

L'autonomie des jeunes âgés de 6 à 21 ans qui présentent une déficience intellectuelle

Guide de pratique

Annexes complémentaires

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

Direction des services sociaux

Le présent document contient les annexes complémentaires au guide de pratiques
L'autonomie des jeunes âgés de 6 à 21 ans qui présentent une déficience intellectuelle.

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

Ces annexes et le rapport final sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site web.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 646-8349

2021, avenue Union, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca

www.inesss.qc.ca

Responsabilité

L'Institut rend accessibles les principales informations qui ont servi à la préparation du rapport *L'autonomie des jeunes âgés de 6 à 21 ans qui présentent une déficience intellectuelle* aux lecteurs qui désirent plus de détails sur sa démarche scientifique.

Ce document n'a pas fait l'objet d'une révision linguistique. Il ne reflète pas forcément les opinions des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE A	Complément méthodologique.....	1
Tableau A 1	Stratégie de repérage d'information scientifique	1
Tableau A 2	Sites internet consultés.....	11
Tableau A 3	Processus de sélection.....	16
Figure A 1	Diagramme de flux.....	16
Tableau A 4	Évaluation de la qualité des données	17
Tableau A 5	Extraction des données	17
Tableau A 6	Formulaire d'appréciation de la preuve scientifique utilisé pour évaluer les énoncés d'efficacité des interventions.....	19
Tableau A 7	Formulaire d'attribution du niveau de preuve scientifique	21
ANNEXE B	HV 1 — communication : Données détaillées	22
Tableau B 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 1)	22
Tableau B 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 1).....	29
Tableau B 3	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 1).....	34
ANNEXE C	HV 2 — déplacements : Données détaillées	38
Tableau C 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 2)	38
Tableau C 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 2).....	41
Tableau C 3	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 2).....	44
ANNEXE D	HV 3 — nutrition : Données détaillées.....	45
Tableau D 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 3)	45
Tableau D 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 3).....	47
Tableau D 3	Efficacité des interventions auprès des parents (HV 3)	50
Tableau D 4	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 3).....	53
ANNEXE E	HV 4 — condition physique et bien-être psychologique : Données détaillées	54
Tableau E 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 4)	54
Tableau E 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 4).....	59
Tableau E 3	Efficacité des interventions auprès des parents (HV 4)	61
Tableau E 4	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 4).....	63
ANNEXE F	HV 5 — soins personnels et de santé : Données détaillées	64
Tableau F 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 5)	64

Tableau F 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 5).....	67
Tableau F 3	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 5).....	71
ANNEXE G	HV 6 — habitation : Données détaillées	73
Tableau G 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 6)	73
Tableau G 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 6).....	81
Tableau G 3	Efficacité des interventions auprès des parents (HV 6)	83
Tableau G 4	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 6).....	86
ANNEXE H	HV 7 — responsabilités : Données détaillées	87
Tableau H 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 7)	87
Tableau H 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 7).....	89
Tableau H 3	Efficacité des interventions auprès des parents (HV 7)	90
Tableau H 4	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 7).....	94
ANNEXE I	HV 8 — relations interpersonnelles : Données détaillées	96
Tableau I 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 8)	96
Tableau I 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 8).....	110
Tableau I 3	Efficacité des interventions auprès des parents (HV 8)	118
Tableau I 4	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 8).....	120
ANNEXE J	HV 9 — vie associative et spirituelle : Données détaillées.....	125
Tableau J 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 9)	125
Tableau J 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 9).....	130
Tableau J 3	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 9).....	133
ANNEXE K	HV 10 — éducation : Données détaillées	134
Tableau K 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 10)	134
Tableau K 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 10).....	137
Tableau K 3	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 10).....	142
ANNEXE L	HV 11 — travail : Données détaillées	145
Tableau L 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 11)	145
Tableau L 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 11).....	151
Tableau L 3	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 11).....	157
ANNEXE M	HV 12 — loisirs : Données détaillées	159

Tableau M 1	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 12)	159
Tableau M 2	Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 12).....	161
Tableau M 3	Efficacité des interventions auprès des parents (HV 12)	165
Tableau M 4	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 12).....	167
ANNEXE N	Recommandations s'appliquant à toutes les HV : Ensemble de la preuve.....	169
Tableau N 1	Préférences et besoins exprimés (toutes les HV)	169
Tableau N 2	Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (toutes les HV)	174
Tableau N 3	Efficacité des interventions auprès des jeunes (toutes les HV)	178
Tableau N 4	Efficacité des interventions auprès des parents (toutes les HV)	189
Tableau N 5	Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (toutes les HV)	193
ANNEXE O	Tableau des études scientifiques d'efficacité retenues	197
Tableau O 1	Description des études scientifiques d'efficacité retenues	197
ANNEXE P	Groupes de discussion	254
Tableau P 1	Préparation et réalisation des groupes de discussion	254
Tableau P 2	Résultats des groupes de discussion	257
ANNEXE Q	Sondage en ligne	262
Tableau Q 1	Élaboration et déroulement du sondage.....	262
Tableau Q 2	Questionnaire utilisé dans le sondage en ligne	263
Tableau Q 3	Résultats du sondage en ligne	266
Figure Q 1	Répartition des répondants par titre d'emploi.....	266
Figure Q 2	Classement des habitudes de vie faisant l'objet d'objectifs au plan d'intervention pour l'ensemble des répondants	267
Figure Q 3	Habitudes de vie faisant l'objet d'objectifs au plan d'intervention pour les deux sous-groupes de répondants déclarant travailler soit auprès des enfants (n=139) ou auprès des adolescents (n=159).....	268
Figure Q 4	Proportion et nombre de mentions des outils d'intervention utilisés	269
RÉFÉRENCES		273

ANNEXE A Complément méthodologique

Tableau A 1 Stratégie de repérage d'information scientifique

La stratégie de recherche documentaire a été conçue en collaboration avec une conseillère en information scientifique de l'INESSS. Les revues systématiques et les études publiées entre 2008 et 2018, en anglais ou français, ont été recensées.

D'autres stratégies ont été déployées afin de repérer les articles pertinents :

- Les listes de références des publications incluses dans les articles retenus ont été parcourues afin de repérer des références pertinentes qui n'auraient pas été identifiées par la stratégie de recherche;
- Les publications récentes (c'est-à-dire publiées en 2019) ont été repérées par le biais d'alertes automatiques enregistrées dans *Google Scholar*;
- Les membres des différents comités consultés ont été invités à transmettre tout document lié aux questions de recherche.

Bases de données bibliographiques

PsycINFO (EBSCO) Dates du repérage : juillet 2016 et mars 2018 Limites : 2005 — ; anglais, français	
S1	MM (intellectual development disorder OR developmental disabilities OR delayed development OR learning disorders OR learning disabilities)
S2	TI (mental* N2 (retard* OR disab* OR deficien* OR handicap* OR incapacit*))
S3	TI (intellect* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR impair*))
S4	TI (development* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*))
S5	TI (multipl* N2 (handicap* OR disab*))
S6	TI (learning N2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*))
S7	TI disab*
S8	AB (mental* N2 (retard* OR disab* OR deficien* OR handicap* OR incapacit*)) OR (intellect* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR impair*)) OR (development* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*)) OR (multipl* N2 (handicap* OR disab*)) OR (learning N2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*))
S9	S7 AND S8
S10	TI (challeng* N2 behav*) OR AB (challeng* N2 behav*)
S11	TI ("disruptive behavior disorder*" OR "disruptive behaviour disorder*" OR "conduct disorder*" OR "oppositional defiant disorder*" OR "child behavior disorder*" OR "child behaviour disorder*")

	OR AB ("disruptive behavior disorder*" OR "disruptive behaviour disorder*" OR "conduct disorder*" OR "oppositional defiant disorder*" OR "child behavior disorder*" OR "child behaviour disorder*")
S12	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S9 OR S10 OR S11
S13	TI (intervention* OR intervening OR method OR methods OR program OR programs OR model OR models OR technique* OR therap* OR psychotherap* OR sociotherap* OR training OR treat* OR service* OR support* OR practice* OR rehab* OR assist* OR strateg* OR instruction* OR educat* OR approach* OR initiative* OR manag* OR stimulat* OR transition OR cellular OR technology OR technologies OR computer OR mobile OR ipad OR apple OR ipod OR tablet* OR device* OR ios OR "operating system" OR iphone OR smartphone OR gps)
S14	AB (intervention* OR intervening OR method OR methods OR program OR programs OR model OR models OR technique* OR therap* OR psychotherap* OR sociotherap* OR training OR treat* OR service* OR support* OR practice* OR rehab* OR assist* OR strateg* OR instruction* OR educat* OR approach* OR initiative* OR manag* OR stimulat* OR transition OR cellular OR technology OR technologies OR computer OR mobile OR ipad OR apple OR ipod OR tablet* OR device* OR ios OR "operating system" OR iphone OR smartphone OR gps)
S15	TI (autonom* OR independen* OR interdepen* OR self-determin* OR involv* OR engag* OR participation* OR participating* OR participated OR decision* OR choice* OR preference* OR competenc* OR capacit* OR capabilit* OR skill* OR task* OR inclusion OR integrat* OR interact* OR self-car* OR self-monitor* OR network* OR communicat* OR self-regulat*)
S16	AB (autonom* OR independen* OR interdepen* OR self-determin* OR involv* OR engag* OR participation* OR participating* OR participated OR decision* OR choice* OR preference* OR competenc* OR capacit* OR capabilit* OR skill* OR task* OR inclusion OR integrat* OR interact* OR network* OR communicat* OR self-car* OR self-monitor* OR self-regulat* OR self-respons* OR self-manag*)
S17	TI (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evaluat* OR test OR tests OR testing OR tested OR compar* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR quality)
S18	AB (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evaluat* OR test OR tests OR testing OR tested OR compar* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR quality)
S19	S12 AND (S13 OR S14) AND (S15 OR S16) AND (S17 OR S18)
S20	MM (Rehabilitation OR Cognitive Rehabilitation OR Occupational Therapy OR Physical Therapy OR Psychosocial Rehabilitation OR Health Behavior)
S21	S1 AND S20
S22	TI disab*
S23	AB ((mental* N2 (retard* OR disab* OR deficien* OR handicap* OR incapacit*)) OR (intellect* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR impair*)) OR (development* N2 (delay* OR disab* OR

	disorder* OR deviation* OR retard*) OR (learning N2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*))
S24	S22 AND S23
S25	TI (rehab* OR (daily N2 activit*) OR (daily N2 living) OR "health behavior*" OR "health behaviour*" OR "behavioral health*" OR "behavioural health*") OR AB (rehab* OR (daily N2 activit*) OR (daily N2 living) OR "health behavior*" OR "health behaviour*" OR "behavioral health*" OR "behavioural health*")
S26	(S2 OR S3 OR S4 OR S6 OR S24) AND S25
S27	S21 OR S26
S28	TI transit* OR AB transit*
S29	TI (independ* OR plan OR planning OR plans OR coordinat* OR goal*) OR AB (independ* OR plan OR planning OR plans OR coordinat* OR goal*)
S30	S28 AND S29
S31	TI (off-task OR on-task)
S32	TI ((post OR after) N2 (school* OR high-school* OR secondary) OR AB ((post OR after) N2 (school* OR high-school* OR secondary)
S33	TI (time N2 manag* OR time N2 process*) OR AB (time N2 manag* OR time N2 process*)
S34	S12 AND (S30 OR S31 OR S32 OR S33)
S35	S19 OR S27 OR S34
PubMed (NLM)	
Dates du repérage : juillet 2016 et mars 2018	
Limites : 2005 — ; anglais, français	
#1	intellectual disab*[ti] OR intellectual development disorder*[ti] OR intellectual delay*[ti] OR intellectual impair*[ti] OR developmental disabilit*[ti] OR developmental delay*[ti] OR developmental disorder*[ti] OR developmental retard*[ti] OR mental deficienc*[ti] OR mental disorder*[ti] OR mental handicap*[ti] OR mental disab*[ti] OR mental impair*[ti] OR mental incapacit*[ti] OR mental retard*[ti] OR multiple handicap*[ti] OR multiple disabilit*[ti] OR learning deficienc*[ti] OR learning disorder*[ti] OR learning disab*[ti] OR learning impair*[ti] OR delayed development[ti] OR challenging behav*[tiab] OR challenging behav*[tiab] OR (challeng*[ti] AND behav*[ti])
#2	disab*[ti] AND (intellectual disab*[tiab] OR intellectual development disorder*[tiab] OR intellectual delay*[tiab] OR intellectual impair*[tiab] OR developmental disabilit*[tiab] OR developmental delay*[tiab] OR developmental disorder*[tiab] OR mental deficienc*[tiab] OR mental disorder*[tiab] OR mental handicap*[tiab] OR mental disab*[tiab] OR mental impair*[tiab] OR mental incapacit*[tiab] OR multiple handicap*[tiab] OR multiple disabilit*[tiab] OR learning deficienc*[tiab] OR learning disorder*[tiab] OR learning disab*[tiab] OR learning impair*[tiab])

#3	disruptive behavior disorder*[ti] OR disruptive behaviour disorder*[ti] OR conduct disorder*[ti] OR oppositional defiant disorder*[ti] OR child behavior disorder*[ti] OR child behaviour disorder*[ti]
#4	#1 OR #2 OR #3
#5	intervention*[tiab] OR intervening[tiab] OR method[tiab] OR methods[tiab] OR program*[tiab] OR model[tiab] OR models[tiab] OR technique*[tiab] OR therap*[tiab] OR psychotherap*[tiab] OR social[tiab] OR sociotherap*[tiab] OR training[tiab] OR treat*[tiab] OR service*[tiab] OR support*[tiab] OR practice*[tiab] OR rehab*[tiab] OR assist*[tiab] OR strateg*[tiab] OR instruction*[tiab] OR educat*[tiab] OR approach*[tiab] OR initiative*[tiab] OR manag*[tiab] OR stimulat*[tiab] OR transition[tiab] OR cellular[tiab] OR technology[tiab] OR technologies[tiab] OR computer[tiab] OR mobile[tiab] OR ipad[tiab] OR apple[tiab] OR ipod[tiab] OR tablet*[tiab] OR device*[tiab] OR ios[tiab] OR operating system[tiab] OR iphone[tiab] OR smartphone[tiab] OR gps[tiab] OR internet[tiab]
#6	autonom*[ti] OR independen*[ti] OR interdepen*[ti] OR self-determin*[ti] OR involv*[ti] OR engag*[ti] OR particip*[ti] OR decision*[ti] OR choice*[ti] OR preference*[ti] OR competenc*[ti] OR capacit*[ti] OR capabilit*[ti] OR skill*[ti] OR task*[ti] OR inclusion[ti] OR integrat*[ti] OR interact*[ti] OR self-car*[ti] OR self-monitor*[ti] OR network*[ti] OR communicat*[ti] OR self-regulat*[ti]
#7	efficacy[tiab] OR efficient[tiab] OR efficacious[tiab] OR effect*[tiab] OR success*[tiab] OR adequa*[tiab] OR valid*[tiab] OR best[tiab] OR innovative[tiab] OR impact*[tiab] OR useful*[tiab] OR evaluat*[tiab] OR test[tiab] OR tests[tiab] OR testing[tiab] OR tested[tiab] OR compar*[tiab] OR evidence[tiab] OR apprais*[tiab] OR assess*[tiab] OR benefi*[tiab] OR ineffect*[tiab] OR increas*[tiab] OR improv*[tiab] OR facilitat*[tiab] OR enhanc*[tiab] OR barrier*[tiab] OR gain*[tiab] OR better[tiab] OR progress*[tiab] OR quality[tiab]
#8	#4 AND #5 AND #6 AND #7
#9	Intellectual Disability[majr] OR Developmental Disabilities[majr] OR Learning Disorders[majr]
#10	Rehabilitation[majr:noexp] OR Health Behavior[majr] OR Activities of Daily Living[majr]
#11	#9 AND #10
#12	intellectual disab*[ti] OR intellectual development disorder*[ti] OR intellectual delay*[ti] OR intellectual impair*[ti] OR developmental disabilit*[ti] OR developmental delay*[ti] OR developmental disorder*[ti] OR developmental retard*[ti] OR mental deficienc*[ti] OR mental disorder*[ti] OR mental handicap*[ti] OR mental disab*[ti] OR mental impair*[ti] OR mental incapacit*[ti] OR mental retard*[ti] OR learning deficienc*[ti] OR learning disorder*[ti] OR learning disab*[ti] OR learning impair*[ti] OR delayed development[ti]
#13	disab*[ti] AND (intellectual disab*[tiab] OR intellectual development disorder*[tiab] OR intellectual delay*[tiab] OR intellectual impair*[tiab] OR developmental disabilit*[tiab] OR developmental delay*[tiab] OR developmental disorder*[tiab] OR mental deficienc*[tiab] OR mental disorder*[tiab] OR mental handicap*[tiab] OR mental disab*[tiab] OR mental impair*[tiab] OR mental incapacit*[tiab] OR learning deficienc*[tiab] OR learning disorder*[tiab] OR learning disab*[tiab] OR learning impair*[tiab])
#14	#12 OR #13

#15	rehab*[tiab] OR activities of daily living[tiab] OR daily living activities[tiab] OR health behaviour*[tiab] OR health behaviour*[tiab]
#16	#14 AND #15
#17	#11 OR #16
#18	transit*[tiab]
#19	independ*[tiab] OR plan[tiab] OR planning[tiab] OR plans[tiab] OR coordinat*[tiab] OR goal*[tiab]
#20	#18 AND #19
#21	off-task[tiab] OR on-task[tiab]
#22	(post[ti] OR after[ti]) AND (school*[ti] OR high-school*[ti] OR secondary[ti])
#23	post-school*[tiab] OR post-high-school*[tiab] OR post-secondary[tiab]
#24	time manag*[tiab] OR time process*[tiab]
#25	#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24
#26	#4 AND #26
#27	#8 OR #17 OR # 26
CINAHL (EBSCO) Dates du repérage : juillet 2016 et mars 2018 Limites : 2005 — ; anglais, français	
S1	MM (Intellectual Disability OR Learning Disorders)
S2	TI (mental* N2 (retard* OR disab* OR deficien* OR handicap* OR incapacit*))
S3	TI (intellect* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR impair*))
S4	TI (development* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*))
S5	TI (multipl* N2 (handicap* OR disab*))
S6	TI (learning N2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*))
S7	TI disab*
S8	AB (mental* N2 (retard* OR disab* OR deficien* OR handicap* OR incapacit*)) OR (intellect* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR impair*)) OR (development* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*)) OR (multipl* N2 (handicap* OR disab*)) OR (learning N2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*))
S9	S7 AND S8

S10	TI (challeng* N2 behav*) OR AB (challeng* N2 behav*)
S11	TI ("disruptive behavior disorder*" OR "disruptive behaviour disorder*" OR "conduct disorder*" OR "oppositional defiant disorder*" OR "child behavior disorder*" OR "child behaviour disorder*") OR AB ("disruptive behavior disorder*" OR "disruptive behaviour disorder*" OR "conduct disorder*" OR "oppositional defiant disorder*" OR "child behavior disorder*" OR "child behaviour disorder*")
S12	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S9 OR S10 OR S11
S13	TI (intervention* OR intervening OR method OR methods OR program OR programs OR model OR models OR technique* OR therap* OR psychotherap* OR sociotherap* OR training OR treat* OR service* OR support* OR practice* OR rehab* OR assist* OR strateg* OR instruction* OR educat* OR approach* OR initiative* OR manag* OR stimulat* OR transition OR cellular OR technology OR technologies OR computer OR mobile OR ipad OR apple OR ipod OR tablet* OR device* OR ios OR "operating system" OR iphone OR smartphone OR gps) OR AB (intervention* OR intervening OR method OR methods OR program OR programs OR model OR models OR technique* OR therap* OR psychotherap* OR sociotherap* OR training OR treat* OR service* OR support* OR practice* OR rehab* OR assist* OR strateg* OR instruction* OR educat* OR approach* OR initiative* OR manag* OR stimulat* OR transition OR cellular OR technology OR technologies OR computer OR mobile OR ipad OR apple OR ipod OR tablet* OR device* OR ios OR "operating system" OR iphone OR smartphone OR gps)
S14	TI (autonom* OR independen* OR interdepen* OR self-determin* OR involv* OR engag* OR participation* OR participating* OR participated OR decision* OR choice* OR preference* OR competenc* OR capacit* OR capabilit* OR skill* OR task* OR inclusion OR integrat* OR interact* OR self-car* OR self-monitor* OR network* OR communicat* OR self-regulat*) OR AB (autonom* OR independen* OR interdepen* OR self-determin* OR involv* OR engag* OR participation* OR participating* OR participated OR decision* OR choice* OR preference* OR competenc* OR capacit* OR capabilit* OR skill* OR task* OR inclusion OR integrat* OR interact* OR self-car* OR self-monitor* OR network* OR communicat* OR self-regulat*)
S15	TI (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evaluat* OR test OR tests OR testing OR tested OR compar* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR quality) OR AB (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evaluat* OR test OR tests OR testing OR tested OR compar* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR quality)
S16	S12 AND S13 AND S14 AND S15
S17	MM (Rehabilitation+ OR Health Behavior)
S18	S1 AND S17
S19	TI disab*
S20	AB ((mental* N2 (retard* OR disab* OR deficien* OR handicap* OR incapacit*)) OR (intellect* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR impair*)) OR (development* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*)) OR (learning N2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*)))

S21	S19 AND S20
S22	TI (rehab* OR (daily N2 activit*) OR (daily N2 living) OR health behavior* OR health behaviour*) OR AB (rehab* OR (daily N2 activit*) OR (daily N2 living) OR health behaviour* OR health behaviour*)
S23	(S2 OR S3 OR S4 OR S6 OR S21) AND S22
S24	S18 OR S23
S25	TI transit* OR AB transit*
S26	TI (independ* OR plan OR planning OR plans OR coordinat* OR goal*) OR AB (independ* OR plan OR planning OR plans OR coordinat* OR goal*)
S27	S25 AND S26
S28	TI (off-task OR on-task)
S29	TI ((post OR after) N2 (school* OR high-school* OR secondary) OR AB ((post OR after) N2 (school* OR high-school* OR secondary)
S30	TI (time N2 manag* OR time N2 process*) OR AB (time N2 manag* OR time N2 process*)
S31	S27 OR S28 OR S29 OR S30
S32	S12 AND S31
S33	S16 OR S24 OR S32
Social Sciences Abstracts (EBSCO) Dates du repérage : juillet 2016 et mars 2018 Limites : 2005 — ; anglais, français	
S1	TI (mental* N2 (retard* OR disab* OR deficien* OR handicap* OR incapacit*))
S2	TI (intellect* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR impair*))
S3	TI (development* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*))
S4	TI (multipl* N2 (handicap* OR disab*))
S5	TI (learning N2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*))
S6	TI disab*
S7	AB (mental* N2 (retard* OR disab* OR deficien* OR handicap* OR incapacit*)) OR AB (intellect* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR impair*)) OR AB (development* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*)) OR AB (multipl* N2 (handicap* OR disab*)) OR AB (learning N2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*))
S8	S6 AND S7

S9	TI (challeng* N2 behav*) OR AB (challeng* N2 behav*)
S10	TI ("disruptive behavior disorder*" OR "disruptive behaviour disorder*" OR "conduct disorder*" OR "oppositional defiant disorder*" OR "child behavior disorder*" OR "child behaviour disorder*") OR AB ("disruptive behavior disorder*" OR "disruptive behaviour disorder*" OR "conduct disorder*" OR "oppositional defiant disorder*" OR "child behavior disorder*" OR "child behaviour disorder*")
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S8 OR S9 OR S10
S12	TI (intervention* OR intervening OR method OR methods OR program OR programs OR model OR models OR technique* OR therap* OR psychotherap* OR sociotherap* OR training OR treat* OR service* OR support* OR practice* OR rehab* OR assist* OR strateg* OR instruction* OR educat* OR approach* OR initiative* OR manag* OR stimulat* OR transition OR cellular OR technology OR technologies OR computer OR mobile OR ipad OR apple OR ipod OR tablet* OR device* OR ios OR "operating system" OR iphone OR smartphone OR gps) OR AB (intervention* OR intervening OR method OR methods OR program OR programs OR model OR models OR technique* OR therap* OR psychotherap* OR sociotherap* OR training OR treat* OR service* OR support* OR practice* OR rehab* OR assist* OR strateg* OR instruction* OR educat* OR approach* OR initiative* OR manag* OR stimulat* OR transition OR cellular OR technology OR technologies OR computer OR mobile OR ipad OR apple OR ipod OR tablet* OR device* OR ios OR "operating system" OR iphone OR smartphone OR gps)
S13	TI (autonom* OR independen* OR interdepen* OR self-determin* OR involv* OR engag* OR participation* OR participating* OR participated OR decision* OR choice* OR preference* OR competenc* OR capacit* OR capabilit* OR skill* OR task* OR inclusion OR integrat* OR interact* OR self-car* OR self-monitor* OR network* OR communicat* OR self-regulat*) OR AB (autonom* OR independen* OR interdepen* OR self-determin* OR involv* OR engag* OR participation* OR participating* OR participated OR decision* OR choice* OR preference* OR competenc* OR capacit* OR capabilit* OR skill* OR task* OR inclusion OR integrat* OR interact* OR self-car* OR self-monitor* OR network* OR communicat* OR self-regulat*)
S14	TI (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evaluat* OR test OR tests OR testing OR tested OR compar* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR quality) OR AB (efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evaluat* OR test OR tests OR testing OR tested OR compar* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR quality)
S15	S11 AND S12 AND S13 AND S14
S16	TI disab*
S17	AB ((mental* N2 (retard* OR disab* OR deficien* OR handicap* OR incapacit*)) OR (intellect* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR impair*)) OR (development* N2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*)) OR (learning N2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*)))
S18	S16 AND S17
S19	TI (rehab* OR (daily N2 activit*) OR (daily N2 living) OR health behavior* OR health behaviour*) OR AB (rehab* OR (daily N2 activit*) OR (daily N2 living) OR health behaviour* OR health behaviour*)

S20	(S1 OR S2 OR S3 OR S5 OR S18) AND S19
S21	TI transit* OR AB transit*
S22	TI (independ* OR plan OR planning OR plans OR coordinat* OR goal*) OR AB (independ* OR plan OR planning OR plans OR coordinat* OR goal*)
S23	S22 AND S23
S24	TI (off-task OR on-task)
S25	TI ((post OR after) N2 (school* OR high-school* OR secondary) OR AB ((post OR after) N2 (school* OR high-school* OR secondary)
S26	TI (time N2 manag* OR time N2 process*) OR AB (time N2 manag* OR time N2 process*)
S27	S23 OR S24 OR S25 OR S26
S28	S15 AND S27
S29	S15 OR S20 OR S28
EBM Reviews (Ovid): Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Health Technology Assessment; NHS Economic Evaluation Database Dates du repérage : juillet 2016 et mars 2018 Limites : 2005 — ; anglais, français	
1	(mental* ADJ2 (retard* OR disab* OR deficien* OR handicap* OR incapacit*)).ti
2	(intellect* ADJ2 (delay* OR disab* OR disorder* OR impair*)).ti
3	(development* ADJ2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*)).ti
4	(multipl* ADJ2 (handicap* OR disab*)).ti
5	(learning ADJ2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*)).ti
6	disab*.ti AND ((mental* ADJ2 (retard* or disab* or deficien* or handicap* or incapacit*)) OR (intellect* ADJ2 (delay* OR disab* or disorder* OR impair*)) OR (development* ADJ2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*)) OR (multipl* ADJ2 (handicap* OR disab*)) OR (learning ADJ2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*))).ab
7	(challeng* ADJ2 behav*).ti
8	(disruptive behavior disorder* OR disruptive behaviour disorder* OR conduct disorder* OR oppositional defiant disorder* OR child behavior disorder* OR child behaviour disorder*) OR AB (disruptive behavior disorder* OR disruptive behaviour disorder* OR conduct disorder* OR oppositional defiant disorder* OR child behavior disorder* OR child behaviour disorder*).ti
9	1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8
10	(intervention* OR intervening OR method OR methods OR program OR programs OR model OR models OR technique* OR therap* OR psychotherap* OR sociotherap* OR training OR treat* OR service* OR support* OR practice* OR rehab* OR assist* OR strateg* OR instruction* OR educat* OR approach* OR initiative* OR manag* OR stimulat* OR transition OR cellular OR

	technology OR technologies OR computer OR mobile OR ipad OR apple OR ipod OR tablet* OR device* OR ios OR operating system OR iphone OR smartphone OR gps).ti,ab
11	(autonom* OR independen* OR interdepen* OR self-determin* OR involv* OR engag* OR participation* OR participating* OR participated OR decision* OR choice* OR preference* OR competenc* OR capacit* OR capabilit* OR skill* OR task* OR inclusion OR integrat* OR interact* OR self-car* OR self-monitor* OR network* OR communicat* OR self-regulat*).ti,ab
12	(efficacy OR efficient OR efficacious OR effect* OR success* OR adequa* OR valid* OR best innovative OR impact* OR useful* OR evaluat* OR test OR tests OR testing OR tested OR compar* OR evidence OR apprais* OR assess* OR benefi* OR ineffect* OR increa* OR improv* OR facilitat* OR enhanc* OR barrier* OR gain* OR better OR progress* OR quality).ti,ab
13	9 AND 10 AND 11 AND 12
14	disab*.ti AND ((mental* ADJ2 (retard* or disab* or deficien* or handicap* or incapacit*)) OR (intellect* ADJ2 (delay* OR disab* or disorder* OR impair*)) OR (development* ADJ2 (delay* OR disab* OR disorder* OR deviation* OR retard*)) OR (learning ADJ2 (disab* OR disorder* OR handicap* OR impair*))).ab
15	(rehab* OR (daily ADJ activit*) OR (daily ADJ living) OR health behavior* OR health behaviour* OR behavioral health* OR behavioural health*).ti,ab
16	(1 OR 2 OR 3 OR 5 OR 14) AND 15
17	(transit* ADJ5 (independ* OR plan OR planning OR plans OR coordinat* OR goal*).ti,ab
18	task.ti,ab
19	((post OR after) ADJ2 (school* OR high-school* OR secondary)).ti,ab
20	((time ADJ2 manag*) OR (time ADJ2 process*).ti,ab
21	17 OR 18 OR 19 OR 20
22	9 AND 21
23	13 OR 16 OR 22

Tableau A 2 Sites Web consultés

Recherche • http://mesh.inserm.fr/mesh/search/index.jsp • Google Scholar • NGA guidelines • New Zealand Guidelines Group Ministry of Health NZ • Élément clé 3 : Fonder les décisions sur des données probantes Le portail canadien des pratiques exemplaires-PCPE • Bibliothèque - Université du Québec à Trois-Rivières • Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group • Répertoires Regroupement pour la Trisomie 21 • VIsAge Montérégie • GreyNet International, Grey Literature Network Service • REVUE FRANCOPHONE DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE • Grey Literature - GreySource, A Selection of Web-based Resources in Grey Literature • About Australian Policy Online Australian Policy Online • Canadian Evaluation Society - Grey literature data base • Thèse sur la trisomie 21 par le Docteur Alamercy Trisomie, vieillissement, accompagnement • Portail Terminologique de Santé • CISMeF Bonnes Pratiques • RUIS ETMIS's Public Page • Consortium National de Recherche sur l'Intégration Sociale [CNRIS : déficience intellectuelle (DI) et Troubles envahissants du développement (TED)] • Grey Literature Databases • Base de données des pratiques exemplaires Agrément Canada
Travail — TEVA - Transition • Curricular Implications of Transition Life Skills Instruction as an Integral Part of Transition Education • CLÉ DE LA TEVA • Un saut dans le vide — La Presse+ • NTACT National Technical Assistance Center on Transition • Espace virtuel pour les parents • Adolescent to Adult Prescott & Russell Looking Ahead: Transitions From Infancy to Adulthood! • 13a planification_teva[1].pdf • Transition École-Vie active (TEVA) — Trousse d'information destinée aux parents des EHDA • Pourcentage des jeunes de 21 ans ou plus ayant une déficience ou un TSA venant de terminer leur scolarité et ayant accès à une activité de jour ou de soutien à l'intégration au travail — Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux

• Accueil — Prêts, disponibles et capables • Getting A Life • Présentation du projet www.recitus.qc.ca
Loisirs • Association québécoise pour le loisir des personnes handicapées • Olympiques Spéciaux Québec • ARLPHL • ARLPH Laval • Recherche dans le site • URLS Chaudière-Appalaches — Unité régionale de loisir et de sport • Suivez le Guide ! • laccompagnateur.org — Loisirs adaptés
Éducation • Programmes d'études et progression des apprentissages • fc rapport recherche ehdaa version-2.pdf • Bulletin statistique
Habitation • My Home My Community • Le rêve d'autonomie de François ICI.Radio-Canada.ca • Vivre avec une déficience intellectuelle Espace HabitatEspace Habitat • Les Habitations Rêvanous ouvrent une porte sur l'autonomie aux personnes ayant une déficience intellectuelle — Office des personnes handicapées du Québec • CNW 79 nouveaux logements abordables qui favorisent l'intégration des adultes ayant une déficience intellectuelle légère à Montréal • L'habitation — Office des personnes handicapées du Québec • Rêvanous — L'organisme
Compétences sociales et éducation sexuelle • ADOPRO Programme développement des habiletés sociales • Exemples des meilleures pratiques : J'ai des amis ! • AQIS > Relations sexuelles • VIDEO: Mindfulness Teaching Practices: Implementing the Integra Mindfulness Martial Arts Program in the Trillium Lakelands District School Board (Part II) - LD@school • Université du Québec à Trois-Rivières — Revue CNRIS • Circles Social Skills Utility™ - Social Safety For iOS - Available on iPad • Social Boundaries: The Circles Curriculum • Resources for Teaching Social Intimacy & Relationships to Students with Disabilities Everyday Speech - Everyday Speech • Circles Social Skills Utility on the App Store

- [Les scénarios sociaux | Fédération québécoise de l'autisme](#)
- [Avoir une vie sexuelle malgré la déficience intellectuelle | ICI Radio-Canada.ca](#)
- [Les agressions sexuelles des jeunes ayant une incapacité ou une maladie chronique Les agressions sexuelles des jeunes ayant une incapacité ou une maladie chronique | Société canadienne de pédiatrie](#)

Curriculums

- [PLANNING FOR INDEPENDENCE Community Living Skills](#)
- [The mandate of the Department of Education is to ensure that the students throughout Newfoundland and Labrador have the opportunity to demonstrate knowledge, skills and aptitude in the Essential Graduation Learnings - FunctionalCurriculumGuide.pdf](#)
- [Footsteps Toward the Future: Implementing a Real-World Curriculum | Publications - Council for Exceptional Children](#)
- [LCE_Matrix_4.pdf](#)
- [Curriculum](#)

Nutrition

- [Je cuisine avec des images | Les Ateliers plaisir et saine alimentation](#)
- [\(35\) Je cuisine avec des images — Accueil](#)
- [Les bons coups](#)
- [Accueil — Les Jumeleurs / espace communautaire](#)
- [bien manger guide alimentaire illustr.pdf](#)
- [Troubles de l'oralité, de l'alimentation et de la digestion \(Résultats de l'étude de Réseau-Lucioles\) - Réseau Lucioles](#)
- [Couverts adaptés - Réseau Lucioles](#)

Non classé

- [Report to the President: Strengthening an Inclusive Pathway for People with Intellectual Disabilities and Their Families - PCPID-Report-2016.pdf](#)
- [Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management | Guidance and guidelines | NICE](#)
- [Han-Droits : Défendre, promouvoir et surveiller les droits et intérêts des personnes handicapées.](#)
- [Gaining Life Skills](#)
- [Results](#)
- [Outils d'évaluation de la douleur — IUDthèque — Espace professionnels de santé — Douleur — Institut upsa de la douleur](#)
- [Handbook of Research-Based Practices for Educating Students with Intellectual Disability — Livres sur Google Play](#)
- [unapei livre blanc polyhandicap et citoyennete.pdf](#)
- [Talking Mats | Improving communication, improving lives](#)
- [Dr. Joan Murphy using Talking Mats Original with Ian - YouTube](#)
- [About Plain Facts 1](#)

- [Logiciels — La déficience intellectuelle](#)
- [Assessment Guided Practices](#)
- [Prism 9 Book Final — Sample-Home-and-Community-Living-Skills-and-Activities-for-a-Real-World-Curriculum.pdf](#)
- [Une efficacité démontrée | Pratiques Parentales Positives \(Triple P\)](#)
- [Les trésors en éducation spécialisée](#)
- [RCPHL, Regroupement pour la concertation des personnes handicapées des Laurentides](#)
- [Accès Troubles de la Communication Canada | Accès Troubles de la Communication Canada](#)
- [les bienfaits de l'utilisation de pictogrammes chez les adultes ayant une déficience intellectuelle ainsi qu'une problématique de santé mentale.pdf](#)
- [Special Needs Classroom — Bridges Canada](#)
- [CEBC » Coping Cat » Program » Detailed](#)
- [Triple P Stepping Stones Parenting in Australia - Home](#)
- [Specialist programs - Triple P](#)
- [Evidence based - Triple P](#)
- [Les technologies » Autisme au quotidien | CHU Sainte-Justine](#)
- [Autisme et Orthophonie » La VB-MAPP — partie 1](#)
- [Specialized Strategies: Nonverbal Reading Approach - +Nonverbal+Reading+Approach.pdf](#)
- [Key debates and the concept of 'social inclusion' - GSDRC](#)
- [Communication Services and Supports for Individuals with Severe Disabilities: Guidance for Assessment and Intervention](#)
- [Microswitch-Based Programs \(MBP\) to Promote Communication, Occupation, and Leisure Skills for Children with Multiple Disabilities: A Literature Overview: Medical & Healthcare IS&T Book Chapter | IGI Global](#)
- [Lackner YorkNeuroRounds Nov3 - Lackner-YorkNeuroRounds-Nov3.pdf](#)
- [About Us - LD@school](#)
- [ABA : Principes et Applications — Site d'Olivier Bourqueil](#)
- [ACIC — Association canadienne pour l'intégration communautaire](#)
- [AAIDD — Resources for Intellectual and Developmental Disability Professionals](#)
- [Outil de recherche — Office des personnes handicapées du Québec](#)
- [Welcome to TREK ACTs](#)
- [Catégorisation et classification \(DI\) | Portail Enfance et Familles](#)
- [Déficience intellectuelle : Regroupement de parents de Montréal](#)
- [Programme de réadaptation en déficience intellectuelle | CIUSSSCN](#)
- [Publication of the National Center on Secondary Education and Transition](#)
- [L'état des connaissances | Prader-Willi France](#)
- [Aide à la communication Archives — Réseau Lucioles](#)
- [Initiative sur les soins primaires aux personnes ayant une déficience intellectuelle | CNSC](#)
- [DDPCP](#)

- Primary Care Guidelines – DDPCP
- Clinique d'évaluation diagnostique des troubles du sommeil — Autres services — Soins et Services — Hôpital Rivière-des-Prairies
- Université du Québec à Trois-Rivières — Répertoire
- Accueil — AMDI
- Communoutils — Ressources et outils en intervention jeunesse

Tableau A 3 Processus de sélection

La sélection des études scientifiques, à partir de critères d'inclusion prédéfinis, a été réalisée de façon indépendante par deux professionnels scientifiques. Les divergences d'opinions ont été réglées par un troisième examinateur. Un diagramme de flux selon le modèle de PRISMA [Moher *et al.*, 2009] a été utilisé. Le nombre d'études exclues et la raison d'exclusion y sont colligés. Une liste des références exclues peut être fournie sur demande.

Figure A 1 Diagramme de flux

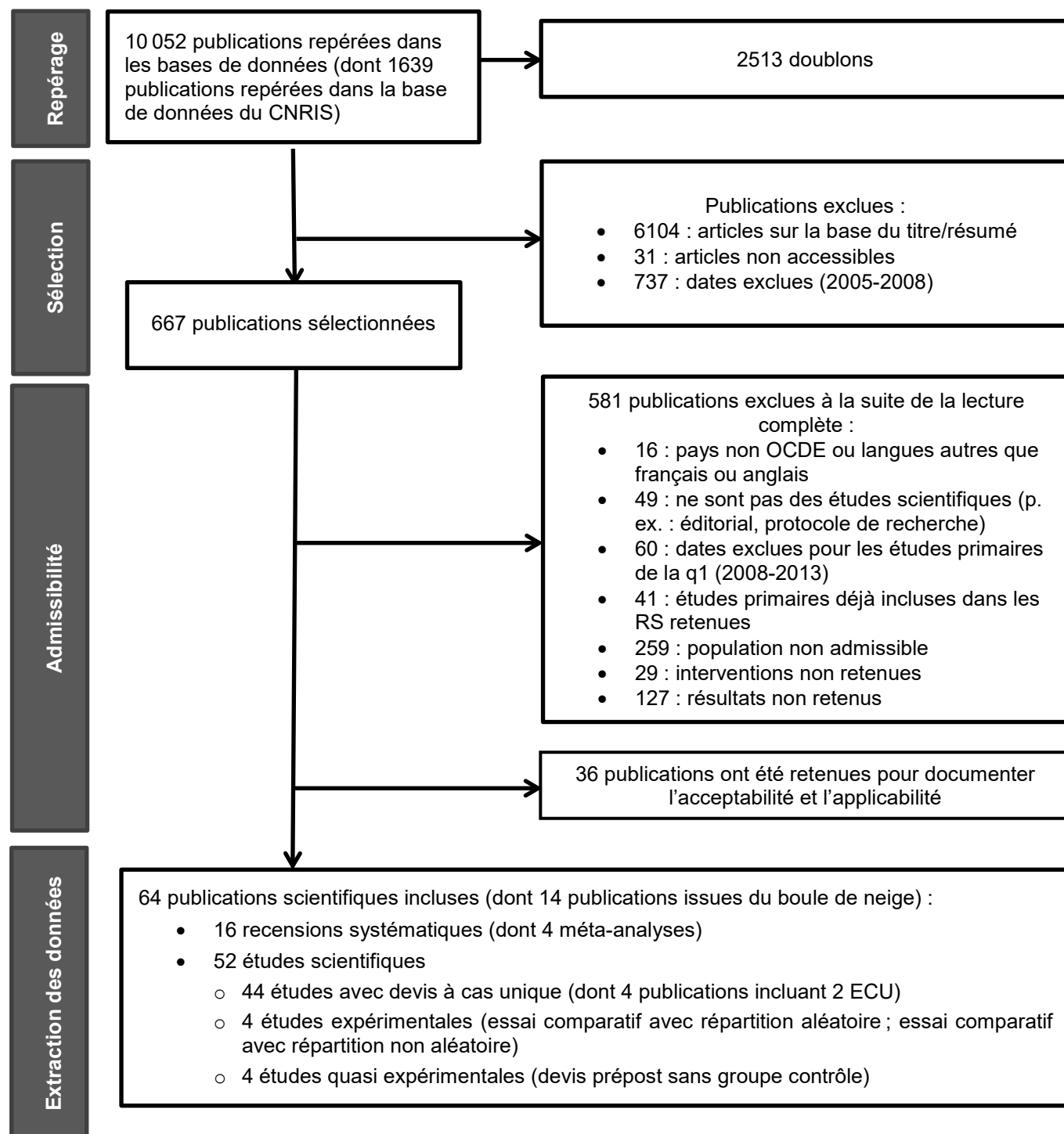


Tableau A 4 Évaluation de la qualité des données

La qualité méthodologique des études scientifiques a été évaluée à l'aide des grilles ou outils d'évaluation suivants :

- le *Risk of bias in N-of-1 Trials scale* (RoBiNT; [Tate *et al.*, 2015; Tate *et al.*, 2013]) pour les études avec un devis à cas unique;
- la grille du *National Institutes of Health* (NIH) pour les études à devis prépost sans groupe contrôle¹;
- l'outil d'évaluation critique d'une étude analytique de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pour les essais comparatifs avec répartition aléatoire ou non [ASPC, 2014];
- la grille *Assessment of Multiple Systematic Reviews* (AMSTAR-2) pour les revues systématiques et les méta-analyses [Shea *et al.*, 2017; Shea *et al.*, 2009].

La qualité méthodologique de la totalité des études a été évaluée de façon indépendante par deux professionnelles scientifiques sauf pour les études à devis à cas unique pour lesquelles les deux professionnelles ont fait des exercices pratiques d'appropriation de l'outil d'évaluation avec plusieurs études. Les désaccords ont été résolus par consensus. La qualité méthodologique des études retenues est disponible dans la description des études scientifiques d'efficacité retenues (annexe O, tableau O 1).

Mentionnons qu'aucune étude n'a été exclue sur la base de sa qualité méthodologique. Toutefois, ce facteur a été pris en considération lors de l'interprétation des résultats et de la formulation des recommandations.

Tableau A 5 Extraction des données

Les données issues de la littérature scientifique ont été extraites à l'aide d'une grille préalablement testée. Les champs de cette grille comptent notamment l'auteur, l'année de publication, le devis de recherche, le risque de biais, les caractéristiques de la population, l'habitude de vie et les comportements visés par l'intervention, les modalités de l'intervention, les techniques utilisées et les résultats. La littérature scientifique retenue portant sur l'efficacité des interventions auprès des jeunes présentant une DI et de leurs parents ne décrit pas de façon uniforme les interventions évaluées. Lorsqu'une intervention ou un modèle est nommé comme tel dans un ou plusieurs articles, nous avons rapporté ces résultats séparément. Par ailleurs, nous avons regroupées sous l'appellation « intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC », toutes les interventions qui présentent les caractéristiques communes suivantes :

- une mesure objective du comportement principalement à l'aide d'un devis à cas unique (pour en savoir davantage sur l'utilisation des devis à cas unique [Lanovaz, 2013]) ;

¹ National Institutes of Health (NIH). Study Quality Assessment Tools [site Web], disponible à : <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.

- l'utilisation de techniques éprouvées basées sur les principes du comportement qui ont été établis et validés dans le cadre de la recherche scientifique ;
- un contrôle précis de l'environnement qui permet l'évaluation objective des effets sur le comportement de l'intervention [Hagopian *et al.*, 2015].

Bien que les revues systématiques (RS) retenues dans ce guide portent généralement sur les effets d'une technique spécifique, nous avons pu constater que les interventions analysées dans le cadre de ces RS respectent les caractéristiques ci-dessus, c'est pourquoi les résultats des RS sont principalement intégrés dans la démonstration de l'efficacité des techniques basées sur l'AAC.

L'exactitude de l'extraction des résultats des études a été validée par le biais d'une relecture de la part d'une seconde professionnelle scientifique ou de la coordonnatrice scientifique. La description des études scientifiques d'efficacité retenues se trouve dans le tableau O 1 de l'annexe O.

Tableau A 6 Formulaire d'appréciation de la preuve scientifique utilisé pour évaluer les énoncés d'efficacité des interventions

Critères d'appréciation	Échelles d'appréciation
Qualité méthodologique des études • La quantité d'études incluses dans la synthèse de données • Le plan d'étude optimal pour répondre à la question d'évaluation • Le risque de biais/respect des critères méthodologiques • La précision (taille de l'échantillon optimale et puissance statistique)	Qualité très élevée • Au moins une étude ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. - OU • Plusieurs études (au moins 4 dans le cas des ECU) ou une synthèse d'études dont les plans sont suffisamment appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. Qualité élevée • Une ou deux études (au moins 3 dans le cas des ECU) dont les plans sont suffisamment appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. • Une synthèse d'études dont les plans sont peu appropriés pour répondre à la question d'évaluation ou clinique, de bonne qualité méthodologique avec un faible risque de biais. Qualité modérée • Plusieurs études (au moins 3 dans le cas des ECU) ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de moyenne qualité méthodologique avec un risque modéré de biais. • Une ou deux études (au moins 3 dans le cas des ECU) dont les plans sont peu appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de bonne qualité méthodologique avec un risque modéré de biais. Qualité faible • Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais. • Plusieurs études ou une synthèse d'études dont les plans sont suffisamment appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais. • Au moins une étude ou synthèse d'études dont les plans sont peu appropriés à la question d'évaluation ou de pratique, de faible qualité méthodologique avec un risque majeur de biais.
Cohérence/fiabilité (<i>dependability</i>) • La cohérence de l'effet de l'intervention, en considérant la comparabilité des populations, des méthodes et des instruments de mesure • La complémentarité et la diversité	Cohérence très élevée • Toutes les études sont cohérentes. Cohérence élevée • La plupart des études sont cohérentes, sinon l'incohérence peut être expliquée. Cohérence modérée • L'incohérence reflète une véritable incertitude quant à la question clinique. Cohérence faible

Critères d'appréciation	Échelles d'appréciation
des méthodes et des mesures	Les études sont incohérentes. Non applicable (1 seule étude)
Impact clinique ou organisationnel - L'importance clinique/organisationnelle/sociale de l'effet - L'atteinte des objectifs d'intervention	Impact très élevé - L'impact clinique des résultats est très grand. Impact élevé - L'impact clinique des résultats est substantiel ou important. Impact modéré - L'impact clinique des résultats est modéré. Impact faible - L'impact clinique des résultats est limité ou insuffisant.
Généralisabilité/transférabilité - La similarité entre les populations et les contextes à l'étude et ceux ciblés - La possibilité d'adaptation de l'intervention	Généralisabilité très élevée - La population étudiée et le contexte de l'étude sont les mêmes que la population et le contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature sont généralisables à la population et au contexte cible. Généralisabilité élevée - La population étudiée et le contexte de l'étude sont similaires à la population et au contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature sont généralisables à la population et au contexte cible, avec quelques mises en garde. Généralisabilité modérée - La population étudiée et le contexte de l'étude diffèrent de la population et du contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature ne sont pas directement généralisables à la population et au contexte cible, mais pourraient être appliqués de façon judicieuse à la population et au contexte ciblés. Généralisabilité faible - La population étudiée et le contexte de l'étude diffèrent de la population et du contexte ciblés. Par conséquent, les résultats rapportés dans la littérature ne sont pas directement généralisables à la population et au contexte cible ; il est difficile de juger s'il est judicieux de les appliquer à la population et au contexte ciblés.

Tableau A 7 Formulaire d'attribution du niveau de preuve scientifique

Niveau de preuve	Définition
Élevé	Tous les critères d'appréciation ont obtenu une appréciation positive. Un haut niveau de confiance que l'effet estimé est comparable aux objectifs de l'intervention est atteint. Il est peu probable que la conclusion tirée des données scientifiques soit fortement remise en cause par les résultats d'études futures.
Modéré	La plupart des critères d'appréciation ont obtenu une appréciation positive. Un niveau de confiance modéré que l'effet estimé est comparable aux objectifs de l'intervention est atteint. Il est assez probable que la conclusion tirée de ces données soit remise en cause par les résultats d'études futures.
Faible	Tous ou la plupart des critères d'appréciation ont obtenu une appréciation négative. Un faible niveau de confiance que l'effet estimé est comparable aux objectifs de l'intervention est atteint. Il est très probable que la conclusion tirée de ces données soit fortement remise en cause par les résultats d'études futures.
Insuffisant	Aucune donnée scientifique n'est disponible, ou les données disponibles sont insuffisantes. Aucune confiance quant au lien entre l'effet estimé et les objectifs de l'intervention, ou pas conclusion à partir des données présentées.

