 6e rencontre; total de 22 h.
Études	Milieu
Singh et collab. (2007)	Non mentionné.
Neece (2013)	Non mentionné.
Études	Spécialisation et rôle des intervenants
Singh et collab. (2007)	Le premier auteur agit comme intervenant. Il est chercheur principal au « ONE Research Institute » en Virginie. Il dispense la formation.
Neece (2013)	L'instructeur a plus de 20 ans d'expérience pratique et d'enseignement du MBSR. Il a complété le <i>Advanced MBSR Teacher Training</i> au University of Massachusetts Medical Center et a reçu de la supervision d'instructeurs expérimentés de cette même université. Il anime les séances.
Études	Interaction entre les intervenants
Singh et collab. (2007)	Non mentionné.
Neece (2013)	Non mentionné.
Études	Rôle des parents
Singh et collab. (2007)	1. Lire le manuel pour se préparer aux activités de formation. 2. Appliquer les techniques auprès de leur enfant aussitôt qu'elles sont enseignées.
Neece (2013)	1. Lors des rencontres: faire les exercices et participer aux discussions et au partage. 2. À la maison : pratiquer quotidiennement à l'aide du CD et des instructions.
Études	Ressources utilisées
Singh et collab. (2007)	Un exemplaire du manuel <i>Everyday Blessings: The Inner Work of Mindful Parenting</i> (M. Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1997) pour chaque parent.
Neece (2013)	CD et instruction et autre matériel du MBSR (sans préciser lequel).

Parent-Child Interaction Therapy

Détails théoriques :

L'intervention cherche à améliorer la capacité des parents à fixer des limites et de poser des actions cohérentes afin de réduire la désobéissance et les comportements dérangeants de l'enfant.

1. Le PCIT comprend deux phases:

Les activités dirigées par les enfants visant à accroître la relation parent-enfant et à améliorer les habiletés parentales ainsi que les compétences sociales de l'enfant;

Les activités dirigées par les parents pour améliorer leur capacité à fixer les limites et à être conséquents dans leurs actions, ainsi que pour réduire les épisodes de désobéissance et les comportements dérangeants.

2. Cinq séances d'observation d'activités dirigées par l'enfant avant d'entamer les activités dirigées par le parent.

3. Le traitement se poursuit jusqu'à ce que le parent atteigne le niveau de compétence recherché et jusqu'à ce que leur enfant se retrouve à moins de 0,5 écart-type de la moyenne sur l'échelle d'intensité de l'ECBI.

4. Dans les dernières rencontres, les parents apprennent à gérer les comportements agressifs de leur enfant, ainsi que les comportements inappropriés en public.

Lors des rencontres, les thérapeutes coachent les parents à parfaire leurs compétences à l'aide de capsules vidéo de leurs interactions avec leur enfant. Ces capsules de cinq minutes sont présentées au début de chaque séance. Lorsque c'est l'enfant qui dirige l'activité, on enseigne aux parents quoi faire (p. ex. félicitations) et quoi ne pas faire (p. ex. critiquer).

Auteurs	Bagner et collab. (2007)
Objectifs poursuivis :	
1. Développer des comportements parentaux plus positifs et efficaces lors des interactions avec l'enfant.	
2. Réduire le stress parental.	
3. Vérifier la satisfaction à l'égard de l'intervention.	
Détails opérationnels	
Unité d'observation	Dyade mère-enfant.
Format	Individuel.
Durée	16 semaines; 12 rencontres; total de 12 h.
Milieu	Non mentionné.
Spécialisation et rôle des intervenants	Psychologues. Deux thérapeutes (le premier auteur ou un étudiant en psychologie pédiatrique clinique ayant de l'expérience en PCIT) rencontrent les dyades individuellement. Ils sont accompagnés par des étudiants en résidence en psychologie clinique qui ont lu le manuel et qui ont observé des cas. Leur rôle consiste à développer les compétences des parents et à travailler activement pour qu'ils atteignent les cibles fixées (voir détails ci-dessus).
Interaction entre les intervenants	Les thérapeutes participaient à une supervision de groupe hebdomadaire offerte par le premier auteur.
Rôle des parents	Pratiquer ce qui a été enseigné 5 à 10 minutes quotidiennement.
Ressources utilisées	Manuel de traitement. Matériel audiovidéo, incluant une caméra pour la captation.

Parents Plus Programme

Détails théoriques :