ANNEXE B HV 1 — communication : Données détaillées

Tableau B 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 1)

Habitude de vie — Communication				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Lussier-Desrochers <i>et al.</i> , 2016a	Rapport de recherche déposé au MSSS (Québec)	Évaluer les impacts associés à l'intégration des tablettes électroniques au Programme ministériel des aides techniques à la communication (PMATCOM) pour favoriser la communication non orale de la clientèle présentant une DI ou un TSA.	Techniciennes en éducation spécialisée (n=6) et orthophonistes (n=9) provenant de 6 CISSS et CIUSSS différents.	Les pratiques d'utilisation des tablettes • Importance de l'évaluation préalable au choix de l'outil de communication (capacités, centres d'intérêt, besoins, intention de communication) contexte d'utilisation, famille et proches, milieux de vie. • Importance de consulter divers professionnels compte tenu de cette évaluation multidisciplinaire. Rôle prépondérant des orthophonistes. Ergothérapeute et neuropsychologue sont souvent nécessaires, mais l'accès à ces professionnels est difficile. • Niveau d'engagement des proches à un impact sur niveau d'utilisation de la tablette électronique. • Le choix devrait se faire suite à des essais cliniques avec différentes technologies. Lorsque l'intervenant ne peut bénéficier du soutien d'une orthophoniste, le choix se fait de façon plus intuitive selon les préférences de la personne et le coût. • Devrait y avoir un entraînement à utiliser la tablette pour les responsables des différents milieux de vie et l'enfant. Avantages • Suscite l'intérêt et non stigmatisant • Peut servir de renforçateur • Accessible et simple • Transport et manipulation facile • Permet de travailler plusieurs objectifs simultanément, d'intégrer plusieurs outils et de développer plusieurs compétences • Diminue la quantité de matériel à produire pour les orthophonistes Désavantages • Fragile et nécessite protection • Peu utilisable lorsqu'il y a une difficulté de motricité fine • Certaines applications non disponibles en français et pas adaptées pour DI

Habitude de vie — Communication				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				Retombées pour l'utilisateur • Permet de communiquer • Augmente l'autonomie • Diminue certaines problématiques comportementales • Favorise l'inclusion sociale et le bien-être • Réduit la situation de handicap Retombées pour la famille • Meilleure compréhension de la personne • Rassure le parent (autonomie vs expression) • Permet de se sentir compétent dans son rôle de parent Facilitateurs, utilisateurs • Intérêt à utiliser la tablette pour communiquer • Y avoir accès en permanence • Accès aux ressources financières • Accès à un soutien technique • Engagement des proches Facilitateurs, orthophonistes • Connaissances technologiques et scientifiques • Accès à du soutien clinique et technique • Multidisciplinarité • Accès au matériel • Connaître PMATCOM • Directives claires des milieux d'intervention
Palmer <i>et al.</i> , 2012	Article scientifique (É-U)	Sondage Documenter l'utilisation des technologies utilisées par les personnes qui présentent une DI.	Parents américains (ou autre adulte responsable d'une personne présentant une DI (n=1617))	• 26 % des 1-17 ans utilisent un moyen technologique pour faciliter la communication, alors que cette proportion s'élève à 19 % pour les 18-21 ans. • Parmi ceux qui utilisent une aide à la communication, 47 % rapportent des problèmes en lien avec leur utilisation, et 39 % déclarent que les bris peuvent survenir avec l'aide technologique. • 24 % indiquent que la personne qui présente une DI ne sait pas comment utiliser l'aide technologique en communication. • 11 % des répondants indiquent que la personne avec DI bénéficierait d'une aide technologique à la communication, mais n'y ont pas accès. • Parmi les barrières d'accès à une aide technologique à la communication identifiée, les participants ont indiqué

Habitude de vie — Communication				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				notamment le coût élevé, le besoin d'une évaluation préalable et la complexité de l'aide technologique.
Prynallt-Jones <i>et al.</i> , 2018	Article scientifique (R.U.)	Entrevues qualitatives Comprendre l'expérience des travailleurs sociaux dans leurs tentatives à communiquer et à soutenir les enfants et les jeunes adultes qui communiquent de façon non verbale et qui présentent une DI.	Travailleurs sociaux qui œuvrent entre autres auprès d'enfants présentant une DI sévère ou profonde (n=7)	Barrières à la communication : • besoin de bien savoir interpréter le langage corporel, ce qui est parfois difficile; • facilité à entrer en communication avec les enfants dépend grandement de leur niveau de déficience; • malgré l'utilisation de différents moyens, la communication peut parfois demeurer difficile. Barrières à l'intervention : • difficulté à bien évaluer le besoin lorsque l'enfant présente des difficultés de communication; • temps limité pour développer leurs habiletés à mieux communiquer avec les enfants; • besoin exprimé à participer à davantage de formations (formelles et informelles) liées aux méthodes de communication; • Intervenants ont un grand intérêt pour l'utilisation des moyens alternatifs pour communiquer (symboles, langage des signes, PECS). Leviers qui facilitent l'utilisation des aides à la communication : • créativité de l'intervenant à l'utiliser des méthodes de communication qui correspondent aux enfants; • disponibilité des aides à la communication.
Valiquette, 2008	Thèse (Québec)	Entrevues qualitatives 1) Perceptions des orthophonistes sur leur pratique professionnelle auprès de personnes ayant une DI qui utilisent une ACSV ? 2) Quelles contraintes rencontrent-elles dans l'exercice de leur profession ?	Utilisateurs d'aides à la communication à sortie vocale (ACSV) avec DI (légère à modérée), âgés de 8 à 20 ans (n=8), leurs parents (n=11) et une famille d'accueil	Contextes d'utilisation • Tous les participants utilisent leurs ACSV à l'école et 4/8 l'utilisent à la maison. Pour ces deux contextes, ceux qui utilisent leur ACSV sont satisfaits. • Les parents de ceux qui n'utilisent pas leur ACSV à la maison perçoivent que la parole ou les signes sont plus efficaces. Certains parents éprouvent aussi des difficultés à comprendre leur enfant via l'ACSV et d'autres expliquent que l'ACSV n'a pas le vocabulaire nécessaire et que cela rend son utilisation inefficace. • Seulement 3/8 utilisent l'ACSV lors de leurs loisirs et pour leurs sorties dans la communauté. • La raison déclarée pour laquelle les ACSV ne sont pas utilisés dans le contexte de la communauté est que le

Habitude de vie — Communication				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
		3) Quelle utilisation les personnes ayant une DI font-elles de leur ACSV ? 4) Quels sont leur niveau de satisfaction et leur appréciation de leur ACSV et quelles sont leurs priorités de communication ? 5) Quelle est l'implication des parents dans les prises de décision ? 6) Quel est le niveau de compétence des parents pour soutenir l'utilisation de l'ACSV de leur enfant ? 7) Quelle est leur appréciation des services professionnels ?	Technologie utilisée : Macaw, PathFinder, Minspeak, Alpha Talker, Dynamo, Dactyl. Parents (n=12) et familles d'accueil (n=2) de 10 jeunes âgés de 8 à 20 ans, présentant une DI de légère à sévère.	parent agit à titre d'aide à la communication. La majorité des parents perçoivent que la communication entre leur enfant et des inconnus ou lors des sorties dans la communauté n'est pas satisfaisante. La communication des jeunes • Les parents sont préoccupés par la communication avec les pairs et par le futur de leur enfant et la possibilité d'être un membre actif de la communauté, entre autres parce que l'ACSV n'offre pas assez de vocabulaire ou ne permet pas une communication efficace dans ces contextes. • Certains jeunes n'ont pas accès à leur ACSV dans les contextes où la communication avec les pairs est possible (p. ex. : à la cafétéria de l'école, lors de la récréation). • La majorité des parents nomment qu'une personne qui n'est pas familière ne peut comprendre leur enfant, généralement parce que l'ACSV ne le permet pas. L'opinion sur les ACSV • La majorité des parents perçoivent que l'ACSV a un impact positif sur leur enfant qui dépasse la communication. • Augmente la participation à l'école, leur contrôle sur l'environnement en plus de l'estime de soi. • Certains parents mentionnent que l'ACSV a permis d'augmenter les habiletés d'écriture. • Diminution des frustrations puisque l'enfant est mieux compris. • Diminution de l'isolement puisque les gens engagent la conversation plus facilement. • D'autres perçoivent l'indépendance que cela peut fournir à leur enfant surtout à l'âge adulte. • Cependant, cela demande plus de responsabilités aux parents puisqu'ils doivent connaître la technologie, la programmer et qu'ils sont préoccupés qu'il ne soit pas perdu ou brisé. Critiques • Tous les parents avaient des critiques envers les ACSV. • Certains nomment que la voix ne correspond pas à l'âge ou même le sexe de leur enfant. • Piètre qualité de l'enregistrement.

Habitude de vie — Communication				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• La moitié des parents ont dû gérer un bris. • Vocabulaire utile dans un contexte, mais pas pour les autres. • Installation, programmation complexe, trop lourde. Les parents croient tout de même important que leur enfant ait ces ACSV et apprécient quand il y a beaucoup de vocabulaire. L'implication des parents Considéré comme un incontournable dans le succès de l'utilisation d'un ACSV et AAC. Dans la décision et dans l'implantation. • Les parents ne sont pas toujours impliqués dans l'évaluation et le choix de l'ACSV. • Ils manquent de formation pour soutenir leur enfant. • Une minorité a été impliquée dans la sélection de la technologie. • La plupart sont impliqués dans la sélection du vocabulaire, les objectifs et l'implantation, mais à différents degrés. • La moitié des parents savait comment programmer du nouveau vocabulaire. • Plus la technologie est complexe, moins les parents sont autonomes. Le soutien des professionnels • Les professionnels qui ne considèrent pas les parents obtiennent de moins bons résultats. • Bien que les parents reconnaissent ne pas avoir exprimé leur besoin de soutien aux professionnels, certains auraient apprécié plus d'informations et de soutien sur la technologie, l'implication attendue et le soutien à offrir à leur enfant. • Les parents ont aussi perçu que certains professeurs avaient besoin de plus de préparation à utiliser l'ACSV. • Manque de services au scolaire. Facteurs d'influence sur les résultats de l'intervention • Le niveau de participation du jeune et de sa famille dans l'évaluation et l'identification des objectifs est important puisqu'il aura un impact sur l'adéquation entre l'outil et les besoins et ainsi sur la fréquence d'utilisation et la satisfaction envers l'ACSV.

Habitude de vie — Communication				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				Les compétences des parents à soutenir leur jeune favorisent l'utilisation de la technologie.
Valiquette <i>et al.</i> , 2010	Article scientifique Canada	Entrevue individuelle (n=11) Discussion de groupe (n=7) Connaître les perspectives sur la pratique des orthophonistes qui œuvrent auprès d'utilisateurs d'aide à la communication avec sortie vocale, le rôle des parents des utilisateurs de ces aides, besoins et obstacles rencontrés dans leurs pratiques	11 orthophonistes qui ont au moins 1 client avec une DI, de niveau scolaire ou préscolaire	Évaluation pour établir le besoin d'utiliser une aide à la communication - Capacité à comprendre et utiliser divers modes de communication déterminent les moyens mis en place par les orthophonistes. - Ces capacités sont tributaires des habiletés des enfants. - Nécessite implication de partenaires (p. ex. : ergo), mais ne sont pas toujours disponibles. - Manque de lignes directrices pour l'évaluation. Objectifs de communication - Parfois non intégrés au PI. - Décision d'attribuer une aide à la communication ne fait pas toujours consensus lors de la rencontre PI. Sélection des aides techniques - Influencée par des facteurs extrinsèques (motivation et compétence des partenaires, accès à des ressources professionnelles, disponibilité des distributeurs, capacité du milieu familial et de l'enfant). - Influencés par les modalités d'utilisation (nécessité de faire un bon appariement-personne/aide technique, manque de ressources, collaboration avec un centre suprarégional pour avoir accès à différentes aides techniques). - Influencée par les obstacles à la sélection (manque de connaissances des orthophonistes pour sélectionner une aide à la communication, souhaitent des formations, mais peu sont offertes, difficultés à obtenir une libération pour se faire former, manque de matériel pour faire des essais). Barrières à l'utilisation d'aide à la communication - Orthophonistes pas en mesure de soutenir l'utilisation des aides à la communication dans les milieux de vie autres que l'école et la maison. - La non-collaboration du parent et du professeur. - Mouvement de personnel. - Certaines caractéristiques des aides à la communication (gros, poids, bris fréquents). - Besoin principal des orthophonistes : échanges d'information concernant les aides à la communication.

Habitude de vie — Communication				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				Facteurs de succès • Collaboration du milieu scolaire et de la famille.

Tableau B 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 1)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Neuf articles portant sur l'évaluation d'une intervention qui vise à améliorer l'autonomie des jeunes dans la réalisation de l'habitude de vie - communication ont été retenus [Alzrayer <i>et al.</i>, 2017; Biggs <i>et al.</i>, 2017; Butler, 2016; Stephenson, 2016; Blasko, 2015; Lojkovic, 2015; Ganz <i>et al.</i>, 2014; Rispoli <i>et al.</i>, 2010; Snell <i>et al.</i>, 2010] (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Sept études ont été réalisées aux États-Unis et deux études ont été réalisées au Royaume-Uni. Ces articles présentent les résultats pour cinq études avec un devis à cas unique (ECU)², d'un essai comparatif avec répartition aléatoire (ECRA), d'une étude à devis prépost sans groupe contrôle (prépost) et de trois revues systématiques (RS) avec un risque de biais qui est réparti comme suit : faible (4/10), modéré (4/10) et élevé (2/10).
Participants des études retenues
Les 748 participants des études (n ECU = 11 ; n ECRA = 146 ; n (prépost) = 6, n RS = 585) présentent les caractéristiques suivantes : - 56 % de sexe masculin, 12 % dont le sexe n'est pas rapporté ; - âgés entre 7 et 21 ans (sept études) ou moyenne de l'âge des participants entre 6-21 ans (trois études); - 60 % présentant une DI légère à profonde, lorsque rapportée; - présentant principalement des besoins complexes en communication; - 14 % présentant également un TSA.
Interventions évaluées
Comportements visés • Produire un message (p. ex. : obtenir de l'attention, demander de l'aide, effectuer une demande) (10 études). • Comprendre un message (une étude).

² L'article de Lojkovic [2015] comprend deux études avec un devis à cas unique distinctes.

Durée/Intensité

- Varie de très courtes durées (quelques séances seulement) à longue période (un semestre à deux ans) (six études).

Modalité

- En individuel majoritairement.
- En dyade avec un pair.

Milieu

- École dans la majorité des études.

Dispensateur de l'intervention

- Varié (chercheur, enseignant, professionnel, parent).
- Jeune ne présentant pas de DI dans le cas des dyades.

Description des interventions

1. Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC, avec utilisation d'une aide technologique à la communication [Alzrayer *et al.*, 2017; Stephenson, 2016; Lojkovic, 2015; Rispoli *et al.*, 2010];
2. Une intervention incluant l'utilisation d'une aide technique à la communication seulement (p. ex. : avec *microswitch*, dispositifs à sortie vocale, *Picture Exchange Communication System* (PECS)) [Ganz *et al.*, 2014; Snell *et al.*, 2010];
3. La formation et encadrement de jeunes dont le développement est neurotypique, jumelés avec des jeunes présentant une DI dans le but de favoriser la communication et les interactions sociales [Biggs *et al.*, 2017; Blasko, 2015];
4. Une intervention de type *TEACCH* (Traitement et éducation des enfants autistes ou souffrants de handicaps de communication apparentés) incluant un aménagement de l'environnement dans le milieu scolaire et le recours à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC (p. ex. : le modelage, l'incitation décroissante, l'enseignement en contexte réel). De plus, cette intervention s'appuie sur les forces du jeune et favorise des interactions positives entre l'adulte et l'enfant [Butler, 2016];
5. D'autres interventions (*functional communication training, systematic social interactive training, enhanced milieu teaching*) [Snell *et al.*, 2010].

EFFETS DE L'INTERVENTION

1. Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC, avec l'utilisation d'une aide technologique

L'intervention s'est avérée efficace :

- 75 % à 100 % des situations évaluées³ (effectuer une demande à partir d'un dispositif à sortie vocale (iPad®)), [Alzrayer *et al.*, 2017];
- amélioration du nombre de messages électroniques envoyés de façon indépendante (iPod touch®) [Lojkovic, 2015];
- augmentation de la fréquence d'expression d'un choix par sélection d'images (iPad®) [Stephenson, 2016];
- 86 % des études recensées rapportent une amélioration des habiletés de communication en général pour 100 % des participants (différents types de dispositifs à sortie vocale) [Rispoli *et al.*, 2010].

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue sur une période de deux semaines pour les deux participants pour lesquels des résultats sont disponibles [Lojkovic, 2015].

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour les cinq participants pour lesquels des résultats sont disponibles [Alzrayer *et al.*, 2017; Lojkovic, 2015]. La généralisation portait sur une légère modification de la tâche (p. ex. : changement d'images, changement de destinataires).

De plus, une des revues systématiques portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences a été retenue [Gilson *et al.*, 2017]. Elle démontre l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC dans la majorité des habitudes de vie, dont la communication (annexe N, tableau N 3).

2. Une intervention incluant l'utilisation d'une aide technique à la communication

Le système *PECS* s'est avéré efficace :

³ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occurrence avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

- taille d'effet⁴ important pour le programme *PECS* (taille d'effet = 0,84) [Ganz *et al.*, 2014] ;
- 96 % des études recensées rapportent une amélioration des habiletés de communication par différentes interventions, dont les aides à la communication supportées par des images, tels que *PECS* (32 %) [Snell *et al.*, 2010].

Une intervention incluant un dispositif à sortie vocale est efficace :

- taille d'effet important pour les dispositifs à sortie vocale (taille d'effet = 0,70) [Ganz *et al.*, 2014].

Les interventions incluant d'autres aides techniques à la communication comme des images ou des photos, mais qui diffèrent de celles du système *PECS* sont efficaces :

- taille d'effet important (taille d'effet = 0,63), mais moins important que le système *PECS* [Ganz *et al.*, 2014].

3. La formation et l'encadrement de jeunes dont le développement est neurotypique, jumelés avec des jeunes présentant une DI dans le but de favoriser la communication et les interactions sociales

Avant l'intervention, les participants présentaient peu de communication avec leurs pairs à l'école.

Après l'intervention, les résultats rapportés par les études retenues sont hétérogènes :

- absence de différence statistiquement significative quant aux habiletés de communication expressive ou réceptive entre les 3 groupes (1. support par jumelage en classe inclusive, 2. groupe social cohésif autour du jeune formé de pairs ne présentant pas de DI et 3. groupe témoin) (n=146) [Blasko, 2015];
- amélioration statistiquement significative du nombre de communications de la part du jeune vers le pair et vice-versa, à la suite de l'intervention de soutien par jumelage en classe inclusive (n=4) [Biggs *et al.*, 2017].

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour un participant au sujet duquel des résultats sont disponibles et se généralisait dans un contexte différent, à savoir dans deux autres matières étudiées.

4. Une intervention de type TEACCH

Suite à une intervention de type *TEACCH* d'une durée de deux ans réalisée en groupe dans le milieu scolaire auprès de six jeunes présentant une DI sévère, la communication expressive et réceptive s'est améliorée de façon modeste chez quelques

⁴ Voir à la fin du tableau O 1 pour la définition de taille d'effet.

participants (pas de résultats statistiques disponibles) [Butler, 2016]. Cette étude démontre également d'autres résultats qui ne seront pas présentés du fait des mesures utilisées et de l'absence d'analyse statistique.

5. D'autres interventions

96 % des études recensées rapportent une amélioration dans la communication ainsi que dans les interactions sociales pour différentes interventions telles *que functional communication training, systematic social interactive training, enhanced milieu teaching* [Snell *et al.*, 2010].

Le manque d'information sur ces interventions dans la revue systématique et l'absence d'autres articles retenus portant sur ces interventions ne permettent pas d'émettre d'énoncés d'efficacité pour ces interventions.

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC, avec l'utilisation d'une aide technologique, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - communication chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Le système *Picture Exchange Communication System* (PECS) est efficace pour augmenter les habiletés de communication chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI avec un TSA.

Une intervention incluant le recours à un dispositif à sortie vocale est efficace pour accroître les habiletés de communication chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI avec un TSA.

Une intervention incluant l'utilisation d'une autre aide à la communication de basse technologie, comme des images ou des photos, mais qui diffère de celles du système PECS est efficace pour augmenter les habiletés de communication chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI avec un TSA.

Une intervention de type TEACCH est peu efficace pour améliorer les compétences en communication chez les étudiants de plus de 16 ans présentant une DI sévère.

La formation et l'encadrement de jeunes dont le développement est neurotypique, jumelés avec des jeunes présentant une DI dans le but de favoriser la communication et les interactions sociales, ne sont pas efficaces pour augmenter la communication expressive et réceptive chez les jeunes âgés de 10 à 21 ans qui présentent une DI avec ou sans TSA.

Tableau B 3 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 1)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC, avec l'utilisation d'une aide technologique, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - communication chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	• Nombre d'études : 4 ECU ; 2 RS • Plan d'étude optimal : approprié • Risque de biais : modéré (3/4) et élevé (1/4) (ECU) ; élevé (1/2), très élevé (1/2) (RS) • Taille de l'échantillon : n=7 (ECU) ; n=852 (RS)
Cohérence / fiabilité	Élevée	• Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur la communication.
Impact clinique ou organisationnel	Modéré	• Les apprentissages visés répondent à un besoin quotidien. Cependant, les études rapportent peu de résultats à l'égard de la généralisation à d'autres situations et du maintien dans le temps des améliorations obtenues.
Généralisation / transférabilité	Élevée	• Les caractéristiques des jeunes sont similaires. • Les contextes sont également similaires (mais principalement l'école).
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Le système *Picture Exchange Communication System (PECS)* est efficace pour augmenter les habiletés de communication chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI avec un TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	• Nombre d'études : 2 RS • Plan d'étude optimal : modérément approprié • Risque de biais : élevé (1/2), très élevé (1/2) (RS) • Taille de l'échantillon : n=499
Cohérence / fiabilité	Modérée	• Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur la communication. Cependant, PECS n'est pas beaucoup décrite dans les études citées.

Impact clinique ou organisationnel	Modéré	Les apprentissages visés répondent à un besoin quotidien. Cependant, les études rapportent peu de résultats à l'égard de la généralisation à d'autres situations et du maintien dans le temps des améliorations obtenues. De plus, dans la RS de Ganz et ses collaborateurs, les résultats semblent indiquer une diminution de l'effet au fur et à mesure que l'âge augmente.
Généralisation / transférabilité	Très élevée	- Les caractéristiques des jeunes sont similaires. - Les contextes sont également similaires (école, maison) quand rapportés.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

Énoncé :

Une intervention incluant le recours à un dispositif à sortie vocale est efficace pour accroître les habiletés de communication chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI avec un TSA

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Modérée	- Nombre d'études : 1 ECU; 2 RS - Plan d'étude optimal : suffisamment approprié - Risque de biais : modéré (ECU); élevé (1/2), très élevé (1/2) (RS) - Taille de l'échantillon : n=4 (ECU); n=124 (RS)
Cohérence / fiabilité	Faible	Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de la sortie vocale sur la communication. Cependant, la sortie vocale est une des composantes de l'intervention et il y a peu d'information à cet égard dans les 2 RS.
Impact clinique ou organisationnel	Modéré	Les apprentissages visés répondent à un besoin quotidien. Cependant, les études rapportent peu de résultats à l'égard de la généralisation à d'autres situations et du maintien dans le temps des améliorations obtenues.
Généralisation / transférabilité	Modérée	- Les caractéristiques des jeunes sont similaires en général. Cependant, les RS rapportent des résultats pour un groupe d'âge plus étendu. - Les contextes sont également similaires (principalement école) quand rapporté.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

Énoncé :

Une intervention incluant l'utilisation d'une autre aide à la communication de basse technologie, comme des images ou des photos, mais qui diffère de celles du système *PECS* est efficace pour augmenter les habiletés de communication chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI avec un TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 1 RS - Plan d'étude optimal : suffisamment approprié - Risque de biais : très élevé (1/1) - Taille de l'échantillon : n=38
Cohérence / fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Faible	Les apprentissages visés répondent à un besoin quotidien. Cependant, les études ne rapportent pas de résultats à l'égard de la généralisation à d'autres situations et du maintien dans le temps des améliorations obtenues. De plus, dans la RS de Ganz et ses collaborateurs, les résultats semblent indiquer une diminution de l'effet au fur et à mesure que l'âge augmente.
Généralisation / transférabilité	Faible	- Les caractéristiques des jeunes sont similaires en général. Cependant, les RS rapportent des résultats pour un groupe d'âge plus étendu. - Les contextes ne sont pas rapportés.
Niveau de preuve	FAIBLE	

Énoncé :

Une intervention de type *TEACCH* est peu efficace pour améliorer les compétences en communication chez les étudiants de plus de 16 ans présentant une DI sévère.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 1 prépost - Plan d'étude optimal : peu approprié - Risque de biais : élevé - Taille de l'échantillon : n=6
Cohérence / fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Modéré	Les apprentissages visés répondent à un besoin quotidien. Les entrevues réalisées auprès des parents pointent vers une amélioration de la communication pour les jeunes.
Généralisation / transférabilité	Modérée	- Les caractéristiques des jeunes sont similaires. - Le contexte est scolaire.

Niveau de preuve	FAIBLE	
------------------	--------	--

Énoncé :

La formation et l'encadrement de jeunes dont le développement est neurotypique, jumelés avec des jeunes présentant une DI dans le but de favoriser la communication et les interactions sociales, ne sont pas efficaces pour augmenter la communication expressive et réceptive chez les jeunes âgés de 10 à 21 ans qui présentent une DI avec ou sans TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Modérée	- Nombre d'études : 1 ECU; 1 ECRA - Plan d'étude optimal : modérément approprié - Risque de biais : modéré (2/2) - Taille de l'échantillon : n=4 (ECU); n=146 (ECRA)
Cohérence / fiabilité	Faible	Les études retenues démontrent une incohérence importante de l'intervention sur la communication.
Impact clinique ou organisationnel	Faible	Les apprentissages visés répondent à un besoin quotidien. Bien que les résultats soient significatifs dans l'ECU, ils sont de faible portée. L'ECRA ne démontre pas d'effet pour aucun des 2 groupes d'intervention.
Généralisation / transférabilité	Modérée	Les caractéristiques des jeunes sont similaires en général. Les contextes ne sont pas rapportés. Le contexte est scolaire.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

ANNEXE C HV 2 — déplacements : Données détaillées

Tableau C 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 2)

Habitude de vie — Déplacements				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Freeman <i>et al.</i> , 2015	Article scientifique (Canada)	Idem HV Soins personnel		• Pour l'HV déplacements, l'outil permet de colliger si le jeune est capable de (et s'il désire apprendre à le faire) : - connaître l'adresse de son domicile; - lister trois points de repère dans mon quartier; - reconnaître les intersections majeures autour de mon quartier; - être capable de suivre les indications qu'on m'a données pour me rendre à une destination; - comprendre les directions (nord/sud, gauche/droit, en haut/en bas); - savoir comment utiliser Internet pour trouver des itinéraires; - savoir comment lire une carte.
MTQ, 1995	Guide à l'intention des intervenants qui travaillent auprès des personnes ayant une DI	Comment apprendre à une personne présentant une DI à se déplacer de manière autonome en transport en commun.	Personnes présentant une DI	Ce guide présente les étapes et le programme d'entraînement à l'apprentissage de l'autonomie dans le transport en commun. Il propose 3 étapes : 1) l'apprentissage qui comprend de l'intervention directe ou de l'accompagnement direct, 2) l'exercice autonome qui comprend aussi l'intervention directe, mais un accompagnement estompé, indirect ou en filature, 3) la consolidation des apprentissages. Il contient en annexes des grilles d'évaluation permettant d'apprécier les capacités acquises et celles à acquérir afin de déterminer les objectifs à atteindre. Cet outil a été conçu en 1995 et il serait souhaitable de le mettre à jour afin de tenir compte, entre autres, de l'évolution des moyens de paiement et des nouvelles technologies disponibles.
RUTA de Montréal, 2010	Guide des besoins des personnes ayant des limitations fonctionnelles en matière de transport	Ce guide est un outil pratique qui recense les besoins exprimés par les usagers ayant différentes	• Association montréalaise pour la déficience Intellectuelle (AMDI)	Il n'est pas toujours aisé d'identifier clairement les usagers du transport en commun ayant une DI et pourtant, ces personnes l'utilisent régulièrement. Les personnes ayant une DI sont généralement très sensibles à l'accueil qui leur est

Habitude de vie — Déplacements				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
	en commun, un outil d'aide à la mise en œuvre de l'accessibilité universelle.	limitations fonctionnelles et qui utilisent le transport en commun régulier. S'inspirant du PPH et du concept d'accessibilité universelle.	• Comité régional des associations en déficience intellectuelle (CRADI) • Mouvement des personnes d'abord de Montréal	réservé. Un sourire, de la bienveillance, peuvent faire toute la différence. Certaines personnes ayant une DI s'expriment très bien, ce qui peut donner l'impression qu'elles ont parfaitement compris les indications, ce qui n'est pas toujours le cas. Les personnes apprennent à se déplacer à l'aide de points de repère (mobiliers urbains, enseigne de magasin). La perte de points de repère, ainsi que tout changement d'habitude telle une modification temporaire du parcours d'autobus, peut les désorienter et les laisser démunies. Une aide est souvent nécessaire pour qu'elles puissent arriver à destination. Les grands besoins exprimés concernant l'environnement humain sont : • être accepté et traité comme un usager à part entière; • être respecté et traité avec civisme et courtoisie; • être informé du fonctionnement du transport en commun; • être avisé lors d'un détour, de travaux, d'interruption de service ou d'urgence; • avoir de l'aide si nécessaire. Des besoins spécifiques exprimés par les personnes présentant une DI : • être accueilli de façon courtoise, avec le sourire; • être interpellé directement, même lorsqu'on est accompagné; • avoir le temps nécessaire pour s'exprimer; • savoir quand l'interlocuteur n'a pas compris; • réutiliser le transport sans crainte après avoir eu une mauvaise expérience avec un employé; • se faire offrir de l'aide; • pouvoir identifier un employé à qui demander de l'aide : « Je suis gêné d'avoir à demander de l'aide pour m'orienter. C'est plus facile de demander à un employé dont c'est clair que c'est le travail (uniforme) »; • ne pas être oublié lorsqu'on demande à être averti d'un arrêt précis; • être informé avec des références concrètes et des repères visuels : je comprends si le chauffeur me dit :

Habitude de vie — Déplacements				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				« Marchez deux coins de rue en direction du IGA. » plutôt que « Marchez 100 mètres en direction sud. »; - recevoir des instructions pour toute situation inhabituelle (arrêt loin du trottoir, travaux de voirie) — Le chauffeur doit s'assurer que l'usager a bien compris; - recevoir des instructions lors d'un déplacement temporaire l'arrêt ou un détour, afin de pallier la perte des repères habituels.
Tétreault <i>et al.</i> , 2012	Rapport de recherche destiné à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)	Analyse des politiques sociales et des stratégies de soutien destinées aux familles vivant avec un enfant handicapé	Parents d'enfants handicapés	Les problèmes de transport représentent une barrière importante à la réalisation des activités permettant l'inclusion sociale, la participation aux activités de loisirs, de travail et aux activités citoyennes. Les auteurs recommandent que les services de soutien au transport soient améliorés et qu'il faille aider les familles avec des services mieux organisés et accessibles. Ils recommandent aussi de : - favoriser l'apprentissage aux transports publics pour diminuer la dépendance aux parents et sensibiliser ces derniers à ce service; - favoriser la participation sociale et le développement de l'autonomie des adolescents handicapés; - offrir des services de transport (adaptés ou non) et des programmes d'apprentissage aux services publics, pour permettre à l'adolescent de se rendre à ses activités de loisirs sans dépendre de son parent.
Tillmann <i>et al.</i> , 2013	Article scientifique qualitatif (Allemagne)	Quelles sont les connaissances et les attitudes des chauffeurs d'autobus face à l'inclusion sociale des personnes présentant une DI ?	139 chauffeurs d'autobus	Les auteurs concluent que les chauffeurs constituent un élément important du réseau social qui aide les personnes à utiliser les transports en commun de manière indépendante, car leur soutien peut accroître l'autodétermination et l'inclusion sociale. Pour faciliter l'inclusion sociale des personnes, les chauffeurs devraient recevoir de la formation sur les techniques de communication et d'interaction sociale avec les personnes présentant une DI.

Tableau C 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 2)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Une revue systématique des écrits, qui inclut 24 études, a été retenue [Lindsay et Lamptey, 2018] (pour le détail de l'étude, voir annexe O, tableau O 1). Elle porte sur les meilleures pratiques et composantes efficaces des programmes ou interventions d'entraînement aux déplacements pédestres ou par le biais de transports en commun chez les jeunes qui présentent une DI. Elle a été réalisée au Canada. Le risque de biais est élevé.
Participants des études retenues
Les 857 participants des études présentent les caractéristiques suivantes : - le sexe n'est pas spécifié; - âgés de 5 à 39 ans (moyenne = 18 ans); - 19/24 études de la revue systématique portent sur des participants qui présentent un diagnostic de DI (gravité de la DI majoritairement non rapportée); - d'autres diagnostics peuvent également être présents chez les participants.
Interventions évaluées
Comportements visés • Déplacements pédestres. • Déplacements par le biais de transports en commun. Durée / Intensité • Variable (de courte durée jusqu'à 1 an). Modalité • Non rapportée. Milieu • Divers (contexte réel ou non).

Dispensateur de l'intervention

- Non rapporté.

Description des interventions

- Des interventions incluant le recours à différentes stratégies (pratique en contexte réel, simulation, utilisation de la réalité virtuelle ou de la réalité augmentée, application sur un dispositif technologique portable, utilisation du multimédia (vidéo)) (une recension systématique).

Effets de l'intervention

Les résultats de revue systématique indiquent, sans égard aux stratégies utilisées, une amélioration à la suite de l'intervention au regard :

- des compétences en matière de déplacements pédestres (10/13 études recensées, tailles d'effet non rapportées);
- de la sécurité pédestre (1/1 étude recensée, taille d'effet⁵ non rapportée);
- de la compétence à reconnaître des repères (8/9 études recensées, tailles d'effet variant de petites à grandes);
- de la connaissance et de l'apprentissage du trajet (2/5 études recensées, petites tailles d'effet);
- des compétences à utiliser le transport en commun (4/5 études recensées, tailles d'effet non rapportées).

Les résultats de la recension des écrits de Lindsay et Lamptey [2018] stipulent également que :

- l'utilisation d'une carte permet une meilleure performance, comparativement à la description du trajet;
- l'utilisation d'un jeu de réalité virtuelle portant sur la sécurité pédestre a le potentiel de motiver l'apprentissage de comportements liés à la sécurité pédestre;
- les technologies de réalité augmentée (qui juxtaposent le monde réel et de l'information de navigation) sont plus efficaces que l'utilisation seule de Google Maps;
- les résultats des interventions qui incluent l'utilisation d'une application disponible sur un dispositif technologique portable (p. ex. : tablette électronique, cellulaire) ont montré une amélioration de la navigation, de l'orientation, de l'apprentissage des itinéraires, de l'utilisation du transport en commun et des déplacements pédestres.

⁵ Voir à la fin du tableau O 1 pour la définition de taille d'effet. Malheureusement, les tests effectués pour obtenir les tailles d'effet ne sont pas précisés dans cette revue.

De plus, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences, ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park *et al.*, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2015; Ramdoss *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont les déplacements (annexe N, tableau N 3).

Énoncés liés à l'efficacité

Des interventions incluant des stratégies variées (pratique en contexte réel, simulation, utilisation de la réalité virtuelle ou de la réalité augmentée, application sur un dispositif technologique portatif, utilisation du multimédia (vidéo)) sont efficaces pour améliorer les compétences en matière de déplacements pédestres, de sécurité pédestre, de reconnaissance de repères et d'utilisation des transports en commun chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC est efficace pour favoriser l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - déplacements chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Tableau C 3 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 2)

Énoncé :

Des interventions incluant des stratégies variées (pratique en contexte réel, simulation, utilisation de la réalité virtuelle ou de la réalité augmentée, application sur un dispositif technologique portatif, utilisation du multimédia (vidéo)) sont efficaces pour améliorer les compétences en matière de déplacements pédestres, de sécurité pédestre, de reconnaissance de repères et d'utilisation des transports en commun chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 1 RS - Plan d'étude optimal : approprié - Risque de biais : élevé (1) - Taille de l'échantillon : n=857 (RS)
Cohérence / fiabilité	Élevée	Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles compétences dans l'HV.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	Les apprentissages visés répondent à un besoin important (à savoir se déplacer pour aller à l'école, au travail, etc.).
Généralisation / transférabilité	Modérée	Les caractéristiques des jeunes peuvent être différentes, en fonction des études recensées.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC est efficace pour favoriser l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - déplacements chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	- Nombre d'études : 9 RS - Plan d'étude optimal : approprié - Risque de biais : modéré (4/9) et élevé (5/9) - Taille de l'échantillon : n=1420
Cohérence / fiabilité	Élevée	Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles compétences dans l'HV.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	Les apprentissages visés répondent à un besoin important (à savoir se déplacer pour aller à l'école, au travail, etc.).
Généralisation / transférabilité	Très élevée	- Les caractéristiques des jeunes sont similaires. - Les contextes sont également similaires (communauté).
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

ANNEXE D HV 3 — NUTRITION : DONNÉES DÉTAILLÉES

Tableau D 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 3)

Habitude de vie — Nutrition				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Abbas, 2008	• Résumé d'un rapport de recherche (Canada) • Recherche-action participative (RAP) • Canada	• Mieux comprendre les questions liées aux personnes handicapées et à leur alimentation, cerner les obstacles et trouver des solutions pour aider les personnes handicapées à mieux manger.	• 82 personnes handicapées incluant certaines ayant une DI de 9 villes au Canada, dont Montréal • Âge non spécifié, mais certainement adulte.	• Obstacles recensés à une saine alimentation : coût, manque d'aide pour faire de bons choix, isolement social, transport, manque de choix d'aliments en proximité, ne pas connaître les ressources d'aide, ne pas connaître ses droits. • Solutions nommées par les personnes : planifier les menus, assister à des cours de cuisine, trouver un partenaire d'épicerie, établir des partenariats avec les épiceries, organiser des repas-partage pour essayer de nouveaux plats et rencontrer des gens. • Conclusion : Une approche holistique qui mobilise tous les intervenants (individus, organismes de personnes handicapées et collectivités) est essentielle pour améliorer l'alimentation des personnes handicapées. Nous devons tenter de faciliter les occasions d'établir des partenariats et des réseaux afin que la communauté arrive à répondre collectivement aux besoins des personnes handicapées en matière de saine alimentation.
Perrault et Mitchell, 2013	• Livre de cuisine • « Je cuisine avec des images » • Canada		• Personnes ayant de la difficulté à bien comprendre l'écrit	• Livre sans texte à la portée des faibles lecteurs. Pour créer le livre, conçu pour répondre aux besoins de jeunes et d'adultes vivant avec une déficience intellectuelle légère, l'auteure a passé plus d'une centaine d'heures de validation interactive en cuisine avec ces adultes. • Les 19 recettes simples et saines ont été approuvées par une diététiste. Plats avec viande, plats sans viande et accompagnements.
Subach, 2018	• Article scientifique • États-Unis	• Programme d'éducation nutritionnelle ajouté au Programme APA d'activité physique • Séances (parents) :	• DI (n=8/12) • DI avec TSA (3) • Syndrome de Down (4) • TSA seulement (3)	Points forts du programme : • l'introduction de nouveaux aliments dans un environnement de pairs; • avantages de l'apprentissage dans un contexte social; • l'acceptation d'une saine alimentation grâce aux activités de groupe;

Habitude de vie — Nutrition				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
		• Discussion au sujet des groupes alimentaires		• « food box » à rapporter à la maison (recettes et devoirs); • la répétition des messages; • l'introduction de cours de cuisine; • discussion de groupe et l'interaction sociale (parents). Appréciation du programme : • 8/12 participants ont trouvé les activités adéquates pour les capacités et styles d'apprentissages du participant; • certaines activités ont été jugées difficiles pour certains participants (p. ex. : ouvrir une boîte de conserve); • niveau de langage trop avancé pour une participante; • modalité de groupe moins adéquate pour un participant; • utilisation facilitante des images; • 10/12 participants ont évalué le programme comme « génial ». Améliorations suggérées : • participation plus active dans la préparation des recettes pour les participants; • ajout d'une composante de magasinage; • appariement avec un instructeur pour les activités pratiques; • ajout de cours de cuisine.
Vie autonome Canada, 2009	• Trousse d'action communautaire incluant le résumé du rapport de recherche de Abbas, 2008. • Canada	• Guide de facilitation d'ateliers sur une saine alimentation à l'intention des personnes handicapées	• Personnes handicapées, dont certains jeunes adultes ayant une DI	• Trousse d'activités et de moyens d'animation pour adapter les ateliers aux personnes handicapées dont : - comprendre les groupes alimentaires du Guide alimentaire canadien; - appliquer le guide aux portions et aliments et réalisant des recettes; - planifier des repas sains et faire l'épicerie; - manipuler de manière sécuritaire les aliments (prévenir les intoxications); - organiser des repas-partage.

Tableau D 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 3)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Six articles portant sur l'évaluation d'une intervention qui vise à améliorer l'autonomie des jeunes dans la réalisation de l'habitude de vie nutrition ont été retenus [Bouck <i>et al.</i>, 2017; Kellems <i>et al.</i>, 2017; Shepley <i>et al.</i>, 2017; Goo <i>et al.</i>, 2016; Burckley <i>et al.</i>, 2015; Douglas <i>et al.</i>, 2015] (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Cinq études ont été réalisées aux États-Unis, et une autre a été menée en République de Corée par une équipe américaine. Ces articles présentent les résultats pour sept études avec un devis à cas unique (ECU)⁶, et un risque de biais qui est réparti comme suit : faible (1/7), modéré (4/7) et élevé (2/7).
Participants des études retenues
Les 18 participants de ces études présentent les caractéristiques suivantes : - 67 % de sexe masculin ; - âgés de 12 à 20 ans ; - présentant une DI légère à modérée, lorsque rapportée ; - 17 % présentent également un TSA.
Interventions évaluées
Comportements visés • Faire son épicerie en suivant une liste, incluant ou non les déplacements de l'entrée de l'épicerie jusqu'à la caisse (quatre études). • Préparer des repas simples ou des boissons, ou encore dresser la table (deux études). Durée / Intensité • De courtes durées (10 à 15 minutes) et plusieurs fois par semaine.

⁶ L'article de Douglas et ses collaborateurs [2015] comprend deux études avec un devis à cas unique distinctes.

Modalité

- En individuel.

Milieu

- Classe ou local servant pour l'apprentissage de recettes.
- Local assigné, puis en contexte réel dans le cas des tâches impliquant de faire son épicerie.

Dispensateur de l'intervention

- Chercheur ou enseignant.

Description des interventions

- Intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC. L'incitation à l'aide de photos ou de vidéos, le renforcement, l'incitation croissante ou décroissante et la variation du laps de temps sont fréquemment cités [Bouck *et al.*, 2017; Kellems *et al.*, 2017; Shepley *et al.*, 2017; Goo *et al.*, 2016; Burckley *et al.*, 2015; Douglas *et al.*, 2015].
- Un support électronique (p. ex. : tablette de type iPad®) est présent dans les modalités d'entraînement à la tâche ou comme aide à la réalisation de la tâche, dans toutes les études.

Effets de l'intervention

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus qu'un faible pourcentage des étapes de la tâche en lien avec la nutrition.

L'intervention s'est avérée efficace⁷ dans un peu plus de 50 % des situations évaluées pour les 18 participants, soit :

- la réussite d'au moins les trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 56 % des situations d'évaluation et ;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est notée dans 54 % des situations d'évaluation.

Les jeunes ont particulièrement réussi la tâche lorsque l'intervention incluait de l'incitation à l'aide de photos ou de vidéos [Bouck *et al.*, 2017; Kellems *et al.*, 2017; Shepley *et al.*, 2017; Goo *et al.*, 2016; Burckley *et al.*, 2015; Douglas *et al.*, 2015], alors qu'ils

⁷ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

ont échoué lorsque l'incitation provenait de messages audio [Bouck *et al.*, 2017; Douglas *et al.*, 2015]. En ce qui concerne l'incitation textuelle, les résultats sont plus variables avec moins de la moitié des cas réussis [Goo *et al.*, 2016; Douglas *et al.*, 2015]. Il est difficile de déterminer si la complexité de la tâche, le nombre de tentatives ou l'utilisation d'un support technologique, tel qu'une tablette électronique, ont un effet sur l'efficacité de l'intervention.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue dans le temps pour 8 des 10 participants pour lesquels des résultats sont disponibles [Kellems *et al.*, 2017; Goo *et al.*, 2016; Burckley *et al.*, 2015].

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour quatre des neuf participants pour lesquels des résultats sont disponibles [Shepley *et al.*, 2017; Goo *et al.*, 2016; Burckley *et al.*, 2015]. La généralisation portait sur des tâches, des technologies ou des contextes différents (p. ex. : liste d'articles différents, nouvelle épicerie ou encore retrait de l'appareil technologique).

De plus, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses, portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park *et al.*, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2015; Ramdoss *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont la nutrition (annexe N, tableau N 3).

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - nutrition chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Tableau D 3 Efficacité des interventions auprès des parents (HV 3)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Une seule étude avec un devis à cas unique portant sur l'évaluation d'une intervention visant à outiller les parents pour améliorer l'autonomie des jeunes en ce qui concerne l'habitude de vie liée à la nutrition a été retenue [Batu, 2008] (pour le détail de l'étude, voir annexe O, tableau O 1). Cette étude a été réalisée en Turquie. Le risque de biais est modéré.
Participants des études retenues
• Les parents impliqués à l'étape d'acquisition des nouvelles tâches sont les mères. D'autres membres de la famille ont été impliqués pour s'assurer que l'acquisition pouvait se généraliser lorsqu'un autre proche demandait au jeune de réaliser ces tâches. • Les quatre jeunes évalués présentent les caractéristiques suivantes : - 75 % de sexe masculin; - âgés de 6 à 9 ans; - présentant une DI modérée.
Interventions évaluées
Comportements visés • Fabriquer un yogourt à boire, faire un sandwich, mettre la table (réalisé par le jeune). Durée / Intensité • Phase 1 de l'intervention (auprès du parent) : 40 minutes. • Phase 2 de l'intervention (auprès du parent outillant son enfant) : maximum de 80 minutes par tâche à apprendre. Modalité • En individuel. Milieu

- Phase 1 : bureau du chercheur.
- Phase 2 : maison des participants.

Dispensateur de l'intervention

- Phase 1 : chercheur.
- Phase 2 : parent.

Description des interventions auprès des parents

- Intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC. Description verbale des stratégies à utiliser, modelage, pratique guidée avec incitation simultanée et correction des erreurs notamment. Le choix de tâches à apprendre a été fait par les parents et le découpage en séquences a été réalisé par le chercheur.

Effets de l'intervention auprès des jeunes

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus que 30 % des étapes de la tâche demandée par leur parent.

L'intervention s'est avérée efficace⁸ dans 100 % des situations évaluées pour les quatre participants, soit :

- la réussite d'au moins trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 100 % des situations d'évaluation;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est notée dans 100 % des situations d'évaluation.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue pour les quatre participants (1 et 3 semaines après la fin de l'intervention).

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour les quatre participants. La généralisation consistait à changer d'instructeur (la mère était remplacée par un autre membre de la famille qui donne l'instruction au début de la tâche).

Énoncé lié à l'efficacité

⁸ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

Une intervention visant à outiller les parents à partir d'une formation au sujet des techniques à employer, telles que celles utilisées dans l'AAC, soit le modelage, le soutien au découpage de la tâche et la rétroaction en contexte réel, est efficace pour améliorer l'autonomie de l'enfant dans les activités liées à la préparation de repas (p. ex. : faire une recette, dresser la table), chez les jeunes âgés de 6 à 9 ans présentant une DI modérée.