Le curriculum du PPP s'apparente à ceux développés en Amérique du Nord (p. ex. Webster-Stratton & Reid 2003) puisqu'il vise à aider les parents à répondre adéquatement aux besoins de leur enfant d'âge préscolaire ayant des troubles de comportement. Plus spécifiquement, on veut aider les parents à gérer et à résoudre des problèmes de discipline avec des enfants âgés de 4 à 11 ans en : développant leurs compétences à inciter, former et renforcer le comportement adaptatif ou prosocial de l'enfant; prévenir ou arrêter les comportements d'opposition; communiquer efficacement avec l'enfant. L'intervention repose sur une approche cognitivo behaviorale axée sur la recherche de solutions et la collaboration, et puise dans les forces et l'expertise des parents. On y aborde les huit sujets suivants: l'utilisation de l'attention parentale pour modifier le comportement, le jeu et les temps spéciaux, les encouragements et les félicitations, l'utilisation efficace d'un système de récompenses, fixer des règles et aider l'enfant à les suivre, l'utilisation de l'ignorance intentionnelle, l'utilisation des temps de réflexion (*time-out*) et d'autres sanctions ou solutions co-construites avec l'enfant. Dans le cadre de cette recherche, on a exclu les thèmes *utilisation efficace du système de récompenses* et *co-construction de solutions*, puisque s'adressant à des enfants plus âgés. C'est un programme pratique de groupe qui repose sur le visionnage de vidéos présentant des méthodes d'intervention recommandées. Une rencontre typique comprend: un mot de bienvenue de l'animateur, un retour sur les nouvelles stratégies qui ont été pratiquées, une introduction sur le sujet de la semaine, le visionnage de vidéos suivi de discussions sur le sujet, jeux de rôles et pratique des habiletés, planification de la prochaine rencontre et résumé de la rencontre.

Études	Objectifs poursuivis
Quinn et collab. (2006)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comparer l'efficacité du programme pour les familles d'enfants d'âge préscolaire ayant d'importants problèmes de comportements, entre des enfants avec et sans retard de développement. 2. Déterminer si les effets sont maintenus après un an. 3. Mesurer la satisfaction des parents à l'égard du programme.
Quinn et collab. (2007)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer l'efficacité du programme sur : les symptômes de dépression et d'anxiété (ajustement), le stress familial et parental et l'atteinte des buts. 2. Mesurer la satisfaction des parents.
Unité d'allocation	Groupe de parents.
Format	Formation de groupe (7 à 10 participants).
Durée	6 semaines; 6 rencontres hebdomadaires de 2 h; total de 12 h.
Milieu	Non mentionné.
Spécialisation et rôle des intervenants	Psychologue expérimenté formé au PPP. Il est assisté de cofacilitateurs : un travailleur social et une infirmière spécialisée, tous deux détenant une maîtrise en psychothérapie et ayant de l'expérience de travail dans les services destinés aux enfants. Ces personnes animent les rencontres. Le psychologue appelle les parents qui ont manqué une rencontre afin de les aider à planifier leur présence pour les prochaines rencontres, et il leur envoie les documents qui ont été distribués lors de la rencontre manquée.
Interaction entre les intervenants	Non mentionné.
Rôle des parents	Non mentionné.
Ressources utilisées	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deux vidéos (scènes jouées par des acteurs démontrant des interactions positives avec l'enfant), que l'on voit éviter ou gérer les problèmes de comportement lorsqu'ils surviennent. Des commentaires positifs de parents qui ont utilisé ces techniques avec leur enfant. 2. Un manuel pour l'animateur : directives pour administrer le programme, la planification des séances et des notes à remettre aux parents.

Rapid toilet training

Détails théoriques :

Version modifiée du protocole élaboré par Azrin et Foxx (1971). L'approche repose sur le renforcement positif et l'application d'une procédure neutre et non punitive pour gérer les fuites.

1. Avant l'intervention :

les enfants restent en couche ou en pull-ups et ont un accès limité à la nourriture et aux jouets préférés durant trois jours;

les parents rencontrent la chercheuse pour organiser la liste d'objets qui seront utilisés et pour prendre des décisions concernant : quel parent participera, la pièce de la maison qui servira à l'intervention, si l'enfant portera ou non des sous-vêtements.

2. Les ateliers reposent sur des présentations Powerpoint^{MD}, des démonstrations vidéo faisant appel au mannequin et des jeux de rôle. L'accent est mis sur la miction, la défécation n'étant jamais mentionnée. Une rétroaction immédiate lors des ateliers permet au formateur d'évaluer la compréhension des concepts en temps réel : il s'agit de questions spontanées auxquelles répondent les parents sur un tableau et partage des réponses en groupe.

3. Lors de l'implantation de l'intervention à la maison :

il n'est pas permis aux enfants de porter des couches ou des Pull-Ups^{MD};

les parents donnent aux enfants des collations salées ou qui donnent soif;

les enfants consomment des quantités importantes de leurs boissons préférées;

les parents proposent à l'enfant des activités agréables qu'il peut faire assises sur la toilette.

Chaque succès :

réduit les périodes de temps fixes où l'enfant est assis à la toilette (de 30 à 20 minutes);

entraîne une augmentation des périodes de pause entre épisodes assis;

entraîne des périodes fixes assises de plus en plus loin de la toilette afin d'inciter l'enfant à demander à y aller.

L'intervention n'est pas implantée durant la nuit.

Auteurs	Rinald et Miranda (2012)
Objectifs poursuivis : 1. Déterminer si les parents peuvent implanter avec succès à leur domicile une intervention intensive d'apprentissage à la propreté pour améliorer la continence de leur enfant. 2. Mesurer les effets de l'intervention sur la défécation. 3. Mesurer la validité sociale de l'intervention sur : l'importance du programme pour les parents et sur le sentiment d'efficacité des parents.	
Détails opérationnels	
Unité d'observation	Dyade parent-enfant
Format	Atelier de groupe.
Durée	Une journée. Une rencontre de 4 h avec des pauses pour les collations et le repas. Une rencontre préparatoire.
Milieu	1. Rencontres préparatoires : à la maison 2. Ateliers : salle de conférence d'un centre communautaire ou salle de classe à l'université, selon la préférence des participants. 3. Intervention auprès de l'enfant: à la maison
Spécialisation et rôle des intervenants	Étudiante universitaire (cycle supérieur) avec de l'expérience dans la formation de parents et pour entraîner des personnes ayant des incapacités. 1. Avant l'atelier : donner aux parents la procédure à suivre pour recueillir les données à la période de référence; aider les parents à organiser les objets requis pour l'intervention (au besoin). 2. Animer les ateliers.
Interaction entre les intervenants	Le formateur soutient les parents sur demande lors de l'implantation du programme à la maison.
Rôle des parents	1. Colliger le matériel nécessaire à la maison avant l'implantation du programme. 2. Participer activement lors des ateliers. 3. Implanter le programme à la maison. 4. Documenter l'intervention sur les feuilles fournies par la chercheuse : identifier, classer et inscrire les données sur les trois variables.
Ressources utilisées	1. Pour l'atelier : Matériel informatique. Notes photocopées du protocole du programme d'entraînement. Mannequin de la taille d'un enfant (1 m, environ 10 kg.). Tablettes et crayons effaçables. Collations et repas. 2. Matériel à la maison: Nourriture et boisson. Objets (livres, jouets, sous-vêtements, siège de toilette adapté à la taille de l'enfant, marche-pied permettant de soutenir l'enfant pendant qu'il est assis sur la toilette. 3. Outils de collecte de données fournis aux parents. 4. Coût de l'intervention : environ 1 400 \$ par enfant (20 heures : 5 h d'atelier, 5 h pour la rencontre préparatoire, et le soutien téléphonique), ce qui est 3 500 \$ à 4 200 \$ de moins qu'une intervention offerte uniquement par un spécialiste rémunéré 70 \$ l'heure (le taux horaire minimum de la province), somme à laquelle il faut également ajouter le soutien téléphonique offert au parent.

Signposts for Building Better Behaviour

Détails théoriques :

Programme déployé dans l'état de Victoria (Australie) à partir de 2005 qui est destiné aux parents d'enfants de 3 à 16 ans présentant une déficience intellectuelle. Ce programme fait partie intégrante de l'offre de services usuels. On enseigne aux parents les habiletés pour gérer les comportements problématiques de leur enfant avant que la situation se détériore et qu'elle nécessite des services spécialisés intensifs.

Les contenus ont été développés dans le cadre d'une approche centrée sur la famille (family-centred framework). Ils sont conçus pour être adaptés par les familles et contiennent des conseils pour :

- enseigner aux enfants ayant une DI en utilisant des périodes d'activités planifiées et en gérant leur comportement en utilisant une évaluation fonctionnelle;
- gérer le stress;
- résoudre des problèmes.

Études	Objectifs poursuivis
Hudson et collab. (2003)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer l'efficacité du matériel développé dans trois différentes modalités opérationnelles pour : améliorer l'ajustement des mères (c.-à-d. réduction des symptômes de dépression et d'anxiété). 2. Déterminer si l'implication d'un thérapeute dans les rencontres de groupe et le soutien téléphonique accentue les effets désirables recherchés. 3. Examiner les différences entre les deux formats mettant à contribution les thérapeutes.
Hudson et collab. (2008)	Évaluer : les résultats d'implantation du programme; les résultats d'efficacité sur les parents (sentiment de compétence parentale; dépression, anxiété et stress; et tracas) la satisfaction des parents.
Études	Unité d'allocation
Hudson et collab. (2003)	Dyade mère-enfant
Hudson et collab. (2008)	Parents.
Études	Format
Hudson et collab. (2003)	1. Formation de groupe (la taille des groupes varie de 3 à 14). 2. Autoadministration du programme. 3. Autoadministration du programme avec soutien téléphonique.
Hudson et collab. (2008)	1. Formation de groupe. 2. Soutien individuel 3. Autoadministration du programme. 4. Autoadministration du programme avec soutien téléphonique.