Tableau D 4 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 3)

Énoncé :

Une intervention appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - nutrition chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	- Nombre d'études : 6 études (incluant 7 ECU); 9 RS - Plan d'étude optimal : approprié - Risque de biais : faible (1/7), modéré (4/7) et élevé (2/7) (ECU); modéré (4/9) et élevé (5/9) (RS) - Taille de l'échantillon : n=18 (ECU); n=1420 (RS)
Cohérence/fiabilité	Élevée	Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles tâches dans l'HV nutrition.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	Les apprentissages visés répondent à un besoin fréquent (plusieurs fois par jour, tous les jours, toutes les semaines) et une amélioration même inférieure à 75 % peut représenter un impact important.
Généralisation/transférabilité	Très élevée	- Les caractéristiques des jeunes sont similaires. - Les contextes sont également similaires (école et épicerie).
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Une intervention visant à outiller les parents à partir d'une formation au sujet des techniques à employer, telles que celles utilisées dans l'AAC, soit le modelage, le soutien au découpage de la tâche et la rétroaction en contexte réel, est efficace pour améliorer l'autonomie de l'enfant dans les activités liées à la préparation de repas (p. ex. : faire une recette, dresser la table), chez les jeunes âgés de 6 à 9 ans présentant une DI modérée.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 1 ECU - Plan d'étude optimal : peu approprié - Risque de biais : modéré - Taille de l'échantillon : n=4
Cohérence/fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Très élevé	À la suite de l'intervention, la réussite de la tâche est supérieure à 75 %.
Généralisation/transférabilité	Élevée	Les parents participant à l'intervention sont uniquement des mères, principalement des mères au foyer. Cette intervention est efficace pour d'autres habitudes de vie dont habitation et loisirs.
Niveau de preuve	FAIBLE	

ANNEXE E HV 4 — condition physique et bien-être psychologique : Données détaillées

Tableau E 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 4)

Habitude de vie — Condition physique et bien-être psychologique				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Barr et Shields, 2011	Étude scientifique qualitative 18 entrevues qualitatives réalisées auprès de 20 parents Australie	Quels sont les barrières et facilitateurs à la participation aux activités physiques des jeunes qui présentent un Syndrome de Down ?	18 (8G ; 10F) de 2 à 17 ans (M=9.9, SD=4.8)	4 thèmes liés aux facilitateurs de la participation aux activités physiques ont été identifiés (1) rôle positif de la famille ; (2) opportunité d'interactions sociales avec les pairs ; (3) programmes structurés accessibles avec une possibilité d'adaptation pour les enfants présentant un Syndrome de Down ; et (4) enfants qui présentent certains traits de personnalité ou certaines capacités physiques. 4 thèmes liés aux barrières à la participation aux activités physiques ont été identifiés : (1) caractéristiques associées au Syndrome de Down; (2) responsabilités familiales qui limitent le temps et l'argent à consacrer aux activités physiques; (3) capacités physiques ou comportementales réduites; et (4) manque de programme accessible.
Bédard et Drolet, 2013 http://choisird egagner.com /adultes/vie-active-0	Guide Québec Provient du site Web dédié à l'activité physique et à l'alimentation des personnes ayant des limitations fonctionnelles dont la DI.	Comment améliorer la pratique d'activités physiques et sportives chez les jeunes ayant une DI ?	Guide élaboré par le biais d'entrevues réalisés auprès de jeunes ayant une DI, de parents et d'intervenants du Québec ainsi que d'une recension des écrits. Guide à l'intention des parents, des éducateurs physiques et des entraîneurs.	Les recommandations-clés à retenir lorsque l'on intervient auprès de jeunes ayant une DI sont de : • connaître les capacités (forces et difficultés) du jeune; • adapter les exigences de l'activité aux capacités du jeune; • stimuler sa motivation par une attitude ludique, douce, mais ferme; • tenir compte de ses conditions de santé associées pouvant perturber sa participation; • utiliser des stratégies de communication efficaces : par exemple attirer son attention, adapter le message à ses capacités, vérifier sa compréhension, reformuler les explications et enseignements et le laisser s'exprimer; • opter pour des stratégies pédagogiques appropriées : par exemple utiliser des indices visuels (démonstration, pictogramme, photographie, image, dessin, signe, etc.) et proprioceptifs (main sur main) pour appuyer les explications qu'on lui donne; • diviser les activités en étapes; • créer des routines;

Habitude de vie — Condition physique et bien-être psychologique				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• rassembler les jeunes ayant des capacités semblables dans un même groupe; • choisir une activité adaptée ou intégrée selon les capacités du jeune; • formuler des règles de jeu simples; • établir des règles de sécurité liées aux comportements attendus; • aider les parents; • viser le plus haut niveau d'autonomie du jeune; • valoriser la participation de tous à des activités physiques et sportives; • éduquer et sensibiliser la population québécoise à la réalité des jeunes ayant une DI; • consulter, au besoin, les professionnels compétents; • valoriser la participation plutôt que la compétition; • plaider pour un plus grand financement des activités physiques et sportives destinées aux jeunes ayant une DI; • valoriser la différence et l'inclusion sociale des jeunes ayant des limitations, dont les jeunes ayant une DI font partie;
Beresford <i>et al.</i> , 2012	Rapport de recherche Royaume-Uni Entrevues individuelles auprès de 39 intervenants	Explorer les facteurs qui entravent ou soutiennent l'efficacité d'interventions sur la gestion du sommeil et de certains comportements problématiques Décrire les expériences des parents concernant ces interventions. Décrire les expériences des professionnels dans la réalisation de ces interventions.	Enfants (0-19 ans) qui présentent une déficience (incluant autisme, syndrome d'Asperger) % de DI non spécifié	Perceptions des intervenants • Privilégient la modalité de groupe. • Ont peu de satisfaction à offrir des programmes génériques aux parents, ce qui les ont poussés à développer des programmes spécifiquement conçus pour les parents d'enfants avec une déficience. • Ils ont la perception que les parents ont besoin de mieux comprendre la condition de leur enfant et d'apprendre des stratégies pour gérer les comportements perturbateurs. • Veulent promouvoir un travail de partenariat avec les parents. • Privilégient l'intervention de l'approche comportementale. • 4 facteurs associés à la décision du parent de s'engager dans une intervention : le fait d'être prêt, les expériences passées d'intervention, relation préexistante avec l'intervenant et information claire sur l'intervention. • Barrières à la participation à un groupe d'intervention : se joindre à un groupe (différences individuelles, anxiété sociale, peur de la critique, etc.), engagement régulier et soutenu, lieu de l'intervention (familier, accessible en

Habitude de vie — Condition physique et bien-être psychologique				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				transport en commun, connotation positive, etc.), gardiennage. - Barrières affectant l'engagement en cours d'intervention : attentes irréalistes, le niveau d'engagement requis, besoins de gardiennage, transport, situations ou événements non anticipés, gestion des séances manquées, expériences de résultats positifs, réaction positive à l'empowerment, sentiment d'appartenance au groupe). - Aucun doute de la part des intervenants sur l'efficacité des interventions, perception du changement — très positive face aux interventions dispensées.
Idem	Entrevues individuelles et de groupe auprès de 103 parents (65 qui ont reçu une intervention pour réduire problème de comportements et 38 pour les difficultés liées au sommeil de leur enfant)			Perceptions des parents - Facteurs qui influencent la participation à un programme d'intervention : référence et encouragement d'un intervenant en qui les parents ont confiance, information transmise avant la tenue de la première rencontre qui offre suffisamment de détails, considérations pratiques comme le moment des séances (au début ou à la fin de la journée), reconnaissance des besoins de gardiennage, coût, familiarité du lieu, impression que le temps investi vaut la peine, relation préexistante avec l'intervenant, être en mesure de venir accompagné par une personne de confiance, réticence face au format de groupe, peur du jugement négatif. - Motivations à participer à un groupe d'intervention : apprendre à mieux gérer les comportements de leur enfant, opportunité d'en apprendre plus sur la condition de leur enfant, rencontrer d'autres parents qui vivent une situation similaire. - Facteurs qui favorisent la rétention : effet de groupe, approche du programme, les intervenants, la gestion souple des séances manquées.
Downs <i>et al.</i> , 2013	Article scientifique Analyse qualitative Royaume-Uni	Quels sont les facteurs qui facilitent l'engagement dans les activités physiques ?	8 (5F ; 3G) 6-21 (M=16,38, SD=5.04) 100 % Syndrome de Down	Facteurs qui facilitent l'engagement dans des activités physiques : - types d'activités physiques (capacités et condition physique); - variations saisonnières (température); - accès au transport; - indépendance du jeune; - préférence du jeune/capacités du jeune; - capacité à suivre des instructions;

Habitude de vie — Condition physique et bien-être psychologique				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• plaisir; • interactions sociales; • soutien et opportunités disponibles. Barrières qui entravent l'engagement dans des activités physiques : • problèmes physiques (p. ex. : problèmes d'oreilles qui occasionnent infections et difficultés d'équilibre).
Robinson <i>et al.</i> , 2018	Article scientifique Canada (Ontario)	Quels sont les facteurs qui prédisent leur implication et leur persévérance dans la pratique du sport dans le cadre des Olympiques spéciaux ? Comparaison entre le sous-groupe des plus engagés vs les moins engagés	414 proches de jeunes qui participent aux Olympiques spéciaux Athlètes : hommes (63,9 %), âgés de 11 à 25 ans (M $\frac{1}{4}$ 17,21, SD $\geq$ 3,06) qui présentent divers types d'incapacités	Les facteurs prédictifs de la persévérance dans la pratique du sport sont : • le soutien des parents à la pratique du sport (transport, valorisation du sport); • une forte relation positive avec l'entraîneur; • des expériences positives dans les OS; • l'âge (ils sont plus vieux). Cette étude souligne l'importance des soutiens sociaux externes pour assurer un engagement sportif régulier. Les programmes sportifs devraient accorder une attention particulière aux parents et aux entraîneurs, et veiller à ce que les athlètes bénéficient d'un soutien adéquat, en particulier lorsque l'athlète a de plus grandes difficultés de comportement, des problèmes de santé ou des niveaux d'indépendance plus faibles.
Temple et Stanish, 2011	Article scientifique Canada	Quelles sont les barrières, préférences et satisfactions exprimées par les jeunes	20 (10F ; 10G) 15-21 (M=17,8 ; SD = 1,6) DI légère	Barrières personnelles à la participation à des activités physiques : trop occupé, ne sait pas comment faire, personne avec qui m'entraîner, peur de me faire mal, n'aime pas l'exercice Jeunes présentant une DI • Sentiment d'avoir appris de nouveaux exercices (94 %) • Fait de nouveaux amis (94 %) • Plus en forme/plus en santé (83 %) • 72 % rapportent vouloir participer à nouveau au programme si celui-ci est offert à nouveau • Aiment davantage les activités de cardio Bénéfices perçus par les parents • Amélioration de la condition physique, plaisir • Nouveaux amis ou rencontre de nouvelles personnes • Apprentissage de nouveaux exercices/activités • Apprentissage de l'utilisation des installations du YMCA • Augmentation de la motivation à faire de l'exercice

Habitude de vie — Condition physique et bien-être psychologique				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• Augmentation de l'estime de soi/confiance <u>Éléments les plus appréciés par les jeunes, selon les parents</u> • Être avec un groupe d'adolescents (82 %) • Avoir un partenaire d'entraînement (55 %), • S'entraîner (45 %) • Être indépendant des parents (36 %) • Apprendre de nouvelles activités/nouvelles compétences (36 %) • Sentiment d'accomplissement (36 %)
Tint <i>et al.</i> , 2017	Revue systématique Amérique du Nord (23 articles), Europe (21 articles) Asie (2 articles)	Synthèse critique de 46 articles sur les effets de la participation aux Olympiques spéciaux.	De 3 à 65 ans, majoritairement des études dont les participants présentent une DI légère à modérée. 14 articles qui incluent des membres de la famille en tant que répondants.	• La participation aux activités organisées par les Olympiques spéciaux a des effets positifs sur le développement physique, les capacités motrices, mais les résultats sont mitigés quant aux gains sur la forme physique, car certains changements anthropométriques n'étaient pas significatifs sur le plan clinique (entre autres à cause de l'intensité modérée de l'activité physique et sa faible fréquence). • Les gains mentionnés sur le plan psychologique sont : une meilleure estime de soi qui vient de l'assiduité à participer et au nombre de médailles gagnées. • L'effet rapporté avec le plus de consistances entre les études (n=17) est une amélioration des compétences sociales et des liens d'amitié. • Quelques études mentionnent des conséquences négatives telles que des conflits entre participants et de la moquerie. Les personnes présentant une DI de moyenne à sévère associent positivement leur participation aux OS à une meilleure intégration sociale, alors que les personnes présentant une DI de légère à moyenne font une association négative face à l'intégration sociale. • 5 études rapportent une diminution des comportements inadaptés.

Tableau E 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 4)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Une étude avec un devis à cas unique portant sur l'évaluation d'une intervention qui vise à améliorer l'autonomie des jeunes dans l'habitude de vie - condition physique et bien-être psychologique a été retenue [Sparks <i>et al.</i>, 2016] (pour le détail de l'étude, voir annexe O, Tableau O 1). Cette étude a été réalisée aux États-Unis. Le risque de biais est modéré.
Participants des études retenues
Les six participants de l'étude retenue présentent les caractéristiques suivantes : - 17 % de sexe masculin; - âgés de 16 et 21 ans; - présentant une DI légère à modérée; - 17 % présentent également un TSA.
Interventions évaluées
Comportements visés • Faire des choix en lien avec le style de vie. Durée / Intensité • Séance quotidienne, durée inconnue. Modalité • En individuel. Milieu • École. Dispensateur de l'intervention • Enseignant.

Description des interventions

- Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC. Description et modelage à l'aide de scénarios présentant différents choix possibles, discussions entourant les choix possibles, utilisation de pictogrammes, rétroaction corrective et incitation ont été cités. L'aide fournie par l'enseignant peut être variable d'un participant à l'autre.

Effets de l'intervention auprès des jeunes

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus qu'un faible pourcentage des étapes de la tâche en lien avec la condition physique et le bien-être psychologique.

L'intervention s'est avérée efficace⁹ pour améliorer l'autonomie dans la condition physique et le bien-être psychologique (capacité à faire des choix) pour la majorité des jeunes, dans un contexte non naturel.

- 50 % des participants ont réussi en moyenne trois quarts de la tâche demandée et 83 % des participants ont réussi au moins une fois la tâche au complet lors des différentes tentatives (une étude).

L'efficacité de l'intervention est maintenue dans le temps (deux semaines) pour trois des six participants pour lesquels des résultats sont disponibles. Aucune donnée quant à la généralisation des apprentissages n'est disponible.

L'efficacité de l'intervention n'a pas été évaluée en contexte réel. Ainsi, il n'a pas été démontré si la capacité de faire des choix avait augmenté dans un contexte réel.

De plus, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park *et al.*, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2015; Ramdoss *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont condition physique et bien-être psychologique (annexe N, tableau N 3).

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie-condition physique et le bien-être psychologique chez la majorité des jeunes âgés de 6 à 21 ans qui présentent une DI.

⁹ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

Tableau E 3 Efficacité des interventions auprès des parents (HV 4)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Une étude à devis prépost sans groupe contrôle portant sur l'évaluation d'une intervention visant à outiller les parents pour réduire les difficultés liées au sommeil de leur enfant a été retenue [Stuttard <i>et al.</i>, 2015] (pour le détail de l'étude, voir annexe O, Tableau O 1). L'étude a été réalisée au Royaume-Uni. Le risque de biais est élevé.
Participants des études retenues
• Les parents impliqués sont les parents des jeunes (19 mères et 4 pères, incluant 3 couples). • Les 22 jeunes évalués présentent les caractéristiques suivantes : - 59 % de sexe masculin; - âgés de 5 à 15 ans; - présentant une DI de gravité non spécifiée; - 55 % présentent également un TSA.
Interventions évaluées
Comportements visés • Réduire les difficultés de sommeil des enfants. Durée / Intensité • 12 heures réparties en 4 séances, sur une période de 5 semaines. Modalité • En groupe. Milieu • Centre de santé mentale pour enfants et adolescents.

Dispensateur de l'intervention

- Infirmière.

Description des interventions

- Programme Managing Your Child's Behaviour to Promote Better Sleep (MCBPBS) : Intervention inclut de l'enseignement didactique, de la résolution de problèmes en groupe, de l'observation et de la pratique à la maison, l'apprentissage d'outils simples liés à la routine et le réaménagement de la chambre de l'enfant.

Effets de l'intervention auprès des jeunes

Les résultats de l'évaluation de l'efficacité du programme MCBPBS sont les suivants :

- Diminution significative des marches nocturnes entre le début de l'intervention et six mois après la fin de l'intervention.
- Différence non significative entre le début et la fin de l'intervention, et entre la fin de l'intervention et six mois après, sur une échelle totale de problèmes de sommeil et sur deux sous-échelles (résistance au coucher, anxiété liée au sommeil).

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention visant à outiller les parents, à partir d'enseignement didactique, de discussion favorisant la résolution de problèmes en groupe et d'apprentissage d'outils simples liés à la routine pour diminuer les difficultés associées au sommeil de leur jeune, est efficace pour réduire les marches nocturnes chez les jeunes âgés de 5 à 15 ans présentant une DI. Elle n'est toutefois pas efficace pour diminuer les problèmes de sommeil durant la nuit, l'anxiété liée au coucher et la résistance au coucher.

Tableau E 4 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 4)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie- condition physique et le bien-être psychologique chez la majorité des jeunes âgés de 6 à 21 ans qui présentent une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	- Nombre d'études : 1 ECU; 9 RS - Plan d'étude optimal : approprié - Risque de biais : modéré (ECU); modéré (4/9) et élevé (5/9) (RS) - Taille de l'échantillon : n=6 (ECU); n=1420 (RS)
Cohérence / fiabilité	Élevée	Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles tâches dans l'HV condition physique et bien-être psychologique.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	Les apprentissages visés permettent d'adopter de saines habitudes de vie.
Généralisation / transférabilité	Très élevée	- Les caractéristiques des jeunes sont similaires. - L'intervention visant à augmenter la capacité à faire des choix est efficace pour d'autres habitudes de vie.
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Une intervention visant à outiller les parents, à partir d'enseignement didactique, de discussion favorisant la résolution de problèmes en groupe et d'apprentissage d'outils simples liés à la routine pour diminuer les difficultés associées au sommeil de leur jeune, est efficace pour réduire les marches nocturnes chez les jeunes âgés de 5 à 15 ans présentant une DI. Elle n'est toutefois pas efficace pour diminuer les problèmes de sommeil durant la nuit, l'anxiété liée au coucher et la résistance au coucher.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 1 étude à devis prépost sans groupe contrôle - Plan d'étude optimal : peu approprié - Risque de biais : élevé - Taille de l'échantillon : n=22
Cohérence / fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Faible	Peu de résultats significatifs de l'intervention.
Généralisation / transférabilité	Élevée	Les stratégies utilisées par les parents pour diminuer les difficultés de sommeil chez les enfants pourraient également être efficaces pour réduire d'autres comportements perturbateurs chez les jeunes et augmenter le sentiment d'efficacité chez les parents.
Niveau de preuve	FAIBLE	

ANNEXE F HV 5 — SOINS PERSONNELS ET DE SANTÉ : DONNÉES DÉTAILLÉES

Tableau F 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 5)

Habitude de vie — Soins personnels et de santé				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Carrington <i>et al.</i> , 2014	Article scientifique (Australie)	Comment les enseignants ont-ils utilisé le journal de santé (Ask health diary) pour promouvoir l'autonomie en santé ? Quels sont les bénéfices perçus quant à l'utilisation du journal de santé (Ask health diary) par les enseignants, parents et utilisateurs ? Journal de santé (Ask health diary-advocacy skills kit):	16 jeunes âgés de 13 à 19 ans DI légère (4), modérée (8) Syndrome de Down (3), TSA (3) 16 parents	Bénéfices perçus d'utiliser le journal de santé (Ask health diary) - Les étudiants ont perçu le journal comme une aide dans leur interaction et la communication avec le médecin. Bénéfices identifiés par les parents et façon de l'utiliser chez le médecin - A permis de rendre les participants plus conscients de leur santé et bien-être. - A permis d'augmenter la prise de conscience du besoin de développer de l'autodétermination et de l'autoreprésentation pour le futur. - Les parents ont perçu que leur enfant a apprécié avoir son propre journal de santé.
CRDITED Estrie, 2012	Présentation colloque SQETGC 2013	Programme de désensibilisation systématique aux rendez-vous médicaux	Destiné aux personnes qui présentent une DI ou un TED	Objectifs : - réduire le recours aux mesures de contrôle en contexte de non-collaboration à un rendez-vous médical; - augmenter la collaboration; - amener la personne à accepter de participer à un rendez-vous médical; - amener les professionnels de la santé à utiliser des mesures alternatives au contrôle; - améliorer la compréhension des professionnels quant à la « non-collaboration » de certaines personnes lors des rendez-vous médicaux. Quatre étapes : - désensibilisation systématique; - modelage par observation directe, l'assistance à la relaxation et système de renforcements positifs; - adaptation selon les besoins; - rendez-vous lors de l'expérimentation. Trois séances par semaine, durée de 3 à 8 mois.

Habitude de vie — Soins personnels et de santé				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
CRDITED MCQ – IU, 2013	Guide	Guide de préparation à la visite médicale ou à l'hospitalisation	Destiné aux professionnels qui accompagnent des personnes qui présentent une DI ou un TED	Incluant les aspects suivants : • préparation à la visite médicale ou à l'hospitalisation; • consultation auprès du professionnel de la santé; • première journée d'hospitalisation; • démarches durant l'hospitalisation; • fin de l'hospitalisation.
Freeman <i>et al.</i> , 2015	Article scientifique (Canada)	Évaluation de l'expérience reliée à l'utilisation de l'outil : « Keeping It Together for Youth (The Youth Kit) » afin d'aider les jeunes à gérer un ensemble d'informations pertinentes à la transition à la vie adulte. Cet outil contient un ensemble de modules qui abordent différents thèmes, notamment : l'éducation, le travail, les transports, la vie autonome et les activités sociales. Chaque module contient des pages invitant les utilisateurs à répondre à une série de questions ou à compléter un tableau d'informations.	14 participants (âgés de 12 à 25 ans) d'un centre de traitement pour enfants. La plupart ayant un diagnostic de handicap physique (paralysie cérébrale, spina-bifida), mais comprenaient également des personnes présentant des troubles de développement intellectuel ou autres + 3 jeunes ayant une DI entre 17 et 23 ans recrutés dans la 2 ^e phase.	• Cet outil permet au jeune de rassembler dans un cahier les informations sur plusieurs habitudes de vie à propos de ce qu'il est capable de faire et de cibler ce qu'il veut développer comme adulte. • Pour l'HV soins personnels, l'outil permet de colliger si le jeune est capable de (et s'il désire apprendre à le faire) : - expliquer mon handicap et/ou ma condition médicale; - trouver un médecin qui soigne des adultes; - effectuer et diriger mes propres soins médicaux et traitements quotidiens; - gérer mes médicaments; - prendre mes propres rendez-vous; - appeler un médecin ou un pharmacien pour remplir mes médicaments et mes fournitures. • Trouver et contacter les thérapeutes dont j'ai besoin • Les résultats indiquent que le KIT Jeunesse est un outil qui encourage les jeunes à se préparer à la transition vers l'âge adulte en les aidants à s'approprier progressivement leurs informations personnelles. Les participants qui ont utilisé le KIT jeunesse ont commencé à développer une compréhension plus profonde d'eux-mêmes et de leurs capacités à définir et à atteindre leurs objectifs. Le soutien par un mentor joue un rôle important pour les jeunes lors de la découverte et des premières étapes d'utilisation du Kit Jeunesse.
Lennox <i>et al.</i> , 2008	Article scientifique (Royaume-Uni)	Est-ce que l'utilisation du CHAP health review permet d'identifier des besoins médicaux non identifiés? Quelle est l'acceptabilité du programme CHAPS et du Ask health diary?	32 jeunes de 13 à 18 ans DI légère (3), modérée (17), sévère (11) et profonde (1)	• Partie 1 : histoire médicale complète (complété par le parent) • Partie 2 : révision de l'histoire médicale + informations au sujet des déficits en soins de santé pour les personnes présentant une DI (complété par le médecin généraliste du participant)

Habitude de vie — Soins personnels et de santé				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
			Étudiants d'une école spécialisée Haut niveau de besoins en classe pour la majorité 32 parents 7 enseignants	Journal de santé (Ask health diary) : données personnelles / conseils sur la communication d'informations reliés à la santé / informations pour le personnel de santé /dossier médical Résultats CHAPS • 12/26 : identification de nouveaux problèmes de santé • 134 besoins de santé non répondus ont été détectés par CHAP Besoins les plus fréquents identifiés : vaccination, tests sanguins nécessaires, poids, condition dentaire • 37 actions ont été prises (m=1,7/part.) Résultats acceptabilité CHAPS (parents) • 26/32 ont été chez le médecin et utilisé CHAP • 20/26 ont été le porte-parole de leur enfant pendant les rencontres et pensent qu'il devrait y avoir des dépistages réguliers Résultats acceptabilité Ask health diary (9 participants) • 7/9 ont apprécié Ask • pas d'augmentation des comportements de communication • n'ont pas posé de questions lors de la rencontre avec leur médecin
Surrey Place, 2014	Outil de références	Document incluant divers outils afin de soutenir la transition vers les soins de santé adultes.	Destiné aux jeunes qui présentent une DI	• Aspects abordés : - étapes importantes du calendrier de transition entre les soins pédiatriques et les soins aux adultes; - évaluation des besoins en matière de transition (liste de vérification pour préparer la transition); - acquisition des compétences nécessaires pour le système de soins de santé aux adultes (trousse d'outils et de compétences pour la transition); - outils et ressources disponibles pour les jeunes, l'entourage et les professionnels de la santé; - résumé des ressources.

Tableau F 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 5)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Trois articles ont été retenus dont une étude avec un devis à cas unique (ECU), une étude à devis prépost sans groupe contrôle (prépost) et un essai comparatif avec répartition aléatoire (ECRA). Ils portent sur l'évaluation de l'efficacité d'une intervention visant à améliorer l'autonomie des jeunes présentant une DI dans la réalisation de l'habitude de vie - soins personnels et de santé [McPherson <i>et al.</i>, 2017; Altundag et Çalbayram, 2016; Sparks <i>et al.</i>, 2016] (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Les deux études en lien avec les soins corporels ont été réalisées aux États-Unis et en Turquie tandis que la dernière étude portant sur l'utilisation des soins de santé a été réalisée aux États-Unis. Le risque de biais de ces études a été évalué modéré (1/3) et élevé (2/3).
Participants des études retenues
Les 652 participants des études (n ECU=6; n prépost=54; n ECRA=592) présentent les caractéristiques suivantes : - 34 % de sexe masculin; - âgés de 13 à 21 ans ; - présentant une DI légère à modérée (n = 598) et indéfini (n = 54).
Interventions évaluées
Comportements visés • Soins personnels : prendre soin de son hygiène dont l'utilisation des serviettes hygiéniques [Altundag et Çalbayram, 2016] et effectuer des choix en lien avec l'hygiène [Sparks <i>et al.</i>, 2016]. • Soins de santé : communiquer ses besoins en soins de santé [McPherson <i>et al.</i>, 2017]. Durée / Intensité • Soins personnels : semble être sur une période inférieure à 3 mois. • Utilisation des soins de santé : 20 à 24 semaines. Modalité • Individuel ou groupe.

Milieu

- Soins personnels : classe.
- Utilisation des soins de santé : école, domicile, bureau du médecin.

Dispensateur de l'intervention

- Chercheur ou enseignant lorsque rapporté.

Description des interventions

- Soins personnels : les interventions réalisées font appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC, dont l'analyse de la tâche, le modelage, l'incitation et la correction des erreurs. L'enseignement pour le changement des serviettes hygiéniques a été effectué à l'aide d'une poupée à taille réelle [Altundag et Çalbayram, 2016]. Il inclut également de l'information sur divers sujets (p. ex. : menstruations ou hygiène féminine). L'enseignement des différents choix en hygiène a été réalisé en utilisant des scénarios fictifs [Altundag et Çalbayram, 2016; Sparks *et al.*, 2016].
- Soins de santé : un programme conçu dans le but de favoriser l'autonomie des jeunes dans l'utilisation des soins de santé et constitué d'un journal (Ask Health Diary). Ce journal est composé de données personnelles, de conseils sur la communication d'informations liées à la santé, de renseignements pour le personnel du réseau de la santé et d'un dossier médical. Il a été incorporé dans le programme scolaire des écoles qui participent au projet de recherche, et est accompagné de ressources pour soutenir les enseignants dans sa mise en place. Une fois le journal rempli, il est envoyé aux parents, et ces derniers sont invités à l'utiliser pour rapporter l'histoire médicale et le suivi de santé de leur jeune lors des consultations médicales [McPherson *et al.*, 2017].

Effets de l'intervention

- Soins personnels :

Les interventions se sont avérées efficaces pour améliorer l'autonomie dans les soins personnels (telles que faire des choix en matière de soins personnels ou changer ses serviettes hygiéniques) pour la majorité des jeunes dans un contexte non naturel :

- amélioration statistiquement significative (54 participantes ; $p = < 0,001$) après l'apprentissage du changement des serviettes hygiéniques et diminution du nombre d'oublis d'aller à la toilette pour la moitié des participantes [Altundag et Çalbayram, 2016] ;

- 50 % des participants ont réussi¹⁰ en moyenne trois quarts de la tâche demandée et 83 % des participants ont réussi au moins une fois la tâche au complet lors des différentes tentatives [Sparks *et al.*, 2016].

L'efficacité d'une des interventions s'est maintenue dans le temps chez trois des six participants pour lesquels des résultats sont disponibles.

Malheureusement, l'efficacité de l'intervention n'a pas été évaluée en contexte réel dans aucune des deux études retenues. Ainsi, il n'a pas été démontré si l'apprentissage du changement d'une serviette hygiénique sur une poupée à taille réelle a amélioré l'autonomie de ce geste sur soi-même ou si la pratique de choix en soins personnels dans des mises en situation a augmenté cette compétence dans un contexte réel.

De plus, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences, ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park *et al.*, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2015; Ramdoss *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont soins personnels et de santé (annexe N, tableau N 3).

- Soins de santé :

L'intervention est modérément efficace pour améliorer l'autoreprésentation du jeune dans l'utilisation des soins de santé [McPherson *et al.*, 2017] :

- amélioration statistiquement significative pour le groupe ayant eu l'intervention comparativement au groupe témoin pour les comportements suivants : être capable sans l'aide du parent d'entrer dans le bureau du médecin, poser des questions et expliquer son problème de santé au médecin. Bien que l'amélioration soit statistiquement significative, les comportements d'autoreprésentation restent peu manifestés lors des rendez-vous médicaux dans le groupe ayant eu l'intervention. C'est pourquoi la portée clinique de cette amélioration est modérée;
- pas de différence statistiquement significative pour les activités de préparation au rendez-vous médical.

Par ailleurs, ce programme a eu un effet positif sur les parents qui ont également développé certaines compétences pour accompagner son enfant à un rendez-vous médical.

¹⁰ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

Énoncés liés à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - soins personnels chez la majorité des jeunes âgés de 6 à 21 ans qui présentent une DI.

Un programme, incluant une intervention éducative et le développement de l'autoreprésentation et de la communication chez les jeunes qui présentent une DI, des outils d'éducation et de communication pour les parents et les professionnels de la santé et, finalement, un dossier médical, est efficace, mais de portée clinique modérée, pour améliorer l'autoreprésentation lors de rendez-vous médicaux, et n'est pas efficace pour améliorer l'autoreprésentation en lien avec la préparation des rendez-vous médicaux chez les jeunes âgés de 13 à 17 ans.

Tableau F 3 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 5)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - soins personnels chez la majorité des jeunes âgés de 6 à 21 ans qui présentent une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	• Nombre d'études : 1 ECU; 1 prépost ; 9 RS • Plan d'étude optimal : approprié • Risque de biais : modéré (ECU), élevé (étude prépost); modéré (4/9) et élevé (5/9) (RS) • Taille de l'échantillon : n=6 (ECU); n=54 (prépost) ; n=1420 (RS)
Cohérence / fiabilité	Élevée	• Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles tâches dans l'HV soins personnels et de santé.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Les apprentissages visés répondent à un besoin fréquent (tous les jours, toutes les semaines) et une amélioration même inférieure à 75 % peut constituer un impact important.
Généralisation / transférabilité	Très élevée	• Les caractéristiques des jeunes sont similaires. • Les contextes sont également similaires (école et maison). • Par contre, l'utilisation d'une poupée à taille réelle pour entraîner au changement de serviettes hygiéniques semble peu courante au Québec.
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Un programme, incluant une intervention éducative et le développement de l'autoreprésentation et de la communication chez les jeunes qui présentent une DI, des outils d'éducation et de communication pour les parents et les professionnels de la santé et, finalement, un dossier médical, est efficace, mais de portée clinique modérée, pour améliorer l'autoreprésentation lors de rendez-vous médicaux, et n'est pas efficace pour améliorer l'autoreprésentation en lien avec la préparation des rendez-vous médicaux chez les jeunes âgés de 13 à 17 ans.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Modérée	• Nombre d'études : 1 ECRA • Plan d'étude optimal : suffisamment approprié • Risque de biais : élevé • Taille de l'échantillon : n=592
Cohérence / fiabilité	Non applicable	• Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Modéré	• Bien que l'intervention soit partiellement efficace pour améliorer les compétences d'autoreprésentation du jeune. La mesure de cette efficacité est indirecte et amplitude modérée.
Généralisation / transférabilité	Modérée	• Les caractéristiques des jeunes sont similaires à celle ciblée dans ce projet. • L'intervention est incorporée à un curriculum scolaire. • L'intervention est un programme avec plusieurs volets qui implique de nombreux partenaires.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

ANNEXE G HV 6 — habitation : Données détaillées

Tableau G 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 6)

Habitude de vie — Habitation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
ACIC, 2010	Déclaration de principes sur le logement Position de l'association canadienne pour l'intégration communautaire (Canada)	Quelles sont les préférences des personnes et des familles quant à leur milieu de vie selon l'association ?	Personne présentant une DI et leurs parents	• Les personnes ayant une DI souhaitent généralement bénéficier des mêmes options de logement que les autres ; elles veulent avoir accès à des appartements ou maisons indépendantes et abordables, tout en ayant accès aux soutiens dont elles ont besoin. • Elles veulent décider elles-mêmes avec qui vivre, où vivre et quoi faire de leur temps. • Les gens sont souvent logés là où il y a de la place, plutôt qu'en fonction du type de résidence qui convient à leurs besoins spécifiques. • Les personnes ayant une déficience intellectuelle doivent également faire face à l'attitude de leurs propres familles et des organisations de soutien qui ont peur pour leur sécurité et qui remettent en question leur capacité à vivre de manière indépendante. • Elles veulent des logements sécuritaires et décents à elles, où elles peuvent exercer le droit de choisir et de contrôler leurs décisions quotidiennes, avoir le statut de locataires ou de propriétaires, avoir accès à une aide personnalisée et bénéficier du soutien de personnes qui les respectent et qui se soucient véritablement de leur bien-être.
Corbeil <i>et al.</i> , 2009	Outil clinique : Inventaire des habiletés pour la vie en appartement (Québec)	Permet de faire un bilan des habiletés essentielles à la vie autonome (nutrition, soins personnels, habitation, responsabilités, déplacements et éducation) Utilisations possibles : • préparer le passage à la vie autonome; • augmenter l'autonomie d'une personne déjà en contexte de vie autonome;	Adolescents et adultes ayant un diagnostic de DI et TSA	Un livret contient le questionnaire et 3 fiches sur le réseau personnel de soutien de la personne et une fiche résumé. L'inventaire est composé de 12 domaines de compétences contenant 10 items, cotés sur un maximum de 3 : 1. La santé 2. L'hygiène personnelle 3. La préparation des repas 4. Les vêtements 5. La sécurité en résidence 6. Le budget 7. Les habiletés communautaires

Habitude de vie — Habitation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
		planifier le support de la personne via son réseau de soutien.		8. La vie sociale en appartement 9. L'entretien général de l'appartement 10. L'entretien de la chambre et de la cuisine 11. L'entretien épisodique de l'appartement 12. La gestion du temps
Corbeil et Dufour, 2014	Outil clinique : Inventaire des habiletés pour rester temporairement seul chez soi. (Québec)	Permet d'identifier les acquis et les habiletés essentielles à développer pour rester seul chez soi, selon des périodes de temps progressives (1, 3, 6 et 24 hres et plus).	Adolescents et adultes ayant un diagnostic de DI et TSA	Le cahier regroupe deux questionnaires. Le premier porte sur les aspects médicaux et psychosociaux qui peuvent avoir un impact sur les habiletés à demeurer seul. Le deuxième évalue neuf types d'habiletés : 1. Maîtrise de soi 2. Communication 3. Occupation autonome 4. Alimentation 5. Soins hygiéniques 6. Prévention des dangers chez soi 7. Gestion des problèmes et situations urgentes 8. Habitudes sécuritaires 9. Déplacement dans la communauté
Crawford, 2008	Rapport produit pour l'Association canadienne pour l'intégration communautaire des personnes présentant une DI. (Canada)	Ce rapport examine les problèmes de logement des personnes ayant une déficience intellectuelle. Il fournit une définition pratique de cette population et examine la nature et l'étendue de ses besoins en matière de logement. Le rapport met l'accent sur les options de logement non institutionnel en dehors du domicile familial.	Jeunes adultes présentant une DI	- Le rapport démontre que les jeunes adultes ayant une DI sont proportionnellement plus nombreux que les adultes canadiens non handicapés à vivre comme des « enfants » adultes avec l'un ou les deux parents, ou seuls ou avec d'autres personnes avec lesquelles ils ne partagent pas d'affinités. - Si les personnes vivaient ailleurs qu'au domicile parental au même rythme que les Canadiens non handicapés, environ 50 000 autres personnes auraient leur propre logement ou, à tout le moins, habiteraient avec des personnes avec qui elles sont compatibles. - Les facteurs qui expliquent pourquoi ils ne partent pas de chez eux comprennent un « resserrement » de l'offre de services au sein du système résidentiel et du fait qu'il n'a pas suivi la demande croissante de ces dernières années. - Parmi les autres facteurs, citons le coût élevé du logement sur le marché et les faibles revenus des personnes, les difficultés à obtenir les soutiens nécessaires et d'autres problèmes d'ordre financier. - Le rapport décrit plusieurs modèles de logements non institutionnels qui sont généralement présentés aux

Habitude de vie — Habitation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				personnes : foyers de groupe, logements en grappes, « vie partagée », vie semi-indépendante, résidences avec services de pension et pensions supervisées. Les foyers de groupe et les logements groupés présentent des inconvénients importants en termes d'inclusion sociale, de choix et de contrôle personnels. • Bien qu'aucun modèle ne soit exempt de risque, il semblerait que les modes de vie semi-indépendants et assistés soient très prometteurs pour répondre aux besoins des personnes en matière de logement, de manière rentable et conforme à leurs aspirations en matière d'indépendance, de contrôle personnel et de sécurité.
CRDI de Québec, 2012b	Fiche d'information	Volet 1 La transition résidentielle	Les proches de personnes vivant avec une DI ou un TED	Fiche abordant différents sujets reliés à la transition résidentielle : • ce que représente la transition résidentielle; • les préoccupations fréquentes; • les avantages d'une préparation et les étapes à celle-ci : la réflexion, les discussions entre adultes, les discussions avec l'enfant, l'information, le profil de l'enfant quant à ses capacités et l'accompagnement pour acquérir ces capacités, permettre les expériences seul, lister les inquiétudes ou les questionnements, entreprendre les démarches.
CRDI de Québec, 2012a	Fiche d'information	Volet 2 Les options résidentielles	Les proches de personnes vivant avec une DI ou un TED	Fiche permettant de dresser un portrait global des différentes options résidentielles. Cinq options résidentielles y sont présentées et pour chacune d'entre elles, la clientèle, des explications sur le milieu de vie, sur la location, le soutien disponible et l'aspect financier sont donnés. • Cinq options résidentielles : l'appartement autonome, la chambre et pension, l'appartement supervisé, les ressources non institutionnelles(RNI) soit de types familiale (RTF), intermédiaire(RI) et intermédiaire spécialisée (RIS) et la résidence à assistance continue (RAC).
Dyke <i>et al.</i> , 2013	Article scientifique Entrevues qualitatives (Australie)	Recueillir la perspective de 18 mères de jeunes adultes qui présentent un syndrome de Down (7) ou un syndrome de Rett (11) quant à la transition école-vie adulte	18 mères de jeunes adultes (19-33 ans) qui présentent un syndrome de Down	À propos du logement • Quitter le domicile familial et vivre de façon indépendante sont considérés comme un rite de passage de la vie adulte.

Habitude de vie — Habitation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
		(« independent living », travail, qualité de vie)	(7) ou un syndrome de Rett (11) 3 gars, 15 filles	• Plusieurs mères ont exprimé leur peur en lien avec les arrangements futurs de vie pour leur enfant • Plusieurs ont exprimé leur souhait de « survivre » à leur enfant. • Pour les jeunes adultes qui vivent dans une structure permanente d'habitation, les mères ont décrit ce processus comme très long et difficile pour leur enfant. Besoin de lobbying politique et une grande implication du parent pour y parvenir. • Plusieurs mères indiquent qu'elles n'anticipent pas être en mesure d'obtenir un placement indépendant pour leur enfant, faisant en sorte qu'elles ont déménagé ou prévu construire un appartement au sein de leur maison existante pour accommoder leur jeune adulte. À propos de la qualité de vie • En majorité, les mères perçoivent que leur jeune a une bonne ou une excellente qualité de vie, alors qu'elles décrivent majoritairement leur propre qualité de vie comme étant faible ou très limitée. • Mères dont le jeune adulte vit à l'extérieur de la maisonnée décrivent que leur qualité de vie a augmenté après que leur enfant ait quitté la maison. • Plusieurs mères expriment des inquiétudes quant à leur propre vieillissement et leur capacité de prendre soin adéquatement de leur enfant dans le futur. • Pour avoir une « belle vie », les parents indiquent que les jeunes devraient pouvoir vivre de façon indépendante (en recevant du soutien) et avoir davantage d'opportunités de travail permanent. Mères doutent que ce soit possible dans les prochaines années. À propos des conséquences sur la famille • Transition école-vie adulte affecte les familles. • Beaucoup de temps et d'énergie consacrés par la mère pour s'assurer qu'elle pourra conserver son emploi lorsque le jeune aura quitté le monde scolaire. • Travail de la mère perçu comme un « répit » et une source de satisfaction personnelle, et non pas comme un besoin financier.

Habitude de vie — Habitation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• Idée de retraite différente que les parents d'enfants qui ne présentent pas de DI, puisque le rôle de « donneur de soin » sera toujours maintenu.
Freeman <i>et al.</i> , 2015	Article scientifique (Canada)	Évaluation de l'expérience reliée à l'utilisation de l'outil : « Keeping It Together for Youth (The Youth Kit) » afin d'aider les jeunes à gérer un ensemble d'informations pertinentes à la transition à la vie adulte.	14 participants (âgés de 12 à 25 ans)	• Cet outil permet au jeune de rassembler dans un cahier les informations sur plusieurs habitudes de vie à propos de ce qu'il est capable de faire et de cibler ce qu'il veut développer comme adulte. • Pour l'HV habitation, l'outil permet de colliger si le jeune est capable de (et s'il désire apprendre à le faire) : - quitter la maison (quel scénario envisagé); - connaître les besoins quant à son espace de vie et son niveau de soutien nécessaire; - s'informer sur les possibilités d'habitation.
IQDI, 2007	Actes d'un colloque thématique sur l'habitation organisé par l'Institut québécois de la DI, le MSSS, la Société d'habitation du Québec (SHQ), l'OPHQ et le Ministère des Ressources humaines et Développement social Canada (Canada)	Colloque consacré exclusivement à la réflexion autour des enjeux qui sont reliés à la promotion de la qualité de vie dans un chez-soi. Examen des politiques, partage de résultats de recherche et d'expériences de personnes et de familles, exploration de modèles novateurs	Jeunes adultes et familles. Intervenants et chercheurs	• Dans une recherche réalisée à Toronto, les personnes ont identifié la vie autonome et le logement abordable comme l'un des sujets de préoccupation prioritaires. La pauvreté et l'insécurité économique sont au cœur des besoins de logement des personnes, les problèmes liés au programme ontarien de soutien aux personnes handicapées et le manque de contrôle et de choix dans la vie des personnes affectent l'inclusion des personnes et des familles dans la communauté. • La nécessité de passer d'un modèle de prise en charge résidentiel à un modèle de soutien à la vie autonome favorisant un réel chez-soi est exposée par plusieurs présentateurs. Des formules mieux adaptées aux besoins des personnes sont explorées. • Témoignage de deux adultes ayant une DI qui vivent en appartement : - Catherine, après avoir expérimenté un appartement avec cuisinette au sous-sol de la résidence parentale, elle intègre un appartement dans une coop d'habitation. Elle parle du plaisir qu'elle a eu à aménager son logement selon ses goûts, des défis liés à la gestion financière, la préparation des repas et l'approvisionnement, domaine qui requiert une aide humaine; - Yan est allé en chambre et pension quand il a quitté de domicile parental à la campagne pour s'installer

Habitude de vie — Habitation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				« en ville » à Québec. Après avoir vécu en colocation pour partager les frais, il demeure maintenant seul en appartement. Il a appris à faire sa propre cuisine plutôt que d'acheter des plats préparés et à faire son ménage, car une femme de ménage, ça coûte cher. Des proches expriment leurs préoccupations pour la sécurité, leur implication dès la conception du projet et à toutes les étapes de réalisation permet de les rassurer.
Morin <i>et al.</i> , 2001	Article scientifique qualitatif à partir d'entrevues en profondeur. (Québec)	Quels sont les perceptions et le vécu des personnes sur le modèle résidentiel où ils résident et leur rapport au monde	15 Personnes adultes présentant une DI et de 21 personnes ayant été psychiatisées	- Le chez-soi représente un espace dont ils ont le contrôle, un espace de liberté. La plupart ont connu, dans le passé, des milieux de vie plus encadrants, où ils devaient se conformer à des règlements et côtoyer des personnes qu'ils n'avaient pas choisies. - La progression dans le continuum résidentiel connaît des ratés aux yeux de certains participants, le passage entre le foyer de groupe et l'appartement supervisé étant difficile ; - Les participants perçoivent le logement comme un facteur d'intégration correspondant aux normes sociales ; leur marginalité, toujours ressentie, s'en trouve d'autant diminuée. - Cette valeur symbolique rattachée à l'espace de liberté que représente un logement où l'on est chez soi semble constituer de la part de ces personnes un appui au principe d'autodétermination mis de l'avant par les tenants de l'approche positive au Québec (Fraser et Labbé, 1993). - Avoir le contrôle sur son espace signifie aussi avoir le contrôle sur son temps. Les gens vivant en logement et en appartement supervisé sont maîtres de leur horaire, ils ne sont pas soumis à des heures de lever, de repas, à des couvre-feux, comme c'est le cas en hébergement. Les participants peuvent ainsi vivre à leur propre rythme.
Proulx, 2011	Revue de littérature qui a été rédigée dans le cadre de la recherche <i>Vivre en zone frontalière</i> .	Documenter et analyser les interfaces croissantes entre l'univers du logement social et celui de l'hébergement dans les différentes formes d'habitations	Personnes présentant une déficience intellectuelle	Il semble bien que la plupart des pays occidentaux reconnaissent aujourd'hui le droit aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle de vivre en logement ordinaire au même titre que la population en général.

Habitude de vie — Habitation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
	<i>L'hybridation des ressources entre les formules de logement et d'hébergement destinées aux personnes vulnérables</i> , de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.	sociales destinées à des populations vulnérables, dont les personnes vivant avec une déficience intellectuelle.		• Les politiques sociales de plusieurs pays mettent de l'avant ce que l'on appelle le « supported living », qui semble constituer l'orientation privilégiée. • Au Québec, cette approche est en émergence, mais, malgré les progrès accomplis au cours des dernières années, elle ne semble pas encore constituer le réflexe premier lorsqu'il s'agit de répondre au besoin résidentiel des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. • La revue de littérature a aussi mis en évidence l'importance d'une action intersectorielle plus articulée, mieux imbriquée, entre les acteurs du logement social et ceux de la santé et des services sociaux, même si les politiques du logement social prennent de plus en plus en compte les besoins de services d'une partie des personnes visées.
Proulx et Dumais, 2010	Rapport de recherche du programme Actions concertées du FQRSC. (Québec en collaboration avec la Belgique)	1. Documenter les initiatives ou pratiques émergentes en matière d'insertion en emploi et en habitation au Québec de manière systématique. 2. Approfondir ce qui constitue une amélioration de la participation sociale. 3. Observer comment les acteurs impliqués dans les initiatives documentées s'arriment aux programmes et politiques d'emploi, d'habitation et de revenu.	Les résultats s'appliquent essentiellement au champ de la déficience intellectuelle et pour les personnes vivant avec une déficience légère ou modérée.	• On passe d'un modèle d'hébergement qui se voulait une alternative à l'institutionnalisation dans les années 80 à des initiatives plus récentes pour vivre en logement dans un chez-soi. • Les années 2000 sont nettement dominées par des interventions de type logement (îlot, appartement, logement). • On constate les préoccupations des parents à propos de la sécurité des jeunes, préoccupations qui poussent les parents à privilégier des formules mitoyennes d'hébergement, une formule par laquelle leur fils ou leur fille peut vivre de façon plus autonome que dans une résidence d'hébergement, mais une formule qui, par la présence d'une personne responsable 24 heures sur 24 et sept jours par semaine, rassure les parents. Il semble que cette formule réponde à un besoin réel pour les parents, à savoir : - une alternative entre la résidence de type familial (RTF) et le logement ordinaire, pour lequel leur enfant n'aurait pas toutes les capacités requises d'accès; - il s'agit également pour eux d'un milieu de vie plus normalisant qui ne constitue pas un « placement »

Habitude de vie — Habitation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				chez quelqu'un d'autre, mais bien un véritable « chez-soi ».
Proulx <i>et al.</i> , 2007	Rapport d'évaluation d'un projet de logement au soutien gradué dans un centre de réadaptation d'une région du Québec	Évaluer l'impact de la vie en logement sur les personnes visées par l'intégration au logement à soutien gradué.	Adultes présentant une DI	• Pour les personnes, vivre en logement se conjugue à « vivre comme tout le monde » et constitue une expérience qui est vécue comme très valorisante et dont elles sont très fières. Le logement est donc une source importante de normalisation pour les personnes. • Vivre en logement est une occasion pour les personnes de jouer de nouveaux rôles sociaux et civiques (rôle de locataire, de voisin, de conjoint) et d'accroître par le fait même leur participation sociale. • Vivre en logement constitue un puissant facteur d'empowerment pour les personnes. • Vivre en logement constitue une expérience qui est possible pour un grand nombre de personnes, et vient briser le préjugé selon lequel plusieurs d'entre elles « ne sont pas capables », qu'elles n'auraient pas les capacités requises pour vivre en logement. • Vivre en logement est possible même pour des personnes dont le profil de besoins est très important, pour peu toutefois que l'on mette en place le soutien nécessaire. • Le fait de vivre dans un milieu moins protégé les place forcément en situation de plus grande vulnérabilité : elles peuvent par conséquent être exposées davantage à des situations d'abus ou de risques pour elles-mêmes. • Le besoin d'une étroite collaboration interétablissements (CSSS et CRDI) ainsi qu'intersectorielle avec la municipalité et les organismes d'habitation est mis en évidence.
Stewart <i>et al.</i> , 2010	Outil clinique (Ontario)	The Youth Kit permet : • d'apprendre les informations nécessaires à la transition à la vie adulte; • de consigner les informations importantes; • d'obtenir le soutien et les services nécessaires.	Adolescents et jeunes adultes	• L'habitude de vie - habitation se retrouve dans la section soins personnels et habiletés essentielles. Cette section permet de préciser si le jeune est capable de (et s'il désire apprendre à le faire) : - quitter la maison (quel scénario envisagé); - connaître ses besoins quant à l'espace de vie et le soutien nécessaire; - s'informer sur les possibilités d'habitation.

Tableau G 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 6)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Deux études avec un devis à cas unique portant sur l'évaluation d'une intervention qui vise à améliorer l'autonomie des jeunes dans la réalisation de l'habitude de vie - habitation ont été retenues [Kellems <i>et al.</i>, 2017; Sabielny et Cannella-Malone, 2014] (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Elles ont été réalisées aux États-Unis. Le risque de biais des deux études est modéré.
Participants des études retenues
Les cinq participants des études présentent les caractéristiques suivantes : - 60 % de sexe masculin ; - âgés de 11 à 20 ans ; - présentant une DI légère ou modérée lorsque rapportée ; - 40 % présentent également un TSA.
Interventions évaluées
Comportements visés • Plier un pantalon et un chandail (une étude). • Nettoyer différentes pièces (salle à manger, entrée, salon) ou un balcon et poster une lettre (une étude). Durée / Intensité • Jusqu'à quatre fois par jour et d'une à trois fois par semaine lorsque rapporté (une étude). • Entre trois à sept séances (deux études). Modalité • En individuel. Milieu • Milieu scolaire.

Dispensateur de l'intervention

- Chercheur.

Description des interventions

- Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC. L'incitation verbale, le modelage, l'incitation physique, l'incitation décroissante et la correction des erreurs sont fréquemment cités (2 études).

Effets de l'intervention

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser les différentes étapes de la tâche en lien avec l'habitation.

L'intervention s'est avérée efficace¹¹ dans 55 % des situations évaluées chez les 5 participants, soit :

- une réussite d'au moins trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 55 % des situations d'évaluation et;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est observée dans 55 % des situations d'évaluation.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue entre 15 à 70 jours après de fin de l'intervention pour la totalité des 3 participants pour lesquels des résultats sont disponibles.

De plus, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park *et al.*, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2015; Ramdoss *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont habitation (annexe N, tableau N 3).

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - habitation chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

¹¹ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

Tableau G 3 Efficacité des interventions auprès des parents (HV 6)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Deux études avec un devis à cas unique portant sur l'évaluation d'une intervention visant à outiller les parents pour améliorer l'autonomie des jeunes dans l'habitude de vie - habitation ont été retenues [Batu, 2008; Tekin-Iftar, 2008] (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Ces études ont été réalisées en Turquie. Le risque de biais des deux études varie de faible à modéré.
Participants des études retenues
• Les parents impliqués dans l'étape d'acquisition des nouvelles tâches sont généralement les mères des jeunes. D'autres membres de la famille ont été impliqués pour s'assurer que l'acquisition pouvait se généraliser lorsqu'un autre membre demandait au jeune de réaliser ces tâches [Batu, 2008]. • Les sept enfants des participants des études présentent les caractéristiques suivantes : - 57 % de sexe masculin; - âgés de 6 à 12 ans; - présentant une DI modérée lorsque rapportée; - 29 % présentent également un TSA.
Interventions évaluées
Comportements visés • Suspendre des vêtements, plier un chandail, faire son lit ou aller porter un vêtement au nettoyeur (réalisé par le jeune). Durée / Intensité • Phase 1 de l'intervention (auprès du parent) : 40 à 75 minutes. • Phase 2 de l'intervention (auprès du parent outillant son enfant) : quelques séances (6 à 9), de courte durée (de 30 à 80 minutes) par nouvelle tâche à apprendre. Modalité • Phase 1 : En individuel ou en groupe.

- Phase 2 : En individuel.

Milieu

- Phase 1 : Bureau du chercheur.
- Phase 2 : Situation réelle (domicile ou nettoyeur).

Dispensateur de l'intervention

- Phase 1 : Chercheur.
- Phase 2 : Parent.

Descriptions des interventions auprès du parent

- Phase 1 : Les techniques utilisées pour former les parents sont i) le soutien au découpage de la tâche, ii) l'indication verbale, le modelage, l'incitation et la correction d'erreurs et iii) l'enseignement par la pratique (p. ex. : jeux de rôle).
- Phase 2 : Les techniques mises en œuvre par les parents auprès de leur enfant sont le modelage, l'incitation verbale sans délai, et l'incitation physique au besoin, la correction des erreurs et le renforcement.

Effets de l'intervention auprès des jeunes

Avant l'intervention, tous les participants étaient incapables de réaliser plus que 30 % des étapes de la tâche demandée par leur parent.

L'intervention s'est avérée efficace¹² dans 86 % des situations évaluées pour les 7 participants, soit :

- une réussite d'au moins trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 86 % des situations d'évaluation et;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est observée dans 86 % des situations d'évaluation.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue pour six des sept participants (entre une et quatre semaines après la fin de l'intervention).

¹² L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occurrence avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour six des sept participants. La généralisation consistait à :

- changer d'instructeur (la mère est remplacée par un autre membre de la famille qui donne au jeune l'instruction de départ) (une étude) ;
- changer de milieu (un nouveau nettoyeur) (une étude).

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention visant à outiller les parents à l'aide d'une formation au sujet des techniques à utiliser, soit le modelage, l'incitation verbale en simultané, la correction des erreurs, le renforcement immédiat et l'incitation physique au besoin, est efficace pour que les parents puissent améliorer l'autonomie de leur enfant dans la réalisation de l'habitude de vie – habitation chez les jeunes âgés de 6 à 12 ans présentant une DI modérée.