Études	Durée
Hudson et collab. (2003)	1. Rencontres de groupe : 12 semaines; rencontres aux deux semaines durée de 2 h; total de 12 h. 2. Soutien téléphonique : durée non mentionnée; appels du thérapeute aux deux semaines sans contrainte de temps, durée moyenne des appels de 20 min : total indéterminé. 3. Programme autoadministré : durée non mentionnée; matériel de formation envoyé toutes les deux semaines pour laisser aux parents le temps de pratiquer.
Hudson et collab. (2008)	18 mois. Aucun détail pour chacun des formats.
Études	Milieu
Hudson et collab. (2003)	1. Soutien téléphonique: résidence des participants. 2. Rencontres de groupe : dans des lieux collectifs (p. ex. une école).
Hudson et collab. (2008)	Différents milieux de pratique : écoles gouvernementales et privées, départements locaux ou de l'état, agences de services communautaires non gouvernementaux, professionnels en pratique privée.
Études	Spécialisation et rôle des intervenants
Hudson et collab. (2003)	Psychologues (diplôme de maîtrise ou de doctorat) avec au moins 10 ans d'expérience de consultation auprès de familles ayant un enfant ayant une DI et un comportement oppositionnel. <u>Format de groupe</u> : Animation par l'un des cinq psychologues (tous en font). <u>Soutien téléphonique</u> : discussion portant sur les progrès et gestion des difficultés (deux des cinq psychologues seulement en font). <u>Autoadministré</u> : Aucun.
Hudson et collab. (2008)	524 employés de différents milieux et de différentes professions (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, enseignantes, ergothérapeutes et intervenants familiaux), agissant dans l'une ou l'autre des modalités, à l'exception de l'autoadministration du programme.
Études	Interaction entre les intervenants
Hudson et collab. (2003)	Non mentionné.
Hudson et collab. (2008)	Les intervenants bénéficient de 6 formes de soutien : Manuel de formation (training) comprenant du matériel didactique et une liste de vérification de l'application appropriée du programme. Ateliers de formation standardisés (deux journées entières séparées par deux semaines) débutant 6 mois avant le début de l'intervention. Co-animation d'une partie ou de la totalité du programme (optionnel). Atelier de formation supplémentaire d'une journée. Soutien en ligne et sur support média (DVD, forum de discussion, présentations PowerPoint). Rencontres régionales de praticiens quatre fois par année pour discuter d'enjeux d'implantation et pour partager des conseils sur la gestion des cas plus difficiles.

Études	Rôle des parents
Hudson et collab. (2003)	Non mentionné.
Hudson et collab. (2008)	Fixer des objectifs. Sélectionner et utiliser les stratégies les plus appropriées en fonction de la condition de l'enfant. Effectuer un suivi en continu des progrès. Modifier les stratégies au besoin.
Études	Ressources utilisées
Hudson et collab. (2003)	<p>1. Parents. 8 brochures contenant des conseils, un cahier d'exercices et une vidéo permettant de visualiser les sujets abordés dans les brochures. Des <i>bourses d'accès</i> sont disponibles pour certaines familles afin de favoriser la participation.</p> <p>2. Intervenants. Un manuel d'instructions, des outils pour l'évaluation des progrès.</p>
Hudson et collab. (2008)	<p>1. Parents. 8 brochures abordant des thèmes différents. Une vidéo permettant de visualiser les sujets abordés dans les brochures (33 scènes familiales avec un enfant ayant une Trisomie 21). Un cahier d'exercice qui permet de consigner les commentaires lors des lectures, du visionnement des vidéos, du vécu avec leur enfant et par rapport à l'intervention.</p> <p>2. Intervenants. Un manuel d'instructions pour chaque format. Des outils de planification et de vérification de la conformité au protocole, incluant des feuilles de consignation et des mesures d'évaluation. Des acétates.</p>

Stepping-Stone Triple P

Détails théoriques :

Il s'agit d'une version adaptée du *Triple P-Positive Parenting Program* (Sanders, 1999). C'est un programme d'entraînement behavioral qui enseigne aux parents les habiletés requises pour soutenir le développement de leur enfant, gérer les problèmes de comportement tout en cherchant à généraliser et à maintenir les acquis.

Le programme standard (SSTP-S) consiste à enseigner aux parents les causes des problèmes de comportement ainsi que les 25 stratégies de gestion du comportement des enfants : 14 visent le développement de compétences des enfants (p. ex. discussions dirigées, déterminer les règles, communication) et 11 portent sur des stratégies visant à aider le parent à gérer les comportements inappropriés (p. ex. planifier à l'avance, rétroaction, identification des récompenses et des conséquences).

Les parents fixent les objectifs en matière de changements de comportements désirés et choisissent les stratégies à pratiquer lors des rendez-vous cliniques et durant les périodes d'observation à la maison.

Les intervenants aident les parents à identifier les situations à risque élevé et à implanter un programme d'entraînement en 7 étapes dans différents contextes et lors de la manifestation de différents comportements afin de favoriser la généralisation des acquis et le maintien. Ils offrent aux parents une forme active de développement de compétences (p. ex. modelling, jeux de rôle, rétroaction), notamment en visionnant des vidéos exposant des stratégies parentales positives.

Le programme bonifié (SSTP-E) comprend six rencontres additionnelles abordant les thèmes suivants: a) Réactions adaptées à la condition de l'enfant, chagrin, sentiment de perte b) Stratégies d'adaptation efficaces c) Développer la collaboration avec les professionnels d) Renforcer le support social ou les liens dans le couple e) Le maintien des acquis et la résolution de problèmes futurs. Alors que Plant et collab. (2007) offrent SSTP-E de manière intégrale à un groupe de parents afin d'en comparer la valeur ajoutée par rapport au SSTP-S, Roberts et collab. (2006) ont offert un ou deux modules supplémentaires de quatre rencontres (soutien du partenaire et stratégies d'adaptation uniquement aux familles ayant les plus grands besoins s'ils estimaient que cela allait les aider à atteindre les objectifs.

Enfin, le séminaire de niveau 2 (Barrett, 2010) vise à informer les parents sur les réalités de vivre avec des enfants ayant des troubles développementaux et les principes fondamentaux des stratégies parentales positives. Le séminaire présente un modèle de résolution de problèmes et aborde les moyens à déployer pour éduquer des enfants *confiants et compétents* : les habiletés souhaitables, l'utilisation de récompenses et de stratégies d'enseignement efficaces, l'importance de faire des suivis et d'évaluer les progrès de son enfant. Les parents pouvaient poser des questions à la fin du séminaire.