Tableau G 4 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 6)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques telles qu'utilisées dans l'AAC est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - habitation chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	- Nombre d'études : 2 ECU; 9 RS - Plan d'étude optimal : approprié - Risque de biais : modéré (1/2) et élevé (1/2) (ECU) ; modéré (4/9) et élevé (5/9) (RS) - Taille de l'échantillon : n=5 (ECU); n=1420 (RS)
Cohérence / fiabilité	Élevée	Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles tâches dans l'HV habitation.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	Les apprentissages visés répondent à un besoin fréquent (plusieurs fois par jour, tous les jours, toutes les semaines) et une amélioration même inférieure à 75 % peut représenter un impact important.
Généralisation / transférabilité	Très élevée	- Les caractéristiques des jeunes sont similaires. - Les contextes sont également similaires (école).
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Une intervention visant à outiller les parents à l'aide d'une formation au sujet des techniques à utiliser, soit le modelage, l'incitation verbale en simultané, la correction des erreurs, le renforcement immédiat et l'incitation physique au besoin, est efficace pour que les parents puissent améliorer l'autonomie de leur enfant dans la réalisation de l'habitude de vie – habitation chez les jeunes âgés de 6 à 12 ans présentant une DI modérée.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 2 ECU - Plan d'étude optimal : suffisamment approprié - Risque de biais : modéré (2/2) - Taille de l'échantillon : n=7
Cohérence / fiabilité	Élevée	Les résultats pointent tous vers une efficacité des interventions évaluées.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	Les parents ont reconnu l'importance de l'apprentissage des comportements liés à la vie domestique et la valeur de l'intervention
Généralisation / transférabilité	Faible	La population et le contexte des études sont légèrement différents (les parents sont toutes des mères au foyer) que la population à qui s'adresse le guide.
Niveau de preuve	FAIBLE	

ANNEXE H HV 7 — responsabilités : Données détaillées

Tableau H 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 7)

Habitude de vie — Responsabilités				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Lavigueur <i>et al.</i> , 2010	Outil clinique Québec La trousse <i>Moi comme parent...</i> Coproducteur CECOM, QEMVIE et CJM-IU.		Pour les parents d'enfants âgés de 0 à 11 ans, incluant les parents qui ont des besoins particuliers (p. ex : avec une DI).	Objectif : laisser la parole aux parents. Pour y arriver, l'écoute, le respect de leur expérience et de leur vision sont préconisés. La trousse se veut un outil de communication, visant à faciliter l'application de programmes, en contexte individuel ou de groupe, auprès des parents d'enfants de 0 à 11 ans. 7 thèmes abordés par les outils d'intervention • Qualités d'un enfant • Compétences parentales • Plaisirs partagés • Activités pour récupérer • Soutien du réseau social • Inquiétudes de parent • Défis rencontrés et évolution parentale Le guide d'accompagnement (47 pages) Le document vidéo de présentation (80 minutes) Le CD (éléments reproductibles)
Lopez-Basterretxea <i>et al.</i> , 2014	Article scientifique	Les objectifs de cet article : • présenter le jeu <i>Serious game</i> qui permet d'assimiler des compétences de base en gestion de l'argent; • présenter les résultats d'applicabilité et d'acceptabilité du jeu.	12 jeunes ayant le syndrome de Down, âgés de 12 à 15 ans	Le jeu <i>Serious Game</i> nécessite l'utilisation d'un iPad® pour le participant et permet aux intervenants d'accéder en ligne aux données. Le jeu inclut deux volets, 1-le paiement et 2-la reconnaissance des différentes pièces de monnaie. Un premier jeu touche aux capacités de paiement. Il vise à ce que le joueur utilise deux pièces de monnaie pour arriver à une valeur proposée de façon aléatoire, sans la dépasser. Le deuxième jeu adresse la reconnaissance des pièces de monnaie. Le joueur doit reconnaître les euros à d'autres pièces de monnaie étrangère, en plus d'en différencier la valeur, la forme et la couleur.

Habitude de vie — Responsabilités				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				Le troisième jeu reprend les pièces qui n'ont pas été bien identifiées dans le jeu précédent, et poursuit les apprentissages de façon plus ludique. Les participants n'ont pas rencontré de difficultés à jouer à ce jeu et il est apprécié de ces derniers. L'iPad® agit à titre de motivateur au jeu. Les professionnels responsables ont aussi apprécié ce jeu
MEES, 2019	Programme Québec Programme éducatif CAPS, Compétences axées sur la participation sociale.		• Jeunes qui présente une DI moyenne à sévère • Âgés de 6 à 15 ans.	Le programme éducatif CAPS prévoit des apprentissages quant à la gestion de l'argent dans les modules <i>vie en société</i> et <i>mathématique</i>. • Connaître des biens et des services ainsi que leur fonction (médicaments à la pharmacie, nourriture à l'épicerie); • comprendre le lien entre la consommation et l'argent; • identifier la pièce de 1 \$ parmi les autres pièces de monnaie; • identifier le billet de 10 \$ parmi les autres billets; • développer des stratégies et des habiletés pour faire preuve de prudence lors d'un paiement; • développer des stratégies pour composer avec les imprévus liés à la gestion de l'argent.

Tableau H 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 7)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Aucune étude primaire n'a été retenue lors de la recension systématique réalisée dans le cadre de ce guide de pratique. Par contre, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences, ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park <i>et al.</i>, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson <i>et al.</i>, 2017; Smith <i>et al.</i>, 2015; Ramdoss <i>et al.</i>, 2012; Walker <i>et al.</i>, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont responsabilités (annexe N, tableau N 3).
Participants des études retenues
Voir annexe N
Interventions évaluées
Voir annexe N
Énoncé lié à l'efficacité
Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - responsabilités chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Tableau H 3 Efficacité des interventions auprès des parents (HV 7)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Deux études avec un devis à cas unique portant sur l'évaluation d'une intervention visant à outiller les parents pour améliorer l'autonomie des jeunes dans l'habitude de vie - responsabilités ont été retenues [Allen <i>et al.</i>, 2015; Tekin-Iftar, 2008] (annexe O, tableau O 1). Ces études ont été réalisées aux États-Unis et en Turquie. Le risque de biais des études est modéré.
Participants des études retenues
• Les parents impliqués dans l'étape d'acquisition des nouvelles tâches sont les mères des jeunes. • Les 4 participants des études présentent les caractéristiques suivantes : - 25 % de sexe masculin; - âgés de 9 à 17 ans; - présentant une DI légère (1) et modérée (3); - 25 % présentent également un TSA.
Interventions évaluées
Comportements visés • Réaliser une séquence d'achats. • Demander de l'aide à un commis de magasin. • Effectuer un paiement dans un magasin. • Passer une commande à un comptoir de restauration rapide. Durée / Intensité • Phase 1 de l'intervention (auprès du parent) :

- tutoriel fourni par l'application technologique utilisée [Allen *et al.*, 2015];
- 75 minutes [Tekin-Iftar, 2008].
- Phase 2 de l'intervention (auprès du parent outillant son enfant) :
 - 2 fois par semaine, 60 séances nécessaires [Allen *et al.*, 2015];
 - quelques séances (6 à 9), de courte durée (de 30 à maximum 80 minutes) par nouvelle tâche à apprendre [Tekin-Iftar, 2008].

Modalité

- Phase 1 : En groupe ou en individuel.
- Phase 2 : En individuel.

Milieu

- Phase 1 : Bureau du chercheur ou maison du participant.
- Phase 2 : Situation simulée ou situation réelle (domicile ou magasin).

Dispensateur de l'intervention

- Phase 1 : Chercheur ou tutoriel fourni par l'application technologique.
- Phase 2 : Parent ou vidéo.

Description des interventions auprès du parent

- Phase 1 : Les techniques et les stratégies utilisées sont :
 - le modelage et l'instruction pour identifier les étapes de la routine, la pratique avant de filmer, le tournage des vidéos pour chaque étape de la routine, la correction des erreurs, la révision et la reprise du vidéo au besoin [Allen *et al.*, 2015];
 - le soutien au découpage de la tâche, l'indication verbale, le modelage, l'incitation et la correction d'erreurs dans l'utilisation des techniques et stratégies utilisées et l'enseignement par la pratique (p. ex. : jeux de rôle) [Tekin-Iftar, 2008].
- Phase 2 : Les stratégies d'intervention mises en place par les parents sont :

- l'analyse de la tâche, le tournage d'une vidéo dans laquelle la participante effectue la séquence, le modelage vidéo (iPad®), l'enseignement par la pratique (p. ex. : jeux de rôle) en milieu simulé (création d'un magasin dans la demeure du parent où le parent joue le rôle du commis), l'incitation verbale et physique ainsi que la généralisation dans un contexte réel [Allen *et al.*, 2015] ;
- le modelage, l'incitation verbale sans délai, la correction des erreurs, le renforcement et l'incitation physique au besoin [Tekin-Iftar, 2008].

Effets de l'intervention auprès des jeunes

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus que 36 % des étapes de la tâche demandée par leur parent.

L'intervention s'est avérée efficace¹³ pour les quatre participants [Allen *et al.*, 2015; Tekin-Iftar, 2008], soit :

- une réussite d'au moins trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 78 % des situations d'évaluation et;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est observée dans 89 % des situations d'évaluation.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue entre deux et quatre semaines après la fin de l'intervention pour les trois participants [Tekin-Iftar, 2008].

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour les quatre participants. La généralisation consistait à :

- changer de milieu (p. ex. : se rendre dans un nouveau nettoyeur) [Tekin-Iftar, 2008];
- effectuer la tâche dans un milieu réel [Allen *et al.*, 2015].

Énoncés liés à l'efficacité

Une intervention visant à outiller les parents à l'aide de formation au sujet des techniques à utiliser, soit le modelage, l'incitation verbale en simultané, la correction des erreurs, le renforcement immédiat et l'incitation physique au besoin,

¹³ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occurrence avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

est efficace pour aider les parents à améliorer l'autonomie de leur enfant dans la réalisation de l'habitude de vie - responsabilités chez les jeunes âgés de 9 à 12 ans présentant une DI légère à modérée.

Une intervention visant à développer chez le parent la capacité de créer une vidéo, qui sera par la suite utilisée dans le cadre d'une autre intervention qui inclut l'analyse de la tâche, le vidéo modelage (iPad), des jeux de rôle en milieu simulé, l'incitation verbale et physique et la généralisation en milieu réel est efficace pour aider les parents à améliorer l'autonomie de leur enfant dans la réalisation de l'habitude de vie - responsabilités chez une jeune âgée de 17 ans présentant une DI modérée et un TSA.

Tableau H 4 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 7)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - responsabilités chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	- Nombre d'études : 9 RS - Plan d'étude optimal : approprié - Risque de biais : modéré (4/9) et élevé (5/9) - Taille de l'échantillon : n=1420
Cohérence / fiabilité	Élevée	Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles tâches dans l'HV — responsabilités.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	Les apprentissages visés répondent à un besoin important permettant l'autodétermination et l'inclusion sociale (p. ex : capacité d'effectuer un paiement pour l'achat de bien courant, pour les loisirs)
Généralisation / transférabilité	Très élevée	Les caractéristiques des jeunes sont similaires.
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Une intervention visant à outiller les parents à l'aide de formation au sujet des techniques à utiliser, soit le modelage, l'incitation verbale en simultané, la correction des erreurs, le renforcement immédiat et l'incitation physique au besoin, est efficace pour aider les parents à améliorer l'autonomie de leur enfant dans la réalisation de l'habitude de vie - responsabilités chez les jeunes âgés de 9 à 12 ans présentant une DI légère à modérée.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 1 ECU - Plan d'étude optimal : peu approprié - Risque de biais : modéré (1/1) - Taille de l'échantillon : n=3
Cohérence / fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	Les parents ont reconnu l'importance de l'acquisition de compétences en lien avec l'HV responsabilité et la valeur de l'intervention. Les apprentissages sont maintenus dans le temps et sont généralisés dans un autre milieu.
Généralisation / transférabilité	Faible	La population et le contexte de l'étude sont légèrement différents (les parents sont toutes des mères au foyer) que la population à qui s'adresse le guide.
Niveau de preuve	FAIBLE	

Énoncé :

Une intervention visant à développer chez le parent la capacité de créer une vidéo, qui sera par la suite utilisée dans le cadre d'une autre intervention qui inclut l'analyse de la tâche, le vidéo modelage (iPad), des jeux de rôle en milieu simulé, l'incitation verbale et physique et la généralisation en milieu réel est efficace pour aider les parents à améliorer l'autonomie de leur enfant dans la réalisation de l'habitude de vie - responsabilités chez une jeune âgée de 17 ans présentant une DI modérée et un TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	• Nombre d'études : 1 ECU • Plan d'étude optimal : peu approprié • Risque de biais : modéré (1/1) • Taille de l'échantillon : n=1
Cohérence / fiabilité	Non applicable	• Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Le parent a reconnu l'importance de l'acquisition de compétences en lien avec l'HV responsabilité et la valeur de l'intervention. La participante a été en mesure de généraliser les apprentissages en contexte réel.
Généralisation / transférabilité	Modéré	• Les caractéristiques de la participante sont légèrement différentes (DI avec TSA) que la population à qui s'adresse le guide
Niveau de preuve	FAIBLE	

ANNEXE I HV 8 — relations interpersonnelles : Données détaillées

Tableau I 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 8)

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Relations sociales et amicales				
CRDITED de Montréal, 2015	Programme d'intervention. (Québec)	ADOPRO est un programme de développement des habiletés sociales. Le programme cible spécifiquement des adolescents présentant des déficits sur le plan des habiletés sociales qui entravent leur participation dans les divers milieux qu'ils fréquentent.	Destiné aux adolescents de 12 à 17 ans ayant une déficience intellectuelle (DI) légère ou moyenne.	ADOPRO est un programme d'enseignement et d'animation de groupe visant l'amélioration des compétences sociales à travers le développement d'habiletés en ce qui a trait spécifiquement à la régulation émotionnelle, à la communication avec l'entourage et à la gestion des problèmes sociaux, dont des problèmes associés au besoin d'avoir une vie sociale, affective et sexuelle. Le programme est fondé principalement sur les théories de l'apprentissage issues du courant behavioriste et vise l'acquisition de nouveaux comportements notamment par l'enseignement des concepts et indices de situations sociales spécifiques, l'enseignement de comportements adéquats à adopter dans ces situations et par l'animation d'activités de mise en pratique.
Labbé <i>et al.</i> , 2014	Cadre de référence (Québec)	Comment prévenir l'apparition de troubles du comportement. Comment assurer une qualité de vie aux personnes présentant une DI	Personnes présentant une DI ou un TSA	Les besoins fondamentaux des personnes présentant une DI sont souvent négligés et leurs droits oubliés. Une attention particulière doit être accordée à la réponse à leurs besoins en matière de liens d'attachement avec leurs proches, de relations sociales, de vie affective et sexuelle satisfaisante. L'approche positive en prévention des troubles du comportement offre un cadre théorique et opérationnel pour évaluer la qualité de vie des personnes et proposer des interventions afin de l'améliorer.
Leclair Arvisais, 2010	Guide visant à informer, à donner des exemples, et à susciter la réflexion lors de l'élaboration d'une programmation d'enseignement	Comment élaborer une programmation d'activités visant le développement des habiletés sociales ?	Personnes présentant une DI ou un TSA	Les facteurs déterminants pour la réussite des interventions • Répondre aux centres d'intérêt et aux besoins des personnes. • Avoir des objectifs clairs. • Graduer les objectifs et les exigences. • Utiliser des stratégies adéquates et variées. • Permettre la flexibilité. • Fournir des renforcements sociaux nombreux et constants. • S'assurer des efforts conjoints des parents et des intervenants pour le transfert et la généralisation.

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
	des habiletés sociales. (Québec)			Les étapes d'enseignement • Enseignement (présenter l'habileté, son importance) • Modelage • Activités pour intégrer les notions • Rétroaction • Objectivation • Transfert et généralisation
Temple et Stanish, 2011	Article scientifique Canada Questionnaire sur les barrières et les préférences perçues par les jeunes et sondage sur leur satisfaction à participer au programme d'entraînement qui inclut le soutien offert par un jeune dont le développement est neurotypique.	Quelles sont les barrières, préférences et satisfactions exprimées par les jeunes	20 (10F; 10G) 15-21 (M=17,8; SD = 1,6) DI légère	Barrières personnelles à la participation à des activités physiques : trop occupé, ne sait pas comment faire, personne avec qui m'entraîner, peur de me faire mal, n'aime pas l'exercice Jeunes présentant une DI • Sentiment d'avoir appris de nouveaux exercices (94 %) • Fait de nouveaux amis (94 %) • Plus en forme/plus en santé (83 %) • 72 % rapportent vouloir participer à nouveau au programme si celui-ci est offert à nouveau • Aiment davantage les activités de cardio Bénéfices perçus par les parents • Amélioration de la condition physique, plaisir • Nouveaux amis ou rencontre de nouvelles personnes • Apprentissage de nouveaux exercices/activités • Apprentissage de l'utilisation des installations du YMCA • Augmentation de la motivation à faire de l'exercice • Augmentation de l'estime de soi/confiance Éléments les plus appréciés par les jeunes, selon les parents • Être avec un groupe d'adolescents (82 %) • Avoir un partenaire d'entraînement (55 %) • S'entraîner (45 %) • Être indépendant des parents (36 %) • Apprendre de nouvelles activités/nouvelles compétences (36 %) • Sentiment d'accomplissement (36 %)
Van Asselt-Goverts <i>et al.</i> , 2014	Article scientifique (Pays-Bas)	Entrevues semi-structurées de groupe Connaître le rôle que peuvent jouer les intervenants dans le renforcement et l'expansion	27 Professionnel s qui travaillent avec des jeunes	4 catégories ont émergé : 1. Interventions visant à renforcer les réseaux sociaux (par exemple, attention au maintien du contact avec les membres du réseau). • 14 interventions se sont démarquées lors des entretiens. • Attention au maintien du réseau social existant, par exemple en incitant le client à appeler quelqu'un.

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
		des réseaux sociaux de leurs clients	adultes avec DI légère	- Le client a été encouragé à faire appel plus fréquemment aux membres de son réseau pour obtenir de l'aide. 2. Interventions visant à développer les réseaux sociaux - Le plus souvent en encourageant les clients à participer à une activité de loisirs organisée. - La participation à des activités non organisées : prendre une tasse de thé, regarder un DVD ensemble, cuisiner ou jouer à un jeu avec un membre du réseau. - La recherche de contacts via Internet. - Inciter les clients à rendre service, à eux-mêmes et aux autres (par exemple, participer à l'aide de quartier, au travail bénévole). - Établir des contacts dans le quartier afin d'étendre leur réseau social pour inclure des voisins sans identifiant. - Stimulation des contacts avec d'autres clients recevant un soutien de la même organisation. 3. Facteurs entravant (24 facteurs qui ont compliqué le processus de renforcement et d'élargissement des réseaux sociaux des clients) - Les réseaux sociaux sont souvent petits et les clients n'ont pas de contacts sociaux intimes ou proches. - Les caractéristiques du client : ne pas se sentir accepté, manque de compétences sociales et difficultés à accepter le handicap, adaptation ou prise d'initiative. - Ne participe pas suffisamment aux activités de loisirs régulières, mais ne se sentent pas à l'aise dans les activités de loisirs pour personnes ayant une DI. En d'autres termes, les clients passent souvent entre les mailles du filet. - Trop peu de temps et d'argent pour renforcer ou élargir les réseaux sociaux des clients. 4. Facteurs facilitants (11 facteurs ont été mentionnés comme facilitant clairement le renforcement et l'expansion des réseaux sociaux des clients) - Intégrer le développement du réseau social dans le plan d'intervention. - Les centres d'intérêt des clients doivent être inventoriés afin d'identifier une activité de loisir et/ou un membre du réseau social approprié partageant les mêmes centres d'intérêt.

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				Sensibiliser les clients à l'importance d'un réseau social et les aider à mieux comprendre leur fonctionnement.
Relations amoureuses et sexuelles				
Boucher et Labbé, 2017	Fiche descriptive du programme d'éducation à la santé sexuelle pour les adolescents présentant une déficience intellectuelle. (PéSSADI) (Québec)	Pourquoi et comment faire l'éducation à la santé sexuelle avec les adolescents présentant une DI ?	Parents de jeunes âgés de 10 à 15 ans présentant une DI légère ou moyenne.	- Selon les auteurs, l'éducation à la santé sexuelle doit commencer dès le très jeune âge. Vers l'âge de 9 ou 10 ans, à la période de prépuberté et à l'âge de 11 ou 12 ans où la puberté est bien amorcée ; - Faire cette éducation permet d'éviter plusieurs difficultés et désagréments, tant à l'adolescent qu'à son entourage, il faut l'informer, le soutenir et l'accompagner dans cette période de changements corporels, d'intensité psychologique et de découvertes sociales ; - Les parents doivent être accompagnés par un intervenant pour utiliser le programme. Il comprend dix thèmes qui visent à augmenter : la connaissance de soi, les connaissances sexuelles, les connaissances relationnelles, les connaissances des médias sociaux la cyberprévention et la prévention des agressions sexuelles.
Côté, 2015	Cadre de référence Document organisationnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale (Québec)	Document qui précise les orientations cliniques ainsi que les aspects légaux, éthiques et cliniques qui doivent être considérés par les intervenants.	Personnes ayant une DI ou un TSA	Il s'appuie sur la Politique en matière de vie affective, amoureuse et sexuelle de l'utilisateur adoptée par le conseil d'administration du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) de Québec en 2004. - Elle reconnaît à la personne présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) le droit de s'épanouir à l'égard des relations affectives et de vivre sa sexualité. - Elle stipule que l'accompagnement doit dépasser l'information sur les aspects mécaniques de la sexualité et favoriser le développement des relations dans une dimension de communication. Le cadre énonce des orientations quant aux enjeux des relations privilégiées; l'expression de l'orientation sexuelle, la parentalité, la contraception, la santé sexuelle et prévention, la stérilisation, la masturbation, le matériel érotique ou pornographique, bar de danseuses ou de danseurs nus et prostitution; les troubles du comportement sexuel, l'agression sexuelle et les interventions recommandées lors de soupçon ou de divulgation.

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Daigle et Couture, 2012	Rapport de recherche, évaluation des effets du programme ÉVAAS (Québec)	Le programme amène-t-il des changements réels chez les PPDI et leur entourage.	Adolescents et jeunes adultes présentant une DI	Le programme produit une augmentation significative des connaissances utiles à la vie affective, amoureuse et sexuelle, davantage d'attitudes positives des personnes et de leur entourage et un meilleur exercice de leurs droits. Il est plus efficace quand il est appliqué auprès des personnes présentant une déficience moyenne. Il n'est pas le mieux adapté pour répondre aux besoins des personnes présentant une DI légère.
Evans <i>et al.</i> , 2009	Article scientifique (Irlande)	Questionnaire portant sur les discussions entre le donneur de soins et une personne ayant une DI entourant la sexualité, l'éducation sexuelle, les droits liés à la sexualité et la perception des relations	155 parents 153 professionnels travaillant auprès de personnes qui présentent une DI	Discussions entourant la sexualité avec les personnes qui présentent une DI - Pour les professionnels qui se disent non confiants de discuter de sexualité avec l'usager qui présente une DI, les raisons suivantes sont invoquées : manque de formation/qualification (35 %), manque de confiance personnel pour discuter de ces aspects (29 %), manque de lignes directrices organisationnelles claires (16 %) et souhait des parents (13 %). - Pour les parents qui se disent non confiants à discuter de sexualité, les raisons suivantes sont invoquées : ne savent pas comment expliquer les choses (29 %), manque de compréhension (20 %), doutent que l'usager comprenne les concepts liés à la sexualité (12 %). Types de relation - Parents sont généralement plus à l'aise avec les relations d'amitié et non-intime entre garçon/fille, alors qu'une plus grande proportion de professionnelles expriment soutenir davantage les personnes qui présentent une DI légère ou modérée, à l'égard des relations intimes ou du mariage comparativement aux parents. Intimité - Approximativement, le quart des professionnels et des parents (25 % and 26 %) ne savent pas si les usagers devraient bénéficier d'intimité en termes de relations non supervisées. - Proportion significativement plus élevée de professionnels (42 % vs 10 % pour les parents, $P = 0.0001$) déclarent que les adultes qui présentent une DI devraient pouvoir bénéficier d'intimité dans leurs relations non supervisées. Formation pour discuter de la sexualité

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• Seulement 12 % du personnel et 8 % des personnes en charge de la famille (9 % pour les parents et 4 % pour les personnes en charge fraternelles, $P > 0,05$) avaient reçu une formation. De manière significative, davantage de personnel soignant que de membres de la famille a manifesté leur intérêt pour une telle formation à l'avenir (95 % contre 55 %, $p = 0,0001$). • Les commentaires des aidants familiaux incluaient un désir que la sexualité des personnes ayant une identité soit reconnue; une préoccupation concernant les questions de protection contre les abus; et la nécessité d'une supervision constante. • Certains ont commenté le droit des utilisateurs de services aux relations sexuelles et la nécessité de directives et de politiques spécifiques émanant de leur établissement. Certains intervenants ont appelé à une plus grande discussion sur la sexualité des personnes, ce qui contribuerait à sensibiliser le public à la question.
Healy <i>et al.</i> , 2009	Article scientifique (Irlande)	5 groupes de discussion	32 13-17 ans (3) 18-30 ans (12) 31 ans et + (17)	Sexualité et relations sociales • Tous les participants démontrent un intérêt à développer des relations d'amitié et des relations intimes. • Activités pratiquées au sein des relations intimes : manger ensemble, aller au cinéma, se tenir la main, s'embrasser. • Augmentation de l'estime de soi lorsque les participants sont en relation. • Rapportent manquer d'intimité pour avoir des relations sexuelles. • Ne comprennent pas pourquoi ils n'auraient pas le droit d'avoir des relations amoureuses. Perspectives des proches • Participants rapportent que certains membres de leur famille ne sont pas à l'aise leur relation actuelle ou potentielle. • Certains sentent qu'ils ne peuvent pas s'exprimer ouvertement à propos de leur relation (peur que la relation soit interdite). • Rapportent que leurs droits aux relations et au bonheur ne sont pas remplis. Relations avec les services

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				- Lieux où les personnes avec une DI reçoivent des services sont des lieux possibles de socialisation, réduisent l'isolement social. - Manque d'intimité, éducateurs devraient faciliter le développement de relations sociales et respecter le droit à l'intimité des usagers. Sexualité et enjeux reliés - Plusieurs participants ont des connaissances rudimentaires ou incorrectes à propos de la masturbation, confusion avec faire l'amour. - Tous croient que la masturbation devrait être permise en privé. - Perception que faire l'amour est interdit à la maison et dans les lieux fréquentés. - Participants ont des connaissances sur la sexualité par des cours formels ou par la télévision. - Possèdent généralement une compréhension de la contraception (condom, pilule) (+ de 18 ans). - Moins de 18 ans : très faibles connaissances sur les ITS et l'anatomie - Emphase sur le droit d'avoir de l'intimité. - Mentionnent qu'il y a des règles excessives dans le service fréquenté que les besoins des usagers ne sont pas considérés. - Proposent la création d'une agence de rencontres pour les personnes qui présentent une DI. L'avenir - Plupart aspirent au mariage et avoir des enfants. - Sentiment que le mariage n'est pas permis, ce qui génère beaucoup de sentiment négatif (sentiment d'injustice par rapport aux autres membres de leur entourage qui peuvent se marier).
Kaufman, 2018 pour la Société canadienne de pédiatrie	Documents de principes (Canada)	Comment prévenir les agressions sexuelles des jeunes ayant une incapacité ou une maladie chronique ?	Enfants et adolescents ayant une incapacité ou une maladie chronique	Des données probantes claires indiquent que les jeunes ayant une incapacité ou une maladie chronique grave sont plus vulnérables aux agressions sexuelles. Une grande enquête menée en Colombie-Britannique en 2008 auprès d'élèves du secondaire a révélé que ces jeunes étaient plus de deux fois plus susceptibles que leurs camarades d'avoir été victimes de violences physiques (31 % par rapport à 15 %) ou sexuelles (19 % par rapport à 7 %), et

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				plus de trois fois plus susceptibles d'avoir subi à la fois de la violence physique et sexuelle (12 % par rapport à 4 %). Les données américaines et du reste du monde révèlent des pourcentages similaires. Il semble que cette population soit également plus vulnérable à la violence physique et affective. La Société canadienne de pédiatrie recommande que les pédiatres, les médecins de famille et les autres dispensateurs de soins : • soient conscients du risque d'agression chez les enfants et les adolescents ayant une incapacité, une maladie chronique ou des besoins de santé limitatifs; • contribuent à prévenir les agressions en s'assurant de donner l'exemple de comportements respectueux et habilitants aux patients, aux parents, aux stagiaires et à leurs collègues; • fournissent très tôt des conseils préventifs sur la sexualité, l'habilitation personnelle et les risques d'agression; • interagissent avec les écoles et d'autres milieux communautaires pour garantir ou accroître l'éducation à la santé sexuelle; • préconisent des politiques en vue de prévenir les agressions sexuelles en établissement et favorisent une intervention rapide en cas d'agression.
McClelland <i>et al.</i> , 2012	Article scientifique (Canada)	Entrevues qualitatives et groupe de discussion	10 LGBT (4G ; 2F ; 4 identifiés comme trans) 17-26 ans DI non spécifiée (majorité DI légère)	• Les jeunes rapportent le contrôle omniprésent dans leur vie de la part des personnes dans leur entourage (qui prennent des décisions à leur place, qui mettent en place des règles et contrôlent leur autonomie), particulièrement en lien avec le temps personnel et les lieux pour explorer la sexualité seuls ou avec les autres. • Certains sont ennuyés par ces règles, alors que d'autres les perçoivent comme normales et aidantes. • Un sentiment de frustration et tristesse des restrictions sexuelles. • L'endroit le plus sécuritaire pour exprimer sa sexualité est à la maison ou à la maison du partenaire, mais la présence des parents est perçue comme une barrière à l'expression de la sexualité. En présence de règles restrictives dans le milieu de vie du jeune quant à l'expression de la sexualité, ceux-ci risquent d'expérimenter la sexualité à l'extérieur, dans des milieux non sécuritaires et moins confortables et où l'utilisation d'un condom est moins probable.

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
McDaniels et Fleming, 2016	Article scientifique (E.U.)	Analyse narrative (programme de prévention des agressions sexuelles)	N non spécifié (92 études recensées) Enfants, adolescents, adultes DI niveau non spécifié	Les études qui se sont intéressées à l'abus sexuel chez les enfants/adolescents qui présentent une déficience intellectuelle confirment qu'il a un taux plus élevé d'abus sexuel chez cette population que dans la population générale (environ 4x plus susceptibles). Plusieurs études soulignent l'éducation sexuelle inadéquate chez les étudiants/jeunes adultes qui présentent une DI. Barrières aux programmes d'éducation à la sexualité : - programmes spécialisés qui mettent l'emphase sur des problèmes spécifiques (p. ex. : abus sexuel, relations, prévention des ITS), en opposition à un programme plus complet; - quand l'éducation sexuelle est spécifiquement offerte aux adolescents qui présentent une DI, l'éducation est souvent indirecte, vague, euphémistique, et trop technique, faisant en sorte qu'il devient difficile pour les ados ayant une DI de transférer les apprentissages; - une stratégie commune est d'effectuer l'éducation sexuelle de manière réactive (c'est-à-dire, commencer l'éducation sexuelle après que les étudiants aient commencé à être sexuellement actifs). Adopter une approche réactive a été liée à une augmentation de la probabilité de désinformation, des risques d'abus sexuels et ITS et à une variété de difficultés sociocomportementales; - la nature didactique de plusieurs programmes d'éducation à la sexualité peut être inefficace chez les individus qui présentent une DI à cause de la difficulté potentielle à comprendre les informations et la capacité limitée à formuler des questions liées à la sexualité. Leviers des programmes d'éducation à la sexualité : - programme devraient être spécifiquement adaptés aux caractéristiques individuelles des étudiants avec DI; - nécessité d'effectuer une analyse des besoins des pers. qui présentent une DI en matière d'éducation à la sexualité; - devraient couvrir différents sujets, dont les parties du corps, les changements physiques et psychologiques qui surviennent durant l'adolescence, les habiletés sociales, la reproduction, la prévention des abus sexuels, éducation concernant les ITS, les habiletés de protection de soi, l'orientation sexuelle;

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• étudiants ne devraient pas se fier uniquement aux informations reçues dans le cadre de programmes formalisés d'éducation à la sexualité à l'école, mais également celles reçues de leurs familles et des professionnels de la santé; • nécessité d'intervention d'éducation individualisée, où un soin est apporté à la concordance entre les approches éducationnelles utilisées et le style d'apprentissage et des habiletés du jeune; • à cause de la nature souvent abstraite de l'éducation sexuelle, les jeux de rôle peuvent être efficaces pour développer des habiletés sociales et mieux comprendre les concepts liés à la sexualité; • programme d'éducation à la sexualité devraient comprendre une variété de médias (p. ex : livres, vidéos, modelage), plusieurs stratégies d'enseignement (p. ex. : lecture, jeux de rôle, démonstration) et fournir des moyens d'évaluer les progrès des étudiants (p. ex. : tests, sondages, identification des concepts).
Miller <i>et al.</i> , 2016	Article scientifique (É-U)	Quelles sont les connaissances des enfants qui présentent une déficience développementale quant aux habiletés de protection de soi ? Entrevues structurées Questionnaire complété par le parent	Enfants (7-19 ans) qui présentent une déficience développementale et leurs parents (37)	Connaissances des enfants liées à la puberté et au développement physique : • 73 % sont incapables de nommer les parties privées du corps • 87 % sont incapables de décrire les changements physiques associés à la puberté Connaissances des enfants en lien avec les touchers appropriés/inappropriés • 46 % sont en mesure d'identifier correctement une vignette décrivant un toucher approprié • 84 % sont en mesure d'identifier correctement une vignette décrivant un toucher inapproprié Connaissances des habiletés de protection pour répondre aux touchers inappropriés • 46 % ne sont pas en mesure d'identifier une réponse adaptative adéquate en cas de toucher inapproprié (aller chercher de l'aide, dire non, etc.) Capacités à identifier des adultes aidants • 41 % ne sont pas en mesure d'identifier un adulte qui pourrait les aider en cas de situation inappropriée Perceptions parentales liées aux connaissances de leur enfant • 54 % indiquent que leur enfant n'est pas en mesure d'identifier les parties intimes du corps

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• 62 % indiquent que leur enfant n'est pas en mesure d'identifier les changements physiques dus à la puberté • 32 % croient que leur enfant n'est pas en mesure de distinguer un toucher approprié vs inapproprié • 57 % croient que leur enfant n'est pas en mesure d'assurer leur sécurité par eux-mêmes
Pariseau-Legault et Holmes, 2017a; Pariseau-Legault et Holmes, 2017b	Article scientifique (2) (Québec)	Entrevues semi-structurées	Personnes identifiées comme ayant un handicap intellectuel léger à modéré (5), intervenants d'un centre de réadapt. (6), et proches aidants (5)	• Absence de politiques ou procédures claires sur la vie sexuelle, selon les intervenants qui travaillent auprès de personnes qui présentent une DI, ce qui laisse place à différentes modalités d'intervention. • Interventions offertes par les proches des personnes DI qui visent souvent le renforcement des frontières corporelles et la protection contre les abus. • Intervenants font état de pratiques visant à assurer le calme et l'ordre au sein des milieux de vie, et pour gérer les risques sexuels découlant de la cohabitation de personnes dites « vulnérables » ou « dangereuses ». • Droits et libertés des personnes qui présentent une DI semblent s'effacer, au profit d'une approche centrée sur la gestion du risque et sur la responsabilisation, ce qui justifie les mécanismes de surveillance, de régulation et de prohibition de l'expression affective et sexuelle. • Règles mises en place contribuent à la conception de la personne DI comme étant asexuelle. • Règles mises en place, alors qu'elles ont été créées pour protéger les personnes DI, ont pour conséquence de projeter les conduites sexuelles à l'extérieur du milieu de vie, les rendant ainsi encore plus à risque (manque de protection, violence sexuelle) ou les exposant à des risques de judiciarisation (p. ex. : relations sexuelles, masturbation en public). • Certains intervenants agissent comme facilitateurs des relations affectives et sexuelles.
Rushbrooke <i>et al.</i> , 2014	Article scientifique (Royaume-Uni)	Méta-analyse d'études qualitatives difficultés vécues par les parents d'enfants avec une DI liées à la sexualité	Expériences et perceptions liées à la sexualité des personnes qui présentent une DI, selon les parents	Craintes et incertitude • Les intervenants ressentent des craintes, de l'incertitude et de l'anxiété. • Sentiment de ne pas avoir les compétences nécessaires pour gérer les problèmes liés à la sexualité, ce qui peut les conduire à redouter la prise de décision.

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
			(donneurs de soins)	• Discussion sur la sexualité souvent laissée à l'initiative des personnes avec une DI. • Barrières à avoir une discussion entourant la sexualité : manque de confiance, peur de devoir rendre des comptes, se sentir embarrassé à l'idée de discuter de sexualité, sentiment que la discussion pourrait être perçue comme intrusive ou inappropriée par la personne ayant une DI, manque de formation, manque de politique/guides clairs entourant la sexualité, relations intimes et soins intimes. • Formation comme un élément clé pour se sentir plus à l'aide et confiant de parler de sexualité. Impact des perceptions de la sexualité • Difficulté de distinguer les comportements dus aux besoins sexuels et les comportements causés par d'autres éléments. • Perception d'asexualité ou infantilisation des personnes qui présentent une DI, mais la majorité reconnaît que les personnes avec une DI ont une identité sexuelle. • Rapporte que les personnes avec DI devraient recevoir du soutien quant aux relations et à la sexualité. • Expériences personnelles des donneurs de soins influencent leurs perceptions de la sexualité des personnes avec DI et affectent leurs capacités à les soutenir en lien avec la sexualité. • Embarras et craintes des donneurs de soins de voir les parties sexuelles, de laver les parties intimes, d'offrir de l'éducation à la sexualité. • Manque de soutien pour les donneurs de soins pour offrir une éducation sexuelle adaptée. Pareil et différent • Rapportent que le besoin sexuel/de relations des personnes avec et sans DI est le même. • Expression de la sexualité peut-être différente à cause des déficits sociaux. • Inconfortables lors de l'arrivée de la puberté et la sexualité qui se développe. • Acceptabilité morale et sociale de l'expression de la sexualité chez les personnes avec DI est encore limitée. Balancer le rôle de protecteur et de facilitateur

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				- Tensions importantes entre les rôles contradictoires qui doivent être assumés par le donneur de soins, soit de promouvoir et faciliter l'expression de la sexualité, mais également contrôler les risques liés à la sexualité et de protéger. Sexualité conditionnelle : soutien conditionnel - Perception que la sexualité est acceptable sous certaine condition (ex : masturbation privée). - Questionnement éthique ou moral lié à l'aide apportée aux personnes avec une DI afin de vivre leur sexualité (p. ex : fournir de la pornographie ou non ?).
Taillefer <i>et al.</i> , 2013	Document organisationnel Guide pratique sur la sexualité des usagers du Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle	Des lignes directrices visant à orienter et baliser les interventions à l'égard de la vie affective et sexuelle de la clientèle ont été élaborées par le Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle.	Personnes ayant une DI et besoin de soins psychiatriques en CH.	RECONNAISSANCE DES DROITS DES USAGERS - Avoir une vie affective et sexuelle en accord avec ses besoins et désirs - Gérer sa vie affective et sexuelle à sa façon (tant qu'elle ne brime pas autrui ou qu'elle ne lui porte pas préjudice) - Recevoir un soutien dans l'apprentissage et l'expression des dimensions affectives et sexuelles - Recevoir un soutien en lien avec ses problématiques sexuelles non résolues APPROCHE À PRÉCONISER Une approche positive, individualisée, respectueuse, « responsabilisante », sécuritaire et non intrusive est de mise dans les interventions en matière de sexualité. ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS Le type d'accompagnement offert doit être en lien avec la problématique vécue. Au besoin, un plan d'éducation et d'accompagnement sexuel doit être élaboré. Ce plan : - vise à aider la personne à répondre à ses besoins sexuels et, dans la mesure du possible, à lui enseigner à répondre à ses besoins par elle-même, en lien avec les normes et les règles sociales; - doit être élaboré de concert avec l'utilisateur et approuvé par celui-ci, afin que l'accompagnement soit fait avec son accord; - doit aussi être approuvé par l'équipe interdisciplinaire; - peut impliquer la famille ou le représentant légal, si jugé pertinent.
Young <i>et al.</i> , 2012	Article scientifique	Examiner si le sexe des personnes présentant une DI	Professionnels œuvrant	3 thèmes identifiés

Habitude de vie — Relations interpersonnelles				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
	(Royaume-Uni)	influence les attitudes des professionnels quant à la sexualité. Entrevues semi-structurées	auprès d'adultes présentant une DI (10)	1. Femmes qui présentent une DI sont décrites comme « sexuellement naïves » • Décrites majoritairement comme n'étant pas intéressées par la sexualité, plus vulnérables à l'agression sexuelle et conséquemment, ayant un besoin plus grand de protection. 2. Hommes qui présentent une DI sont plus axés sur la sexualité que les femmes • Perception que les hommes qui présentent une DI pensent plus souvent à la sexualité, sont davantage menés par leurs désirs sexuels, expriment plus ouvertement leur sexualité et cherchent davantage les contacts sexuels que les femmes qui présentent une DI. • Les actions des hommes qui présentent une DI sont perçues comme étant « prédatrices » et davantage de comportements sexuels inappropriés sont décrits par les professionnels chez les hommes qui présentent une DI. 3. Motivations à avoir des relations intimes • Perceptions que les professionnels vivent généralement de l'anxiété liée aux relations intimes entre personnes qui présentent une DI, particulièrement en lien avec les relations intimes homosexuelles. • Perceptions que les motivations à avoir des relations intimes sont différentes chez les hommes et les femmes qui présentent une DI (gratification sexuelle chez les hommes, gratification émotionnelle et rôles de mère chez les femmes).

Tableau I 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 8)

Relations sociales et amicales
Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Quatorze articles portant sur l'évaluation d'une intervention qui vise à améliorer l'autonomie des jeunes quant aux relations interpersonnelles et plus spécifiquement les relations sociales et amicales ont été retenus [Stauch <i>et al.</i>, 2018; Biggs <i>et al.</i>, 2017; Bunning <i>et al.</i>, 2017; Hetzroni et Banin, 2017; Ingersoll <i>et al.</i>, 2017; Hui Shyuan Ng <i>et al.</i>, 2016; O'Handley <i>et al.</i>, 2016; Blasko, 2015; Fichtner et Tiger, 2015; Hartzell <i>et al.</i>, 2015; Plavnick <i>et al.</i>, 2015; Sanchez et Miltenberger, 2015; Kim <i>et al.</i>, 2014; Walton et Ingersoll, 2013] (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Dix études ont été réalisées aux États-Unis, deux études réalisées au Royaume-Uni et deux autres réalisées respectivement en République de Corée et en Israël. Ces articles présentent les résultats de 10 études avec un devis à cas unique(ECU), 2 essais comparatifs avec répartition aléatoire (ECRA), 1 étude à devis prépost sans groupe contrôle (prépost) et 1 revue systématique (RS) avec un risque de biais réparti comme suit : faible (2/14), modéré (9/14) et élevé (3/14).
Participants des études retenues
Les 294 participants (n ECU = 35; n ECRA = 165 ; n prépost = 11; n RS = 83) des études présentent les caractéristiques suivantes : - 49 % de sexe masculin, lorsque rapporté; - âgés de 8 à 21 ans; - présentant une DI légère à modérée, lorsque rapportée; - 43 % présentent également un TSA.
Interventions évaluées
Comportements visés • Manifester des comportements sociaux variés (p. ex. : avoir une conversation en échangeant sur un sujet qui intéresse son interlocuteur, complimenter le travail d'un autre élève, jouer avec un ami, exprimer ses désirs et besoins, démontrer de l'intérêt à l'égard d'une autre personne, demander la permission avant de prendre un objet appartenant à un autre élève, reconnaître une demande d'aide) [Stauch <i>et al.</i>, 2018; Biggs <i>et al.</i>, 2017; Bunning <i>et al.</i>, 2017; Hetzroni et Banin, 2017;

Ingersoll *et al.*, 2017; Hui Shyuan Ng *et al.*, 2016; O’Handley *et al.*, 2016; Blasko, 2015; Hartzell *et al.*, 2015; Plavnick *et al.*, 2015; Kim *et al.*, 2014; Walton et Ingersoll, 2013].

- Exprimer un comportement affectif au moment opportun [Fichtner et Tiger, 2015].
- Dire non et quitter immédiatement une situation simulée d’enlèvement dans la rue puis rapporter celle-ci à un adulte [Sanchez et Miltenberger, 2015].

Durée/Intensité

- Très variable, jusqu’à 18 mois, lorsque rapportée.

Modalité

- En individuel (six études).
- En dyade avec un pair dont le développement est neurotypique (deux études).
- En groupe (six études).

Milieu

- École principalement ou maison ou milieu résidentiel ou dans plus d’un milieu (p. ex. : école et maison).

Dispensateur de l’intervention

- Chercheur ou enseignant principalement (10 études).
- Plusieurs dispensateurs (p. ex. : intervenants, parent et pairs) (quatre études).

Description des interventions

1. Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l’AAC dans le but de favoriser l’apprentissage de nouveaux comportements sociaux [Fichtner et Tiger, 2015; Hartzell *et al.*, 2015; Sanchez et Miltenberger, 2015; Walton et Ingersoll, 2013].
2. Un entraînement aux habiletés sociales dans le but de favoriser l’apprentissage de nouveaux comportements sociaux [Stauch *et al.*, 2018; Hetzroni et Banin, 2017; Hui Shyuan Ng *et al.*, 2016; O’Handley *et al.*, 2016; Plavnick *et al.*, 2015].
3. Une intervention de type jumelage ou réseautage avec des pairs dont le développement est neurotypique dans le but de favoriser les interactions sociales et la communication [Biggs *et al.*, 2017; Blasko, 2015; Walton et Ingersoll, 2013].
4. Une intervention de type *TEACCH* (Traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés), qui est basée sur les forces du jeune et favorise les interactions positives entre l’adulte et l’enfant; elle implique un aménagement de l’environnement [Walton et Ingersoll, 2013].

5. D'autres interventions (reciprocal imitation training, assisted social stories et story sharing) [Bunning *et al.*, 2017; Ingersoll *et al.*, 2017; Kim *et al.*, 2014].

Effets de l'intervention

1. Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus qu'un faible pourcentage des étapes du comportement social attendues.

Pendant l'intervention, l'intervention est efficace pour améliorer la capacité des jeunes à réaliser les comportements sociaux attendus. Ce constat s'appuie sur les résultats suivants :

- un maximum de 93 % des étapes dans les comportements de socialisation avec des jeunes dont le développement est neurotypique atteint pour une participante de 10 ans [Hartzell *et al.*, 2015];
- augmentation du nombre d'initiation sociale et de réponse à un comportement de socialisation avec les pairs pour 13 sur 17 participants [Walton et Ingersoll, 2013];
- augmentation du taux d'initiation sociale avec l'expérimentateur et de la durée de jeu conjoint pour quatre sur sept participants [Walton et Ingersoll, 2013];
- 100 % des situations évaluées ont favorisé l'expression d'un comportement affectif au moment opportun pour les trois participants passant de 0,1 fois par minute jusqu'à 2,8 fois par minute lorsque le chercheur porte un cordon avec une figure souriante comme objet discriminatoire et fait du renforcement [Fichtner et Tiger, 2015];
- deux sur quatre participants ont été capables d'acquérir deux sur trois des comportements sécuritaires attendus dans une situation simulée d'enlèvement dans la rue [Sanchez et Miltenberger, 2015].

De plus, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences, ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park *et al.*, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2015; Ramdoss *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont relations interpersonnelles (annexe N, tableau N 3).

2. Un entraînement aux habiletés sociales

L'entraînement aux habiletés sociales inclut des exercices de reconnaissance des comportements sociaux attendus et non attendus en plus de techniques telles que celles utilisées dans l'AAC.

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus d'un faible pourcentage des étapes des comportements sociaux visés.

L'intervention s'est avérée efficace¹⁴ pour une variété de comportements entre 69 et 87 % des situations évaluées pour les 10 participants [Stauch *et al.*, 2018; Hui Shyuan Ng *et al.*, 2016; O'Handley *et al.*, 2016; Plavnick *et al.*, 2015], soit :

- la réussite d'au moins les trois quarts des étapes du comportement recherché est observée dans 69 % des situations d'évaluation et;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes du comportement est notée dans 87 % des situations d'évaluation.

Également, une intervention faisant appel à un logiciel qui présente les comportements sociaux attendus et non attendus et les conséquences possibles sous forme de modelage vidéo et de jeux ainsi que des techniques de résolution de problèmes, des séances de groupes de discussion et des jeux de rôles est efficace pour augmenter la fréquence des comportements sociaux sélectionnés pour les 5 participants impliqués ($p < 0,001$) [Hetzroni et Banin, 2017].

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue entre 2 semaines et 4 mois pour 15 des 16 participants pour lesquels des résultats sont disponibles.

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée chez 9 des 11 participants pour lesquels des résultats sont disponibles. La généralisation portait sur des contextes différents (p. ex. : avec un pair à la place d'un intervenant ou à la cafétéria de l'école au lieu de la classe). Cependant, la généralisation peut être atteinte dans le cas de tâches simples et ne pas l'être pour les tâches plus complexes [Stauch *et al.*, 2018].

3. Une intervention de type jumelage ou réseautage avec des pairs dont le développement est neurotypique

Avant l'intervention, les participants présentaient peu d'interactions sociales avec leurs pairs à l'école.

Après l'intervention, les résultats rapportés par les études retenues sont hétérogènes :

¹⁴ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

- absence de différence statistiquement significative au niveau des habiletés de communication sociale entre les 3 groupes (1. support par jumelage en classe inclusive, 2. groupe social cohésif autour du jeune formé de pairs ne présentant pas de DI et 3. groupe témoin) (n=146) [Blasko, 2015];
- amélioration statistiquement significative du nombre de communications de la part du jeune vers son pair et vice-versa, à la suite de l'intervention de soutien par jumelage en classe inclusive (Tau-U=0,94 et 0,96) (n=4) [Biggs *et al.*, 2017];
- augmentation de la fréquence, la durée et la qualité de l'interaction avec les pairs pour 6 sur 8 participants [Walton et Ingersoll, 2013].

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour un participant pour lequel des résultats sont disponibles et se généralisait dans un contexte différent, à savoir dans deux autres matières étudiées [Biggs *et al.*, 2017].

4. Une intervention de type TEACCH

À la suite d'une intervention de type *TEACCH*, les comportements adaptatifs de socialisation (p. ex. : nombre de contacts sociaux ou de comportements d'imitation) sont augmentés pour 100 % des participants [Walton et Ingersoll, 2013].

5. D'autres interventions

Tout d'abord, l'intervention Reciprocal imitation training, qui vise à encourager les comportements d'imitation pendant les activités de loisirs et les jeux dans un milieu d'hébergement, est efficace pour améliorer le fonctionnement social et diminuer les comportements perturbateurs chez des jeunes âgés de 12 à 20 ans présentant une DI modérée à sévère et qui présentent des comportements agressifs entravant leur retour à la maison [Ingersoll *et al.*, 2017].

Une autre intervention, qui s'appuie sur l'utilisation de récits rédigés et illustrés à partir des comportements perturbateurs du jeune, et qui propose des comportements de remplacement, est efficace pour diminuer les comportements non désirés et améliorer l'engagement scolaire chez trois participants âgés de 17 ans qui présentent une DI sévère [Kim *et al.*, 2014].

Également, une intervention appelée Storysharing^{MD}, qui s'appuie sur le développement des compétences narratives en groupe est efficace pour augmenter les habiletés à parler de soi chez 11 jeunes âgés de 12 à 16 ans présentant une DI couplée à des difficultés sévères de communication [Bunning *et al.*, 2017].

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de comportements sociaux chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Un entraînement aux habiletés sociales qui met l'accent sur la reconnaissance des comportements sociaux attendus par le jeune, en plus d'une combinaison de techniques telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer les comportements sociaux chez les jeunes âgés de 9 à 17 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

Une intervention de type jumelage ou réseautage avec des pairs dont le développement est neurotypique, est peu efficace pour augmenter les interactions sociales chez les jeunes âgés de 10 à 21 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

Une intervention de type TEACCH est efficace pour améliorer les comportements adaptatifs de socialisation chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI sévère à profonde avec un TSA.

Une intervention de type Reciprocal imitation training est efficace pour améliorer le fonctionnement social et diminuer les comportements perturbateurs chez les jeunes âgés de 12 à 20 ans présentant une DI avec un TSA, des difficultés communicationnelles et des comportements agressifs ou perturbateurs.

Une intervention qui s'appuie sur l'utilisation de récits rédigés et illustrés à partir de la fonction du comportement perturbateur du jeune, et qui propose des comportements de remplacement, est efficace pour diminuer les comportements perturbateurs et augmenter l'engagement scolaire chez les jeunes âgés de 17 ans présentant une DI sévère.

Une intervention appelée StorysharingMD est efficace pour améliorer l'habileté à parler de soi chez les jeunes âgés de 12 à 16 ans présentant une DI et des difficultés sévères de communication.

Relations amoureuses et sexuelles

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité

Une seule étude avec un devis à cas unique portant sur l'évaluation d'un programme de prévention des agressions sexuelles a été retenue [Kim, 2016] (pour le détail de l'étude, voir annexe O, tableau O 1). Elle a été réalisée en République de Corée.

Le risque de biais est modéré.

Participants des études retenues

Les 3 participantes sont des adolescentes âgées de 11 à 13 ans qui présentent une DI légère.

Interventions évaluées

Comportements visés

- Augmenter la capacité des adolescentes à refuser des demandes sexuelles inadéquates, à quitter la situation et à la rapporter à un adulte.

Durée/Intensité

- 5 séances (25-30 minutes par séance) et 2-3 séances par semaine.

Modalité

- En individuel.

Milieu

- Dans un centre communautaire ou à domicile.

Dispensateur de l'intervention

- Chercheur.

Stratégies d'intervention

- Différentes stratégies dont des planches anatomiques, des mises en situation, des livres à colorier décrivant une histoire d'abus, des jeux de rôle, des instructions, des discussions, du modelage et de la rétroaction.

Effets de l'intervention

Avant l'intervention, les participants ne refusaient pas ou peu les demandes sexuelles inadéquates lors de jeux de rôle.

L'intervention s'est avérée efficace¹⁵ puisque la totalité des participantes a été en mesure de refuser les demandes inadéquates, de quitter le lieu et de les rapporter à un adulte.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue dans le temps. Dix semaines après, les participantes refusent, quittent et rapportent la situation dans 3 situations, à l'exception d'une participante qui omet de rapporter la situation dans un des trois milieux.

¹⁵ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour les 3 participantes. La généralisation portait sur d'autres lieux (centre communautaire, parc, magasin) puisque les trois participantes refusent, quittent et rapportent la situation inadéquate dans les trois nouveaux milieux.

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention de courte durée offerte en mode individuel et ayant recours à diverses stratégies (dont l'utilisation de planches anatomiques, de livres à colorier décrivant une histoire d'abus, de mises en situation, d'instructions, de jeux de rôle, de modelage, de rétroaction et de discussion) est efficace pour augmenter la capacité des adolescentes à refuser des demandes sexuelles inadéquates, à quitter la situation et à la rapporter à un adulte.

Tableau I 3 Efficacité des interventions auprès des parents (HV 8)

Relations sociales et amicales
Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Une seule étude avec un devis à cas unique portant sur l'évaluation d'une intervention visant à outiller les parents pour améliorer l'autonomie de leur enfant en ce qui concerne les relations interpersonnelles et plus spécifiquement les relations sociales a été retenue [Fichtner et Tiger, 2015] (pour le détail de l'étude, voir annexe O, tableau O 1). L'étude a été réalisée aux États-Unis. Le risque de biais de l'étude est élevé.
Participants des études retenues
• Les parents impliqués sont deux mères et une grand-mère. • Les trois participants de l'étude présentent les caractéristiques suivantes : - 100 % de sexe masculin; - âgés de 17 ans; - ont un diagnostic de syndrome d'Angelman; - présentent des comportements de socialisation trop familiers ou trop fréquents (p. ex. : donner des embrassades aux inconnus).
Interventions évaluées
L'intervention évaluée est l'extension d'une intervention déjà réalisée par le chercheur et qui a été présentée dans la section Efficacité des interventions auprès des jeunes. Elle vise maintenant à rendre les parents capables d'appliquer cette intervention auprès de leur enfant. Comportements visés • Diminuer les comportements de socialisation trop familiers ou trop fréquents (p. ex. : embrassades aux inconnus). Durée/Intensité • Phase 1 de l'intervention auprès du parent : non rapporté. • Phase 2 de l'intervention auprès du parent outillant son enfant : 5 à 15 minutes par séance (20 à 40 séances).

Modalité

- En individuel.

Milieu

- Phase 1 : bureau du chercheur.
- Phase 2 : maison des participants.

Dispensateur de l'intervention

- Phase 1 : chercheur.
- Phase 2 : parent.

Description des interventions auprès du parent

- Combinaison de modelage et de support en situation réelle ;
- Stratégies AAC appliqué par le parent (choix de l'objet discriminatoire par le parent (p. ex. : cordon de cou avec un smiley jaune).

Effets de l'intervention auprès des jeunes

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de s'empêcher de réaliser le comportement de socialisation trop familier ou trop fréquent.

L'intervention s'est avérée efficace dans 100 % des situations évaluées pour les trois participants passant de 0,1 fois par minute jusqu'à 2,1 fois par minute lorsque le parent porte un cordon avec une figure souriante comme objet discriminatoire et qu'il fait du renforcement.

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour les deux participants pour lesquels des résultats sont disponibles. La généralisation consistait à augmenter la durée de l'intervention de 5 minutes à 15 minutes et de la réaliser à la maison.

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC réalisée par les proches est efficace pour diminuer les comportements de socialisation trop familiers ou trop fréquents chez les jeunes âgés de 17 ans présentant un syndrome d'Angelman.

Tableau I 4 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 8)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de comportements sociaux chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	• Nombre d'études : 3 ECU; 10 RS • Plan d'étude optimal : approprié • Risque de biais : modéré (2/3) et élevé (1/3) (ECU) ; modéré (4/10), élevé (6/10) (RS) • Taille de l'échantillon : n=8 (ECU); n=1444(RS)
Cohérence/fiabilité	Élevée	• Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Les apprentissages visés répondent à un besoin fréquent (plusieurs fois par jour, tous les jours, toutes les semaines) et une amélioration même inférieure à 75 % peut représenter un impact important.
Généralisation/transférabilité	Très élevée	• Les caractéristiques des jeunes sont similaires. • Les contextes sont également similaires (école et maison).
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Un entraînement aux habiletés sociales qui met l'accent sur la reconnaissance des comportements sociaux attendus par le jeune, en plus d'une combinaison de techniques telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer les comportements sociaux chez les jeunes âgés de 9 à 17 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	• Nombre d'études : 5 ECU • Plan d'étude optimal : approprié • Risque de biais : faible (2), modéré (3) • Taille de l'échantillon : n=20
Cohérence/fiabilité	Élevée	• Toutes les études vont dans le sens de l'amélioration des comportements sociaux.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Les apprentissages visés répondent à des besoins quotidiens et les résultats sont majoritairement supérieurs à 75 %
Généralisation/transférabilité	Élevée	• Les caractéristiques des jeunes sont les jeunes présentant une DI avec ou sans TSA. Le contexte est principalement scolaire.
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Une intervention de type jumelage ou réseautage avec des pairs dont le développement est neurotypique, est peu efficace pour augmenter les interactions sociales chez les jeunes âgés de 10 à 21 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Modérée	- Nombre d'études : 1 ECU; 1 ECRA, 1 RS - Plan d'étude optimal : modérément approprié - Risque de biais : modéré (ECU, ECRA); très élevée (RS) - Taille de l'échantillon : n=4 (ECU); n=146 (ECRA); n=8 (RS).
Cohérence/fiabilité	Faible	Les études retenues démontrent une incohérence importante de l'intervention sur les interactions sociales avec les pairs.
Impact clinique ou organisationnel	Modéré	- Les apprentissages visés répondent à un besoin quotidien. Bien que les résultats soient significatifs dans l'ECU et le RS, ils sont de faible portée. L'ECRA ne démontre pas d'effet pour aucun des 2 groupes d'intervention. - Pourtant dans l'ECU, il y a une forte appréciation de l'intervention par les jeunes, les pairs et pour les intervenants à l'égard de l'inclusion.
Généralisation/transférabilité	Modérée	Les caractéristiques des jeunes sont similaires en général. Le contexte est principalement scolaire.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

Énoncé :

Une intervention de type *TEACCH* est efficace pour améliorer les comportements adaptatifs de socialisation chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI sévère à profonde avec un TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 1 RS - Plan d'étude optimal : peu approprié - Risque de biais : très élevé (RS) - Taille de l'échantillon : n=39 (RS)
Cohérence/fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Faible	Les apprentissages visés répondent à un besoin quotidien auquel l'intervention semble répondre sans qu'on ait suffisamment d'information pour évaluer la portée clinique de l'amélioration.
Généralisation/transférabilité	Modérée	Les caractéristiques des jeunes sont les jeunes présentant une DI sévère à profonde avec TSA. Le contexte est principalement scolaire.
Niveau de preuve	FAIBLE	

Énoncé :

Une intervention de type *Reciprocal imitation training* est efficace pour améliorer le fonctionnement social et diminuer les comportements perturbateurs chez les jeunes âgés de 12 à 20 ans présentant une DI avec un TSA, des difficultés communicationnelles et des comportements agressifs ou perturbateurs.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	• Nombre d'études : 1 ECRA • Plan d'étude optimal : peu approprié • Risque de biais : modéré • Taille de l'échantillon : n=19
Cohérence/fiabilité	Non applicable	• Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Modéré	• Les apprentissages visés répondent à un besoin important quand il est présent.
Généralisation/transférabilité	Faible	• Les caractéristiques des jeunes sont plutôt spécifiques. • Les contextes sont également similaires (école).
Niveau de preuve	FAIBLE	

Énoncé :

Une intervention qui s'appuie sur l'utilisation de récits rédigés et illustrés à partir de la fonction du comportement perturbateur du jeune, et qui propose des comportements de remplacement, est efficace pour diminuer les comportements perturbateurs et augmenter l'engagement scolaire chez les jeunes âgés de 17 ans présentant une DI sévère.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	• Nombre d'études : 1 ECU • Plan d'étude optimal : peu approprié • Risque de biais : modéré • Taille de l'échantillon : n=3
Cohérence/fiabilité	Non applicable	• Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Modéré	• Les apprentissages visés répondent à un besoin important quand il est présent.
Généralisation/transférabilité	Modérée	• Les caractéristiques des jeunes sont similaires en général. Le contexte est principalement scolaire.
Niveau de preuve	FAIBLE	

Énoncé :

Une intervention appelée *Storysharing^{MD}* est efficace pour améliorer l'habileté à parler de soi chez les jeunes âgés de 12 à 16 ans présentant une DI et des difficultés sévères de communication.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	• Nombre d'études : 1 étude à devis prépost sans groupe contrôle • Plan d'étude optimal : peu approprié • Risque de biais : modéré • Taille de l'échantillon : n=11
Cohérence/fiabilité	Non applicable	• Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Modéré	• Les apprentissages visés répondent à un besoin important quand il est présent.
Généralisation/transférabilité	Faible	• Les caractéristiques des jeunes sont plutôt spécifiques. • Les contextes sont également similaires (école).
Niveau de preuve	FAIBLE	

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC réalisée par les proches est efficace pour diminuer les comportements de socialisation trop familiers ou trop fréquents chez les jeunes âgés de 17 ans présentant un syndrome d'Angelman.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	• Nombre d'études : 1 ECU • Plan d'étude optimal : peu approprié • Risque de biais : élevé • Taille de l'échantillon : n=3
Cohérence/fiabilité	Non applicable	• Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Les apprentissages visés répondent à un besoin important quand il est présent. Les parents rapportent beaucoup de satisfaction avec cette intervention pour diminuer les gestes de socialisation trop familiers ou trop fréquents.
Généralisation/transférabilité	Élevée	• Les caractéristiques des jeunes sont similaires en général. Le contexte est principalement dans la sphère familiale, mais pourrait s'utiliser facilement dans d'autres contextes de vie.
Niveau de preuve	FAIBLE	

Énoncé :

Une intervention de courte durée offerte en mode individuel et ayant recours à diverses stratégies (dont l'utilisation de planches anatomiques, de livres à colorier décrivant une histoire d'abus, de mises en situation, d'instructions, de jeux de rôle, de modelage, de rétroaction et de discussion) est efficace pour augmenter la capacité des adolescentes à refuser des demandes sexuelles inadéquates, à quitter la situation et à la rapporter à un adulte.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	• Nombre d'études : 1 ECU • Plan d'étude optimal : peu approprié • Risque de biais : modéré • Taille de l'échantillon : n=3
Cohérence/fiabilité	Non applicable	• Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Les apprentissages visés répondent à un besoin important quand il est présent. Comportements de prévention des agressions sexuelles semblent pouvoir se généraliser dans d'autres milieux et se maintenir dans le temps
Généralisation/transférabilité	Élevé	• Les caractéristiques des jeunes sont assez généralisables. • Les contextes sont également similaires (différents milieux).
Niveau de preuve	FAIBLE	

ANNEXE J HV 9 — vie associative et spirituelle : Données détaillées

Tableau J 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 9)

Habitude de vie — Vie associative et spirituelle				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Beaudoin et Raymond, 2016	Article scientifique Québec	Évaluation d'une intervention d'éducation à la citoyenneté chez les personnes qui présentent une DI	7 adultes qui présentent une DI Intégrés sur un plateau de travail du CRDIQ	L'éducation à la citoyenneté = piste de solution pour une meilleure participation sociale Projet : Intervention sur les facteurs personnels et environnementaux pour favoriser une vie participative. Offrir des possibilités de développer les aptitudes et réduire les obstacles. Pour y arriver, 4 composantes de l'empowerment sont ciblées : • les compétences techniques • l'estime de soi • la participation • et la conscience critique Les thèmes abordés dans le cadre de discussions de 2 h 30, sur 16 semaines sont : • l'autonomie • les préjugés • l'engagement • faire partie d'un groupe • la résolution de problème • les droits • agir ensemble • la participation sociale • le travail • prendre des décisions • faire des choix • se fixer des buts et assumer des responsabilités Parallèlement, les participants travaillaient à un projet d'horticulture et ont pu appliquer les contenus liés à certaines thématiques. Les conditions propices à l'empowerment Processus d'apprentissage actif pour les participants

Habitude de vie — Vie associative et spirituelle				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• Appropriation des connaissances • Développement des habiletés essentielles à la vie en communauté (travailler en équipe, prendre la parole devant un groupe, ne pas toujours avoir raison) Distribution du pouvoir favorable aux participants • Co-animation lors des rencontres • Influence sur les décisions Équilibrer le soutien et la liberté dans l'intervention offerte : • En minimiser les contenus pour favoriser la prise de parole • Fournir un calendrier de planification des rencontres • Rencontres individuelles avec les participants entre les séances pour suivi d'exercices
Hudon et Tremblay, 2016	Article scientifique Québec	L'importance de la reconnaissance comme fondement à la participation citoyenne des personnes en situation de handicap Point de vue des participants sur leur expérience de participation citoyenne	55 personnes en situation de handicap (DI, santé mentale, déficience physique) Membres de comités d'usagers ou de conseil d'administration d'association de défense de droits.	Les facilitateurs à l'engagement citoyen sont : • qualité des relations interpersonnelles au sein du groupe • respect mutuel • sentiment d'être accueilli • se sentir bienvenu et en confiance • création d'un sentiment d'appartenance nécessaire à la poursuite de l'engagement • accompagnement fourni par les personnes ressources • reconnaissance de leur valeur sociale La peur est une barrière importante chez les personnes qui présentent une DI. • Peur du jugement, de se tromper, d'être humilié. • Peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas pouvoir développer les compétences nécessaires. • Peur de décevoir les pairs. D'autres barrières ciblées par les personnes en situation de handicap telles que la pertinence réelle de leur rôle, considérant le peu de pouvoir décisionnel qui leur est octroyé. Les difficultés à maîtriser les structures, les mécanismes de participation ou les contenus. Les personnes en situation de handicap ont l'impression : • de détenir moins de capacités ou de compétences que les autres pour participer politiquement ou pour influencer; • d'avoir un pouvoir limité sur les décisions; • qu'on accorde plus de crédibilité aux autres qu'à eux-mêmes pour s'exprimer sur leurs propres besoins.

Habitude de vie — Vie associative et spirituelle				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Kramer <i>et al.</i> , 2018b	Étude à devis mixte (États-Unis)	Déterminer la validité sociale du programme <i>projet TEAM</i> Ce programme multicomposantes (incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes et des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme) vise à développer la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour résoudre ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté.	42 jeunes de 14 à 20 ans qui présentent une déficience développementale ou intellectuelle 37 parents	Sondage 84 % d'évaluation positive pour l'ensemble des activités du programme. - Jeunes mentionnent une claire préférence pour les activités qui sont familières, à faible risque et privées (p. ex : PowerPoint, jeux qui suivent des règles usuelles des jeux de société). - Jeunes mentionnent une plus faible préférence pour les jeux de rôle et les activités qui nécessitent l'intégration de plusieurs concepts appris dans les séances. - Commentaires généralement positifs des jeunes concernant le contenu et les procédures des rencontres de groupes, l'activité à effectuer dans la communauté et le mentorat par les pairs. Groupe de discussion (jeunes) - Jeunes rapportent avoir aimé le Project TEAM's qui mettait l'emphasis sur les barrières environnementales et le soutien à la participation et comment changer l'environnement. - Plusieurs commentaires indiquent que le projet aide les jeunes à avoir du succès dans le futur et durant la transition à la vie adulte. - Certaines jeunes rapportent que le contenu du projet était difficile à comprendre ou très différent de leur façon actuelle de penser. - Jeunes ont décrit un sentiment général d'empowerment/augmentation de la confiance en soi comme un bénéfice du projet. Groupe de discussion (parent) - Majorité de parents perçoivent que les concepts enseignés dans le projet sont utiles pour répondre aux besoins actuels et futurs des jeunes qui se préparent à la transition à la vie adulte (34/37). - Deux parents expriment une insatisfaction face à l'utilisation de termes comme « déficience », « éducation spéciale » et « condition médicale », qu'ils trouvent stigmatisants. - Quelques parents n'ont pas aimé que le projet inclue des jeunes avec un éventail de capacités et besoins.

Habitude de vie — Vie associative et spirituelle				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• Parents expriment majoritairement des commentaires positifs concernant le contenu du projet. • Quelques préoccupations exprimées principalement autour du volet « mentorat par les pairs » et le temps requis pour faire les devoirs. • Suggestions d'avoir davantage de rencontres de groupe, de sorties sur le terrain, de mentorat par les pairs continu et d'offrir un entraînement parallèle aux parents. • Bénéfices du projet perçus par les parents - Augmentation de la capacité à identifier de façon indépendante des buts et à implanter les actions nécessaires pour les atteindre. - Augmentation de la connaissance de ses forces, besoins et capacité. - Augmentation de l'intention et de l'habileté d'interagir avec les autres et de faire connaître aux autres ses sentiments, préférences et besoins. - Augmentation de la capacité à exécuter des habiletés fonctionnelles qui soutiennent l'atteinte des buts personnels. - Augmentation de l'engagement dans les opportunités vocationnelles et de travail, comme la formation et le bénévolat. - Augmentation du sentiment d'appartenance et des interactions avec les pairs et les autres.
Tremblay <i>et al.</i> , 2011	Littérature grise publiée dans la <i>Revue du CREMIS</i> qui privilégie des articles faisant état de pratiques qui visent une transformation.	Perspective de deux acteurs engagés qui présentent une DI, sur la participation citoyenne.		Les besoins exprimés par les personnes présentant une DI qui ont participé aux rencontres du programme international d'éducation à la citoyenneté démocratique (PIECD-DI France, Montréal, Belgique) sont : • l'autonomie • la reconnaissance • le respect Les personnes qui se sont exprimées : • perçoivent que leurs capacités à exercer un jugement ou à évaluer les services sont sous-estimées; • veulent contribuer à faire diminuer les préjugés à leurs endroits; • veulent participer au bien-être de la communauté en aidant les personnes qui présentent une DI à être valorisées et à parler pour eux-mêmes.

Habitude de vie — Vie associative et spirituelle				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				Le PIECD—DI a été créé par des personnes qui présentent une DI, accompagnés de chercheurs et d'intervenants.

Tableau J 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 9)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Une étude avec devis à cas unique (ECU) [Slocum, 2016] et un essai comparatif avec répartition non aléatoire (ECRNA) [Kramer <i>et al.</i>, 2018a] qui portent sur l'évaluation d'une intervention visant à améliorer l'autonomie dans le domaine de la vie associative et spirituelle ont été retenus (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Ces études ont été réalisées aux États-Unis. Leur risque de biais est modéré.
Participants des études retenues
Les 84 participants des études retenues (n ECU = 2; n ECRNA = 82) présentent les caractéristiques suivantes : - 60 % de sexe masculin; - âgés de 12 à 20 ans; - présentant une DI modérée, lorsque rapporté; - un participant présente également un TSA, lorsque rapporté.
Interventions évaluées
Comportements visés • Apprentissage de séquences de tâches liées à la participation d'un service religieux (p. ex. : ouvrir la procession, participer aux rituels et aux bénédictions) [Slocum, 2016]. • Capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour favoriser la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté [Kramer <i>et al.</i>, 2018a]. Durée/Intensité • Variable en fonction des apprentissages (entre six et huit séances et jusqu'à quatre essais par séance ont été nécessaires, selon les participants et la tâche). • Programme de 12 semaines, qui inclut 2 séances individuelles pour établir un objectif individuel, 15 séances de groupe d'une durée de 2 heures par séances et 8 contacts téléphoniques avec un ancien participant du programme. Modalité • En individuel et en groupe.

Milieu

- Sur les lieux du service religieux ou à la maison.
- En contexte réel.

Dispensateur de l'intervention

- Chercheur.
- Intervenant ou ancien participant du programme.

Description des interventions

- Intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC dont le découpage de la tâche en séquence, le modelage vidéo, la simulation, la guidance et le renforcement verbal [Slocum, 2016] ;
- Programme multicomposantes (Project TEAM) incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes et des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme [Kramer *et al.*, 2018a].

Effets de l'intervention

1. Intervention faisant appel à des techniques et des stratégies d'enseignement basées sur l'AAC.

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus qu'un faible pourcentage des étapes de la tâche en lien avec la participation à un service religieux [Slocum, 2016].

L'intervention qui vise la réalisation indépendante de séquences de comportements liés à la participation à un service religieux s'est avérée efficace¹⁶ chez les deux participants concernés :

- la réussite d'au moins les trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 100 % des situations d'évaluation et;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est notée dans 56 % des situations d'évaluation.

Enfin, l'efficacité de l'intervention est généralisée chez les deux participants lors d'un service religieux réel.

De plus, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences, ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park *et al.*, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2015; Ramdoss *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que

¹⁶ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont vie associative et spirituelle (annexe N, tableau N 3).

2. Un programme multicomposantes (*Project TEAM*)

L'intervention vise à augmenter la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour résoudre ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté [Kramer *et al.*, 2018a]. Elle est efficace pour augmenter :

- les connaissances liées à l'environnement physique et social, aux stratégies pour changer l'environnement et aux droits des jeunes présentant une DI;
- les habiletés de résolution de problème;
- les comportements d'autodétermination (selon les parents), et;
- la capacité des jeunes à appliquer les apprentissages dans leurs activités à l'école, au travail ou dans la communauté.

La proportion de participants du *Project TEAM* qui atteint l'objectif fixé est significativement plus élevée que dans le groupe témoin. Le programme ne démontre toutefois pas d'impact sur le sentiment d'auto-efficacité des jeunes.

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - vie associative et spirituelle chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Un programme multicomposantes (incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme) visant à développer la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - vie associative et spirituelle chez les jeunes âgés de 14 à 20 ans présentant une DI.

Tableau J 3 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 9)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - vie associative et spirituelle chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	• Nombre d'études : 1 ECU ; 9 RS • Plan d'étude optimal : approprié • Risque de biais : modéré (1/1) (ECU) ; modéré (4/9) et élevé (5/9) (RS) • Taille de l'échantillon : n=2 (ECU) ; n=1420 (RS)
Cohérence/fiabilité	Élevée	• Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles tâches dans l'HV vie associative et spirituelle.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Les apprentissages effectués dans le domaine de la vie associative et spirituelle facilitent l'intégration sociale dans la communauté des jeunes qui présentent une DI.
Généralisation/transférabilité	Élevée	• Les caractéristiques des jeunes sont similaires. • Les contextes sont également similaires (lieux de culte, maison, communauté).
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Un programme multicomposantes (incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme) visant à développer la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - vie associative et spirituelle chez les jeunes âgés de 14 à 20 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Modérée	• Nombre d'études : 1 essai comparatif avec répartition non aléatoire • Plan d'étude approprié : suffisamment approprié • Risque de biais : modéré • Taille de l'échantillon : n=82
Cohérence/fiabilité	Non applicable	• Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Le programme a permis de favoriser l'acquisition de compétences nécessaires à la participation sociale et peut permettre au jeune d'être le premier acteur de sa vie.
Généralisation/transférabilité	Modérée	• L'identification des barrières/solutions/modifications peut être utilisée dans plusieurs habitudes de vie.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

ANNEXE K HV 10 — éducation : Données détaillées

Tableau K 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 10)

Habitude de vie — Éducation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Kramer <i>et al.</i> , 2018b	Voir la description de l'étude dans la section sur l'habitude de vie — Vie associative et spirituelle			
Morin <i>et al.</i> , 2010	Article scientifique (Canada)	Analyser les perceptions des parents quant à leurs rôles, et ce, afin de dégager des obstacles et des facilitateurs en matière de participation aux réseaux de soutien.	Parents québécois d'enfants présentant des incapacités intellectuelles	Pour les parents, les interventions apparaissent parfois cloisonnées puisque chaque professionnel tend à travailler une sphère en particulier (selon sa spécialité ou sa profession), sans toutefois intégrer ses interventions dans un continuum de services. Dès lors, c'est la perspective globale du développement de l'enfant qui serait ignorée. Il deviendrait alors nécessaire pour les parents de démontrer certaines aptitudes spécifiques afin de permettre à l'enfant d'accéder aux services dont il a besoin, ou encore de développer une cohérence entre les différents services offerts. Du point de vue des parents, un premier point à considérer lorsqu'il est question de la qualité des services renvoie à la diffusion des informations et à l'établissement d'un lien de confiance avec les milieux d'intervention. La complexité, le temps nécessaire et, parfois, la difficulté que représente l'accès à l'information et aux services, de même que l'établissement du lien de confiance avec les intervenants constitueraient des enjeux de taille, influençant les décisions de la famille. Devant le cloisonnement et le manque de continuité des services entre eux les parents ont la perception de devoir jouer 4 rôles. 1. Garants de la continuité des services 2. Coordonnateurs de la qualité des services 3. Animateurs de petits réseaux de compétences 4. Gardiens de l'image positive de la personne
OPHQ, 2017	Guide à l'intention des parents (Québec)	Guide conçu pour informer les parents, les aider dans leur réflexion et les accompagner dans leurs actions relativement à la réussite éducative et au parcours scolaire de leur enfant handicapé.	Parents d'enfant handicapé d'âge préscolaire, primaire ou secondaire	Il offre des renseignements sur le milieu scolaire et des actions à entreprendre en vue de la scolarisation d'une enfant. Il présente les choix et les possibilités qui s'offrent aux parents. Il décrit les étapes à franchir et les prépare au rôle qu'ils devront assumer. Il propose aussi des ressources et des références qui pourront leur être utiles dans le cadre de leurs démarches.

Habitude de vie — Éducation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				Offre des conseils généraux pour mieux vivre les transitions scolaires : • définissez vos attentes; • planifiez les transitions (s'informer sur le nouveau milieu, prévoir dès le début les démarches à réaliser); • préparez votre enfant (décrire comment se passera son arrivée, lui faire visiter le milieu, lui présenter le personnel avec qui il sera en contact). Ce guide fait partie d'une série de guides produits par l'OPHQ à l'intention des parents. Dont le guide en soutien à la famille qui aide les parents à identifier leurs besoins et fournit aussi le nom et les coordonnées de ressources offrant des services de soutien pour chacune des régions du Québec.
Proulx, 2010 Fédération des comités de parents du Québec	Guide à l'intention des parents d'un enfant ayant des besoins particuliers (Québec)	Cet outil veut accompagner les parents et faciliter leurs démarches dans les suivis et les représentations qu'ils auront à faire pour et avec leur enfant ayant des besoins particuliers dans l'aventure scolaire.	Parents d'enfant handicapé d'âge préscolaire, primaire ou secondaire	Il offre des renseignements sur le milieu scolaire et des actions à entreprendre en vue de la scolarisation d'une enfant. Il présente les choix et les possibilités qui s'offrent aux parents. Il décrit la loi sur l'instruction publique et les droits parents ainsi que les obligations des différents acteurs du milieu scolaire. Il décrit aussi la structure de responsabilité. Note certaines informations ne sont plus à jour concernant la structure scolaire.
Tétreault <i>et al.</i> , 2010	Rapport de recherche (Québec)	Est-ce que l'Entente a permis la mise en place de mécanismes de concertation entre les différents partenaires et l'amélioration de l'organisation des services ? L'objectif général est de documenter l'implantation et les retombées de l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation (MELS, 2003), particulièrement pour deux axes d'intervention, soit les services aux enfants en difficulté et à	Enfants handicapés ou en difficulté et à leur famille	Conclusion 1 : Manque d'uniformité dans la compréhension et dans l'application de l'Entente La connaissance et la compréhension de l'Entente varient énormément, et ce, indépendamment du rôle de chaque acteur (gestionnaire, intervenant, enseignant, parent ou partenaire). Il est possible que cette situation amène une offre de services complémentaires différente d'une région à l'autre. Les participants ont l'impression que la collaboration se base souvent sur la bonne volonté des personnes, plutôt que sur des directives claires découlant des orientations gouvernementales. Conclusion 2 : Défis posés par l'hétérogénéité des enfants handicapés ou en difficulté, de l'offre de services et des structures organisationnelles La population des enfants handicapés ou en difficulté présente un large éventail de problématiques. Ces enfants et leurs familles interagissent très tôt avec des organisations fort différentes d'une région à l'autre et d'un réseau à l'autre. Ils sont confrontés à des offres de services diversifiées quant aux

Habitude de vie — Éducation				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
		leurs parents de même que les services aux enfants handicapés et à leurs parents.		modalités d'accès, aux ressources disponibles et aux modes de collaboration entre les réseaux. <u>Conclusion 3</u> : Un défi complexe pour deux réseaux complexes Les défis les plus importants sont d'harmoniser les pratiques et de travailler en mettant les ressources en commun. La mise en place d'ententes de services permet d'établir des passerelles entre deux réseaux ayant des organisations différentes. Par ailleurs, il faut tenir compte que les restrictions budgétaires et la pénurie de certaines ressources spécialisées (p. ex. : orthophonistes) nécessaires pour répondre aux besoins particuliers des enfants complexifient la situation. B-2. Messages-clés 1. Pour se concerter, il faut se connaître et se donner des moyens de communiquer efficacement. Pour cela, il faut mettre en place un plan de communication : • pour diffuser les principes de l'Entente tant aux gestionnaires qu'aux intervenants, parents, élèves et partenaires ; • pour promouvoir les actions communes qui en découlent. 2. L'implication des parents et celle de leur enfant sont essentielles pour construire des collaborations interréseau. Pour cela, il faut : • valoriser le rôle des parents et reconnaître leur expertise dans le but de répondre adéquatement aux besoins de leur enfant; • favoriser l'implication des parents et des enfants dans les interventions qui les concernent. 3. Il faut consolider les mécanismes de concertation formels pour mieux assurer la complémentarité des services destinés aux élèves handicapés ou en difficulté. 4. L'information sur les services et les ressources disponibles est déterminante pour tous.

Tableau K 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 10)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Cinq articles portant sur l'évaluation d'une intervention qui vise à améliorer l'autonomie des jeunes dans la réalisation de l'habitude de vie - éducation ont été retenus [Kim et Kwon, 2018; Kramer <i>et al.</i>, 2018a; George, 2017; Clemons <i>et al.</i>, 2016; Cihak <i>et al.</i>, 2015] (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Quatre études ont été réalisées aux États-Unis et une étude a été réalisée en République de Corée par une équipe américaine. Ces articles présentent les résultats pour quatre études avec devis à cas unique (ECU) et un essai comparatif avec répartition non aléatoire (ECRNA) avec un risque de biais réparti comme suit : faible (2/5), modéré (2/5) et élevé (1/5).
Participants des études retenues
Les 104 participants des études retenues (n ECU=22 ; n ECRNA=82) présentent les caractéristiques suivantes : - 61 % de sexe masculin; - âgés de 11 à 20 ans; - présentant une DI légère à modérée lorsque rapportée; - un participant présente également un TSA.
Interventions évaluées
Comportements visés • Être engagé dans les travaux à réaliser en classe (p. ex. : rester assis à son bureau, écouter les instructions de son enseignant, porter attention aux tâches à réaliser) [Kim et Kwon, 2018; George, 2017; Clemons <i>et al.</i>, 2016]. • Être capable d'utiliser des outils numériques (p. ex. : ouvrir sa boîte de messagerie et répondre à ses courriels, organiser et enregistrer des sites Web sous forme d'onglet) [Cihak <i>et al.</i>, 2015]. • Être capable d'identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, de générer des solutions pour réduire ces barrières et de demander des modifications pour favoriser la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté [Kramer <i>et al.</i>, 2018a]. Durée/Intensité • Le nombre varie de 3 à 25 séances.

- Programme de 12 semaines, qui inclut : 2 séances individuelles pour établir un objectif individuel, 15 séances de groupe d'une durée de 2 heures par séances et 8 contacts téléphoniques avec un ancien participant du programme.

Modalité

- En individuel.

Milieu

- En contexte réel (dont école, travail ou maison).

Dispensateur de l'intervention

- Variés (dont chercheur, enseignant, intervenant, ancien participant ou thérapeute soutenu par un parent).

Description des interventions

1. Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC avec l'utilisation d'une aide technologique dans le but d'apprendre à reconnaître et à favoriser les comportements d'engagement dans les activités.
 - La description des différentes étapes à réaliser à partir de photos détaillant celles-ci, le modelage et l'incitation croissante et l'utilisation de logiciels sur un ordinateur de bureau [Cihak *et al.*, 2015].
 - Le modelage, la démonstration des comportements d'engagement, l'entraînement à la reconnaissance des comportements d'engagement et de désengagement à l'aide de vidéos enregistrées en situation réelle et l'utilisation d'une application d'automonitorage de son comportement en situation réelle [Clemons *et al.*, 2016].
2. Une rencontre hebdomadaire entre l'enseignant et l'étudiant avec un compte-rendu des comportements de désengagement observés par l'enseignant pendant la semaine précédente, des propositions de nouvelles stratégies visant l'engagement et une signature attestant de la bonne compréhension de ces stratégies à mettre en œuvre pendant la semaine suivante dans le but d'apprendre à reconnaître et à favoriser les comportements d'engagement dans les activités scolaires [George, 2017].
3. Une intervention basée sur la pleine conscience dans le but de favoriser les comportements d'engagement dans les travaux scolaires [Kim et Kwon, 2018].
4. Programme multicomposantes (*Project TEAM*) incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme [Kramer *et al.*, 2018a].

Effets de l'intervention auprès des jeunes

1. Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC avec l'utilisation d'une aide technologique

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus qu'un faible pourcentage des étapes de la tâche demandée ainsi que de présenter des comportements d'engagement dans les activités scolaires.

L'intervention s'est avérée efficace¹⁷ entre 54 % à 82 % des situations évaluées pour les quatre participants [Clemons *et al.*, 2016; Cihak *et al.*, 2015], soit :

- une réussite d'au moins 3/4 des étapes de la tâche est observée dans 54 % des situations d'évaluation et;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est observée dans 82 % des situations d'évaluation.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue dans le temps (deux à neuf semaines) pour les quatre participants.

De plus, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences, ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park *et al.*, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2015; Ramdoss *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont éducation (annexe N, tableau N 3).

2. Une rencontre hebdomadaire entre l'enseignant et l'étudiant

L'intervention s'est avérée efficace pour diminuer les comportements d'évitement et augmenter les comportements d'engagement dans les activités scolaires ($p < 0,05$) [George, 2017].

Certains comportements de désengagement très présents avant l'intervention, tels que parler à haute voix sans y être invité, se moquer des autres ou encore s'occuper des affaires des autres, ont diminué d'environ 50 % pendant l'intervention.

¹⁷ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées de façon autonome.

3. Une intervention basée sur la pleine conscience

Avant l'intervention, plus de 54 % des comportements observés sont des comportements d'évitement face aux tâches scolaires tandis que moins de 7 % sont des comportements d'engagement [Kim et Kwon, 2018].

L'intervention s'est avérée efficace pour diminuer les comportements d'évitement et augmenter les comportements d'engagement dans la tâche :

- diminution des comportements d'évitement de la tâche (moins de 17 %) pendant l'intervention et ces pourcentages ont continué de diminuer après la fin de l'intervention (moins de 14 %);
- augmentation des comportements d'engagement dans la tâche (plus de 58 %) pendant l'intervention et plus de 63 % après la fin de l'intervention.

4. Un programme multicomposantes (*Project TEAM*)

L'intervention qui vise à augmenter la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour résoudre ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté est efficace pour augmenter [Kramer *et al.*, 2018a] :

- les connaissances liées à l'environnement physique et social, aux stratégies pour changer l'environnement et aux droits des jeunes présentant une DI;
- les habiletés de résolution de problèmes;
- les comportements d'autodétermination (selon les parents) et;
- la capacité des jeunes à appliquer les apprentissages dans leurs activités à l'école, au travail ou dans la communauté.

La proportion de participants du programme qui atteint l'objectif fixé est significativement plus élevée que le groupe témoin. Le programme ne démontre toutefois pas d'impact sur le sentiment d'auto-efficacité des jeunes.

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, avec l'utilisation d'une aide technologique, est efficace pour améliorer l'autonomie et les comportements d'engagement dans la réalisation de l'habitude de vie - éducation chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Une intervention consistant en une rencontre hebdomadaire entre l'enseignant et l'étudiant (incluant un compte-rendu des comportements de désengagement observés par l'enseignant, des propositions de nouvelles stratégies et une signature attestant de la bonne compréhension de ces stratégies à mettre en œuvre pendant la semaine suivante, dans le but d'apprendre à reconnaître et à favoriser les comportements d'engagement dans les tâches) est efficace pour diminuer les comportements d'évitement et augmenter les comportements d'engagement dans les activités scolaires chez les jeunes âgés de 15 à 16 ans présentant une DI légère.

Une intervention basée sur la pleine conscience est efficace pour augmenter les comportements d'engagement dans les travaux scolaires et diminuer les comportements de désengagement chez les jeunes âgés de 11 et 12 ans présentant une DI légère.

Un programme multicomposantes (incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme), visant à développer la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - éducation chez les jeunes âgés de 14 à 20 ans présentant une DI.

Tableau K 3 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 10)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, avec l'utilisation d'une aide technologique, est efficace pour améliorer l'autonomie et les comportements d'engagement dans la réalisation de l'habitude de vie - éducation chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	• Nombre d'études : 2 ECU ; 9 RS • Plan d'étude approprié : approprié • Risque de biais : modéré (1/2) et élevé (1/2) (ECU) ; modéré (4/9) et élevé (5/9) (RS) • Taille de l'échantillon : n=4 (ECU) ; n=1420 (RS)
Cohérence/fiabilité	Élevée	• Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles tâches dans l'HV éducation.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Les apprentissages visés répondent à un besoin fréquent.
Généralisation/transférabilité	Modérée	• Les caractéristiques des jeunes sont similaires. • Le contexte est également similaire (école).
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Une intervention consistant en une rencontre hebdomadaire entre l'enseignant et l'étudiant (incluant un compte-rendu des comportements de désengagement observés par l'enseignant, des propositions de nouvelles stratégies et une signature attestant de la bonne compréhension de ces stratégies à mettre en œuvre pendant la semaine suivante, dans le but d'apprendre à reconnaître et à favoriser les comportements d'engagement dans les tâches) est efficace pour diminuer les comportements d'évitement et augmenter les comportements d'engagement dans les activités scolaires chez les jeunes âgés de 15 à 16 ans présentant une DI légère.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	• Nombre d'études : 1 ECU • Plan d'étude approprié : non approprié • Risque de biais : faible • Taille de l'échantillon : n=15
Cohérence/fiabilité	Non applicable	• Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• L'intervention permet l'engagement dans la tâche de façon statistiquement significative et permet la diminution de comportement de désengagement de plus de moitié pour 5/8 des comportements observés.
Généralisation/transférabilité	Faible	• Les caractéristiques des jeunes sont similaires avec un groupe d'âge plus restreint. • Le contexte est également similaire (école) et demande une phase d'observation en situation réelle en classe et une rencontre hebdomadaire avec le jeune. Aucun soutien auprès du jeune pour les mettre en œuvre la semaine suivante.
Niveau de preuve	FAIBLE	

Énoncé :

Une intervention basée sur la pleine conscience est efficace pour augmenter les comportements d'engagement dans les travaux scolaires et diminuer les comportements de désengagement chez les jeunes âgés de 11 et 12 ans présentant une DI légère.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 1 ECU - Plan d'étude approprié : non approprié - Risque de biais : faible - Taille de l'échantillon : n=3
Cohérence/fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	L'intervention permet une diminution des comportements de désengagement et une augmentation de l'engagement dans la tâche de façon importante et se maintient dans le temps un mois après la fin de l'intervention.
Généralisation/transférabilité	Faible	Cette intervention basée sur la pleine conscience nécessite une formation exigeante pour les intervenants et ne s'applique pas à tous les jeunes. L'étude s'est déroulée en Corée du Sud et une réplcation serait pertinente dans nos milieux moins familiers avec les pratiques méditatives. Implication importante des mères dans la démarche.
Niveau de preuve	FAIBLE	

Énoncé :

Un programme multicomposantes (incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme), visant à développer la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - éducation chez les jeunes âgés de 14 à 20 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Modérée	- Nombre d'études : 1 essai comparatif avec répartition non aléatoire - Plan d'étude approprié : suffisamment approprié - Risque de biais : modéré - Taille de l'échantillon : n=82
Cohérence/fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	Le programme a permis de favoriser l'acquisition de compétences nécessaires à la participation sociale et peut permettre au jeune d'être le premier acteur de sa vie.
Généralisation/transférabilité	Modérée	L'identification des barrières/solutions/modifications peut être utilisée dans plusieurs habitudes de vie.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

ANNEXE L HV 11 — travail : Données détaillées

Tableau L 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 11)

Habitude de vie — Travail				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Agran <i>et al.</i> , 2016	Article scientifique qualitatif (sondage en ligne) (États-Unis)	Quels sont les comportements sociaux que les employeurs considèrent comme essentiels à la réussite professionnelle (intégration et maintien à l'emploi) pour les employés débutants ayant une DI.	651 répondants : 491 professeurs en éducation spécialisée, 66 coordonnateurs de la transition, 21 conseillers en réadaptation vocationnelle, 63 coachs de travail.	Obtenir et conserver un emploi peut dépendre de la qualité des interactions sociales d'un individu, de ses interactions avec ses supérieurs, ses collègues ou les consommateurs. Les compétences sociales représentent l'un des domaines de compétence les plus importants en matière d'aptitude à l'emploi, et sont essentielles dans tous les secteurs et professions, à la fois pour les employés handicapés et non handicapés. Celles qui sont particulièrement attendues : • demander de l'aide; • clarifier les instructions quand elles ne sont pas comprises; • arriver à l'heure; • s'abstenir de tout contact inapproprié avec d'autres personnes; • recevoir adéquatement la critique; • respecter les consignes; • s'abstenir de parler de problèmes personnels.
Bennett et Gallagher, 2013	Article scientifique Qualitatif (Canada)	Perspectives croisées sur les pratiques d'intégration au travail et de transition de 7 écoles ontariennes en milieu urbain	21 élèves ayant une DI, 91 professeurs, 67 assistants en éducation, 7 moniteurs de travail, 22 parents, 43 pairs et 19 employeurs	• Les employeurs n'ont pas d'emblée la croyance que les jeunes ayant une DI s'intègrent facilement dans leur entreprise. • Les intervenants doivent par conséquent s'assurer que le milieu correspond aux aspirations du jeune et que des mesures de soutien sont disponibles dès le début de son intégration. • Mettre l'accent sur le « confort » des employeurs. • Laisser le temps de nouer des relations au jeune et à l'employeur. • Planifier avec soin l'intégration du jeune dans le milieu de travail, car quand cela est fait les résultats sont positifs.
Cimera <i>et al.</i> , 2014	Article scientifique (États-Unis)	Quel est l'impact potentiel des services de transition apportés tôt (à 14 ans vs 16 ans) sur les résultats professionnels obtenus par les jeunes adultes ayant une déficience intellectuelle.	15 040 Jeunes adultes présentant une DI, 7520 sujets dans chaque groupe provenant de 13 états comparés à	• Offrir des services de transition à partir de 14 ans comparativement qu'à partir de 16 ans améliore le taux d'emploi (58,8 % vs 45,6 %) • Réduction du coût des services subséquents de 27 % • Pas de différence sur le salaire ou le nombre d'heures travaillées • Les résultats ne sont pas tributaires de la performance économique des différents états

Habitude de vie — Travail				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
			11 sur une période de 4 ans	
Hall <i>et al.</i> , 2014	Article scientifique (États-Unis)	Est-ce qu'une évaluation des préférences et des centres d'intérêt favorise la productivité et la satisfaction à l'emploi	4 jeunes avec DD dont 2 DI 1 DI & TSA 1 TCC	Confirme que la productivité et la satisfaction au travail des jeunes sont meilleures quand la correspondance est bonne entre le travail et les préférences des jeunes qu'on a préalablement évaluées, puis réévaluées régulièrement : « En transition entre l'école et le travail, une seule évaluation doit être administrée chaque année à partir de 16 ans (IDEA, 2004). Cependant, nous pensons que cela est inadéquat, car les préférences et le degré d'adéquation des compétences peuvent changer au cours de l'exercice. Au fur et à mesure que Mark se familiarisait avec un travail en électronique, il s'y intéressait davantage. »
Holwerda <i>et al.</i> , 2013	Article scientifique (Pays-Bas)	Quels sont les facteurs pouvant prédire l'employabilité et le maintien à l'emploi des jeunes adultes présentant une DI légère	735 jeunes présentant une DI légère de 15 à 27 ans 89 % = 15 à 20 ans (58%M, 42%F)	• Il est trois fois plus probable que les jeunes qui vivent chez leurs parents ou de manière indépendante se trouvent un emploi que ceux qui résident en hébergement substitut. • Ceux qui sont hautement motivés ont trois fois plus de chances de se trouver un emploi que ceux qui le sont moins. • Ceux qui s'attendent à être capables de travailler à temps complet ou partiel ont plus de chances de trouver un emploi que ceux qui s'attendent à ne pas être capables. • Concernant les chances de maintenir un emploi, les mêmes situations de vie et attentes prédisent le maintien, cependant la motivation ne serait pas un facteur prédictif du maintien à l'emploi. • « Pour assurer l'employabilité des jeunes, il est important que les parents, les enseignants et les conseillers en transition les encouragent à exprimer leurs désirs et leurs affinités en matière d'emploi. Lorsque ceux-ci sont pris en compte dans la recherche d'un emploi, leurs sentiments de compétence et d'autonomie peuvent augmenter et avoir une influence positive sur les facteurs personnels, tels que la motivation et les attentes. Les attentes étant un facteur prédictif important pour les deux résultats, il est impératif d'avoir des attentes réalistes pour réussir à trouver et à conserver un emploi. »
Kramer <i>et al.</i> , 2018b	Voir la description de l'étude dans la section sur l'habitude de vie — Vie associative et spirituelle			
MELS, 2008	Document gouvernemental du MÉLS	Description du parcours de formation axée sur l'emploi	Il s'adresse aux élèves qui, pour toutes sortes de	Les programmes de formation pratique ont été élaborés dans le but de développer l'employabilité des élèves. Une partie de cette formation se déroule à l'école et vise à amener les élèves à mieux

Habitude de vie — Travail				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
	Chapitre 5 du Programme de formation de l'école québécoise (Québec)	composé de 1) la formation préparatoire au travail ; 2) la formation menant à l'exercice d'un métier semi-spécialisé	raisons, éprouvent des difficultés scolaires	se connaître, à mieux connaître le monde du travail et à acquérir des capacités techniques et des comportements souhaités. L'autre partie prend la forme de stages en milieu de travail. Dans les deux cas, l'exploration et l'expérimentation occupent une place prépondérante. • Les programmes de formation générale sont les suivants : langue d'enseignement; langue seconde; mathématique; expérimentations technologiques et scientifiques; géographie, histoire et éducation à la citoyenneté; éducation physique et à la santé; autonomie et participation sociale. Ils mettent davantage l'accent sur leur application concrète dans des situations de la vie de tous les jours. • Les programmes de formation pratique sont les suivants : préparation au marché du travail, sensibilisation au monde du travail et insertion professionnelle. Ils sont une occasion privilégiée de développer, à l'aide de tâches simulées ou réelles et de façon structurante, des compétences spécifiques directement liées à des métiers que l'on trouve dans le Répertoire des métiers semi-spécialisés. Le contenu des programmes de formation générale a été déterminé en tenant compte des caractéristiques et des besoins des élèves concernés, de façon à permettre à chacun de progresser selon son rythme.
MSSS, 2014	Document gouvernemental du MSSS (Québec)	Les activités Socioprofessionnelles et communautaires. État de la situation et actions convenues pour l'amélioration des services	Personnes ayant une DI, personnes ayant un TSA, personnes ayant une DP	Pour aider les personnes ayant une déficience dans leur cheminement vers la réalisation de leur projet de vie, les réseaux de l'éducation, de la santé et des services sociaux ainsi que celui de l'emploi et de la solidarité sociale ont un rôle prépondérant à assumer. Les réseaux du transport, du loisir et de la famille sont aussi appelés à collaborer. Par conséquent, l'accessibilité, la continuité, la complémentarité et la coordination des interventions des différents partenaires constituent un atout important pour aider la personne dans la réalisation de son projet de vie. Principaux constats • Les personnes ont des capacités. Elles souhaitent que ces capacités soient reconnues et ne demandent qu'à les actualiser. • Les efforts des dernières décennies de la part de plusieurs dispensateurs ont d'ailleurs permis d'accroître leur autonomie de manière significative.

Habitude de vie — Travail				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• Les personnes ayant une déficience forment un groupe hétérogène. Elles ont des besoins de soutien, le plus souvent à long terme, d'intensité et de durée variables, provenant de différents intervenants ou réseaux. • Leurs forces et leurs limitations et, conséquemment, leurs besoins en services adaptés à leur condition spécifique peuvent différer. • Elles sont toutes scolarisées. Toutefois, elles ont obtenu des attestations, des certificats ou des diplômes de niveaux différents. • Elles ont besoin, pour plusieurs d'entre elles, de soutien pour intégrer un emploi ou d'assistance pour mener une vie active. • Les difficultés que les personnes ayant une déficience rencontrent tout au long de leur vie, les services parfois non accessibles ou non adaptés à leur condition, la discontinuité entre ceux-ci peuvent limiter ou compromettre leurs possibilités d'intégration sociale ou professionnelle. • L'accès aux services est plus difficile à la fin de la scolarisation, notamment pour les personnes requérant un encadrement quotidien pour participer à des activités de jour visant à maintenir leurs capacités. • Les familles sont généralement très impliquées auprès de leur proche, jeune ou adulte. Plus la déficience est sévère, plus les parents sont sollicités. Les familles sont présentes à toutes les étapes importantes de leur vie. Elles jouent un rôle important pour les soutenir dans leurs démarches vers les services. • Pour plusieurs familles, dont celles comptant un adulte ayant une déficience ne pouvant demeurer seul à la maison, concilier travail et famille peut s'avérer très difficile. Il arrive qu'un des parents doive réduire son temps de travail ou encore abandonner son emploi pour s'occuper de son enfant devenu adulte. • Les familles se retrouvent souvent dans une situation où elles ont à comprendre le fonctionnement de chacune des organisations, faire les relais et la coordination des services, ce qui complexifie leur rôle et les amène à un certain essoufflement.
Scheef, 2017	Thèse de doctorat méthode mixte	Quels sont les défis et barrières des programmes postsecondaires pour	Intervenants de programmes postsecondaires	• Les enjeux de transport en milieux ruraux et la peur de perdre des bénéfices reliés à l'inaptitude sont des barrières identifiées.