Études	Objectifs poursuivis
Roberts et collab. (2006)	1. Améliorer les stratégies parentales : réduire les comportements négatifs et accroître les comportements positifs. 2. Réduire le niveau de stress parental. 3. Mesurer la satisfaction.
Plant et collab. (2007)	1. Comparer l'efficacité de deux programmes sur : a) les habiletés et compétences parentales b) le bien-être et l'ajustement parental en matière de relation de couple. 2. Mesurer l'acceptabilité auprès des parents.
Barrett (2010)	1. Déterminer l'acceptabilité et l'utilité de l'intervention. 2. Vérifier l'intention de recourir à d'autres programmes SSTP. 3. Identifier les barrières à la participation.
Études	Unité d'observation
Roberts et collab. (2006)	1. Dyade parent-enfant. 2. Parents.
Plant et collab. (2007)	Parents.
Barrett (2010)	Parents.
Études	Format
Roberts et collab. (2006)	Individuel.
Plant et collab. (2007)	Individuel.
Barrett (2010)	Séminaire de groupe.
Études	Durée
Roberts et collab. (2006)	Durée inconnue. Total variant de 22 à 28 h et divisé comme suit : 1. À la clinique : 10 rencontres de 2 heures; total de 20 h 2. À la maison : 3 ou 4 rencontres; total de 2 à 4 h 3. Modules supplémentaires au besoin ; approx. 4 h.
Plant et collab. (2007)	1. Groupe SSTP-S: 10 semaines; 10 rencontres de 60 à 90 minutes; total de 10 à 15 h. 2. Groupe SSTP-E: 16 semaines; 16 rencontres de 60 à 90 minutes; total de 16 à 24 h.
Barrett (2010)	Une journée; 1 rencontre de 5 h.
Études	Milieu
Roberts et collab. (2006)	À la clinique et à la résidence des participants.
Plant et collab. (2007)	1. Quatre premières et quatre dernières rencontres : non mentionné. 2. Rencontres 5 et 6 : résidence des participants. 3. Six rencontres additionnelles du SSTP-E : non mentionné. Des plages horaires étaient disponibles après les heures de travail et il était possible de rencontrer les parents à la maison.
Barrett (2010)	Non mentionné.

Études	Spécialisation et rôle des intervenants
Roberts et collab. (2006)	Un psychologue clinique et un psychologue développemental. Ils aident les parents à fixer les objectifs; à identifier les situations à risque élevé; et à implanter une habitude d'entraînement afin de favoriser la généralisation des acquis et le maintien.
Plant et collab. (2007)	Psychologues. Ils favorisent le développement actif des compétences des parents, les soutiennent et leur donnent des devoirs. À chaque rencontre, il remplit une feuille de vérification afin de s'assurer d'avoir respecté le protocole d'intervention.
Barrett (2010)	1. Psychologue formé en SSTP. Il anime les séminaires et répond aux questions. 2. L'auteure est étudiante et assiste l'animateur et les parents au besoin.
Études	Interaction entre les intervenants
Roberts et collab. (2006)	Non mentionné.
Plant et collab. (2007)	Les intervenants ont participé à deux jours d'ateliers pour s'approprier l'intervention et ils ont reçu une rencontre de supervision hebdomadaire.
Barrett (2010)	Non mentionné.
Études	Rôle des parents
Roberts et collab. (2006)	Choisir les buts et stratégies à pratiquer lors des rendez-vous cliniques et durant les périodes d'observation à la maison. Faire les devoirs pour renforcer et appliquer les nouvelles compétences.
Plant et collab. (2007)	Fixer les objectifs en matière de changements de comportements désirés et effectuer le suivi dans le manuel. Faire les devoirs pour renforcer et appliquer les nouvelles compétences.
Barrett (2010)	Pratiquer les stratégies enseignées à la maison.
Études	Ressources utilisées
Roberts et collab. (2006)	Manuel SSTP <i>Family Workbook</i> . Matériel pour le visionnage de vidéos.
Plant et collab. (2007)	Manuel de travail pour les parents et le nécessaire pour enregistrer et visionner les interactions parents-enfants.
Barrett (2010)	Version imprimée de la présentation et feuillet de conseils SSTP résumant les stratégies présentées. Matériel audiovidéo et informatique.

Annexe 11 : Tableaux d'analyse permettant de déterminer la qualité des preuves scientifiques

a) Évaluation de l'étude qualitative de Watson et collab. (2006)

Identification des théories	Stratégie d'échantillonnage adéquate	Description de la méth. de coll. de données	Saturation	Vérification de la crédibilité	Généralisation	Qualité de preuve
Oui	Partiel	Oui	Partiel	Non	Oui	Modérée
Biais de publication : Non décelé						

b) Effets des interventions sur le développement des compétences parentales

Interventions	Risque de biais	Mesure directe	Précision de la mesure	Cohérence du corpus	Qualité de preuve	Biais de publication
Cooperative family learning approach	Modéré	Assez directe	Peu précise	S.O.	3,66 Faible	Non décelé
Enseignement en milieu	Faible	Directe	Assez précise	S.O.	6,33 Modérée	Non décelé
Incredible years parent training program	Élevé	Assez directe	Peu précise	Oui	4,66 Faible	Non décelé
It takes Two to Talk / Responsivity Education	Modéré	Assez directe	Peu précise	Partielle	4,66 Faible	Non décelé
Mindfulness-based Stress reduction	Modéré	Assez directe	Peu précise	S.O.	3,66 Faible	Non décelé
Parent-Child Interaction Therapy	Faible	Directe	Peu précise	S.O.	5,66 Modérée	Non décelé
Stepping-Stone Triple P	Faible	Directe	Peu précise	Partielle	6,66 Modérée	Non décelé

c) Effets des interventions sur le sentiment d'efficacité parentale

Interventions	Risque de biais	Mesure directe	Précision de la mesure	Cohérence du corpus	Qualité de preuve	Biais de publication
Mindfulness-based Stress reduction	Modéré	Assez directe	Peu précise	Oui	5,66 Modérée	Non décelé
Parents Plus Programme	Modéré	Directe	Assez précise	S.O.	5,33 Modérée	Non décelé
Rapid toilet training	Modéré	Assez directe	Peu précise	S.O.	3,66 Faible	Non décelé
Signposts	Modéré	Assez directe	Assez précise	Oui	6,33 Modérée	Non décelé
Stepping-Stone Triple P	Modéré	Assez directe	Peu précise	Oui	5,66 Modérée	Non décelé

d) Effets des interventions sur le bien-être des parents

Interventions	Risque de biais	Mesure directe	Précision de la mesure	Cohérence du corpus	Qualité de preuve	Biais de publication
Incredible years parent training program	Modéré	Assez directe	Peu précise	Partielle	4,66 Faible	Non décelé
It takes Two to Talk / Responsivity Education	Faible	Directe	Peu précise	S.O.	5,66 Modérée	Non décelé
Mindfulness-based Stress reduction	Modéré	Assez directe	Peu précise	Oui	5,66 Modérée	Non décelé
Parent-Child Interaction Therapy	Faible	Directe	Peu précise	S.O.	5,66 Modérée	Non décelé
Parent Plus Programme	Modéré	Directe	Assez précise	S.O.	5,33 Modérée	Non décelé
Signposts	Modéré	Assez directe	Assez précise	Partielle	5,33 Modérée	Non décelé
Stepping-Stone Triple P	Faible	Directe	Peu précise	Oui	7,66 Forte	Non décelé

Annexe 12 : Résultats des interventions³⁵

Interventions	Études	Modalités opérationnelles	Devis	n	Résultats
Cooperative family learning approach	Drummond et collab. (2008)	Traitement individuel	ECR	36	Compétence et interaction A. Mesures observationnelles (LLAD et TTCS) : Initiation : T1=T2=Cont. Sensibilité : T1>T2=Cont. Non interaction : T1>T2>Cont. Temps en interaction : T1<T2>Cont. Nombre de tours de parole : T1=T2=Cont. Nombre total d'interactions : T1>T2<Cont. Compétence et interaction
Enseignement en milieu (EMT)	Kaiser et Roberts (2013)	Traitement individuel	ECR	77	A. Mesures observationnelles : Utilisation d'interactions sensibles : T1<T2=T3>Cont.* Utilisation de modèles de langage : T1<T2=T3>Cont.* Enrichissement de la communication : T1<T2=T3>Cont.* Utilisation de procédures d'initiation : T1<T2=T3>Cont.* *Tous les effets sont généralisés.

³⁵ Note : Dans la colonne des résultats, T1 signifie « mesures pré-test »; T2 « mesures post-test »; T3 « mesures à la période de suivi ». Les symboles < et > indiquent que les résultats sont significativement différents entre deux mesures alors que le symbole = indique que les résultats ne sont pas significativement différents entre deux mesures (le seuil est fixé à $p = 0,05$). Tous les résultats présentés sans les symboles nommés précédemment sont de nature descriptive ou qualitative, ou une indication particulière figure à côté du résultat. L'abréviation « Cont. » réfère au groupe contrôle ou témoin. Dans la colonne des devis, ECR signifie « essai contrôlé randomisé »; QÉ « Quasi expérimental »; NBM « niveau de base multiple ».

Annexe 12 : Résultats des interventions (suite)

Interventions	Études	Modalités opérationnelles	Devis	n	Résultats
Incredible years parent training program	McIntyre (2008a)	Intervention de groupe	ECR	49	Compétence et interaction A. Mesures observationnelles : Comportements inappropriés : T1>T2<Cont. Félicitations : T1=T2=Cont Bien-être : FIQ (impact nég.) : T1>T2=Cont. Personnes accompagnées < personnes seules. FIQ (impact pos.) : T1> T2=Cont. Personnes accompagnées > personnes seules.
	McIntyre (2008b)	Intervention de groupe	Pré-test/post-test	28	Compétence et interaction A. Mesures observationnelles : Comport. inappropriés (combinés): T1> T2 Félicitations : T1=T2 Bien-être : FIQ (impact nég.) : T1=T2 FIQ (impact pos.) : T1>T2 CES-D : T1=T2
	Phaneuf et McIntyre (2007)	Intervention de groupe	NBM	6	Compétence et interaction A. Mesures observationnelles : Comportements inappropriés : T1>T2 (descriptif)
	Phaneuf et McIntyre (2011)	Intervention de groupe	NBM	7	Compétence et interaction A. Mesures observationnelles : Comportements inappropriés : T1>T2 (descriptif) Le ratio de stratégies positives par rapport aux stratégies négatives passe de 1:1 à 12:1. Note : impossible d'identifier les deux parents d'enfants RGD.
	Huipie Wilson (2010)	Intervention de groupe	Quasi expérimental	43	Bien-être : PSI-SF : T1>T2<Cont.