Habitude de vie — Travail				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
	(États-Unis)	faciliter l'employabilité des jeunes présentant une DI	pour élèves présentant une DI	- La perception et les attitudes des employeurs face aux jeunes présentant une DI ne représentent pas une barrière pour les sujets interviewés. - Les stratégies pour augmenter les opportunités de travail sont : - pairage heureux entre les centres d'intérêt de l'élève et les expériences de travail offertes; - offrir un entraînement dans le milieu de stage de l'élève; - identifier et utiliser des « supporteurs » du milieu de travail; - aider les élèves à faire des liens entre ce qui est appris entre l'école et le milieu de stage.
SQDI, 2018	Recueil d'orientations et de demandes adressées au gouvernement du Québec (Québec)	À l'occasion de la tenue de la campagne électorale provinciale 2018, la Société québécoise de la déficience intellectuelle a publié un nouveau recueil d'orientations et de demandes en lien avec la situation en déficience intellectuelle.	Personnes ayant une DI et leur famille	- Mieux implanter le programme transition école vie-active (TEVA) en rendant sa planification obligatoire pour tous les élèves présentant une DI et sa mise en application dans le PI ou plan de service individualisé intersectoriel (PSII). - Renforcer les efforts du gouvernement dans la lutte à la pauvreté. - Favoriser l'embauche inclusive. - Développer les conditions favorables de soutien visant à occuper un emploi en contexte inclusif par une amélioration de la quantité et de la qualité des services et un meilleur arrimage entre les réseaux de la santé et des services sociaux, de l'éducation, et de l'emploi. - Offrir un accompagnement soutenu pour tous par les structures existantes à travers un parcours modulé en fonction des besoins individualisés, du développement des compétences, incluant le maintien en emploi.
Vire, 2006	Thèse de doctorat (États-Unis)	Quelles sont les relations entre le soutien familial pendant les années de transition et l'employabilité de six jeunes adultes ? Est-il possible de distinguer différents types de soutien familial ? Dans quelle mesure ceux-ci contribuent-ils à l'employabilité des jeunes femmes ?	6 jeunes femmes présentant une DI légère ou moyenne	- Il y aurait 3 niveaux d'intensité de soutien familial : dynamique, prudent et inquiet. Le « niveau » d'encouragement de la famille jouerait un rôle déterminant sur l'employabilité des jeunes. - Un soutien familial dynamique produirait une exploration socioprofessionnelle active, une ouverture à essayer de nouvelles tâches et une variété d'emplois, l'expression d'objectifs et d'attentes de réussite socioprofessionnels. - Un soutien familial prudent produirait une exploration socioprofessionnelle limitée, peu de choix professionnels, peu d'encouragement de la part de la famille à travailler et un manque de désir d'essayer de nouvelles tâches. Si l'emploi est sécurisé, le modèle suggère qu'il s'agira d'un travail considéré comme sûr, peut-être même d'un travail déjà expérimenté au secondaire.

Habitude de vie — Travail				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				- Un soutien inquiet produirait peu d'exploration socioprofessionnelle, on se prépare à l'échec, on se satisfait de « petits boulots ». - Les résultats de cette recherche confirment la valeur du modèle.
Southward et Kyzar, 2017	Revue de littérature 13 études toutes américaines	Examiner les activités liées à la transition qui sont associées à la sécurisation d'un emploi compétitif à la sortie de l'école secondaire.	Jeunes en transition ayant une DI	- Identification de sept prédicteurs uniques liés à la transition vers un emploi rémunéré pour les personnes. - Un emploi rémunéré alors qu'elles fréquentaient l'école = variable la plus forte . - Un enseignement de compétences liées au travail (formation professionnelle). - Les attentes de la famille. - La réussite des études secondaires. - Un plan d'intervention individualisé orienté vers l'emploi. - L'autodétermination du jeune. - La participation à des études postsecondaires.
Winsor <i>et al.</i> , 2011	Article scientifique (États-Unis)	Évaluation d'un projet de partenariat intersectoriel : « Jobs by 21 Partnership Project » de l'état de Washington entre le système scolaire et le système de services aux adultes ayant une DI.	Jeunes ayant une DI	- La collaboration intersectorielle est mentionnée comme une bonne pratique ayant contribué au succès d'un programme d'employabilité et permettant de pérenniser sa performance. Les résultats du projet de partenariat renforcent les conclusions de chercheurs antérieurs selon lesquelles le développement de relations de collaboration associé à un engagement précoce avec des mesures de soutien de l'emploi des adultes peut conduire à une amélioration du passage de l'école à l'emploi. - L'expérience met également en évidence l'importance d'autres éléments dans une approche globale, notamment le développement d'initiatives de planification intersectorielles, la diffusion d'informations aux jeunes et aux familles à plusieurs reprises et à différents moments du processus de transition, et le développement des compétences des enseignants.

Tableau L 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 11)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Douze articles portant sur l'évaluation d'une intervention qui vise à améliorer l'autonomie des jeunes quant à l'habitude de vie - travail ont été retenus [Damianidou <i>et al.</i>, 2018; Kramer <i>et al.</i>, 2018a; Park <i>et al.</i>, 2018; Van Laarhoven <i>et al.</i>, 2018; Cavkaytar <i>et al.</i>, 2017; Collins <i>et al.</i>, 2017; O'Neill et Rehfeldt, 2017; Morse, 2016; Park <i>et al.</i>, 2016; Sparks <i>et al.</i>, 2016; Newman, 2014; Huntington, 2012] (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Neuf études se sont déroulées aux États-Unis, une étude en Turquie, une autre étude en République de Corée et une en Australie. Ces articles présentent les résultats de 10 études avec un devis à cas unique (ECU)¹⁸, 2 méta-analyses et 1 essai comparatif avec répartition non aléatoire (ECRNA), avec un risque de biais qui se répartit comme suit : très faible (2/13), faible (1/13), modéré (5/13) et élevé (5/13).
Participants des études retenues
Les 673 participants des études (n ECU = 29 ; n méta-analyses = 562 ; n ECRNA = 82) présentent les caractéristiques suivantes : - le sexe est non rapporté pour la majorité des participants; - la majorité des participants ont entre 12 et 21 ans; - présentent une DI dont la gravité est non rapportée pour la majorité des participants; - peuvent présenter également un TSA.
Interventions évaluées
Comportement visé Les comportements visés peuvent se regrouper en trois catégories : ● Réaliser des tâches variées dans le cadre d'un travail (p. ex. : assembler des ustensiles pour un restaurant, préparer des laits frappés, nettoyer des fenêtres, entretenir une plante, servir un client dans un café). ● Adopter les comportements sociaux attendus au travail (p. ex. : répondre adéquatement à des questions posées en entrevue d'embauche, réagir convenablement à une rétroaction, proposer son aide).

¹⁸ L'article de Morse [2016] comprend deux études avec un devis à cas unique distinctes.

- Identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, générer des solutions pour réduire ces barrières et demander des modifications pour favoriser la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté.

Durée/Intensité

- Entre 5 et 12 séances, plusieurs fois par semaine lorsque rapporté.
- D'une durée variant entre cinq jours et quatre mois et demi, rapportée dans une des méta-analyses.
- Programme de 12 semaines, qui inclut : 2 séances individuelles pour établir un objectif individuel, 15 séances de groupe d'une durée de 2 heures par séances et 8 contacts téléphoniques avec un ancien participant du programme.

Modalité

- En individuel et en groupe.

Milieu

- École ou milieu de travail.

Dispensateur de l'intervention

- Chercheur ou intervenant et ancien participant du programme.

Description des interventions

1. Intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC dans le but de réaliser des tâches variées au travail. L'incitation à l'aide de photos ou de vidéos, l'incitation auditive (p. ex. : avec une oreillette), le renforcement, l'incitation croissante ou décroissante et la variation du laps de temps sont fréquemment cités comme poursuivant cet objectif [Damianidou *et al.*, 2018; Van Laarhoven *et al.*, 2018; Cavkaytar *et al.*, 2017; Collins *et al.*, 2017; Morse, 2016; Sparks *et al.*, 2016; Newman, 2014; Huntington, 2012].
2. Intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC visant l'amélioration des comportements sociaux au travail. ils peuvent inclure l'instruction directe, des vidéos présentant des comportements attendus et non attendus, les pratiques guidées et jeux de rôles, la rétroaction et la correction [Park *et al.*, 2018; O'Neill et Rehfeldt, 2017; Park *et al.*, 2016].
3. Programme multicomposantes (*Project TEAM*) incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme [Kramer *et al.*, 2018a].

Certaines interventions incluent des volets supplémentaires telles que :

- une préparation préalable à l'entrée en fonction spécifique à l'emploi (p. ex. : quelles seront les tâches à réaliser comme serveur dans un café) ou d'ordre générique (p. ex. : comment s'habiller pour venir travailler);
- l'utilisation d'un support électronique (p. ex. : tablette de type iPad®) dans les modalités d'entraînement à la tâche ou comme aide à la réalisation de la tâche.

Effets de l'intervention

1. Intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC, afin de réaliser des tâches variées au travail

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus qu'un faible pourcentage des étapes de la tâche en lien avec le travail.

L'intervention s'est avérée efficace¹⁹ dans 71 % à 82 % des situations évaluées chez les 22 participants [Van Laarhoven *et al.*, 2018; Cavkaytar *et al.*, 2017; Collins *et al.*, 2017; Morse, 2016; Sparks *et al.*, 2016; Newman, 2014; Huntington, 2012], soit :

- une réussite d'au moins les trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 71 % des situations d'évaluation et ;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est observée dans 82 % des situations d'évaluation.

Également, les interventions impliquant l'utilisation d'une technologie dans la réalisation de tâches variées au travail sont efficaces pour les participants qui présentent une DI. Cependant, elles s'avèrent statistiquement plus efficaces pour les participants présentant une DI légère à modérée comparativement à ceux présentant une DI sévère à profonde ($p=0,047$) [Damianidou *et al.*, 2018].

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue entre 2 à 8 semaines pour 9 sur 13 participants pour lesquels des résultats sont disponibles.

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour les quatre participants pour lesquelles des résultats sont disponibles. La généralisation portait sur une nouvelle tâche au travail ou sur une nouvelle tâche dans un autre contexte (scolaire). Pour cette généralisation, une formation complémentaire courte de trois séances a été nécessaire pour permettre une réussite de 100 %

¹⁹ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

pour les deux participants concernés.

Enfin, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park *et al.*, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2015; Ramdoss *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont travail (annexe N, tableau N 3).

2. Intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC, afin de développer des comportements sociaux attendus au travail

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus qu'un faible pourcentage des étapes de la tâche en lien avec les comportements sociaux attendus au travail.

L'intervention s'est avérée efficace²⁰ dans environ 40 % des situations évaluées pour 7 participants [Park *et al.*, 2018; O'Neill et Rehfeldt, 2017], soit :

- la réussite d'au moins les trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 40 % des situations d'évaluation et;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est notée dans 24 % des situations d'évaluation.

Les jeunes ont particulièrement bien réussi les comportements sociaux tels qu'offrir de l'aide, répondre à un commentaire ou demander des clarifications. Également, ils ont réussi à répondre de façon attendue à au moins la moitié des questions d'entrevues d'embauche dans 78 % des situations d'évaluation.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue après deux semaines pour trois sur sept participants pour lesquels des résultats sont disponibles.

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour les trois participants pour lesquelles des résultats sont disponibles. La généralisation portait sur une nouvelle situation au travail qui permettait au participant de mettre en œuvre les comportements sociaux qu'il venait d'acquérir.

La méta-analyse démontre un effet moyen ($d = 0,56$) des interventions d'entraînement aux habiletés sociales au travail [Park *et*

²⁰ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

al., 2016] :

- très grand effet sur les compétences liées aux entrevues d'embauche ($d = 1,28$), modéré sur les autres compétences sociales ($d = 0,68$) et faible sur la performance au travail ($d = 0,45$);
- taille d'effet modérée variant selon le milieu dans lequel les interventions ont été réalisées ($d = 0,50$ dans le milieu de travail et $d = 0,73$ à l'école);
- taille d'effet modérée pour la formation directe ($d = 0,72$) et taille d'effet faible à très faible pour la formation par Internet et par vidéo ($d = 0,44$ et $d = 0,14$ respectivement).

De plus, il est difficile de tirer des conclusions sur l'efficacité des interventions en fonction des différentes combinaisons de diagnostics dont le syndrome de Down et la DI dus au fait que les résultats sont contradictoires et que certaines études ne rapportent pas l'ensemble des diagnostics des participants.

3. Programme multi-composantes (*Project TEAM*)

L'intervention qui vise à augmenter la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour résoudre ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté est efficace pour augmenter [Kramer *et al.*, 2018a] :

1. les connaissances liées à l'environnement physique et social, aux stratégies pour changer l'environnement et aux droits des jeunes présentant une DI;
2. les habiletés de résolution de problèmes;
3. les comportements d'autodétermination (selon les parents);
4. la capacité des jeunes à appliquer les apprentissages dans leurs activités à l'école, au travail ou dans la communauté.

La proportion de participants du programme qui atteint l'objectif fixé est significativement plus élevée que le groupe témoin. Le programme ne démontre toutefois pas d'impact sur le sentiment d'auto-efficacité des jeunes.

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - travail chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, et d'autres stratégies (p. ex. : utilisation de vidéos de comportements attendus et non attendus, pratiques guidées et jeux de rôle), qui vise à favoriser l'expression de

comportements sociaux attendus au travail est efficace pour améliorer les comportements sociaux dans la réalisation de l'habitude de vie – travail chez les jeunes âgés de 12 à 21 ans présentant une DI.

Un programme multicomposantes (incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme), visant à développer la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - travail chez les jeunes âgés de 14 à 20 ans présentant une DI.

Tableau L 3 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 11)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - travail chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	• Nombre d'études : 8 ECU ; 10 RS • Plan d'étude optimal : approprié • Risque de biais : modéré (3/8) et élevé (5/8) (ECU) ; très faible (1/10), modéré (4/9) et élevé (5/9) (RS) • Taille de l'échantillon : n=22 (ECU) ; n=1485 (RS)
Cohérence/fiabilité	Élevée	• Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles tâches dans l'HV — travail.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Les participants sont initialement incapables de réaliser les tâches demandées. À la suite à cette intervention, la majorité des participants sont capables de réaliser plus de 75 % de la tâche demandée.
Généralisation/transférabilité	Très élevée	• Les caractéristiques des jeunes sont similaires. • Les contextes sont également similaires
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Une intervention, faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC et d'autres stratégies (p. ex. : utilisation de vidéos de comportements attendus et non attendus, pratiques guidées et jeux de rôle), qui vise à favoriser l'expression de comportements sociaux attendus au travail est efficace pour améliorer les comportements sociaux dans la réalisation de l'habitude de vie – travail chez les jeunes âgés de 12 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Modérée	• Nombre d'études : 2 ECU et 1 RS • Plan d'étude approprié : suffisamment approprié • Risque de biais : faible (1/2), modéré (1/2) (ECU); très faible (1/1) (RS) • Taille de l'échantillon : n=7 (ECU) ; n= 497 (RS)
Cohérence/fiabilité	Élevé	• Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de comportements sociaux attendus dans le cadre du travail.
Impact clinique ou organisationnel	Modéré	• Malgré une efficacité modérée, une augmentation de 50 % représente déjà une amélioration cliniquement appréciable.
Généralisation/transférabilité	Faible	• Les participants sont principalement âgés de 12 à 21 ans et présentent une DI légère à modérée lorsque rapportée. • Le contexte des études est le milieu de travail ou l'école principalement. • Grande variabilité des types d'interventions évaluées dans la RS
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

Énoncé :

Un programme multicomposantes (incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme), visant à développer la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - travail chez les jeunes âgés de 14 à 20 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Modérée	• Nombre d'études : 1 essai comparatif avec répartition non aléatoire • Plan d'étude approprié : suffisamment approprié • Risque de biais : modéré • Taille de l'échantillon : n=82
Cohérence/fiabilité	Non applicable	• Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	• Le programme a permis de favoriser l'acquisition de compétences nécessaires à la participation sociale et peut permettre au jeune d'être le premier acteur de sa vie.
Généralisation/transférabilité	Modérée	• L'identification des barrières/solutions/modifications peut être utilisée dans plusieurs habitudes de vie.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

ANNEXE M HV 12 — loisirs : Données détaillées

Tableau M 1 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (HV 12)

Habitude de vie — Loisirs				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Badia <i>et al.</i> , 2013	Article scientifique (Espagne)	Quels sont les liens entre la participation aux loisirs et la qualité de vie perçue	125 personnes ayant une DI de l'âge de 17 à 65 ans	- C'est le fait de pouvoir faire des activités de loisirs choisies et préférées par les personnes qui a un effet sur leur qualité de vie perçue. Ce n'est pas la quantité, mais la qualité de l'expérience. - Les auteurs invitent les intervenants et responsables des loisirs à créer des environnements permettant aux personnes ayant une DI d'exprimer leurs préférences quant aux types d'activités récréatives qu'elles souhaitent pratiquer.
Carbonneau <i>et al.</i> , 2015	Bulletin de l'Observatoire québécois du loisir. (Québec)	Qu'est-ce qui fait qu'une personne ayant des incapacités a la possibilité de vivre pleinement une expérience de loisir inclusive ?	Personnes ayant des incapacités	- Selon le Conseil québécois de loisir, rendre le loisir accessible suppose, entre autres : « la possibilité d'accéder à une activité, à un lieu de pratique, à un équipement, la capacité de comprendre et de pratiquer et la qualité de la mise en relation et de l'échange » (CQL, 2007). - À cet égard, il ne suffit pas de pratiquer une activité récréative pour vivre une véritable expérience de loisir. Encore faut-il que cette activité corresponde aux centres d'intérêt, attentes et motivations de la personne et que l'expérience qu'elle vivra soit satisfaisante. - En combinant la définition du Conseil québécois du loisir (CQL) avec certaines notions de qualité de l'expérience de loisir, on peut dire que l'expérience de loisir inclusive résulte de l'interaction entre 1) l'accès aux espaces et équipements appropriés requis pour permettre une pratique de loisir signifiante répondant aux désirs et aspirations de la personne, 2) une qualité de mise en relation significative et des interactions positives avec les autres participants, 3) l'engagement dans une activité significative, adaptée aux capacités de la personne et qui lui permet de mettre à profit son plein potentiel.
Kramer <i>et al.</i> , 2018b	Voir la description de l'étude dans la section sur l'habitude de vie — Vie associative et spirituelle			
Siperstein <i>et al.</i> , 2009	Article scientifique (États-Unis)	L'acceptation sociale d'enfants ayant une DI dans un camp de jour estival	67 jeunes d'âge primaire (3 ^e à 6 ^e année) dont 29 ayant une DI légère.	L'inclusion sociale est possible lorsque des enfants ayant une déficience intellectuelle participent, aux côtés de leurs pairs non handicapés, à un programme de loisirs et de sports.

Habitude de vie — Loisirs				
Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				La sensibilisation des moniteurs à la déficience intellectuelle est une bonne pratique recommandée pour favoriser l'inclusion des jeunes dans ce genre d'environnement.

Tableau M 2 Efficacité des interventions auprès des jeunes (HV 12)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Trois articles portant sur l'évaluation d'une intervention qui vise à améliorer l'autonomie des jeunes quant à l'habitude de vie liée aux loisirs ont été retenus [Kramer <i>et al.</i>, 2018a; Kemp-Inman, 2016; Seward <i>et al.</i>, 2014] (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Les trois études ont été réalisées aux États-Unis. Ces articles présentent les résultats pour deux études avec un devis à cas unique (ECU) et un essai comparatif avec répartition non aléatoire (ECRNA). Le risque de chacune de ces trois études est modéré.
Participants des études retenues
Les 90 participants des études (n ECU=8 ; n ECRNA=82) présentent les caractéristiques suivantes : - 61 % de sexe masculin; - âgés de 14 à 20 ans; - présentant une DI légère à modérée, lorsque rapportée; - peuvent également présenter d'autres déficiences.
Interventions évaluées
Comportements visés • Participer à une discussion au sujet d'un livre dans un club de lecture incluant des jeunes qui présentent ou non une DI. • Réaliser deux jeux de cartes individuels de façon autonome à l'aide d'un tapis de jeu. • Identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour favoriser la participation aux les activités à l'école, au travail ou dans la communauté. Durée/Intensité • De courte durée (séances de maximum 30 minutes), de 2 à 4 fois par semaine [Kemp-Inman, 2016; Seward <i>et al.</i>, 2014]. • Programme de 12 semaines, qui inclut : 2 séances individuelles pour établir un objectif individuel, 15 séances de groupe d'une durée de 2 heures par séances et 8 contacts téléphoniques avec un ancien participant du programme [Kramer <i>et al.</i>, 2018a].

Modalité

- En individuel et en groupe.

Milieu

- École.
- En contexte réel.

Dispensateur de l'intervention

- Étudiants en éducation spécialisée (2 études).
- Intervenante (1 étude).
- Pairs ou anciens participants du programme (2 études).

Description des interventions

1. Intervention faisant appel à des techniques et des stratégies d'enseignement basées sur l'AAC. Instructions, guidance avec et sans délai, renforcement, modelage et utilisation d'un organisateur temporel ou tapis de jeux préimprimés [Kemp-Inman, 2016; Seward *et al.*, 2014].
2. Intervention s'appuyant sur une application électronique pour la lecture à voix haute (une étude).
3. Programme multicomposantes (Projet TEAM) incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme (une étude).

Effets de l'intervention**1. Intervention faisant appel à des techniques et des stratégies d'enseignement basées sur l'AAC.**

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser les étapes de la tâche en lien avec les loisirs [Seward *et al.*, 2014] ou de contribuer à la discussion dans un club de lecture [Kemp-Inman, 2016].

L'intervention s'est avérée efficace²¹ dans 90 % des situations évaluées pour les 5 participants [Seward *et al.*, 2014], soit :

²¹ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

- la réussite d'au moins les trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 90 % des situations d'évaluation et;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est notée dans 90 % des situations d'évaluation.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue dans le temps (2 — 4 semaines) pour 100 % des participants pour lesquels des résultats sont disponibles.

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée dans un autre lieu et avec du nouveau matériel de soutien pour 100 % des participants pour lesquels des résultats sont disponibles.

De plus, neuf revues systématiques, dont deux méta-analyses portant sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions qui visent l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences, ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park *et al.*, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson *et al.*, 2017; Smith *et al.*, 2015; Ramdoss *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009]. Ces revues démontrent l'efficacité des interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour la majorité des habitudes de vie, dont loisirs (annexe N, tableau N 3).

2. Intervention s'appuyant sur une application électronique pour la lecture à voix haute

- La contribution aux discussions dans le cadre d'un club de lecture est plus grande à la suite de l'intervention chez les participants de l'étude de Kemp-Inman [2016].

3. Programme multicomposantes (Projet TEAM) incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme

L'intervention qui vise à augmenter la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté est efficace pour augmenter :

1. les connaissances liées à l'environnement physique et social, aux stratégies pour changer l'environnement et aux droits des jeunes présentant une DI;
2. les habiletés de résolution de problèmes;
3. les comportements d'autodétermination (selon les parents);
4. la capacité des jeunes à appliquer les apprentissages dans leurs activités à l'école, au travail ou dans la communauté.

La proportion de participants du programme qui atteint l'objectif fixé est significativement plus élevée que le groupe témoin. Le

programme ne démontre toutefois pas d'impact sur le sentiment d'auto-efficacité des jeunes.

Énoncés liés à l'efficacité

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - loisirs chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Une intervention s'appuyant sur une application électronique pour la lecture à voix haute et sur une participation aux discussions dans un club de lecture composé de jeunes qui présentent ou non une DI est efficace pour augmenter la contribution aux discussions dans un club de lecture chez les jeunes âgés de 16 à 18 ans présentant une DI légère ou modérée.

Un programme multicomposantes (incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme), visant à développer la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - loisirs chez les jeunes âgés de 14 à 20 ans présentant une DI.

Tableau M 3 Efficacité des interventions auprès des parents (HV 12)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Une étude avec un devis à cas unique portant sur l'évaluation d'une intervention visant à outiller les parents pour améliorer l'autonomie des jeunes en ce qui concerne l'habitude de vie - loisirs a été retenue [Batu, 2008] (pour le détail de l'étude, voir annexe O, tableau O 1). Elle a été réalisée en Turquie. Le risque de biais est modéré.
Participants des études retenues
• Le parent impliqué à l'étape d'acquisition des nouvelles tâches est une mère. D'autres membres de la famille ont été impliqués pour s'assurer que l'acquisition pouvait se généraliser lorsqu'un autre proche demandait au jeune de réaliser ces tâches. • Le jeune évalué²² présente les caractéristiques suivantes : - de sexe masculin; - âgé entre 6 et 9 ans; - présentant une DI modérée.
Interventions évaluées
Comportements visés • Jouer à un jeu. Durée/Intensité • Phase 1 de l'intervention auprès du parent : 40 minutes. • Phase 2 de l'intervention auprès du parent outillant son enfant : maximum de 80 minutes par tâche à apprendre. Modalité • En individuel. Milieu • Phase 1 : bureau du chercheur.

²² Seul un participant (sur les 4 participants de l'étude) avait pour objectif l'apprentissage d'une tâche liée aux loisirs. Son âge exact n'est pas spécifié dans l'article.

- Phase 2 : maison des participants.

Dispensateur de l'intervention

- Phase 1 : Chercheur.
- Phase 2 : Parent.

Description des interventions auprès du parent

- Combinaison de plusieurs techniques et stratégies d'enseignement notamment une description verbale des stratégies à utiliser, du modelage, de la pratique guidée avec incitation simultanée et correction des erreurs.
- Choix de tâches à apprendre par les parents et découpage en séquences réalisé par le chercheur.

Effets de l'intervention auprès des jeunes

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus que 30 % des étapes de la tâche demandée par leur parent.

L'intervention s'est avérée efficace²³ dans 100 % des situations évaluées pour le participant, soit :

- la réussite d'au moins trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 100 % des situations d'évaluation et;
- au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est notée dans 100 % des situations d'évaluation.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue pour le participant (1 et 3 semaines après la fin de l'intervention).

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour le participant. La généralisation consistait à changer d'instructeur (la mère était remplacée par un autre membre de la famille qui donne l'instruction au début de la tâche).

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention visant à outiller les parents, par le biais d'une formation sur le modelage, le soutien au découpage de la tâche et la rétroaction en contexte réel, est efficace pour améliorer l'autonomie dans les activités de loisirs chez les jeunes âgés de 6 à 9 ans présentant une DI modérée.

²³ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occurrence avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

Tableau M 4 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (HV 12)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - loisirs chez les jeunes âgés de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Élevée	- Nombre d'études : 2 ECU ; 9 RS - Plan d'étude optimal : approprié - Risque de biais : modéré (2/2) (ECU) ; modéré (4/9) et élevé (5/9) (RS) - Taille de l'échantillon : n=8 (ECU) ; n=1420 (RS)
Cohérence/fiabilité	Élevée	Les études retenues démontrent une cohérence importante dans le sens d'un effet significatif de l'intervention sur l'apprentissage de nouvelles tâches dans l'HV loisirs.
Impact clinique ou organisationnel	Élevé	Les apprentissages visés permettent aux jeunes qui présentent une DI d'avoir des loisirs qui peuvent améliorer leur qualité de vie.
Généralisation/transférabilité	Très élevée	- Les caractéristiques des jeunes sont similaires. - Les contextes sont également similaires (école et maison).
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Une intervention s'appuyant sur une application électronique pour la lecture à voix haute et sur une participation aux discussions dans un club de lecture composé de jeunes qui présentent ou non une DI est efficace pour augmenter la contribution aux discussions dans un club de lecture chez les jeunes âgés de 16 à 18 ans présentant une DI légère ou modérée.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 1 ECU - Plan d'étude approprié : peu approprié - Risque de biais : modéré - Taille de l'échantillon : n=3
Cohérence/fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevée	L'intervention permet aux jeunes de prendre part à une activité de loisirs socialement valorisante.
Généralisation/transférabilité	Modérée	Les apprentissages effectués (p. ex. : contribuer à une discussion) peuvent être utilisés dans d'autres contextes de vie.
Niveau de preuve	FAIBLE	

Énoncé :

Un programme multicomposantes (incluant des discussions, des présentations interactives, des activités de résolution de problèmes, des jeux et du mentorat par un ancien participant du programme), visant à développer la capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour réduire ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de l'habitude de vie - loisirs chez les jeunes âgés de 14 à 20 ans présentant une DI

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Modérée	- Nombre d'études : 1 essai comparatif avec répartition non aléatoire - Plan d'étude approprié : suffisamment approprié - Risque de biais : modéré - Taille de l'échantillon : n=82
Cohérence/fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Élevée	Le programme a permis de favoriser l'acquisition de compétences nécessaires à la participation sociale et peut permettre au jeune d'être le premier acteur de sa vie.
Généralisation/transférabilité	Modérée	L'identification des barrières/solutions/modifications peut être utilisée dans plusieurs habitudes de vie.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

Énoncé :

Une intervention visant à outiller les parents, par le biais d'une formation sur le modelage, le soutien au découpage de la tâche et la rétroaction en contexte réel, est efficace pour améliorer l'autonomie dans les activités de loisirs chez les jeunes âgés de 6 à 9 ans présentant une DI modérée.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	Faible	- Nombre d'études : 1 ECU - Plan d'étude optimal : peu approprié - Risque de biais : modéré - Taille de l'échantillon : n=1
Cohérence/fiabilité	Non applicable	Une seule étude ne permet pas de coter la cohérence.
Impact clinique ou organisationnel	Très élevé	À la suite de l'intervention, la réussite de la tâche est supérieure à 75 %.
Généralisation/transférabilité	Élevée	Les parents participant à l'intervention sont uniquement des mères, principalement des mères au foyer. Cette intervention est efficace pour d'autres habitudes de vie dont habitation et nutrition.
Niveau de preuve	FAIBLE	

ANNEXE N Recommandations s'appliquant à toutes les HV : Ensemble de la preuve

Tableau N 1 Préférences et besoins exprimés (toutes les HV)

L'utilisation de la technologie offre des possibilités intéressantes pour favoriser le développement de l'autonomie des jeunes. Les technologies sont de plus en plus répandues et accessibles. Elles attirent les jeunes et certains appareils, dont les téléphones intelligents, sont devenus des marqueurs sociaux qui valorisent leur propriétaire. La recherche confirme que les technologies contribuent à favoriser l'autonomie des jeunes dans la réalisation de plusieurs habitudes de vie, dont notamment la communication, les activités de la vie courante, la réalisation de tâches en milieu de travail, les habiletés sociales et les déplacements dans la communauté [Lussier-Desrochers *et al.*, 2017; Lussier-Desrochers *et al.*, 2016b].

Cependant, certains auteurs avancent qu'il y aurait un fossé entre les personnes qui présentent une DI et la population générale quant à l'utilisation des technologies numériques. Ainsi, différents facteurs limitent leur utilisation, notamment leur coût, les limites sensori-motrices et cognitives des personnes et la difficulté à régler des problèmes techniques qui surviennent [Lussier-Desrochers *et al.*, 2017].

L'utilisation d'une technologie est souvent utilisée pour faciliter la mise en œuvre de l'intervention. La technologie offre, aussi, de nouvelles fonctionnalités dont la géolocalisation, la réalité augmentée, le visionnement de vidéos, l'écoute d'enregistrements audio et la programmation d'alertes qui pourront faciliter l'acquisition de comportements visés.

Selon les jeunes

Selon une analyse de la littérature réalisée par Normand et ses collaborateurs [2016], les rares études sur l'utilisation d'Internet par les adultes présentant une DI démontrent l'importance que revêt l'utilisation des médias sociaux afin de se forger une place dans la société et de faire partie d'un réseau. Les jeunes adultes interviewés aiment tout particulièrement Facebook pour garder contact avec des parents et amis, se faire de nouveaux amis, donner et recevoir du soutien (sous forme de Like, entre autres), et se sentir « comme les autres ». D'ailleurs, Facebook serait leur réseau social préféré [Sallafranque-St-Louis et Normand, 2017].

Cependant, les jeunes se mettent à risque de cyberprédation sur les réseaux sociaux et les sites de rencontre. Ainsi, selon les commentaires recueillis lors d'entrevues en profondeur d'adolescents et de jeunes adultes ayant une DI en Suède, les risques reliés à la cyberprédation sont dépassés par un autre risque beaucoup plus redoutable à leurs yeux, celui d'être isolés socialement et d'être privés de la possibilité de vivre une relation amoureuse [Löfgren-Mårtenson, 2008].

Les jeunes adultes qui présentent une DI déclarent que les médias sociaux leur offrent un espace où ils se sentent comme n'importe qui d'autre et où ils échappent au contrôle parental ou à celui des intervenants, un lieu où ils sont plus autodéterminés. Sur le Web, ils sont plus libres « d'aller » où ils le désirent et de se lier d'amitié avec qui ils souhaitent, loin

du regard de leurs tuteurs ou aidants [Sallafranque-St-Louis et Normand, 2017].

Selon les parents

Les parents perçoivent également des bénéfices qui dépassent la communication lorsque leur enfant utilise une aide à la communication, et notamment une augmentation de la participation à l'école, du contrôle sur l'environnement, de l'estime de soi, des habiletés d'écriture et de l'autonomie. Une diminution de l'isolement, des frustrations et de la situation de handicap est également soulignée [Lussier-Desrochers *et al.*, 2016a; Valiquette, 2008] ;

Les parents perçoivent également des bénéfices pour eux-mêmes à l'utilisation d'une aide technique à la communication par leur enfant. En effet, ceux-ci indiquent une augmentation des communications avec leur enfant, une meilleure compréhension de leur enfant, le sentiment d'être rassurés parce que l'enfant peut s'exprimer de façon autonome et une augmentation de leur efficacité parentale [Lussier-Desrochers *et al.*, 2016a; Lojkovic, 2015].

Les parents consultés lors des groupes de discussion menés par l'INESSS affirment que :

- les outils technologiques sont puissants, mais qu'ils sont sous-utilisés : « c'est génial la tablette, mais je suis sûre que ça pourrait être mieux utilisé pour les pictos, les scénarios sociaux, l'horaire, les étapes pour faire une tâche. »;
- le personnel des CISSS et CIUSSS, autant que celui des écoles, présente des capacités variables avec les outils technologiques en appui au développement de l'autonomie ou de la communication;
- ils aimeraient avoir accès à de la formation sur l'utilisation de la technologie;
- ils apprécient les ateliers de groupe et les formations avec d'autres parents pour être outillés sur des interventions à faire auprès de leur jeune. De plus, ils ajoutent que cette formule favorise la confiance en soi et brise l'isolement. Un parent d'un groupe de discussion exprime : « outiller les parents c'est la base de tout »;
- les parents d'adolescents mentionnent un besoin de soutien pour l'utilisation des réseaux sociaux. Des parents ont dû fermer le compte Facebook de leur fille qui ne recevait pas les réponses attendues et qui devenait anxieuse et insistante devant le silence de ses correspondants (annexe P, tableau P 2).

D'ailleurs, la littérature rapporte que l'engouement des jeunes pour les médias sociaux inquiète les parents d'adolescents ou de jeunes adultes et les intervenants. Leurs préoccupations incluent :

- l'exposition à du contenu inapproprié en ligne, y compris la pornographie;
- le harcèlement et la cyberintimidation;
- l'usage excessif ou la dépendance à Internet;
- la cybersollicitation sexuelle; la maltraitance et les abus, y compris le sexe, la violence et le vol, lorsque les communications en ligne avec des étrangers aboutissent en personne;

- d'éventuelles poursuites judiciaires des jeunes qui ne voient pas les conséquences de leurs actions ou de leurs déclarations en ligne, notamment le harcèlement, la diffamation, les menaces ou la sollicitation [Sallafranque-St-Louis et Normand, 2017].

Des parents consultés par l'INESSS ont constaté chez leur enfant des effets positifs indirects à la suite de l'utilisation d'applications pour tablettes électroniques tels que l'apprentissage de l'anglais et le développement de compétences techniques sur des fonctionnalités de l'appareil.

« On s'est rendu compte que notre fille était avancée en anglais, elle a appris toute seule ses couleurs et comment compter en anglais en utilisant des applications destinées à d'autres buts. Nous ne lui avons jamais montré cela, parfois elle communique en anglais, car ses applications sont dans cette langue... ça me fascine... » (annexe P, tableau P 2).

Selon les intervenants

Les intervenants qui ont répondu au sondage de l'INESSS (annexe Q) :

- 27 % de ces intervenants disent utiliser des outils d'assistant électronique, application tablette ou téléphone intelligent;
- considèrent qu'il est difficile de trouver des outils qui répondent aux besoins individualisés des jeunes;
- soulignent que plusieurs sites Internet ne sont pas accessibles à partir de leur bureau, certains utilisent leur propre tablette;
- considèrent manquer de soutien et de formation pour mieux utiliser les nouvelles technologies.

Facilitateurs et barrières

Lussier-Desrochers et ses collaborateurs identifient cinq barrières à l'utilisation des outils technologiques [Lussier-Desrochers *et al.*, 2016b].

1. « L'accès aux dispositifs numériques ». Avant même de pouvoir utiliser une technologie numérique il faut y avoir accès et qu'elle se trouve dans l'environnement immédiat de la personne. Les enjeux de coûts et d'obsolescence des appareils mis à la disposition des personnes sont des barrières fréquentes.
2. « Les habiletés sensori-motrices ». Pour utiliser les technologies efficacement, la personne doit posséder un minimum de capacités sur les plans sensoriels (tactile, visuel, auditif et proprioceptif) et moteurs (motricité fine et globale). Or, les troubles de motricité affectent près de 50 % des personnes qui présentent une DI.
3. « Les habiletés cognitives ». L'interaction avec le numérique exige la mobilisation de plusieurs composantes cognitives comme le raisonnement inductif, des habiletés de résolution de problèmes, la mémoire à court et à long terme, le raisonnement, la planification, la réflexion, la déduction, etc. Les habiletés en lecture et en écriture sont aussi des habiletés qui peuvent favoriser ou entraver l'utilisation des technologies. Or, la vaste majorité de ces fonctions sont déficitaires chez les personnes qui présentent une DI.

4. « Les habiletés techniques ». Même si les trois obstacles précédents sont contournés, il est possible que certaines problématiques techniques se présentent et que leur résolution soit essentielle pour utiliser la technologie à court ou à long terme. Cette catégorie regroupe deux grandes composantes soit : la prévention des risques pouvant mettre en péril le bon fonctionnement du matériel et la résolution des difficultés techniques associées au fonctionnement du matériel informatique.
5. « La compréhension des codes et conventions associés aux technologies numériques ». Sur les réseaux sociaux ou dans les communications par courriels et SMS, il y a des façons précises de se comporter ou de se présenter. De plus, la prudence est de mise face à certaines formes de sollicitation. Une bonne compréhension de ces codes nécessite la sollicitation de ressources cognitives de l'ordre de l'abstraction et du raisonnement, de même que certaines habiletés sociales. Sans la compréhension de ces règles, la personne pourrait s'exposer à de nouvelles formes de victimisation ou d'exclusion (sollicitation sexuelle, vol d'identité, achats impulsifs, harcèlement, exposition à des contenus non désirés).

En résumé...

Il y aurait une fracture numérique entre les personnes qui présentent une DI et la population générale, car l'environnement numérique n'est pas adapté à leurs capacités sensori-motrices, cognitives et à leurs besoins de soutien.

L'utilisation d'une technologie est souvent utilisée pour faciliter la mise en œuvre de l'intervention. La technologie offre, aussi, de nouvelles fonctionnalités dont la géolocalisation, la réalité augmentée, le visionnement de vidéos, l'écoute d'enregistrements audio et la programmation d'alertes qui pourront faciliter l'acquisition de comportements visés.

Les jeunes adultes qui présentent une DI déclarent que les médias sociaux leur offrent un espace où ils se sentent comme n'importe qui d'autre et où ils échappent au contrôle parental ou à celui des intervenants, un lieu où ils sont plus autodéterminés. Sur le Web, ils sont plus libres « d'aller » où ils le désirent et de se lier d'amitié avec qui ils souhaitent.

Des parents consultés par l'INESSS ont constaté chez leur enfant des effets positifs indirects de l'utilisation d'applications pour tablettes électroniques tels que l'apprentissage de l'anglais et le développement de compétences techniques sur des fonctionnalités de l'appareil.

Les parents affirment que les outils technologiques sont sous-utilisés, que les compétences du personnel avec ces outils sont variables et ils aimeraient avoir accès à de la formation pour mieux les utiliser auprès de leur jeune.

L'engouement des jeunes pour les médias sociaux inquiète les parents d'adolescents ou de jeunes adultes et les intervenants. Leurs préoccupations incluent :

- l'exposition à du contenu inapproprié en ligne, y compris la pornographie;
- le harcèlement et la cyberintimidation;
- l'usage excessif ou la dépendance à Internet;

- la cybersollicitation sexuelle;
- la maltraitance et les abus, la violence et le vol, lorsque les communications en ligne avec des étrangers aboutissent en personne ;
- d'éventuelles poursuites judiciaires des jeunes qui ne voient pas les conséquences de leurs actions ou déclarations en ligne, notamment le harcèlement, la diffamation, les menaces ou la sollicitation.

Les intervenants qui ont répondu au sondage de l'INESSS (annexe Q) :

- 27 % de ces intervenants disent utiliser des outils d'assistant électronique, application tablette ou téléphone intelligent;
- considèrent qu'il est difficile de trouver des outils qui répondent aux besoins individualisés des jeunes;
- Ils soulignent que plusieurs sites Internet ne sont pas accessibles à partir de leur bureau, certains utilisent leur propre tablette;
- Ils considèrent manquer de soutien et de formation pour mieux utiliser les nouvelles technologies.

Cinq barrières à l'utilisation des outils technologiques ont été identifiées :

1. « L'accès aux dispositifs numériques »
2. « Les habiletés sensori-motrices »
3. « Les habiletés cognitives »
4. « Les habiletés techniques »
5. « La compréhension des codes et conventions associés aux technologies numériques »

Tableau N 2 Documents d'acceptabilité et d'applicabilité (toutes les HV)

Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
Lussier-Desrochers <i>et al.</i> , 2017	Essai théorique basé sur une revue de littérature. (Québec)	Quels sont des défis qui se posent aux personnes ayant une DI pour que les technologies leurs soient profitables afin d'améliorer leur participation sociale comme les autres citoyens. Basé sur une analyse qualitative de 161 articles provenant de la littérature scientifique et utilisant le cadre conceptuel du MDH-PPH	Personnes présentant une DI	Il y aurait un fossé qui se creuse entre la population générale et celle des personnes ayant DI, une « fracture numérique ». Des auteurs mentionnent qu'au lieu d'augmenter la participation sociale, l'inverse se produit : un fossé grandit entre les personnes présentant une DI et le citoyen connecté. En outre, la majorité des personnes ayant une DI ne sont pas en mesure de tirer pleinement parti de la société numérique et de la société de l'information. Cet écart se traduit par un sentiment d'exclusion appelé « fracture numérique ». 5 défis à « l'inclusion numérique » sont énoncés. 1. L'accès aux technologies : Avant même de pouvoir utiliser une technologie numérique il faut y avoir accès et qu'elle se trouve dans l'environnement immédiat de la personne. Les enjeux de coûts et d'obsolescence des appareils mis à la disposition des personnes sont des barrières fréquentes. 2. Leur adaptation aux difficultés sensorimotrices des personnes : Pour utiliser les technologies efficacement, la personne doit posséder un minimum de capacités sur les plans sensoriels (principalement au niveau tactile, visuel, auditif et proprioceptif) et moteurs (motricité fine et globale). Or, les troubles de motricité affectent près de 50 % des personnes qui présentent une DI . 3. Les exigences cognitives : L'interaction avec le numérique exige la mobilisation de plusieurs composantes cognitives comme le raisonnement inductif, des habiletés de résolution de problèmes, la mémoire à court et à long terme, le raisonnement, la planification, la réflexion, la déduction, etc. Les habiletés en lecture et en écriture sont aussi des habiletés qui peuvent contribuer ou entraver l'utilisation des technologies. Or, la vaste majorité de ces fonctions sont déficitaires chez les personnes qui présentent une DI. 4. Les habiletés techniques. Même si les trois obstacles précédents sont contournés, il est possible que certaines problématiques techniques se présentent et que leur résolution soit essentielle pour utiliser la technologie à court ou à long terme. Cette catégorie regroupe deux grandes composantes soit : la prévention des risques pouvant mettre en péril le bon fonctionnement du matériel et la résolution des

Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				difficultés techniques associées au fonctionnement du matériel informatique. 5. La compréhension des codes et conventions associés aux technologies numériques. Sur les réseaux sociaux ou dans les communications par courriels et SMS, il y a des façons précises de se comporter ou de se présenter. De plus, la prudence est de mise face à certaines formes de sollicitation. Une bonne compréhension de ces codes nécessite la sollicitation de ressources cognitives de l'ordre de l'abstraction et du raisonnement, de même que certaines habiletés sociales. Sans la compréhension de ces règles, la personne pourrait s'exposer à de nouvelles formes de victimisation ou d'exclusion (sollicitation sexuelle, vol d'identité, achats impulsifs, harcèlement, exposition à des contenus non désirés.
Lussier-Desrochers <i>et al.</i> , 2016b	Essai théorique basé sur une revue de littérature publié dans une revue révisée par les pairs. (Québec)	Même question que l'article en anglais de 2017. Cet article se différencie de celui de 2107 par son analyse plus détaillée du contexte québécois.	Personnes présentant une DI	À propos de l'accessibilité : plusieurs solutions peuvent être proposées au Québec. Des programmes gouvernementaux favorisent l'accès à certaines technologies soit pour soutenir : la communication (Programme ministériel des aides techniques à la communication « PMATCOM »), la vie en milieu résidentiel (prêt d'équipement par le biais de programmes de l'OPHQ ou l'inclusion scolaire (Mesure 30810 pour l'achat de matériel adapté et d'aides technologiques). Certaines fondations rendent disponibles des technologies comme des tablettes électroniques à des clientèles spécifiques. Des municipalités rendent également disponibles des postes Internet ou des tablettes numériques à la population générale par le biais des réseaux de bibliothèques. Tous ces programmes ne sont pas arrimés, ainsi une personne peut se retrouver avec différents appareils remplissant des fonctions différentes, ce qui demande de développer des compétences parallèles.
Löfgren-Mårtenson, 2008	Article scientifique	Les nouvelles formes de communication sur Internet ont-elles une influence sur les personnes ayant une DI ? L'article, examine comment et pourquoi Internet est utilisé comme arène sociale en discutant de	10 jeunes ayant une DI et 12 intervenants	• Les parents et les intervenants ont un fort sentiment de responsabilité envers les jeunes ayant une DI, un sentiment qui se manifeste souvent par différentes formes de contrôle. • Le désir d'amour et de relations est souvent très fort. Il obnubile les conseils de l'entourage du jeune à propos de la sécurité concernant la cyberintimidation ou la cyberprédation. • Les jeunes cherchent à être « comme tout le monde » sur les réseaux sociaux. • L'étude révèle un décalage entre les points de vue des intervenants et des jeunes. Alors que les jeunes ont une vision

Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
		l'expérience de jeunes ayant une DI et d'intervenants d'écoles spéciales et de services. Comment se présentent-ils sur le net ? Quelles sont leurs expériences dans le cyberspace ? Enfin, quelles sont les expériences et opinions des membres du personnel concernant l'utilisation d'Internet par les jeunes ?		positive de l'Internet et de ses possibilités, les membres du personnel et les parents craignent que les jeunes puissent entrer en contact avec de la pornographie ou rencontrer des inconnus qui les leurrent financièrement ou les agressent sexuellement. • Les jeunes eux-mêmes perçoivent au contraire les risques de décevoir les attentes chez un partenaire comme le risque le plus grave. Seuls quelques-uns des membres du personnel interrogés ont souligné les aspects positifs de l'utilisation d'Internet, tels que le renforcement des contacts sociaux et la pratique de la communication et de l'orthographe. • L'utilisation d'Internet est là pour rester, il va falloir en apprendre davantage sur ses avantages et inconvénients et donner aux jeunes ayant une DI de meilleurs outils pour gérer la réalité complexe qui existe dans le cyberspace.
Normand <i>et al.</i> , 2016	Recension de la littérature de type scoping study (examen de la portée)	Les jeunes qui présentent une DI profitent-ils de la technologie notamment celle des médias sociaux pour favoriser la participation sociale et le développement de liens familiaux ou amicaux.	Adolescents et adultes ayant une DI	• Alors que le réseau personnel et social d'un adulte exempt d'une DI est constitué d'environ 40 personnes, celui d'un adulte ayant une DI se situe entre 11 et 22 personnes selon les estimations. • Chez les jeunes présentant une DI, la période de sortie du système scolaire constitue fréquemment un risque d'isolement social qui s'accroît et où les contacts sociaux se restreignent aux liens familiaux. • L'arrivée d'Internet leur a ouvert une fenêtre sur le monde, notamment en enlevant la barrière du transport et des déplacements pour rencontrer de nouvelles personnes. • L'anonymat que procure la communication par texte permettrait de cacher son diagnostic stigmatisant, d'être sur un pied d'égalité avec ses pairs. • Les rares études sur l'utilisation d'Internet par les adultes présentant une DI, démontrent l'importance que revêt l'utilisation des médias sociaux afin de se forger une place dans la société, et de faire partie d'un réseau. • Les adultes interviewés aiment tout particulièrement Facebook (FB) pour garder contact avec des parents et amis, se faire de nouveaux amis, donner et recevoir du soutien (sous forme de Like, entre autres), et se sentir « comme les autres ». • Plusieurs études auprès de personnes avec une DI réfèrent à des situations à risque lors de l'utilisation de l'Internet et plus particulièrement des médias sociaux ;

Auteurs	Type de publication (pays)	Questions	Population	Constats
				• Cette vulnérabilité, combinée à l'engouement pour les médias sociaux, sème l'inquiétude chez les parents d'adolescents ou jeunes adultes (avec ou sans DI), et les intervenants des milieux scolaires ou de la santé et des services sociaux. • Parmi ces inquiétudes, on relève : 1) l'exposition à des contenus inappropriés en ligne 2) le harcèlement et la cyberintimidation 3) l'usage excessif ou la dépendance à l'Internet 4) la cybersollicitation 5) la malveillance et les abus 6) la judiciarisation du jeune qui ne voit pas les conséquences négatives ou sérieuses de ses actes ou ses propos en ligne.
Sallafranque-St-Louis et Normand, 2017	Article scientifique (Québec)	Une étude exploratoire québécoise qui interroge des personnes ayant une DI ou un TSA sur leur utilisation d'Internet	8 personnes de 19 à 40 ans Moyenne : 25 ans 5 ayant une DI 3 un TSA sans DI	• Les résultats montrent que tous les participants ont aimé utiliser Internet pour la communication (Facebook, la messagerie électronique, les forums de discussion, les sites de rencontres, par exemple) ou les divertissements (regarder des vidéos, écouter de la musique, par exemple). • Trois sujets masculins ont joué à des jeux en ligne et seuls les participants ayant un TSA (sans ID) ont créé un contenu (par exemple, un site Web ou un blog). • Toutes les personnes interrogées avec DI et deux des trois personnes avec TSA ont vécu des expériences pénibles, notamment : être insultées en ligne, faire circuler de fausses rumeurs, recevoir des menaces ou faire l'objet d'une cybersollicitation sexuelle. • Les utilisateurs avec une carte d'identité ont dû faire appel à des amis, des parents ou des travailleurs sociaux pour éviter ou rectifier les épisodes de cybervictimisation. • L'accès à l'Internet a ouvert de nombreuses perspectives aux personnes ayant une DI ou un TSA, mais davantage d'éducation et de soutien sont nécessaires pour garantir une utilisation sûre et positive de l'Internet par cette population.