Annexe 12 : Résultats des interventions (suite)

Interventions	Études	Modalités opérationnelles	Devis	n	Résultats
It takes Two to Talk: The Hanen program for Parents	Fey et collab. (2006)/Warren et collab. (2008)	Traitement individuel	ECR	51	Compétence et interaction A. Mesures observationnelles : Recodage : T1=T2<T3=Cont. Bien-être : PSI : T1=T2=Cont.
	Wong (2012)	Intervention de groupe	NBM	3	Compétence et interaction A. Mesures observationnelles : Changement de sujet : T1<T2=T3 pour 1 parent et T1<T2> T3 pour 1 parent Extension de sujet : T1=T2=T3 pour tous Maintenance du sujet : T1=T2=T3 pour tous Limitation : T1<T2=T3 pour 2 parents Expansion : T1<T2>T3 pour 1 parent Technique d'ébauche orale : T1=T2<T3 pour 1 parent et T1<T2=T3 pour 2 parents Questions de suivi : T1=T2=T3 pour tous

Annexe 12 : Résultats des interventions (suite)

Interventions	Études	Modalités opérationnelles	Devis	n	Résultats
Mindfulness-based Stress reduction	Neece (2013)	Intervention de groupe	ECR	46	<p>Compétence et interaction</p> <p>A. Mesures rapportées par les parents :</p> <p>Utilisation des techniques : T1<T2</p> <p>Moins réactifs par rapport aux 5 autres facettes du MBSR.</p> <p>Sentiment d'efficacité :</p> <p>Habiletés parentales : T1<T2</p> <p>Bien-être :</p> <p>SUDS (stress) : T1<T2</p> <p>PSI-SF (Parental distress) : T1>T2<Cont.</p> <p>FIQ (impact nég.) : T1>T2<Cont.</p> <p>CES-D (total) : T1>T2<Cont.</p> <p>SWLS (total) : T1>T2<Cont.</p> <p>Changements cliniquement significatifs des scores : 25 % sur le PSI; 35,6 %; sur le FIQ; 18,5 % sur le CES-D et 9,7 % sur le SWLS.</p> <p>Sentiment d'efficacité :</p> <p>Réactions calmes et positives : propos rapportés (n= ?).</p> <p>Habiletés parentales : Satisfaction accrue, propos rapportés (n= ?).</p>
	Singh et collab. (2007)	Traitement individuel	NBM	4	<p>Bien-être :</p> <p>PSI (total) : T1<T2 (descriptif)</p> <p>PSI (Parenting) : T1<T2 (descriptif)</p> <p>PSI (Child) : T1<T2 (descriptif)</p> <p>Motivation : augmentation, propos rapportés (n= ?).</p>

Annexe 12 : Résultats des interventions (suite)

Interventions	Études	Modalités opérationnelles	Devis	n	Résultats
Parent-Child Interaction Therapy	Bagner et Eyberg (2007)	Traitement individuel	ECR	30	Compétence et interaction A. Mesures observationnelles : Comportements appropriés : T1<T2>Cont. Comportements inappropriés : T1>T2<Cont. Bien-être : PSI (<i>Difficult child</i>) : T1>T2<Cont. PSI (<i>Parental distress</i>) : T1=T2=Cont. PSI (<i>Parent-child dysfunctional interaction</i>) : T1=T2=Cont. Sentiment d'efficacité :
Parents Plus	Quinn et collab. (2006 et 2007)	Intervention de groupe	Quasi expérimental	66	A. Mesures rapportées par les parents : Atteinte des buts fixés pour l'enfant : T1<T2=T3 (diff. Sig. avec le gr. Cont. 1 au T2) Atteinte des buts fixés pour le parent : T1<T2=T3 (aucune diff. avec le gr. Cont. 1 au T2). Bien-être : KPS : T1<T2=T3 ; T2>Cont. 1 QRS (<i>Parent and family problems</i>) : T1=T2>T3 QRS (<i>Total score</i>) : T1=T2>T3 GHQ : T1>T2<T3 ; T3 >Cont. 1 FAD : T1=T2=T3 PSSS : T1=T2=T3 FILE : T1=T2=T3 PSI-SF : T1=T2=T3 Sentiment d'efficacité : Confiance de pouvoir utiliser les stratégies au besoin (descriptif) Les stratégies sont adaptées pour entraîner les enfants à aller à la toilette (descriptif).
Rapid toilet training	Rinaldi et Miranda (2012)	Intervention de groupe	NBM	2	

Annexe 12 : Résultats des interventions (suite)

Interventions	Études	Modalités opérationnelles	Devis	n	Résultats
	Hudson et collab. (2003)	Intervention de groupe (G) Autoadministration du programme (A) Autoadministration avec soutien téléphonique (T)	Quasi expérimental	115	Sentiment d'efficacité : PSOC : T1<T2=T3; G=T=A Bien-être : DASS (Stress) : T1<T2=T3 ; T2<Cont. PHS (Parental needs) : T1<T2=T3 ; T2<Cont.
Signposts	Hudson et collab. (2008)	Intervention de groupe (G) Autoadministration du programme (A) Autoadministration avec soutien téléphonique (T) Rencontres Individuelles (I)	Pré-test/post-test	1 684	Sentiment d'efficacité : PSOC (Efficacy) : T1<T2=T3; T2 : G=T=I; T2 : (Mères =Pères)>tuteurs PSOC (Satisfaction) : T1<T2=T3; T2 : G=T=I; T2 : (Mères =Pères)>tuteurs Bien-être : Note : les analyses par modalités et les données au T3 n'incluent que les données des mères. DASS (Stress) : Mères (T1<T2=T3); Pères (T1<T2=T3); Tuteurs (T1=T2=T3); Groupe (T1<T2=T3); Téléphone (T1<T2=T3); Individuel (T1<T2=T3); DASS (Depression) : Mères (T1<T2=T3); Pères (T1=T2=T3); Tuteurs (T1<T2=T3); Groupe (T1<T2=T3); Téléphone (T1<T2=T3); DASS (Anxiety) : Mères (T1<T2=T3); Pères (T1=T2=T3); Tuteurs (T1=T2=T3); Groupe (T1<T2=T3); Téléphone (T1=T2=T3); PHS (Parental needs) : Mères (T1<T2=T3); Pères (T1<T2=T3); Tuteurs (T1=T2=T3); Groupe (T1<T2=T3); Téléphone (T1<T2=T3); Individuel (T1<T2=T3);

Annexe 12 : Résultats des interventions (suite)

Intervention et modalités opérationnelles	Études	Modalités opérationnelles	Devis	n	Résultats
Stepping-Stone Triple P	Barrett (2010)	niveau 2 (séminaire de groupe)	Pré-test / post-test	49	<p>Sentiment d'efficacité : Meilleure gestion du comportement des enfants : 64,5 % affirment que oui. Perception de succès plus élevée pour les stratégies positives que les stratégies de gestion des problèmes d'inconduite : T2=T3. Les parents utilisent significativement plus chacune des cinq stratégies positives que les sept stratégies de gestion des problèmes d'inconduite.</p>
	Plant et collab. (2007)	Traitement individuel	ECR	74	<p>Compétence et interaction A. Mesures observationnelles : Comportements négatifs au T2 : SSTP-E= SSTP-S =Cont. Comportements négatifs au T3 : T2=T3 (SSTP-E= SSTP-S) B. Mesures rapportées par les parents (Parenting scale) Au T2 : SSTP-E=Cont.; SSTP-S < Cont.; SSTP-S=SSTP-E Au T3 : T2=T3 (SSTP-E= SSTP-S) Sentiment d'efficacité : PSOC au T2 : SSTP-E>Cont.; SSTP-S > Cont. SSTP-S=SSTP-E. T2=T3 (SSTP-E= SSTP-S) Bien-être : DASS : T1=T2=T3 ; SSTP-E = SSTP-S ADAS : T1=T2=T3 ; SSTP-E = SSTP-S</p>
	Roberts et collab. (2006)	Traitement individuel	ECR	55	<p>Compétence et interaction A. Mesures observationnelles (FOSR): 1. En contexte ciblé 1.1 Comportements négatifs : T1=T2<T3 ; T2=Cont. 1.2 Comportements positifs : Directives : T1=T2=T3 Questions : T1=T2=T3 Contacts positifs : T1=T2=T3 Félicitations : T1<T2=T3 (confirmé par une analyse en intention de traiter); T2>Cont. Attention positive : T1<T2>T3 2. En contexte de généralisation 2.1 Comportements négatifs: T1=T2<T3 ; T2<Cont. 2.2 Comportements positifs (n = 5) : T1=T2=T3 B. Mesures rapportées par les parents (Parenting scale) 1. Mères Laxisme (T1=T2=T3) ; Réaction excessive (T1>T2=T3, sig. clinique n = 7) ; Verbose (T1=T2=T3) 2. Pères Laxisme (T1>T2=T3, sig. clinique n = 4) ; Réaction excessive (T1=T2=T3) ; Verbose (T1>T2=T3, confirmé par une analyse en intention de traiter); (sig. clinique n = 5) Bien-être : DASS : T1=T2=T3, réduction clinique des scores pour 4 mères, mais maintien pour une seule.</p>

Informations générales

3255, rue Foucher, Trois-Rivières (Québec) G8Z 1M6


Téléphone : 819 379-6868

Ligne sans frais : 1 888 379-7732

www.crditedmcq.qc.ca

Pour nous suivre sur les médias sociaux :

 #CRDITEDMCQIU

 CrditedmcqIU