Tableau N 3 Efficacité des interventions auprès des jeunes (toutes les HV)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Neuf revues systématiques portant sur l'évaluation de l'efficacité des interventions visant à améliorer l'autonomie des jeunes dans l'acquisition d'une variété de nouvelles compétences ont été retenues [Aljehany et Bennett, 2019; Park <i>et al.</i>, 2019; Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Van Dijk et Gage, 2018; Gilson <i>et al.</i>, 2017; Smith <i>et al.</i>, 2015; Ramdoss <i>et al.</i>, 2012; Walker <i>et al.</i>, 2010; Dogoe et Banda, 2009] (pour le détail des études, voir annexe O, tableau O 1). Deux revues systématiques rapportent également les résultats sous forme de méta-analyse. Elles ont été réalisées par des chercheurs américains. Ces 9 revues systématiques cumulent 202 études primaires dont 182 sont uniques²⁴, répartis en 160 études avec un devis à cas unique, 3 essais comparatifs avec répartition aléatoire, 7 études à devis prépost sans groupe contrôle, 1 devis mixte et 11 études pour lesquelles le devis n'a pas été rapporté. Le risque de biais des revues systématiques est réparti comme suit : modéré (4/9) et élevé (5/9).
Participants des études retenues
Les 1 420 participants des revues systématiques retenues présentent les caractéristiques suivantes : - 45 % des participants sont de sexe masculin, 26 % sont de sexe féminin et le sexe est non rapporté pour 29 % des participants; - la majorité des revues ont sélectionné les études sans poser de critère d'exclusion en lien avec l'âge et peuvent ainsi inclure aussi bien de jeunes enfants que des personnes âgées. Dans ces cas, nous avons vérifié qu'au moins un des 2 critères de sélection suivants est présent, à savoir plus de 60 % de la cohorte sont âgés de 6 à 21 ans ou la moyenne d'âge se situe entre 6 et 21 ans. Seules 2 études ont porté spécifiquement sur des sous-groupes d'âge d'intérêt, soit 14-21 ans pour Gilson [2017] et 5-21 ans pour Walker [2010]; - les revues systématiques ont porté sur la DI sans égard à sa gravité. Seule une revue a porté une attention plus particulière au diagnostic de DI associé au TSA [Aljehany et Bennett, 2019].

²⁴ Les résultats seront rapportés pour toutes les études compte tenu du faible pourcentage d'études qui sont des doublons et de la complexité voire l'impossibilité de soustraire ces doublons des résultats rapportés dans les revues systématiques.

Interventions évaluées

Comportements visés

- Ces revues systématiques recensent des études visant à améliorer l'autonomie des jeunes et couvrent plusieurs habitudes de vie (p. ex. : nutrition, soins personnels et de santé, habitation, loisirs, travail).

Durée/Intensité

- Deux revues systématiques ont rapporté la fréquence et la durée des séances d'intervention soit environ 57 % des interventions évaluées (67 études) :
 - lorsque rapportée, la fréquence des séances oscillait entre une seule fois (1 étude), 1 à 5 fois par semaine (17 études) et 2 fois ou plus par jour (20 études);
 - la durée des séances variait entre 10 minutes et moins (7 études), entre 11 et 60 minutes (17 études) et plus de 60 minutes (4 études).

Modalité

- Trois revues systématiques ont mentionné le format d'administration de l'intervention (87 études) :
 - la majorité des interventions étaient délivrées dans un format individuel (66 études).

Milieu

- Sept revues systématiques ont décrit le milieu dans lequel se sont déroulées les interventions :
 - dans la grande majorité des études, les interventions ont eu lieu dans les milieux scolaires (p. ex. : classe, cafétéria, centre des étudiants), le milieu communautaire (p. ex. : cuisine d'un centre communautaire) ou le milieu de travail;
 - pour 4 revues systématiques, il est également spécifié que les interventions se sont déroulées dans plusieurs milieux (p. ex. : classe puis milieu communautaire).

Dispensateur de l'intervention

- Quatre revues systématiques ont décrit les dispensateurs de l'intervention :
 - il s'agit principalement de chercheurs ou d'enseignants.

Description des interventions

Les interventions décrites ci-dessous incluent deux des trois thèmes mentionnés dans la section précédente : les techniques et

des stratégies d'enseignement basées sur l'AAC et l'utilisation de la technologie.

1. Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC (9 revues systématiques).
2. L'enseignement à l'aide d'un support technologique quels que soient les supports (p. ex. : ordinateur, tablette, téléphone intelligent), le format (p. ex. : audio, images, vidéo), l'étape du processus d'apprentissage (p. ex. : étape d'acquisition seulement) et le soutien d'un intervenant (3 revues systématiques).
3. L'enseignement en contexte réel consiste à réaliser une partie ou l'ensemble de l'enseignement du comportement visé dans un milieu réel (autrement dit, qui n'est pas reconstitué) et à l'aide de situations les plus authentiques possible (et les moins contrôlées possible) (1 revue systématique).
4. L'incitation vidéo est une technique qui consiste à présenter des appuis visuels sous forme d'enregistrements vidéo pour augmenter la probabilité que la personne réalise les différentes étapes du comportement attendu (4 revues systématiques). L'incitation consiste généralement à présenter le comportement attendu une étape à la fois lors de l'apprentissage du comportement. Dans la majorité des cas, la personne réalise chaque étape avant de pouvoir accéder à la séquence vidéo suivante.
5. Le modelage vidéo est une forme d'incitation vidéo qui repose sur la démonstration de la totalité des différentes étapes en un seul bloc avant que le jeune réalise à son tour le comportement attendu (1 revue systématique).
6. L'augmentation du délai entre la demande émise et la présentation d'une incitation au fur et à mesure de l'acquisition du comportement attendu est une technique d'estompage des incitations (1 revue systématique).

Effets de l'intervention

1. Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer la capacité des jeunes à réaliser de nouvelles tâches et pour diminuer des comportements sociaux non attendus, quelles que soient les habitudes de vie concernées. Ce constat s'appuie sur les résultats suivants :

- l'effet est jugé très positif et positif dans 92 % des études primaires retenues [Gilson *et al.*, 2017];
- l'effet est jugé important dans 85 % des études primaires retenues pour l'incitation vidéo et l'effet est jugé important dans 74 % des études primaires retenues pour le modelage vidéo [Park *et al.*, 2019];

- l'effet est jugé modéré pour l'incitation vidéo [Aljehany et Bennett, 2019]. Celle-ci est efficace qu'elle soit associée ou non à d'autres techniques, quel que soit le groupe d'âge ou que le diagnostic de DI soit accompagné ou non d'un TSA;
- 100 % des participants dans la majorité des études primaires retenues ont réussi à acquérir le nouveau comportement de façon autonome à l'aide de l'augmentation du délai entre la demande émise et la présentation d'une incitation [Dogoe et Banda, 2009];
- 98 % des participants ont réussi à acquérir le nouveau comportement de façon autonome [Smith *et al.*, 2015]. La technique principalement utilisée était l'incitation à l'aide d'images, de vidéo ou d'audio sur un support technologique ou non (p. ex. : livre, horaire imagé, tablette électronique). Toutefois, l'intervenant préparait et présentait le support (p. ex. : la bonne page du livre ou de l'application) au jeune avant que l'enseignement ne débute, ce qui favorise peu l'autonomie dans les étapes entourant la tâche à réaliser. L'efficacité de l'intervention s'est généralisée à une nouvelle tâche pour 56 % des participants pour lesquels des résultats sont disponibles;
- 98 % des participants ont réussi à acquérir le nouveau comportement de façon autonome à l'aide d'un horaire imagé [Van Dijk et Gage, 2018];
- 95 % des participants ont réussi à acquérir le nouveau comportement de façon autonome en contexte réel [Walker *et al.*, 2010]. Les techniques et les stratégies d'enseignement utilisées le plus fréquemment avec l'enseignement en contexte réel sont l'incitation et le modelage;
- 93 % des participants ont réussi la tâche demandée de façon autonome à l'aide d'un ordinateur (portatif ou non) et de différentes techniques et stratégies d'enseignement basées sur l'AAC [Ramdoss *et al.*, 2012];
- une intervention incluant un support technologique et de l'incitation principalement à l'aide d'images ou de vidéo augmente la capacité des jeunes à réaliser correctement les tâches demandées de façon autonome et diminue ultimement le recours à l'incitation [Collins et Collet-Klingenberg, 2018].

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue dans le temps :

- l'effet est jugé positif dans 63 % des études primaires retenues [Gilson *et al.*, 2017];
- pour 100 % participants [Walker *et al.*, 2010; Dogoe et Banda, 2009];
- pour 95 % des participants [Ramdoss *et al.*, 2012].

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée :

- l'effet est jugé positif dans 85 % des études primaires retenues [Park *et al.*, 2019];

- l'effet est jugé positif dans 67 % des études primaires retenues [Gilson *et al.*, 2017];
- pour 100 % des participants [Dogoe et Banda, 2009];
- pour 83 % des participants [Walker *et al.*, 2010];
- pour 56 % des participants [Smith *et al.*, 2015].

La généralisation portait sur des milieux différents, avec des nouvelles personnes ou du nouveau matériel.

De plus, parmi les 53 études primaires retenues dans les différentes habitudes de vie, 34 ont porté sur l'évaluation d'une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC.

Parmi les techniques fréquemment utilisées, l'analyse et le découpage de la tâche, l'incitation, le modelage, le renforcement, la correction des erreurs sont les plus fréquemment mentionnés. Elles peuvent être utilisées conjointement ou successivement en fonction des caractéristiques des jeunes, des objectifs, des moyens disponibles et de la réponse à l'intervention.

Également, certaines interventions reposent sur l'auto-administration de l'intervention, ce qui peut permettre au jeune d'être moins dépendant d'autrui dans ses apprentissages puisqu'il s'administre lui-même l'intervention. Par exemple, s'il sait comment trouver la recette qui l'intéresse dans un livre de cuisine imagé, il peut réaliser cette recette sans nécessairement la connaître par cœur ou avoir à demander l'aide d'une autre personne. Par ailleurs, l'accessibilité croissante des nouveaux supports technologiques favorise le développement d'intervention reposant de plus en plus sur l'auto-administration des interventions par les jeunes eux-mêmes.

2. L'enseignement à l'aide d'un support technologique

L'enseignement à l'aide d'un support technologique est une stratégie utilisée dans le développement de l'autonomie dans de nombreuses habitudes de vie telles que la nutrition, les responsabilités, le travail, l'éducation et les déplacements. L'utilisation d'un support technologique est également souvent présente dans l'habitude de vie - communication, notamment lorsqu'une communication alternative améliorée est mise en œuvre. Il peut être nécessaire d'apprendre préalablement à utiliser le support technologique avant de l'utiliser pour apprendre de nouvelles tâches.

L'enseignement à l'aide d'un support technologique est efficace pour acquérir de nouveaux comportements :

- une intervention incluant un support technologique et de l'incitation principalement à l'aide d'images ou de vidéo augmente la capacité des jeunes à réaliser correctement les tâches demandées de façon autonome et diminue ultimement le recours à l'incitation [Collins et Collet-Klingenberg, 2018];

- l'effet est jugé majoritairement très positif ou positif pour les interventions incluant un support technologique et de l'incitation à l'aide d'image, de vidéo ou d'audio [Gilson *et al.*, 2017];
- l'effet de l'utilisation d'un support technologique est jugé positif pour 93 % des participants [Ramdoss *et al.*, 2012]. Le type d'ordinateur, les logiciels utilisés (p. ex. : logiciel développé spécifiquement dans le cadre du projet ou accessible à tous (Microsoft PowerPoint)) et les systèmes d'interaction avec l'utilisateur (p. ex. : souris, boule de pointage, écran tactile) varient grandement d'une étude à l'autre et ne semblent pas modifier l'efficacité de l'intervention. Les techniques utilisées sont principalement l'analyse et le découpage de la tâche en séquence, l'indication et le modelage, le renforcement ou la correction des erreurs. Par ailleurs, la moitié des interventions rapportées dans cette revue systématique reposent sur l'utilisation d'un support technologique et la participation d'un intervenant dans l'administration de l'intervention tandis que l'autre moitié des interventions utilisent un support technologique seulement. Ces dernières interventions favorisent d'autant plus l'utilisation autonome du support technologique. L'effet s'est maintenu entre 2 à 15 semaines pour 95 % des participants.

3. L'incitation vidéo

L'incitation vidéo est une technique utilisée pour l'acquisition de nouveaux comportements dans de nombreuses habitudes de vie telles que la nutrition, l'habitation, le travail, les déplacements, les responsabilités et les loisirs.

L'incitation vidéo (associée ou non avec d'autres techniques) est efficace pour acquérir de nouveaux comportements. Ce constat s'appuie sur les résultats suivants :

- l'effet est jugé important dans 85 % des études primaires retenues [Park *et al.*, 2019];
- l'effet est jugé modéré dans l'ensemble des études retenues [Aljehany et Bennett, 2019]. L'incitation vidéo est efficace, qu'elle soit associée ou non à d'autres techniques, quel que soit le groupe d'âge ou que le diagnostic de DI soit accompagné ou non d'un TSA;
- l'effet est jugé très positif dans 78 % des études primaires retenues [Gilson *et al.*, 2017];
- 96 % des participants des études primaires incluant de l'incitation vidéo ont réussi à acquérir au moins un nouveau comportement [Smith *et al.*, 2015].

4. Le modelage vidéo

Le modelage vidéo associé ou non avec d'autres techniques est efficace pour acquérir de nouveaux comportements dans de nombreuses habitudes de vie telles que l'habitation, le travail, l'éducation, la nutrition ou la vie associative et spirituelle. Ce constat s'appuie sur les résultats suivants :

- l'effet est jugé important dans 74 % des études primaires et modéré pour 26 % des autres études avec un niveau d'évidence fort dans la revue systématique de Park et ses collaborateurs [2019];
- le modelage vidéo en tant que composante d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales qui inclut également des techniques de résolution de problèmes, des séances de groupes de discussion et des jeux de rôles, a été utilisé avec succès pour présenter les comportements sociaux attendus et non attendus et les conséquences possibles associées dans l'habitude de vie - relations interpersonnelles [Hetzroni et Banin, 2017].

5. L'augmentation du délai entre la demande émise et la présentation d'une incitation (technique d'estompage des incitations)

L'augmentation du délai entre la demande émise et la présentation d'une incitation au fur et à mesure de l'acquisition du comportement attendu a été couramment utilisée dans les différentes études primaires répertoriées dans les différentes habitudes de vie.

Cette technique est efficace pour acquérir de nouveaux comportements :

- 100 % des participants dans 10/12 études retenues ont réussi à réaliser le nouveau comportement [Dogoe et Banda, 2009].

Généralement, le délai utilisé entre la demande et la présentation de l'incitation est de 0 seconde dans la phase d'acquisition. Cette technique permet l'absence d'erreurs et favorise l'acquisition du comportement. Par la suite, le délai est augmenté et est majoritairement de 4 secondes avant la présentation de l'incitation pour laisser suffisamment de temps au jeune pour réaliser l'étape attendue.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue dans le temps pour 100 % participants pour lesquels des résultats sont disponibles. L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour 100 % des participants pour lesquels des résultats sont disponibles. La généralisation portait sur des milieux différents, avec des nouvelles personnes ou du nouveau matériel.

6. L'enseignement en contexte réel

Une intervention réalisée partiellement ou totalement dans un contexte réel est efficace pour acquérir de nouveaux comportements dans de nombreuses habitudes de vie dont la nutrition, les responsabilités, les déplacements, le travail ou les loisirs :

- 95 % des participants des études primaires ont réussi à acquérir le nouveau comportement demandé en contexte réel [Walker *et al.*, 2010]. La majorité des interventions ont été réalisées uniquement en contexte réel tandis que 30 % ont été réalisées partiellement en classe puis en contexte réel. Les milieux les plus fréquemment cités sont les épiceries, la rue ou

encore d'autres milieux tels qu'un restaurant ou encore le domicile. Les techniques utilisées le plus fréquemment avec l'enseignement en contexte réel sont l'incitation et le modelage.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue dans le temps pour 100 % participants pour lesquels des résultats sont disponibles. L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour 83 % des participants pour lesquels des résultats sont disponibles. La généralisation portait sur des milieux différents, avec des nouvelles personnes ou du nouveau matériel.

Malheureusement l'utilisation de l'enseignement en contexte réel est rarement étudiée dans les différentes études primaires retenues. Pourtant les interventions évaluées dans plusieurs habitudes de vie telles que l'éducation et les relations interpersonnelles sont réalisées dans un environnement réel (p. ex. : pendant des exercices réalisés en classe, pendant le dîner dans la cafétéria de l'école, pendant les interactions avec un parent ou d'autres membres de la famille).

Bénéfices perçus des interventions évaluées

Les interventions faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC

Selon les jeunes

Les jeunes se sont dits satisfaits des interventions qui incluent des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC pour développer leur autonomie dans les différentes habitudes de vie dont la vie associative et spirituelle, l'éducation ou les loisirs [Clemons *et al.*, 2016; Kemp-Inman, 2016; Slocum, 2016]. Ils apprécient l'intervention parce qu'elle leur a permis de réaliser des activités qu'ils n'étaient pas capables de réaliser auparavant (p. ex. : participer à un office religieux comme servante d'autel ou augmenter sa performance ou sa concentration en classe ou encore être impliqués dans un club de lecture). Ces activités peuvent également avoir apporté des bénéfices connexes tels que de s'être fait des nouveaux amis ou d'avoir donné envie de s'impliquer davantage dans sa communauté [Slocum, 2016].

Selon les parents

Les parents ont également apprécié les interventions évaluées, quelles que soient les techniques utilisées dans les différentes habitudes de vie dont les relations interpersonnelles et la vie associative et spirituelle [Slocum, 2016; Fichtner et Tiger, 2015; Hartzell *et al.*, 2015; Plavnick *et al.*, 2015]. Ils indiquent, entre autres, que l'intervention qui fait appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC est socialement acceptable, appropriée et efficace. Ceux-ci indiquent également que l'intervention pourrait être suggérée à d'autres parents et être utilisable à la maison pour réduire un problème de comportement [Fichtner et Tiger, 2015].

Selon les intervenants

Les intervenants ont apprécié et jugé acceptables et efficaces, les interventions incluant des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC dans les différentes habitudes de vie dont la condition corporelle et le bien-être psychologique, les soins personnels ou les relations interpersonnelles [O'Handley *et al.*, 2016; Sparks *et al.*, 2016; Hartzell *et al.*, 2015; Plavnick *et al.*, 2015].

L'utilisation de la technologie

Selon les jeunes

Les participants ont apprécié et préféré majoritairement utiliser une technologie permettant de visionner des vidéos à toutes autres aides qu'elles soient technologiques ou non [Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Kellems *et al.*, 2017].

Les jeunes apprécient et souhaitent avoir davantage recours aux supports technologiques dans leurs apprentissages, notamment si ceux-ci permettent l'utilisation de photos ou de vidéos [Kellems *et al.*, 2017; Douglas *et al.*, 2015].

Selon les parents

Les parents ont trouvé utile d'utiliser un support technologique pour faciliter l'apprentissage de nouvelles tâches à leur enfant [Collins et Collet-Klingenberg, 2018].

Deux études portant sur l'efficacité d'intervention incluant un support technologique ont rapporté que les parents appréciaient l'utilisation du support évalué et considéraient en utiliser un à nouveau dans le futur pour l'apprentissage de nouvelles tâches par leur enfant [Burckley *et al.*, 2015; Douglas *et al.*, 2015].

Selon les intervenants

Les intervenants ont trouvé utile d'utiliser un support technologique pour apprendre de nouvelles tâches [Collins et Collet-Klingenberg, 2018; Kellems *et al.*, 2017; Clemons *et al.*, 2016].

Les intervenants interrogés dans les études, principalement des enseignants, ont apprécié la facilité d'utilisation des supports technologiques et le fait de pouvoir se servir plus aisément des photos, vidéos ou enregistrements audio pour développer leur intervention auprès des jeunes. La majorité d'entre eux envisagent de les utiliser à nouveau s'ils sont disponibles dans leur milieu de travail. Le recours à un support technologique doit être réfléchi et prendre en compte l'environnement dans lequel se déroule la tâche. Par exemple, l'utilisation d'une tablette de type iPad® peut se révéler peu pratique pour faire son épicerie avec un chariot [Bouck *et al.*, 2017; Kellems *et al.*, 2017; Burckley *et al.*, 2015; Douglas *et al.*, 2015].

Énoncé lié à l'efficacité

Six énoncés sur l'efficacité d'une intervention visant plusieurs habitudes de vie ont été émis. Le niveau de confiance envers chaque énoncé a par la suite été apprécié à partir de quatre critères (voir annexe N, tableau N 5).

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie chez les jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI.

L'utilisation d'un support technologique (p. ex. : ordinateur portable, assistant électronique de poche, lecteur DVD, lecteur de type iPod) associée à d'autres techniques est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie auprès des jeunes de 6-21 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

L'incitation vidéo associée majoritairement à d'autres techniques est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de plusieurs habitudes de vie auprès des jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

Le modelage vidéo associé majoritairement à d'autres techniques est efficace pour acquérir de nouveaux comportements auprès des jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI.

L'augmentation du délai entre la demande émise et la présentation d'une incitation associée majoritairement à d'autres techniques est efficace pour acquérir de nouveaux comportements auprès des jeunes de 6 à 21 ans présentant une avec ou sans TSA.

L'enseignement uniquement ou partiellement en contexte réel associé à d'autres techniques est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de plusieurs habitudes de vie auprès des jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

De plus :

- Les jeunes, les parents et les intervenants apprécient et jugent acceptables et efficaces les interventions incluant des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC.
- Les jeunes apprécient les interventions parce qu'elles leur permettent de réaliser des activités qu'ils ne pouvaient pas réaliser auparavant et qu'elles leur permettent de participer davantage dans la communauté.
- Les parents apprécient le fait d'être outillés pour aider leur enfant à être autonome dans différentes tâches en lien avec différentes HV et ils souhaitent pouvoir aider leur enfant dans d'autres tâches en lien avec d'autres habitudes de vie.

- Les instructions en situation réelle et offrir le renforcement tout de suite après l'instruction sont les éléments les plus aidants pour faciliter l'apprentissage d'après les parents. Le modelage, le soutien au découpage de la tâche et la rétroaction en contexte réel ont été également jugés importants et faciles d'utilisation par les parents.
- Les intervenants apprécient et jugent acceptables et efficaces les interventions incluant des techniques telles que celles utilisées dans l'AAC.
- Les jeunes, les parents et les intervenants apprécient l'utilisation d'une technologie dans les interventions.
- Les jeunes apprécient notamment l'utilisation des vidéos et des photos.
- Les parents apprécient l'utilisation d'un support technologique, considèrent que cela peut faciliter l'apprentissage pour leur enfant et envisagent de l'utiliser à nouveau pour de nouveaux apprentissages.
- Les intervenants ont apprécié la facilité d'utilisation de la technologie et des différents moyens associés (image, vidéo, audio) et souhaitent pouvoir l'utiliser à nouveau si elle est disponible dans leur milieu de travail. De plus, le recours à un support technologique doit être réfléchi et prendre en compte l'environnement dans lequel se déroule la tâche.

Tableau N 4 Efficacité des interventions auprès des parents (toutes les HV)

Devis des études retenues dans l'analyse d'efficacité
Quatre articles portant sur l'évaluation d'une intervention visant à outiller les parents pour améliorer l'autonomie des jeunes dans plusieurs habitudes de vie ont été retenus [Allen <i>et al.</i>, 2015; Fichtner et Tiger, 2015; Batu, 2008; Tekin-Iftar, 2008] (annexe O, tableau O 1). Ils couvrent les habitudes de vie suivantes : la nutrition, l'habitation, les responsabilités et les relations interpersonnelles et les loisirs. Ces études primaires ont été réalisées aux États-Unis et en Turquie. Ces articles présentent les résultats pour quatre études avec un devis à cas unique avec un risque de biais qui est réparti comme suit : modéré (3/4) et élevé (1/4).
Participants des études retenues
Les parents impliqués à l'étape d'acquisition des nouvelles tâches sont principalement les mères. D'autres membres de la famille ont été impliqués pour s'assurer que l'acquisition pouvait se généraliser lorsqu'un autre proche demandait au jeune de réaliser ces tâches [Fichtner et Tiger, 2015; Batu, 2008]. Les 11 jeunes évalués présentent les caractéristiques suivantes : - 64 % de sexe masculin; - âgés de 6 à 17 ans; - 64 % présentant une DI modérée; - 27 % présentent également un TSA.
Interventions évaluées
Comportements visés • Fabriquer un yogourt à boire, faire un sandwich, mettre la table (habitude de vie - habitation) (1 étude). • Suspendre des vêtements, plier un chandail, faire son lit ou aller porter un vêtement au nettoyeur (habitude de vie - habitation) (2 études). • Utiliser une séquence d'achat; demander de l'aide à un commis de magasin; effectuer un paiement dans un magasin; passer une commande à un comptoir de restauration rapide (habitude de vie - responsabilités) (2 études).

- Diminuer les comportements de socialisation trop familiers ou trop fréquents (p. ex. : embrassades aux inconnus) (habitude de vie - relations interpersonnelles) (1 étude).
- Jouer à un jeu (habitude de vie - loisirs) (1 étude).

Durée/Intensité

- Phase 1 de l'intervention (auprès du parent) :
 - 40 à 75 minutes [Batu, 2008; Tekin-Iftar, 2008].
- Phase 2 de l'intervention (auprès du jeune) :
 - quelques séances (6 à 9), de courte durée (de 30 à maximum 80 minutes) par nouvelle tâche à apprendre [Batu, 2008; Tekin-Iftar, 2008];
 - 2 fois par semaine, 60 séances nécessaires [Allen *et al.*, 2015];
 - 5 à 15 minutes par séance (20 à 40 séances) [Fichtner et Tiger, 2015].

Modalité

- En groupe ou en individuel.

Milieu

- Phase 1 : bureau du chercheur, ou maison du participant.
- Phase 2 : situation simulée ou situation réelle (domicile ou magasin).

Dispensateur de l'intervention

- Phase 1 : chercheur, tutoriel fourni par une application technologique.
- Phase 2 : parent.

Description des interventions auprès du parent

Une intervention faisant appel à des techniques telles que celles utilisées dans l'AA, utilisées auprès des parents et des jeunes

- Phase 1 de l'intervention (auprès du parent) :
 Les techniques et les stratégies d'enseignement utilisées pour former les parents sont :
 - les tâches à apprendre sont choisies par les parents ainsi que le matériel utilisé auprès de l'enfant pendant l'intervention (p. ex. : cordon de cou avec une figure souriante) [Allen *et al.*, 2015; Fichtner et Tiger, 2015];

- la description verbale des techniques qui seront à utiliser ; le soutien à l'analyse et au découpage de la tâche [Allen *et al.*, 2015; Batu, 2008; Tekin-Iftar, 2008];
 - le modelage, l'incitation et la correction d'erreurs et l'enseignement par la pratique guidée (p. ex. : jeux de rôle) avec incitation simultanée et correction des erreurs notamment [Fichtner et Tiger, 2015; Batu, 2008; Tekin-Iftar, 2008];
 - soutien dans l'enregistrement vidéo de chaque étape de la routine, correction des erreurs [Allen *et al.*, 2015].
- Phase 2 de l'intervention (auprès du jeune) :
- Les techniques et les stratégies d'intervention mises en place par les parents auprès de leur enfant sont :
- le modelage vidéo (iPad®), et l'enseignement par la pratique guidée en milieu simulé (création d'un magasin dans la demeure du parent, parent joue le rôle du commis) (p. ex. : jeux de rôle) [Allen *et al.*, 2015];
 - le modelage, l'incitation, le renforcement et la correction d'erreurs [Allen *et al.*, 2015; Fichtner et Tiger, 2015; Batu, 2008; Tekin-Iftar, 2008] ;
 - l'enseignement en situation réelle [Allen *et al.*, 2015; Fichtner et Tiger, 2015; Tekin-Iftar, 2008].

Effets de l'intervention auprès des jeunes

Avant l'intervention, les participants étaient incapables de réaliser plus qu'un faible pourcentage des étapes du comportement demandé par leur parent.

L'intervention s'est avérée efficace pour les 11 participants, soit :

- une réussite²⁵ d'au moins trois quarts des étapes de la tâche est observée dans 85 % des situations d'évaluation et au moins une occasion de réussite complète de toutes les étapes de la tâche est observée dans 92 % des situations d'évaluation tâche [Allen *et al.*, 2015; Batu, 2008; Tekin-Iftar, 2008];
- 100 % des situations évaluées pour les trois participants passant de 0,1 fois par minute jusqu'à 2,1 fois par minute lorsque le parent porte un cordon avec une figure souriante comme objet discriminatoire et fait du renforcement [Fichtner et Tiger, 2015].

²⁵ L'efficacité est définie comme l'atteinte de :

- un pourcentage moyen de réussite de 75 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome, ou
- au moins une occasion avec 100 % des étapes de la tâche réalisées, de façon autonome.

L'efficacité de l'intervention s'est maintenue (entre 1 et 4 semaines après la fin de l'intervention) pour les huit participants pour lesquels des résultats sont disponibles.

L'efficacité de l'intervention s'est généralisée pour les 10 participants pour lesquels des résultats sont disponibles. La généralisation consistait à :

- effectuer la tâche dans un milieu réel;
- changer de milieu (p. ex. : un nouveau nettoyeur);
- changer d'instructeur (la mère était remplacée par un autre membre de la famille qui donne l'instruction au début de la tâche).

Énoncé lié à l'efficacité

Une intervention visant à outiller les parents à l'aide de techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour que les parents puissent soutenir l'autonomie de leur enfant pour améliorer les comportements, dont les comportements sociaux, chez les jeunes de 6 à 17 ans présentant une DI avec ou sans TSA (voir annexe N, tableau N 5 pour l'appréciation de la preuve).

Tableau N 5 Appréciation du niveau de preuve scientifique des énoncés d'efficacité (toutes les HV)

Énoncé :

Une intervention faisant appel à des techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie chez les jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	ÉLEVÉE	- N ét. : 9 RS (incluant 52 ét. primaires) - Plan d'étude optimal : approprié - Risque de biais : modéré (4/9) et élevé (5/9) - Taille de l'échantillon : n=1420
Cohérence/fiabilité	ÉLEVÉE	Les études retenues vont toutes dans la même direction.
Impact clinique ou organisationnel	TRÈS ÉLEVÉ	Cette intervention est efficace pour apprendre de nouvelles activités courantes dans de nombreux contextes différents.
Généralisation/transférabilité	ÉLEVÉE	La population est similaire et le contexte d'étude est principalement scolaire.
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

L'utilisation d'un support technologique (p. ex. : ordinateur portable, assistant électronique de poche, lecteur DVD, lecteur de type iPod) associée à d'autres techniques est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie auprès des jeunes de 6-21 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	MODÉRÉE	- N ét. : 3 RS (incluant 52 ét. primaires) - Plan d'étude optimal : approprié - Risque de biais : élevé (3) - Taille de l'échantillon : n=834
Cohérence/fiabilité	ÉLEVÉE	Les études retenues vont toutes dans la même direction.
Impact clinique ou organisationnel	TRÈS ÉLEVÉE	Cette stratégie est efficace pour apprendre de nouvelles activités courantes dans de nombreux contextes différents.
Généralisation/transférabilité	ÉLEVÉE	La population est similaire et le contexte d'étude est principalement scolaire.
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

L'incitation vidéo associée majoritairement à d'autres techniques est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de plusieurs habitudes de vie auprès des jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	ÉLEVÉE	- N ét. : 4 RS (incluant 57 ét. primaires) - Plan d'étude optimal : approprié - Risque de biais : modéré (3), très élevé (1) - Taille de l'échantillon : n=258
Cohérence/fiabilité	ÉLEVÉE	Les études retenues vont toutes dans la même direction.
Impact clinique ou organisationnel	TRÈS ÉLEVÉ	Cette technique est efficace pour apprendre de nouvelles activités courantes.
Généralisation/transférabilité	ÉLEVÉE	- La population est similaire et le contexte d'étude est principalement scolaire. - La majorité des interventions associe l'incitation vidéo avec d'autres techniques ou stratégies (p. ex. : indication ou incitation verbale (narration en voix hors champs), correction des erreurs, renforcement, incitation physique, incitation croissante, l'auto-administration de l'incitation vidéo, continuous time delay) et sont plus efficaces que le modelage vidéo seul.
Niveau de preuve	ÉLEVÉ	

Énoncé :

Le modelage vidéo associé majoritairement à d'autres techniques est efficace pour acquérir de nouveaux comportements auprès des jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	FAIBLE	- N ét. : 1 RS (incluant 32 ét. primaires) - Plan d'étude optimal : suffisamment approprié - Risque de biais : élevé (1) - Taille de l'échantillon : n=101
Cohérence/fiabilité	ÉLEVÉE	Les études retenues dans la RS vont toutes dans la même direction.
Impact clinique ou organisationnel	TRÈS ÉLEVÉ	Cette technique est efficace pour apprendre de nouvelles activités courantes.
Généralisation/transférabilité	ÉLEVÉE	- La population est similaire et le contexte d'étude est principalement scolaire. - La majorité des interventions associe le modelage vidéo avec d'autres techniques ou stratégies (p. ex. : incitation croissante ou décroissante, correction des erreurs, incitation verbale (narration en voix hors champs) et sont plus efficaces que le modelage vidéo seul.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

Énoncé :

L'augmentation du délai entre la demande émise et la présentation d'une incitation associée majoritairement à d'autres techniques est efficace pour acquérir de nouveaux comportements auprès des jeunes de 6 à 21 ans présentant une avec ou sans TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	FAIBLE	- N ét. : 1 RS (incluant 12 ét. primaires) - Plan d'étude optimal : suffisamment approprié - Risque de biais : élevé (1) - Taille de l'échantillon : n=56
Cohérence/fiabilité	ÉLEVÉE	Les études retenues dans la RS vont toutes dans la même direction.
Impact clinique ou organisationnel	TRÈS ÉLEVÉ	Cette technique est efficace pour apprendre de nouvelles activités courantes.
Généralisation/transférabilité	ÉLEVÉE	- La population est similaire et le contexte d'étude est principalement scolaire. - La majorité des interventions associe l'augmentation du délai entre la demande émise et la présentation d'une incitation (p. ex. : renforcement et incitation).
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

Énoncé :

L'enseignement uniquement ou partiellement en contexte réel associé à d'autres techniques est efficace pour améliorer l'autonomie dans la réalisation de plusieurs habitudes de vie auprès des jeunes de 6 à 21 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	FAIBLE	- N ét. : 1 RS (incluant 23 ét. primaires) - Plan d'étude optimal : suffisamment approprié - Risque de biais : très élevé (1) - Taille de l'échantillon : n=161
Cohérence/fiabilité	ÉLEVÉE	Les études retenues vont toutes dans la même direction.
Impact clinique ou organisationnel	TRÈS ÉLEVÉ	Cette stratégie est efficace pour apprendre de nouvelles activités courantes.
Généralisation/transférabilité	ÉLEVÉE	La population est similaire et le contexte d'étude est principalement scolaire.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

Énoncé :

Une intervention visant à outiller les parents à l'aide de techniques, telles que celles utilisées dans l'AAC, est efficace pour que les parents puissent soutenir l'autonomie de leur enfant pour améliorer les comportements, dont les comportements sociaux, chez les jeunes de 6 à 17 ans présentant une DI avec ou sans TSA.

Critères d'appréciation	Cotation	Description/commentaires
Qualité méthodologique des études	MODÉRÉE	• Nombre d'études : 4 ECU • Plan d'étude optimal : suffisamment approprié • Risque de biais : modéré (3), élevé (1) • Taille de l'échantillon : n= 11
Cohérence/fiabilité	ÉLEVÉE	• Les études retenues vont toutes dans la même direction.
Impact clinique ou organisationnel	TRÈS ÉLEVÉE	• Ces techniques et stratégies sont efficaces pour apprendre de nouvelles activités courantes et diminuer certains comportements non désirés dans de nombreux contextes différents.
Généralisation/transférabilité	ÉLEVÉE	• La population et le contexte d'étude sont similaires. Ce sont majoritairement des mères qui sont impliquées dans l'administration de l'intervention.
Niveau de preuve	MODÉRÉ	

ANNEXE O Tableau des études scientifiques d'efficacité retenues

Tableau O 1 Description des études scientifiques d'efficacité retenues

Etude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Aljehany et Bennett, 2019 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : MA 17 ECU retenues RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition (3 études) Habitation (9) Travail (2) Loisirs (3) TÂCHES VISÉES : <i>Différentes tâches en lien avec les habitudes de vie</i>	54 (85 % H) <u>Groupes d'âge :</u> 1-5 ans (2) 6-12 ans (10) 13-17 ans (21) 18 et + (21) TSA + DI (61 %) TSA seul (39 %)	INCITATION VIDÉO <u>Stratégies d'intervention :</u> - Incitation vidéo seulement (peut inclure une narration hors champ) - Incitation vidéo + autres techniques ou stratégies (p. ex. : incitation, correction des erreurs)	INTENSITÉ : NR FORMAT : NR MILIEU : Écoles ou université (13 études); centres de formation (4) DISPENSATEURS : NR	Taille d'effet²⁶ (Tau-U (effet grand > 92 % ; effet modéré = 63-92% ; effet faible ≤ 63 %) : <u>Incitation vidéo (avec ou sans autres techniques ou stratégies) :</u> Taille d'effet modéré (92 % ; ES = 0,03 ; 95 % IC [0,86-0,99]) <u>Stratégies d'intervention :</u> - Incitation vidéo seule : taille d'effet modéré (92 % ; ES = 0,04 ; 83,4 % IC [0,86-0,97]) - Incitation vidéo + autres : taille d'effet grand (93 % ; ES = 0,07 ; 83,4 % IC [0,83-1]) Les 2 types d'intervention ne sont pas différents (chevauchement des IC testé à 83,4 %) Pas de diff. SS entre les 2 groupes (Kruskal-Wallis test ; p = 0,72) <u>Groupes d'âge :</u> 1-5 ans : taille d'effet modéré (85 % ; ES = 0,19 ; 83,4 % IC [0,59-1]) 6-12 ans : taille d'effet grand (97 % ; ES = 0,09 ; 83,4 % IC [0,84-1]) 13-17 ans : taille d'effet modéré (91 % ; ES = 0,05 ; 83,4 % IC [0,84-0,98]) 18 ans et + : taille d'effet grand (93 % ; ES = 0,06 ; 83,4 % IC [0,85-1]) les 4 groupes d'âge ne sont pas différents (chevauchement des IC testé à 83,4 %) Pas de diff. SS entre les 4 groupes (Kruskal-Wallis test ; p = 0,051) <u>Diagnostic :</u> - TSA seul : taille d'effet grand (94 % ; erreur standard = 0,05 ; 83,4 % IC [0,87-1])	--

²⁶ Voir à la fin du tableau pour la définition de taille d'effet.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
				- TSA+ DI : taille d'effet modéré (91 % ; erreur standard = 0,05 ; 83,4 % IC [0,84-0,98]) - les 2 groupes de diagnostic ne sont pas différents (chevauchement des IC testé à 83,4 %) - Pas de diff. SS entre les 2 groupes (Kruskal–Wallis test ; p = 0,056) - Maintien : -- - Généralisation : --	
Allen et al., 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Responsabilités TÂCHES VISÉES : <i>Demander de l'aide à un commis de magasin, effectuer un paiement dans un magasin, passer une commande au comptoir d'un restaurant rapide - (entre 10 et 12 étapes)</i>	1 (1F) 17 ans DI (modérée) + TSA	<u>Entraînement du parent à réaliser les vidéos :</u> - Modelage et instructions pour identifier les étapes de la routine, pratiquer avant de filmer, filmer chaque étape de la routine, rétroaction sur la performance, réviser et refaire le vidéo au besoin <u>Intervention :</u> - Analyse de la tâche - Production d'une vidéo dans lequel la participante effectue la séquence - Vidéo modelage (iPad®) - Jeu de rôle en milieu simulé (création d'un magasin dans la demeure du parent, parent joue le rôle du commis de magasin) - Incitation verbale et physique - Généralisation en milieux réels	<u>INTENSITÉ :</u> <u>Entraînement du parent à réaliser les vidéos :</u> - Tutoriel fourni par l'application utilisée (30 sec.) <u>Intervention :</u> - Intensité : 2x/sem. <u>FORMAT :</u> - Individuel <u>MILIEU :</u> - Milieu simulé et milieu réel (généralisation) <u>DISPENSATEURS :</u> - Parent	<u>% de réussite indépendante aux différentes étapes :</u> <u>Avant l'intervention :</u> - Entre 26 % et 36 % <u>Pendant l'intervention :</u> M. de réussite entre 83 % et 94 % selon la tâche. >75% (2/3 cas); - Atteint 100 % (2/3 cas) <u>Généralisation (milieu) :</u> >75% (3/3 situations) - Atteint 100 % (0/3 situations)	<u>Questionnaire complété par le parent :</u> - Haute acceptabilité de l'intervention par le parent (score de 39/45) - Apprécie l'intervention - Perception que l'intervention est efficace et bénéfique pour sa fille
Altundag et Çalbayram, 2016 (TURQUIE) DEVIS : PRÉPOST SANS GR. CONTRÔLE	54 (54F) 13-17 ans M. (ET) = 15 ans (1) DI (NR)	<u>Intervention :</u> - Analyse de la tâche - Entraînement au remplacement de protection hygiénique - Utilisation d'une poupée	<u>INTENSITÉ :</u> NR <u>FORMAT :</u> - Groupe <u>MILIEU :</u> - École spécialisée	<u>Score moyen au remplacement d'une protection hygiénique sur la poupée :</u> <u>Avant l'intervention :</u> - m.=26 (ET=3,5) <u>Après l'intervention :</u> - m.=35 (ET=1,5) Amélioration SS (p = < 0001)	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Soins personnels TÂCHES VISÉES : <i>Changer adéquatement la protection hygiénique d'une poupée en suivant une séquence de tâche</i>			DISPENSATEURS : • chercheur	Maintien : NR Généralisation : NR <u>N. étapes réalisées indépendamment pour 75 % des participantes :</u> Avant l'intervention : 10/18 Après l'intervention : 17/18 Maintien : -- Généralisation : — <u>N. de Toileting accident par période d'observation (5.5H) :</u> Avant l'intervention : 6 à 7 ; 8 à 10 ; 3 à 4 ; 2 à 3 Après l'intervention : 1 à 3 ; 2 à 6 ; 2 à 4 ; 2 à 4	
Alzayer et al., 2017 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Communication TÂCHES VISÉES : <i>Effectuer une demande avec l'aide d'un dispositif de sortie vocale d'un iPad®</i>	4 (3H/1F) 8-10 ans DI (modérée) (2) DI (sévère) (1) DI (NR) (1) Autres caractéristiques : • Enfants non verbaux ou avec habiletés de communication fonctionnelle très limitées	DISPOSITIF À SORTIE VOCALE (IPAD®) Utilisation du iPad® : • Instruction systématique (incitation croissante, variation du délai de temps, renforcements différentiels) Intervention : • Incitation croissante (incitation verbale, combinée à incitation gestuelle, incitation physique) • Renforcement verbal • Correction des erreurs	INTENSITÉ : • 3-7 séances (30 min./séance) Généralisation : 1 ou 2 essais/sem. FORMAT : • Individuel MILIEU : • Classe DISPENSATEURS : • Chercheur	<u>% de navigation indépendante sur le iPad® (capacité à appuyer sur les bons symboles sur le iPad®) :</u> Avant intervention : 0 %, 0 %, 0 %, 79 % Intervention : 94 %, 98 %, 78 %, 98 %, atteint 100 % (4 part.) Généralisation : non spécifié, mais haute performance maintenue <u>% de combinaisons indépendantes de symbole sur le iPad® (capacité de sélectionner le symbole préféré sur le iPad®) :</u> Avant intervention : 0 %, 0 %, 0 %, 2 % Intervention : 94 %, 84 %, 57 %, 65 %, atteint 100 % (4 part.) Généralisation : 99 %, 90 %, 90 %, NR	--
Batu, 2008 (TURQUIE) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition Habitation	4 (3H/1F) 6-9 ans DI (modérée) Autres caractéristiques : • Capable de rester attentif à une	Formation préalable des mères : • Description verbale, pratique de rôle par modelage, pratique guidée et correction Intervention auprès des jeunes : • Tâche seulement avec l'instruction de départ (p. ex. : « prépare un yaourt à	INTENSITÉ : Formation préalable des mères : • 40 min. pour chaque mère Intervention auprès des jeunes : • 2 séances par visite (10 min. max.) et max. 4 visites/tâche	<u>% moyen d'étapes réalisées de façon autonome pour les 3 tâches visées :</u> Avant l'intervention : <30 % ; <30 % ; 0 % ; <30 % Après l'intervention : 100 % ; 100 % ; >94 % ; 100 % Maintien (1sem. ; 3 sem.) : 100 % ; 100 % ; >94 % ; >93 % Généralisation : • Avant : 0 % ; 33 % ; 0 % ; 25 %	<u>Entrevues semi-structurées avec les mères au sujet de la procédure enseignée (n=4) :</u> • Importance et facilité de la procédure • Importance des tâches apprises pour le jeune • Utilisation future de la procédure pour de nouvelles tâches

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention	Efficacité		Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Loisirs TÂCHES VISÉES : <i>Fabriquer un yaourt à boire, faire un sandwich, mettre la table, suspendre ses pantalons ou un chandail, faire son lit, plier son chandail, mettre ses bas, attacher ses lacets, jouer à un jeu en se rappelant les différentes étapes</i>	activité pensant 5-10 minutes • Être capable de suivre des instructions verbales • Vouloir apprendre les tâches avec son parent	boire », demandé par la mère) • Entraînement avec incitation immédiate (modelage + incitation verbale) suivi par le jeune qui réalise la même étape • En cas d'erreur, incitation verbale et modelage par le parent • Ajout d'incitation physique partielle dans 2 tâches Autodétermination : • Choix par les mères des comportements visés • Analyse de la tâche réalisée par le chercheur et révisée par la mère	FORMAT : • Individuel MILIEU : <u>Formation préalable des mères :</u> • Bureau du chercheur <u>Intervention auprès des jeunes :</u> • Maison DISPENSATEURS : <u>Formation préalable des mères :</u> • Chercheur <u>Intervention auprès des jeunes :</u> • Mères	• <u>Après :</u> 100 % ; 100 % ; >89 % ; >87 %	• Appréciation de pouvoir agir comme l'enseignant de son enfant même si cela peut être un rôle difficile
Biggs et al., 2017 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Communication Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Avoir des interactions avec les pairs</i>	4 (3H/1F) 10-16 ans DI (NR) Syndrome de Down (2) Syndrome d'Angelman (1) Autres caractéristiques : • 100 % besoins complexes en communication	PEER-SUPPORT ARRANGEMENTS <u>Formation préalable des intervenants et des pairs :</u> • Formation d'une équipe composée de paraprofessionnels, éducateurs spécialisés, enseignants, orthophonistes, 2 pairs, parent, afin de faire une planification collaborative du plan d'intervention • Formation des paraprofessionnels • Formation des pairs <u>Intervention auprès des jeunes :</u> • Utilisation des stratégies de communication apprises par les pairs • Proximité physique entre les pairs et l'enfant DI	INTENSITÉ : NR FORMAT : <u>Formation préalable des intervenants et des pairs :</u> • Rencontre de groupe pour le plan d'intervention : 60-110 min. • Formation paraprofessionnels : 45-90 min., individuel • Formation des pairs : 25-45 min., individuel <u>Intervention auprès des jeunes :</u> • Jumelage en classe MILIEU :	% d'intervalles dans lesquels un acte de communication expressive (verbal ou non verbal) à l'intention d'un pair ou d'un adulte : <u>Avant intervention :</u> 1 %, 1 %, 0 %, 3 % <u>Pendant l'intervention :</u> 22 %, 18 %, 7 %, 16 % <i>Combined Tau-U (% of nonoverlapping data between baseline and intervention condition, taking into account the trend of both phases) across participants = 0,94</i> <u>Généralisation (1 seul participant évalué) :</u> <u>% d'intervalles dans lesquels un acte de communication expressive (verbal ou non verbal) à l'intention du participant :</u> <u>Avant intervention :</u> 1 %, 1 %, 0 %, 5 % <u>Pendant l'intervention :</u>	Validité sociale de l'intervention : <u>All participants:</u> • Enjoyed their target class • Liked working with their peer partners • Learned new things by working with their peer partners • Would like to keep working with their peer partners. <u>Peers:</u> • Felt positively about their experiences • Said their partner with a disability benefitted from the intervention • Several peers said their classmate with a disability felt more comfortable, participated more, or had more fun in class. <u>School staff:</u> • Felt positively about both the collaborative planning process and peer support arrangement

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
			- École DISPENSATEURS - Variés	32 %, 29 %, 29 %, 31 % <i>Combined Tau-U across participants = 0,98</i> <u>Généralisation (1 seul participant évalué) :</u> généralisation dans deux autres cours	The collaborative meetings were meaningful and helpful
Blasko, 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECRA Répartition aléatoire des participants dans 3 conditions : - Gr.1 (support par jumelage en classe inclusive) =51 - Gr.2 (groupe social cohésif de pairs) =47 - Gr.3 (groupe témoin) =48 RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Communication Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Utiliser des habiletés de langage réceptif et expressif et de la communication sociale</i>	146 (53F/93H) + 106 étudiants sans DI (Gr.1) et 192 (Gr.2) 14-21 ans DI (NR) (72) ou DI + TSA (13)	PEER PARTNER PROJECT (P3) <u>Gr.1 : support par jumelage en classe inclusive</u> <u>Préparation et support des pairs :</u> - Sélectionner les pairs sans DI volontaires pour être jumelé avec un élève avec DI de leur classe - Orienter les pairs dans leur rôle de soutien - Modélage des pairs par les professionnels <u>Intervention auprès du jeune :</u> - Travail en dyade enfants sans DI avec enfant avec DI <u>Gr.2 : groupe social cohésif de pairs</u> 4-6 enfants sans DI qui accompagnent 1 enfant avec DI <u>Gr.3 : gr. contrôle</u> - Soutien direct de la part des professionnels (accompagnement régulier)	<u>Tous les groupes :</u> INTENSITÉ : 3 hr. de formation (tous les professionnels travaillant dans les écoles où le P3 est implanté) MILIEU : École DISPENSATEURS : Pairs soutenus par des professionnels <u>Gr.1 :</u> INTENSITÉ : <u>Préparation :</u> 45 min. <u>Intervention :</u> 1 Semestre FORMAT : Jumelage en classe <u>Gr.2 :</u> INTENSITÉ : 1 x/sem. entre professionnels et pairs (45 min) ; 1 semestre FORMAT : Groupe <u>Gr.3 : gr. témoin</u> aucune intervention	Amélioration prépost-test des habiletés de langage expressif : Pas amélioration SS pour les 3 gr. Gr.1=Gr.2=Gr.3 (p=0,44) Amélioration prépost-test des habiletés de langage réceptif : Pas amélioration SS pour les 3 gr. Gr.1=Gr.2=Gr.3 (p=0,25) Amélioration prépost-test des habiletés de communication sociale : Pas amélioration SS pour les 3 gr. Gr.1=Gr.2=Gr.3 (p=0,27)	--
Bouck et al., 2017 (ÉTATS-UNIS)	2 (2 h) 18-19 ans	<u>Entraînement :</u>	INTENSITÉ : <u>Entraînement :</u>	% moyen d'items sélectionnés correctement avec incitation externe (max. 10) :	Questions au sujet des 3 supports (enseignante) :

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
DEVIS : ECU RISQUE DE BIAS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition TÂCHES VISÉES : Sélectionner adéquatement les items de la liste d'épicerie à partir d'un support d'auto- incitation (livre imagé ; enregistrement audio ; tablette vidéo (iPad mini®))	DI (légère) (1) DI (NR) (1) TSA (1) Autres diagnostics concourants (2) Autres caractéristiques : - N'est pas capable de faire l'épicerie de façon autonome pendant les sorties de la classe dans la communauté - Utilise déjà l'incitation imagée - Habiletés motrices fines suffisantes pour faire fonctionner une tablette électronique	- Apprentissage de l'utilisation de chacun des supports de façon autonome Intervention : - Listes d'épicerie (10 items différents à chaque séance ; items habituellement achetés par les élèves dans le cadre de leurs activités de formation ; suit généralement l'ordre des allées de l'épicerie) Phase 1 : Présentation aléatoire d'un des 3 supports à l'épicerie (15 séances) Phase 2 : Support le plus efficace seulement (3 séances) - Incitation croissante - Délai de 10 s entre chaque niveau d'incitation 3 supports différents évalués : - Livre imagé : 10 pages avec une photo du numéro de l'allée et une icône de l'item - Enregistreur audio : 10 enregistrements audio avec le nom de l'item et numéro de l'allée - Tablette vidéo : 1 enregistrement vidéo pour les 10 items ; réalisée dans l'épicerie ; du point de vue du participant (p. ex. : je, nous)	1-2 séances/jr. Intervention : 1-2 séances/sem. (18 séances) FORMAT : - Individuel MILIEU : Entraînement : - Classe Intervention : - Épicerie DISPENSATEURS : - Chercheur	Pendant l'intervention (phase 1) : - Photo : 68 % ; 68 % (atteint 100 %) - Audio : 74 % ; 36 % - Vidéo : 90 % (atteint 100 %) ; 70 % Pendant l'intervention (phase 2) : - Vidéo pour les 2 participants 93 % (atteint 100 %) ; 70 % Maintien : -- Généralisation : -- % d'étapes de la tâche nécessitant une incitation : Pendant l'intervention : - Photo : 20 % ; 67 % - Audio : 23 % ; 54 % - Vidéo : 26 % ; 60 % Maintien : -- Généralisation : --	Bénéfices possibles d'utiliser une tablette électronique : - Plus précis que les icônes utilisées actuellement Limites de la tablette : - Capacité à naviguer indépendamment dans la tablette - Capacité à pousser un chariot et à tenir une tablette en même temps Faisabilité : - Durée importante de préparation de la liste de courses avec la tablette - Facilitée pour préparer la liste avec l'enregistreur audio
Bunning et al., 2017 (ROYAUME-UNI) DEVIS : PRÉPOST SANS GR. CONTRÔLE	11 (7 h/4F) 12-16 ans DI (NR)	AUTRES : STORYSHARING Pour les profs : Explication des principes du prog (1 h) Pour les profs+ élèves :	INTENSITÉ : 1x/sem. (1hr.30) ; 15 sem. FORMAT : - Groupe	Stratégies pour favoriser la narration : - Diff. SS prépost pour les participants (p=0,000) et enseignants (p=0,000) - Fréquence d'énoncé plus grande au posttest - Légère augmentation de la répétition	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Être capable de narrer une expérience personnelle</i>	Autres caractéristiques : Avec difficultés de communication sévères	- Stratégies collaboratives de communication et de compétences narratives - Narration d'une histoire de façon collaborative, filmé - Écoute du film pour identifier les forces de la co-narration et ce qui doit être amélioré	MILIEU : • École DISPENSATEURS : • Enseignant, responsable de projet	« Réponse » diminue SS pour les participants - Reconnaissance diminue pour les participants et les profs. - Diminution des demandes par les profs - Augmentation des prompts chez les profs = participants utilisent moins de « réponses » et plus d'énoncés = profs utilisent moins de questions fermées et plus de prompts N. de sujets couverts en 2 min : - Diminution prépost chez toutes les dyades, sauf 1 = amélioration du maintien du sujet dans le narratif Éléments structurels du narratif : - Diff SS prépost (p=0,000) - Augmentation des références aux personnes, choses ou processus - Diminution des descriptions et background - Diminution des descriptions d'actions simples, mais augmentation des descriptions des actions compliquées	
Burckley et al., 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition TÂCHES VISÉES : <i>Sélectionner adéquatement les items de la liste d'épicerie à l'aide d'un support technologique (iPad)</i>	1 (1F) 18 ans DI (légère) avec TSA Autres caractéristiques : - Très dépendante à l'incitation de l'instructeur pour réaliser les tâches en lien avec l'épicerie - Familière avec l'iPad® pour ses outils de	Intervention : - Analyse de la tâche (entrée dans l'épicerie jusqu'à se placer dans l'allée de paiements avec les 2 articles sélectionnés) - Utilisation d'un livre électronique pour réaliser la tâche (incluant des indices sous forme de photos pour les étapes 3 à 6 et de l'incitation vidéo pour les étapes 1 à 8) - Incitation verbale à la 1^{re} erreur, ensuite étape réalisée à la place de la participante	INTENSITÉ : - Dépendant de la disponibilité du personnel, des transports et d'autres variables logistiques FORMAT : - Individuel MILIEU : 3 épicerie différentes DISPENSATEURS : - Chercheur	% d'étapes réalisées de façon autonome : <u>Avant l'intervention (sans iPad® -3 épicerie) :</u> 22 % ; 17 % ; 21 % <u>Pendant l'intervention (avec iPad®) :</u> 49 % (atteint 100 % ; fermeture de l'épicerie avant la fin de l'intervention ; 66 % (atteint 100 %) ; 62 % <u>Maintien (mêmes items – sans l'iPad®) :</u> -- ; 88 % ; 88 % <u>Généralisation (nouveaux items – avec iPad®) :</u> -- ; 88 % ; 88 %	Buts, procédures et résultats de l'intervention (commentaires : parent: personnel éducatif: personnel résidentiel) : - Importance reconnue de la tâche (n=3/3) - Efficacité comparable entre l'intervention évaluée et d'autres interventions (n=3/3) - Facilité d'utilisation de l'intervention (n=2/3) - Acceptabilité comparable de l'intervention et d'autres interventions (n=3/3) - Utilisation possible de cette intervention avec d'autres jeunes (n=2/2)

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
2@ with Book Creator software)	communication, mais ne l'a jamais utilisé pour faire son épicerie	L'instructeur tient l'iPad® devant la participante et avance les vidéos pendant l'intervention <u>Autodétermination</u> : Sélection des 4 articles préférés à magasiner par la participante			Amélioration partielle des compétences de magasinage, mais pas de changement dans les comportements perturbateurs dans la communauté (n=3/3)
Butler, 2016 (ROYAUME-UNI) DEVIS : PRÉPOST SANS GR. CONTRÔLE RISQUE DE BIAS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Communication TÂCHES VISÉES : <i>Utiliser des compétences en communication</i>	6 (5F/1H) Étudiants de plus de 16 ans DI (sévère) Autres caractéristiques : Avec des besoins de communication particuliers	TEACCH - Interactions positives entre l'adulte et l'enfant - Aménagement de l'environnement pour favoriser la communication - Démonstration - Modelage - Pratique en situation réelle - Jeu de rôle - Répétition - Incitation décroissante	INTENSITÉ : 2 ans FORMAT : - Groupe MILIEU : - École DISPENSATEURS : - Orthophoniste, enseignant, enseignant assistant, parent	Habilité à parler (P-Scale Data) : Augmentation modeste (pas de p-value)	Importance des habiletés de communication pour les parents : Besoin de comprendre leur enfant pour être capable de décoder ce qu'ils veulent communiquer
				Habilité à écouter (P-Scale Data) : Augmentation modeste (pas de p-value)	Perception de changement dans les habiletés de communication (parents) : - Parents mentionnent avoir observés des changements dans les habiletés de communication (plus jasant, plus confiant, s'appuie moins sur les parents) - Importance d'avoir un bon enseignant et opportunités de pratiquer soulignées comme facteurs favorisant l'acquisition des habiletés de communication
				Objectifs du plan d'intervention individualisé liés à la communication : - Variation importante des objectifs entre les participants. - Tous les participants démontrent un progrès dans les objectifs, dont la généralisation des acquis ou l'apprentissage de nouvelles habiletés N. d'habiletés de communication (observées à la fois par le chercheur et l'enseignant) : - Drawing attention/Getting attention/Requesting/seeking help (6/6 part.) - Seeking information/Commenting (3/6) - Expressing feeling/Greeting & taking leave (2/6) - Volunteering information (1/6) - Rejecting (0/0) N. de compétence de communication (observées à la fois par le chercheur et l'enseignant) (max. 10) : 9 habiletés (2/6 part.) 8 habiletés (1/6) 7 habiletés (1/6) 5 habiletés (2/6) (pouvaient être déjà présentes avant l'intervention)	

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
				Fréquence de communication pour demander de l'aide : • Augmentation de la fréquence (3/6 part.) • Déjà au niveau le plus élevé (3/6) Fréquence de communication qui implique une recherche d'information : • Augmentation de la fréquence (4/6 part.) • Aucune recherche d'information (2/6) Efficacité des tentatives à communiquer (évaluée par chercheur + prof) : • Aucun changement (6/6 part.) Efficacité de la communication nécessitant de la recherche d'information : • Augmentation de l'efficacité (2/6 part.) • Aucun changement (4/4)	
Cavkaytar et al., 2017 (TURQUIE) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Travail TÂCHES VISÉES : <i>Être capable de faire de façon autonome le service dans un café</i>	1 (1F) 19 ans DI (légère) Autres caractéristiques : • No difficulty communicating with peers, teachers, and other workers • Good at reading-writing and expressing her opinions. • Following verbal commands is no problem for her • Go to work independently and perform self-	CAFE WAITER EDUCATION PROGRAM <u>Formation initiale :</u> • méthode d'enseignement direct <u>Compétences préparatoires au travail :</u> NR <u>Compétences en lien avec le service dans un café :</u> • Information au sujet du café, des outils, du matériel et des procédures du café • Analyse des compétences • Indications et incitation croissante fournies à l'aide d'un support technologique (Tablette iPad® et casque d'écouteurs Bluetooth)	INTENSITÉ : <u>Part 1 :</u> • 2 hr. <u>Part 2 :</u> • min. 3 hr. FORMAT : <u>Part 1 & 2 :</u> groupe <u>Part 3 & 4 :</u> • Individuel MILIEU : • Milieu simulant un café et milieu réel DISPENSATEURS : • Tablette iPad® et casque d'écouteurs Bluetooth; chercheur	% d'étapes complétées de façon autonome : <u>Avant l'intervention :</u> Max. 3 étapes de complétées <u>Pendant l'entraînement :</u> Atteint 95 % du nombre d'étapes à compléter indépendamment après 11 séances <u>Maintien (10, 15 et 20 jr.) :</u> persistance du résultat obtenu pendant l'entraînement	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
	care skills without help from others.				
Cihak et al., 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Éducation TÂCHES VISÉES : <i>Envoyer et recevoir</i> <i>des courriels,</i> <i>organiser,</i> <i>enregistrer et</i> <i>partager ses liens</i> <i>favoris, enregistrer</i> <i>et accéder à des</i> <i>documents stockés</i> <i>sur le nuage</i>	3 (2H/1F) 16-19 ans DI (légère) (2), (modérée) (1) TSA (1) Autres caractéristiques: - No email address - No physical disability which impeded the performance of the skill - Five students without disabilities worked in the classroom as peer tutors	Intervention : - Analyse de la tâche (avec photos des différentes étapes) - Démonstration des différentes étapes - Incitation croissante	INTENSITÉ : 1 séance/jr.; 9-13 séances FORMAT : - Individuel MILIEU : - École DISPENSATEURS : - Special education teacher and teacher assistant	% d'étapes complétées de façon autonome : Avant l'intervention : - Email : 0 % ; 0 % ; max. 10 % - Bookmark : 0 % ; 0 % ; 0 % - Cloud Storage : max. 20 % ; max. 20 % ; max. 20 % Pendant l'intervention : - Email : 75 % (atteint 100 %) ; 66 % (atteint 100 %) ; 79 % (atteint 100 %) - Bookmark : 76 % (atteint 100 %) ; 71 % (atteint 100 %) ; 83 % (atteint 100 %) - Cloud Storage : 73 % (atteint 100 %) ; 67 % (atteint 100 %) ; 72 % (atteint 100 %) PND = 100 % ; 87,5 % ; 92 % Maintien (9 semaines) : - Email: 100 % ; 100 % ; 100 % - Bookmark: 100 % ; 100 % ; 100 % - Cloud Storage: 100 % ; 100 % ; 100 %	<u>Social validity questionnaire to assess opinions of participants regarding the acquisition of digital literacy skills (14-item Likert scale, from 1 (indicating strongly disagree) to 5 (strongly agree). The possible scores ranged from 14 to 70. Higher scores indicate greater social acceptance:</u> - Total score: 66, 63, 60 - They liked all three skills - Emailing and social bookmarking were most preferred because it would be useful to communicate with friends, family, co-workers, and employers - They would continue to use both email and social bookmarking - Were indifferent about the use of cloud computing
Clemons et al., 2016 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Éducation TÂCHES VISÉES : <i>Rester centré sur</i> <i>les tâches à faire à</i> <i>l'aide d'un support</i> <i>technologique</i>	1 (1F) 15 ans DI (NR) Autres caractéristiques : - Receiving special education services - Teacher referred difficulties with maintaining on-task behavior in the classroom that was contributing to academic difficulties with the possibility of	Entraînement à l'utilisation d'un support technologique (I-Connect) : Session 1 (familiarisation avec les comportements centrés sur la tâche) : - Instruction et modelage pour démontrer à qu'est-ce qu'un comportement centré sur la tâche - Discussion avec des exemples et des contre-exemples de comportements centrés sur la tâche - Utilisation de vidéos réalisées avant l'intervention pour que le jeune reconnaisse quand est-ce qu'il était centré sur la tâche ou non.	INTENSITÉ : Entraînement : 3 séances pour un total de 1hr. Intervention : 6 séances à chaque utilisation de I-Connect FORMAT : - Individuel MILIEU : - École DISPENSATEURS : - Chercheur	m. comportements centrés sur la tâche (observation) : Avant l'utilisation de I-connect : m. = 36 % Pendant l'utilisation de I-connect : m. = 92 % Retrait de I-connect : m. = 49 % Ré-introduction I-connect : m. = 90 % Maintien avec I-connect (2 sem.) : m. = 83 % Maintien avec I-connect (4 sem.) : m. = 96 %	<u>Student productivity in class, assignment completion, grade, and accuracy of work using a 5-point Likert-type scale (1 no improvement noted to 5 great improvement noted.) (student; teacher):</u> - The participant's teacher: indicated that she demonstrated significant improvement in all areas. - The participant indicated that she performed a lot better in all of the areas assessed: work completion, ability to focus, grade performance, and class work accuracy.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
	grade failure to insufficient lesson completion.	<u>Session 2 (entraînement à l'utilisation du support technologique) :</u> - Démonstration de comment utiliser le support - Essai par le jeune avec incitation verbal lorsque nécessaire - Différentes stratégies pour favoriser les comportements centrés sur la tâche (p. ex. : revoir des vidéos) <u>Session 3 :</u> - Période d'essais - Renforcement <u>Intervention :</u> - Automonitorage toutes les 30 sec. par le jeune à l'aide du support technologique Self-monitoring application (I-Connect) - Renforcement			
Collins et al., 2017 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Travail TÂCHES VISÉES : Être capable de prendre soin d'une plante de façon indépendante et d'apprendre un contenu scolaire en lien avec la photosynthèse	2 (1 h/1F) 16-17 ans DI (légère) Autres caractéristiques : Special education services in a resource room for science, math and language arts and were included in general education for all other classes	<u>Intervention :</u> - Entraînement à la tâche avec indication et incitation pour obtenir la bonne réponse. - Information sur la photosynthèse (sans lien avec la tâche) est présentée pour exposer le jeune au contenu sur la photosynthèse sans que le jeune ne reçoive d'entraînement <u>Follow-Up :</u> - Entraînement au sujet des éléments de la photosynthèse non acquis pendant l'intervention - Incitation	<u>INTENSITÉ :</u> - Variable <u>FORMAT :</u> - Individuel <u>MILIEU :</u> - Dans une serre située dans le campus d'une école secondaire <u>DISPENSATEURS</u> : - Chercheur	<u>% d'étapes complétées de façon autonome :</u> <u>Avant l'intervention :</u> 20 % ; 15 % <u>Pendant l'intervention :</u> 100 % pour 3 essais consécutifs au bout de 4 essais (1 part.) et 5 essais (1 part.) <u>Maintien (4-8 sem.) :</u> 100 % (2 part.) <u>% de questions répondues correctement au sujet de la Photosynthèse :</u> <u>Avant l'intervention :</u> 33 % ; 17 % <u>Après l'intervention :</u> 67 % ; 67 % <u>Après formation complémentaire au sujet du contenu scolaire :</u> 100 % après 3 séances (2 part.)	<u>Three-item questionnaire with a yes/no response (participants):</u> - Enjoyed working in the greenhouse: 2/2 part. - Felt like they learned about photosynthesis: 2/2 part. - Thought they would use the skill of plant care sometime in the future: 1/2 ou 2/2 part.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Collins et Collet-Klingenberg, 2018 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS 19 études retenues dont 15 ECU et 4 devis quasi expérimentaux RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition (9 études) Responsabilités (2) Éducation (1) Travail (7) Loisirs (1) TÂCHES VISÉES : <i>Différentes tâches en lien avec les habitudes de vie</i>	147 (62 % H) 6-70 ans (m=21,8 ans) DI (modérée) (8 études) DI légère (9) DI (NR) (2)	UTILISATION D'UN APPAREIL TECHNOLOGIQUE PORTABLE <u>Technologie utilisée :</u> • 68 % : ordinateur portable ou assistant électronique de poche • 21 % : lecteur DVD ou de type iPod® • 10 % : appareil diffusant du son seulement <u>Stratégies utilisées :</u> • 68 % incitation vidéo/picturale avec <i>voice-over instruction</i> • 16 % instructions audio uniquement • 5 % incitation audio ou vibratoire en lien avec de l'incitation picturale • 5 % alarme audio avec de l'incitation textuelle	INTENSITÉ : NR FORMAT : • Individuel MILIEU : • Divers milieux (épicerie, restaurant, salle d'assemblage de produits) (10 études) • Divers environnements d'entraînement spécifique (école, centre de jour, cuisine d'un centre communautaire) (7) • Milieux variables en fonction des tâches sélectionnées (2) DISPENSATEURS : • Variable (instructeurs, chercheurs ou enseignants)	Variabilité des mesures utilisées (N. étapes réalisées correctement et de façon autonome ; Besoin ou non d'incitation externe ; N. séances pour atteindre le critère de maîtrise ; Énoncés de support formulés par le chercheur ; tâches réalisées dans les délais ; Niveau d'incitation utilisée ; durée pour compléter une tâche du début à la fin) : <u>L'utilisation d'une technologie électronique d'assistance portable a résulté en :</u> • Une augmentation de la capacité à réaliser correctement les tâches de façon autonome et/ou, • Une diminution de l'incitation externe requise par les participants pour accomplir avec succès la tâche Maintien : -- Généralisation : --	Utilité de la technologie (<u>participants, instructeurs (enseignants, parents ou employeurs)</u>) : • Participants et instructeurs ont trouvé la technologie utile (5 études) Satisfaction avec la technologie (<u>participants</u>) : • Participants ont apprécié la technologie utilisée (5 études) Préférences entre plusieurs technologies (<u>participants</u>) : • Participants ont préféré utilisé un appareil technologique plutôt qu'un système de cartes visuelles (1x), un lecteur DVD (2x) ou un iPod® (1x) plutôt qu'une technologie ne permettant pas de visionner des vidéos.
Damianidou et al., 2018 (AUSTRALIE) DEVIS : RS et MA <u>N. d'études retenues :</u> 41 ECU pour un total de 112 part. dont 65 sont retenus RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ	65 (?H/?F) M. (ET) : 19,6 ans (7,9) DI (légère-modérée à sévère-profonde)	<u>Types de technologies évalués :</u> • Appareils d'incitation auditive • Appareils assistés par la vidéo (p. ex. : DVD, iPod®) • Palmtops (e.g. PDA, handheld computers) • Ordinateurs portable ou non • Incitation à l'aide d'images • Appareils de réalité augmentée	INTENSITÉ : NR FORMAT : NR MILIEU : • Simulé ou réel DISPENSATEURS : NR	% of non-overlapping data (PND) (>90 = very effective; [70 -90] = effective ; [50-70] = questionable; <50 = ineffective interventions) : • PND (DI légère à modérée) = 86 (ET = 30,8) • PND (DI sévère à profond) = 71 (ET = 43,7) Significant differences between the 2 groups ($p = 0,047$, $r = 0,12$)	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
HABITUDES DE VIE VISÉES : travail TÂCHES VISÉES : <i>Employment-related goals in different work settings. These included: (a) work-related social skills, (b) task sequencing and transition skills, (c) vocational task performance and completion, (d) food preparation skills, (e) computer-use itself, (f) general cleaning skills, and (g) time management skills</i>		- Téléphones intelligents - Montres			
Dogoe et Banda, 2009 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS 12 études retenues, toutes des ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition (4 études) Responsabilités (1) Travail (1) Loisirs (6) TÂCHES VISÉES : Divers tâches en lien avec les habitudes de vie	56 (? H/ ? F) 6-12 ans (18) 13-19 ans (24) >19 ans (14) DI (modérée à sévère) Syndrome de Down, TSA présents dans certaines études	Procédure évaluée : <i>Constant time delay</i> (CTD) (Délais entre la demande et l'incitation) <u>Modalités :</u> 0 s. de délais (généralement utilisé pour l'acquisition) - Augmentation de l'intervalle de délais (varie de 2 s. à 5 s.; majorité 4 s.; généralement utilisé pour le maintien et la généralisation) - CTD seulement : (8 études) - CTD + autres procédures (4) <u>Autre stratégie utilisée :</u> - Renforcement verbal seulement - Incitation	INTENSITÉ : m. = 2 à 4 séances ou variable en fonction de la tâche et du taux de réponse FORMAT : - Individuel (11 études) - En petit groupe (1) MILIEU : - École (5) - Milieu résidentiel ou de réadaptation (5) - Maison et école ou milieu communautaire (3)	Variabilité des mesures utilisées (% de part. pour lesquels la procédure s'est avérée efficace ; Mesures d'efficacité ; Procédures de maintien ; Procédures de généralisation) : <u>L'utilisation du CTD seule ou avec d'autres procédures est efficace :</u> - Pour 100 % des participants dans 10/12 études - Pour 75 % des participants dans 2/12 études Maintien : 2 études seulement Efficaces (2/2 études) <u>Généralisation :</u> 7 études - Un milieu différent : 3 études - Un milieu et du matériel différents : 2 études - Entraîneurs différents : 1 étude - Efficace (7/7 études)	Importance des apprentissages (parents) : Parents ont trouvé que les apprentissages étaient importants pour les jeunes (2 études) Satisfaction (parents – personnel de classe) : Parents sont satisfaits que leur enfant soit capable d'acquérir de nouvelles habiletés (2 études) Efficacité et facilité de mise en œuvre de l'intervention (parents) : Parents ont trouvé l'intervention efficace (2 études) Impact sur les relations parents-jeunes ou sur les changements de comportements (parent) : Parents ont trouvé que l'intervention a amélioré les relations entre le parent

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
		<u>Type d'incitation :</u> • Verbal (9) • Physique (3) • Modelage (5) • Visuel (1) • Vidéo (1) <u>Modalités d'incitation :</u> • Combinaison de différents types d'incitation (7) • Un type uniquement (4) • NR (1)	• École et milieu communautaire (2) <u>DISPENSATEURS :</u> • enseignants (3) • chercheurs (4) • collaboration enseignants chercheurs (2) • chercheur et parents (1) • NR (2)		et l'enfant (1 étude) et le comportement du jeune (1 étude)
Douglas et al., 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : 2 ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ/ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition TÂCHES VISÉES : <i>Aller chercher les items d'une liste présentée sur un support technologique (iPod®)</i>	4 (2H/2F) 17, 19, 20 ans DI (modérée) Autres caractéristiques : • L'épicerie fait partie du plan d'intervention • Capable de suivre une tâche pendant 40 min • Incapable de lire les mots visés • Capable de marcher dans les allées et d'utiliser une stratégie de recherche d'item (haut-bas, gauche-droit)	<u>Étude 1 :</u> <u>Préparation :</u> • Entraînement à l'utilisation de listes dans l'iPod® • Création de leurs différentes listes d'épicerie par chaque participant • Trois types de liste : Texte seulement ; audio+ texte ; photo+texte <u>Intervention :</u> Remise de l'iPod® avec les écouteurs et orientation vers l'application et la liste appropriées puis instructions au sujet de la tâche	<u>Étude 1 :</u> <u>INTENSITÉ :</u> • 1 séance/jr.; 2-3 séances/sem. (total = 6-8 séances) <u>FORMAT :</u> • Individuel <u>MILIEU :</u> • Épicerie <u>DISPENSATEURS :</u> • Chercheur	<u>% moyen d'items sélectionnés correctement de façon autonome (épicerie seulement) :</u> • Texte seulement : 27 % ; 30 % ; 30 % ; 7 % • Audio+ texte : 33 % ; 67 % ; 67 % ; 30 % • Photo+texte : 97 % (atteint 100 %) ; 100 % ; 97 % (atteint 100 %) ; 100 % • Photo+texte > texte seulement et Audio + texte (High% of non-overlapping data (over 75%) across all conditions and participants except when comparing Text Only and Audio + Text for Aiden (17%))	<u>Intervention et technologie utilisée (Commentaires : 4 proches) :</u> • Ont jugé l'étude bénéfique (4/4) • Considèrent utiliser un appareil électronique pour promouvoir l'indépendance du jeune (4/4)
					<u>Efficacité de l'iPhone® (échelle de 1 (inefficace) à 10 (hautement efficace) ; 1 enseignant ; 1 personnel paraprofessionnel) :</u> • Efficacité : 8 (2/2)
		<u>Étude 2 :</u> <u>Préparation :</u> • Type de liste : Texte seulement (pour la lecture) et Photo+ texte (pour l'épicerie) • 12-15 listes incluent des items des listes de	<u>Étude 2 :</u> <u>INTENSITÉ :</u> • Un mois plus tard/étude 1 <u>FORMAT :</u> • Individuel	<u>% m. de mots lus correctement/d'items sélectionnés de façon autonome :</u> <u>Avant intervention (texte seulement) :</u> • Mots : 0 % ; 0 % ; 0 % ; 0 % • Items : 0-20% ; 0 % ; 0 % ; 0 % <u>Pendant l'intervention (photo+texte) :</u> • Mots : 100 % ; 100 % ; 100 % ; 100 %	<u>Pertinence de la technologie (Commentaire : 1 enseignant ; 1 personnel paraprofessionnel) :</u> • Souhaiteraient utiliser ce type de technologie si rendue disponible dans leur classe pour l'analyse de la tâche et l'emploi du temps quotidien (2/2)
				<u>% m. de mots lus correctement/d'items sélectionnés de façon autonome :</u> <u>Avant intervention (texte seulement) :</u> • Mots : 0 % ; 0 % ; 0 % ; 0 % • Items : 0-20% ; 0 % ; 0 % ; 0 % <u>Pendant l'intervention (photo+texte) :</u> • Mots : 100 % ; 100 % ; 100 % ; 100 %	<u>Évaluation de la technologie utilisée (Entrevues individuelles ; 4 participants) :</u> • Apprécient avoir utilisé l'iPhone® (4/4) • Facile d'utilisation (1/4)

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention	Modalités	Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies		Mesures Résultats	Mesures Résultats
		l'expérimentation 1 + nouveaux items <u>Intervention</u> : - Remise de l'iPod® avec les écouteurs et orientation vers l'app et la liste photo+ texte - Lecture des noms d'items; puis instructions au sujet de la tâche + <i>computer-based instruction</i> (CBI) + photo (<i>simultaneous controlling prompting</i>) si la lecture de la liste texte seulement n'atteint pas 80 %	<u>MILIEU</u> : - Épicerie <u>DISPENSATEURS</u> : - chercheur	- Items : 100 % ; 100 % ; 100 % ; 100 % <u>Après l'intervention (texte seulement) :</u> - Mots : 100 % ; +4-7 CBI => 100 % ; +0-5 CBI => 100 % ; +5-9 CBI => 100 % * signifie que l'intervention épicerie (15 mots) ne se transfère pas (pour 3/4 participants) dans l'intervention lecture bien que les participants soient exposés à ces mots dans le contexte de liste photo+texte (5 mots) - Items : 100 % ; +4-7 CBI => 100 % ; +0-5 CBI => 100 % ; +5-9 CBI => 100 % <u>Maintien (texte seulement ; 2 mois) :</u> - Mots : >80 % ; >80 % ; 100 % ; >80 % - Items : 100 % ; 100 % ; 100 % ; 100 %	- Difficile d'utilisation pour lire les textes (1/4) ; appuyer sur les boutons (1/4) - Aidant pour localiser les items dans l'épicerie (4/4) - Aidant dans d'autres épiceries, à la maison et au travail en leur montrant les photos de ce dont ils ont besoin (4/4) - Les photos sont la modalité la plus aidante (4/4) - L'enregistrement audio est aussi apprécié (2/4)
Fichtner et Tiger, 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : 2 ECU RISQUE DE BIAS : MODÉRÉ/ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Diminuer les comportements de socialisation trop familiers ou trop fréquents</i>	3 (3 h) 12-17 ans DI (NR) Syndrome d'Angelman (3) Autres caractéristiques : - had a reported difficulty in making ill-timed or ill-directed social approaches - engaged in social approaches in the presence of an experimenter during baseline observations - had a caregiver available to participate with him or her	<u>Étude 1:</u> <u>Multiple-schedule discrimination training (chercheur) :</u> - Instruction d'initiation du comportement de socialisation par le participant (p. ex. : donner un câlin ou d'agripper le bras) - Mise en place du stimulus discriminatoire - Incitation graduelle pour inciter le participant à réaliser le comportement de socialisation visé - Intervalle de 5 s. entre chaque modalité de l'incitation - Réponse de renforcement (3-5 s.) - Retrait du stimulus discriminatoire (3-5 s.) avec blocage de toute tentative du comportement de socialisation visé	<u>INTENSITÉ :</u> 5-15 min./séance <u>FORMAT :</u> - Individuel <u>MILIEU :</u> <u>Étude 1 :</u> - Salle expérimentale <u>Étude 2 :</u> - Salle expérimentale et maison <u>DISPENSATEURS</u> : <u>Étude 1 :</u> - Chercheur <u>Étude 2 :</u> - Proche	<u>Étude 1 :</u> <u>N. de séances nécessaires pour acquérir la maîtrise du comportement :</u> <u>Fin de l'intervention avec le chercheur (réponse sans incitation dans 90 % des séances) :</u> 18 ; 22 ; 11 <u>N. moyen par minute de comportements sociaux (mettre un ou les 2 bras autour du torse ; contact de la tête ou du visage avec le torse de l'interlocuteur ; prise de la main, poignet ou bras de l'interlocuteur ; intervenent) :</u> <u>Avant l'intervention (alternance aléatoire de renforcement et de rejet de l'approche sociale – sans stimulus discriminatoire) :</u> - Renforcement : 0,2 ; 0,4 ; 1,5 - Rejet : 0,1 ; 0,3 ; 1,3 <u>Pendant l'intervention (avec alternance de la présentation du stimulus discriminatoire) :</u> - Renforcement : 1,3 ; 2,3 ; 1,5 - Rejet : 0,1 ; 0,2 ; 0,1	<u>Validité sociale de l'intervention selon 3 parents (modified version of Intervention Rating Profile-15; Likert scale ranging from one (strongly disagree) to six (strongly agree); 2/3 proches) :</u> - Les parents sont en accord ou fortement en accord avec les énoncés suivants : - Most parents would find this intervention appropriate for a child's problem behaviour: 6/6 - This intervention should prove effective in changing a child's problem behaviour: 5/6 - I would suggest this intervention to other parents: 6/6 - Most parents would find this intervention suitable for the behavior problem described: 5/6 - I would be willing to use this intervention in my home: 6/6

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention	Modalités	Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies		Mesures Résultats	Mesures Résultats
	Participants' caregivers also nominated the topographies of social approaches they considered problematic for their children due to their frequency and due to the people at whom they were directed (e.g., strangers): frequent hugging (2); frequent hand and arm grabbing (1)	- Itération de la situation de renforcement (10 x/séance) - Augmentation du délai entre le stimulus et la réponse d'incitation verbale quand le participant répond à 90 % de façon autonome - Fin de l'entraînement quand le participant initie la réponse sans incitation dans 90 % des situations de renforcement - Phase d'alternance entre présentation et non-présentation du stimulus discriminatoire Étude 2: <u>Multiple-schedule discrimination training (proche):</u> - Réalisé suite à la réussite de la discrimination dans l'étape précédente - Identique à l'entraînement avec le chercheur (sans l'augmentation du délai entre le stimulus et la réponse d'incitation verbale) <u>Extension de l'intervention (proche seulement):</u> - Identique à l'entraînement avec le proche (maison) - Augmentation de la durée de la séance <u>Autre information :</u> <i>Discriminative stimuli chosen by participant's caregivers</i> (cordon avec un smiley jaune de 10 cm de diamètre)		<u>Retrait de l'intervention (alternance aléatoire de renforcement et de rejet de l'approche sociale):</u> - Renforcement : 0,3 ; 0,3 ; 1,6 - Rejet : 0,1 ; 0,1 ; 0,9 <u>Après la réintroduction de l'intervention (avec alternance de la présentation du stimulus discriminatoire):</u> - Renforcement : 1,1 ; 0,9 ; 2,8 - Rejet : 0,1 ; 0,1 ; 0,1	- This intervention would not result in negative side-effects for my child: 6/6 - This intervention would be appropriate for a variety of children: 5/6 - This intervention is consistent with those I have used in home settings: 4/5 - The intervention was a fair way to handle my child's problem behaviour: 5/4 - This intervention is reasonable for the problem behavior described: 5/6 - I liked the procedures used in this intervention: 5/6 - This is a good way to handle my child's behaviour: 5/6 - Overall, this would be a beneficial intervention for a child. 6/6
				Étude 2 : <u>N moyen par minute de comportements sociaux (mettre un ou 2 bras autour du torse ; contact de la tête ou du visage avec le torse de l'interlocuteur ; prise de la main, poignet ou bras de l'interlocuteur ; proche) :</u> <u>Avant l'intervention (alternance aléatoire de renforcement et de rejet de l'approche sociale) :</u> - Renforcement : 0,1 ; 0,3 ; 0,7 - Rejet : 0,2 ; 0,4 ; 0,5 <u>Après l'intervention (avec alternance de la présentation du stimulus discriminatoire) :</u> - Renforcement : 1,4 ; 0,2 ; 2,1 - Rejet : 0,1 ; <0,1 ; 0,2 <u>Généralisation (maison+ augmentation de la durée ; avec stimulus discriminatoire) :</u> - Renforcement : 0,9 ; 0,3 ; -- - Rejet : 0 ; 0 ; --	

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Ganz et al., 2014 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS 20/35 études (20 ECU) ont été retenues RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Communication TÂCHES VISÉES : <i>Diverses tâches en</i> <i>lien avec la</i> <i>communication</i>	38 (32 H/6 F) Garderie (23) et école (15) TSA + DI	PECS ; dispositifs à sortie vocale ; autres aides basées sur les images <u>Différentes aides techniques utilisées :</u> • <i>Picture Exchange Communication System</i> (PECS) • Dispositifs à sortie vocale (SGD) • Autres aides basées sur les images (images et photos, mais qui ne suit pas le PECS)	INTENSITÉ : NR FORMAT : NR MILIEU : NR DISPENSATEURS : NR	Taille d'effet²⁷ (différence de taux d'amélioration) sur les compétences scolaires, les comportements perturbateurs, les compétences de communication et sociales : • PECS : IRD [IC] = 0,84 [0,81-0,88] (effet élevé) • SGD : IRD [IC] = 0,7 [0,67-0,72] (effet modéré) • Autre : IRD [IC] = 0,63 [0,59-0,66] (effet modéré) • PECS>SGD>Autre (p=0,05) <i>Ces résultats sont à modérer parce que l'échantillon évalué inclut les enfants de moins de 5 ans. Il semble que PECS et SGD sont d'effet grand pour les enfants de moins de 5 ans et d'effet modéré pour les jeunes plus âgés.</i>	--
George, 2017 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : FAIBLE HABITUDES DE VIE : Éducation TÂCHES VISÉES : <i>Rester centré sur</i> <i>les tâches à faire</i>	15 (11 h/4F) 15-16 ans DI (légère) Autres caractéristiques : Self-Contained (Full day Special Education Services)	Intervention : 1/Observation : • L'enseignant note les comportements non centrés sur la tâche qui nécessite une intervention en classe de sa part (quel type et quand) pendant une période définie d'observation. 2/Rencontre avec l'étudiant : • L'enseignant rapporte ses observations et fournit une stratégie d'amélioration. L'étudiant informe de sa compréhension et signe une entente avec l'enseignant.	INTENSITÉ : Observation : • Toutes les 6 min. pendant 1hr./2x/sem. Conférence : • 1x/sem.; 4 sem. FORMAT : • Individuel MILIEU : • École DISPENSATEURS : • Enseignant	m. comportements non centrés sur la tâche mesurés pendant la période d'observation : Avant l'intervention : m. = 46,3 Pendant l'intervention : m. = 19,5 SS (p<0,05) m. comportements centrés sur la tâche mesurés pendant la période d'observation : Avant l'intervention : m. = 6,97 Pendant l'intervention : m. = 8,68 SS (p<0,05) N comportements non centrés sur la tâche classé par type : • Sleeping/head down on desk:	--

²⁷ Voir à la fin du tableau pour la définition de taille d'effet.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
				Avant l'intervention : 222 Pendant l'intervention : 128 - Talking out loud/talking off topic: Avant l'intervention : 69 Pendant l'intervention : 28 - Out of seat without permission/seated improperly: Avant l'intervention : 8 Pendant l'intervention : 6 - Laughing at others: Avant l'intervention : 69 Pendant l'intervention : 28 - Preoccupation with other items or tasks : Avant l'intervention : 56 Pendant l'intervention : 19 - Daydreaming/delay doing assignment: Avant l'intervention : 67 Pendant l'intervention : 29 - Direct refusal to work: Avant l'intervention : 0 Pendant l'intervention : 2 - Avoiding class all together: Avant l'intervention : 48 Pendant l'intervention : 0	
Gilson et al., 2017 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS 56 études retenues dont 3 ECRA et 53 ECU (dont 5 études comparatives) RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition (n=5 études) Communication (6) Habitation (2) Relations interpersonnelles (4)	766 (62 % H) 14-21 ans 48 % 17-19 ans 79 % DI sans TSA 12 % DI+ TSA 9 % TSA seulement Autres caractéristiques : 25 % incapacité cognitive sévère à profonde 82% public high school 7% high school for students with disabilities	DIFFÉRENTES MÉTHODES D'INSTRUCTION <u>Phase de formation initiale :</u> Utilisation de la technologie (12 études) <u>Intervention :</u> <u>Méthodes d'instruction les plus fréquemment utilisées :</u> - Rétroaction (36) - Enseignement assisté par un dispositif technologique (34) - Incitation (33) - Enseignement en situation réelle (32) - Séquence de tâches (30) - Modelage instantané (29)	INTENSITÉ : 2x ou plus/jr. (n=18 études) 1-5x/sem. (10) 1x total (1) - NR (27) <10min./séance (5) 11-30min. (9) 31-60 min. (3) >60min. (4) - NR (35) FORMAT : - Individuel (38) - Avec des partenaires (3) - Petit groupe (2) - Grand groupe (1) - NR (11)	<u>Effet très positif, positif, hétérogène ou neutre</u> (Effet très positif (1/changement clinique significatif pour au moins 3 cas, 2/0 cas de non-effet ou d'effet négatif, 3/pas plus de ¼ avec un effet faible) ; effet positif (1/changement clinique significatif pour au moins 3 cas, 2/¾ des cas sont positifs) ; neutre (1/pas de changement dans 50 % ou plus des cas, 2/effet négatif dans une démonstration au moins) ; effet hétérogène (n'appartient pas aux catégories précédentes)) : 57 % effet très positif, 35 % effet positif, 8 % effet hétérogène (51 études non comparatives) <u>Par stratégies d'intervention :</u> - Auto-administration : 67 % effet très positif, 8 % effet positif et 25 % hétérogène - Vidéo : 78 % effet très positif, 11 % effet positif et 11 % effet hétérogène	<u>Validité sociale (N=24) portant sur objectifs (n=24), les résultats (n=18) et les procédures (n=16)</u> (questionnaire ou entrevue ; participants (n=5), instructeurs (n=2), parents (n=1), employeurs ou collègues (n=3) et groupe de différentes parties prenantes (n=6)) : La majorité des participants et des parties prenantes interrogées a jugé les interventions socialement valides.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Éducation (1) Travail (52) Loisir (1) TÂCHES VISÉES : <i>Diverses tâches en lien avec les habitudes de vie</i>	• 3% junior high school	- Méthodes d'instruction multiple (56) soit en moyenne 5,5 [2-12] <u>Stratégies d'intervention :</u> - Auto-administration de l'enseignement (12) - Enseignement à l'aide de vidéo (12) - Enseignement à l'aide de support audio (3) - Enseignement à l'aide d'image ou de supports tactiles (7) <u>Type d'enseignement :</u> - Instruction directe (11) - Aides technologiques à la communication (6) - Simulation (3) - Instruction par les pairs (2)	<u>MILIEU :</u> - École (21) - Milieu de travail (17) - École+ généralisation dans un milieu de travail (10) - Autres (p. ex. : gym, transport) (8) <u>DISPENSATEURS :</u> - Chercheurs (29) - Enseignants (13) - Instructeurs et coaches professionnels (2) - Pairs (2) - Autres (3) - Combinaison d'instructeurs (5)	- Audio : 33 % effet très positif, 67 % effet positif - Image ou tactile : 100 % effet très positif <u>Par type d'enseignement :</u> - Instruction directe : 30 % effet très positif, 60 % effet positif, 10 % NR - Aides technologiques à la communication : 17 % effet très positif, 83 % effet positif - Simulation : 33 % effet très positif, 67 % effet positif - Instruction par les pairs : 20 % effet très positif, 50 % effet positif <u>Effet positif, hétérogène ou neutre (Effet positif (inclus effet très positif et positif ci-dessus); effet neutre (idem ci-dessus); effet hétérogène (idem ci-dessus)) :</u> <u>Maintien (immédiat-4mois, n=35) :</u> 63 % effet positif, 37 % effet hétérogène <u>Généralisation (n=24) :</u> 67 % effet positif, 33 % effet hétérogène <u>Études comparatives (n=5) :</u> <u>Comparaison de différents éléments de l'intervention (p. ex. : avec ou sans clés auditives; automodelage versus modelage par un adulte) :</u> équivalent ou peu de différence (n=4) fluency > accuracy training on the retention and endurance (n=1)	
Goo et al., 2016 (ÉTATS-UNIS, réalisée en République de Corée) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition	4 (4 h) 17-18 ans DI (modérée) (2) ou (légère) (2) Autres caractéristiques : Ont de la difficulté à mettre en œuvre des compétences en	<u>Computer-based video instruction (CBVI) Intervention :</u> - Vidéos réalisées dans l'épicerie d'entraînement point de vue externe - Photos réalisées dans l'épicerie d'entraînement 17 étapes issues de l'analyse de la tâche avec une vidéo et une question	<u>INTENSITÉ :</u> 1-2x/jr.; 15 min. <u>FORMAT :</u> - Individuel <u>MILIEU :</u> - Classe; et 2 épiceries <u>DISPENSATEURS :</u>	<u>% d'étapes réalisées de façon autonome (n= 17) (Épicerie : liste papier fournie; Classe : liste sur ordinateur; répondre à une question par étape : 1 bonne/4 réponses possible) :</u> <u>Avant l'intervention :</u> - Épicerie : 12 % ; 18 % ; 0 % ; 0 % - Classe : 49 % ; 43 % ; 26 % ; 18 % <u>Pendant l'intervention (classe) :</u> 94 % (atteint 100 %) ; 100 % ; 73 % (atteint 100 %) ; 87 % (atteint 100 %) <u>Maintien :</u>	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
TÂCHES VISÉES : <i>Aller chercher les items d'une liste sur papier</i>	lien avec l'épicerie dans la communauté • Sont capables de reconnaître des mots en lien avec les achats à l'épicerie et réaliser certaines opérations arithmétiques • Capacité sociale variable	• rétroaction et incitation visuelle/auditive pour les guider dans les étapes pendant CBVI	• Chercheur	• Épicerie : 79 % ; 94 % ; 76 % ; 56 % <u>Généralisation (nouvelle épicerie) :</u> 53 % ; 59 % ; 71 % ; 65 %	
Hartzell et al., 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Augmenter l'engagement social avec les pairs sans DI dans un environnement inclusif tel qu'une cafétéria d'une école</i>	1 (1F) 8 ans Syndrome de Down Autres caractéristiques : • Unsuccessful attempts at social interaction • Often avoid social interaction with her peers • When she did attempt to interact with her peers, she would often display aggressive behaviors toward her peers such as scratching, hitting, and pushing	<u>Intervention:</u> <u>Avant la période de diner :</u> • Instruction centrée sur un élément de la compétence sociale (1 leçon générale + 4 leçons sur chacune des compétences spécifiques + leçons sur l'ensemble des compétences) <u>Pendant la période de diner :</u> • Incitation (1x/min.) : réaliser un comportement d'engagement social (p. ex. : si n'interagit pas avec un pair, le chercheur va guider pour établir un contact visuel, puis pour se placer en face de son interlocuteur) • Renforcement : autocollants quand le participant interagit avec un pair • Estompage de l'incitation en fonction de la réponse • Modification du renforcement en fonction de la réponse	<u>INTENSITÉ :</u> • 5min./séance <u>FORMAT :</u> • Individuel <u>MILIEU :</u> • Cafétéria de l'école + cour d'école <u>DISPENSATEURS</u> : • Chercheur	<u>% d'engagement social</u> (établir un contact visuel avec le pair; faire face à son interlocuteur lorsque l'échange est en cours; être audible par son interlocuteur; partager des sujets de conversation intéressants pour l'interlocuteur) — salle à diner : <u>Avant l'intervention :</u> • 1 % <u>Pendant l'intervention :</u> • Incitation (1x/min.) : 62 % (max. 93 %) • Incitation (1x/2 min.) : 70 % (max. 80 %) • Incitation (1x/4 min.) : jamais atteint • pas d'incitation : jamais atteint <u>Maintien (nouvelle année scolaire ; 4 mois après la fin de l'intervention) :</u> 47 % (max. 68 %) <u>% d'engagement social</u> (Généralisation – pendant la récréation dans la cour d'école) : <u>Avant l'intervention :</u> • 1 % <u>Pendant la période d'intervention :</u> • 26 % (max. 58 %) <u>Maintien (nouvelle année scolaire ; 4 mois après la fin de l'intervention) :</u> • 55 % (max. 75 %)	<u>Acceptabilité de l'intervention à partir de sa description</u> (Intervention Rating Profile-15; Likert scale ranging from 1 (strongly disagree) to 6 (strongly agree); >52 = intervention acceptable; enseignant de la participante) : • Avant l'intervention : 30 • Après l'intervention : 75
Hetzroni et Banin, 2017 (ISRAËL)	5 (5 h) 11-15 ans	SOCIAL SKILLS TRAINING <u>Programme informatique</u> <u>« Try to identify this social behaviour » :</u>	<u>INTENSITÉ :</u> • 40- 50min./séance ;	<u>Comparaison entre les M. avant et après l'intervention en fonction du comportement visé :</u>	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Utiliser des compétences sociales</i>	DI (légère à modérée) Autres caractéristiques : • normal or corrected vision and hearing as determined by school records; • ability to use the computer, manipulate the mouse and use the keyboard to make selections independently	• Identifier les types de comportements sociaux attendus et non attendus • Identifier les types de comportements et les possibles conséquences à partir de 2 choix • Enseignement dispensé par écrit ou par instructions audio <u>Segment de modelage vidéo :</u> mettant en scène des pairs et les participants réalisant ; les comportements sociaux attendus et non attendus <u>Groupe de discussion :</u> • Discussion et résolution de problèmes en lien avec des situations sociales • Séance d'entraînement à l'aide de simulation en groupe de deux devant le groupe • L'enseignant apporte son feedback pendant la simulation • Basé sur les vidéos	total de 5 séances par situation visée (3 situations différentes) FORMAT : • Individuel pour le programme • 5-6 participants pour le gr. de discussion MILIEU : • École DISPENSATEURS : • Enseignant	<u>Entry through school gates and into the classroom</u> • $t(139) = 10,75$ ($p < 0,001$) <u>Asking permission before taking an item from a peer</u> • $t(139) = 15,5$ ($p < 0,001$) <u>Playing with a friend</u> • $t(139) = 10,1$ ($p < 0,001$) Comparaison entre les M. avant et après l'intervention en fonction du type de comportement visé : <u>Action :</u> • $t(139) = 9,6$ ($p < 0,001$; entry) ; $10,75$ ($p < 0,001$; asking permission) ; $15,5$ ($p < 0,001$; playing) <u>Comportement verbal :</u> • $t(139) = 6,5$ ($p < 0,001$; entry) ; $15,6$ ($p < 0,001$; asking permission) ; 7 ($p < 0,001$; playing) <u>Comportement non verbal :</u> • $t(139) = 1,7$ (ns ; entry) ; 9 ($p < 0,001$; asking permission) ; $4,4$ ($p < 0,001$; playing)	
Huntington, 2012 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Travail TÂCHES VISÉES : <i>Réaliser des tâches sur un lieu de travail (pizzeria ou presbytère) (ex de tâche : préparation des ustensiles (10</i>	3 (1F/2H) 19-20 ans DI (légère) (2) à (modérée) (1) TSA (2) Autres caractéristiques : • Participent à un programme de transition dans la communauté • Sont en voie d'obtenir un diplôme d'études secondaires,	<u>Entraînement à l'utilisation du iPod® :</u> • Instruction • Modelage • Incitation verbale et physique <u>Intervention :</u> • Incitation visuelle et auditive simultanée (segments vidéo, étape par étape) • Incitation croissante (éducateur) • Modelage • Analyse de la tâche	INTENSITÉ : <u>Entraînement à l'utilisation du iPod® :</u> NR <u>Intervention :</u> • Variable selon l'acquisition des compétences (7-9 séances) FORMAT : • Individuel MILIEU : <u>Entraînement à l'utilisation du iPod® :</u>	% d'étapes complétées de façon autonome : <u>Avant l'intervention :</u> Tâche 1 : <10 %, 0 %, 35 % Tâche 2 : <10 %, 18 %, 10 % <u>Pendant l'intervention :</u> Tâche 1 : entre 75 % et 100 %, entre 70 % et 100 %, entre 67 % et 100 % Tâche 2 : entre 75 % et 100 %, entre 60 % et 90 %, entre 70 % et 100 % <u>Maintien (2-4 semaines) :</u> Tâche 1 : entre 60 % et 65 %, entre 70 % et 100 %, entre 65 % et 80 % Tâche 2 : entre 45 % et 65 %, entre 60 % et 90 %, entre 65 % et 70 % <u>Généralisation (1 nouvelle tâche) :</u> Avant l'intervention : <10 %, <10 %, 35 %	Perceptions of the iPod® device as an employment support (3 Employers; survey; Likert-type scale): • The employee learned how to operate the iPod® touch with limited need for re-teaching: strongly agree (3 employers) • The iPod® was an appropriate technology tool to use on the work site: agree (3) • I would welcome the use of an iPod® to teach job skills at my business.: strongly agree (3) • Using the iPod® touch with video prompts helped the employee master the skills with increased

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
étapes), nettoyer fenêtres et stores (10 étapes), passer la balayeuse (12 étapes) à l'aide d'un iPod®)	mais ont besoin de soutien continu pour développer une autonomie dans les activités de la vie quotidienne		- Bureau/cuisine du centre offrant le programme <u>Intervention :</u> - Lieu de travail <u>DISPENSATEURS</u> : <u>Entraînement à l'utilisation du iPod® :</u> - Chercheur <u>Intervention :</u> - vidéo sur iPod® et éducateur d'intégration au travail	Pendant l'intervention : entre 80 % et 100 %, entre 65 % et 90 %, entre 95 % et 100 % Maintien (2-4 sem.) : 40 %, entre 50 et 55 %, entre 10 % et 20 %	independence: strongly agree (2); agree (1) <u>Experiences with the iPod® device (3 Job coaches; survey: Likert-type scale):</u> - The client learned how to operate the iPod touch® with limited need for re-teaching: strongly agree (3 job coaches) - Using iPod touch® with video prompts helped the client master the skills with increased independence: strongly agree (3) - The client enjoyed using the iPod® while at work: strongly agree (3) 1 would use the iPod® to teach job skills and to increase independence in the future: strongly agree (3) - Creating the video prompts and loading them to the iPod® was not difficult to master: agree (1) but has concerns with the fact that the participant “would want to always use it even when he knows what to do and that might slow him down. We might want to discuss a fade plan.” <u>Experience with the job tasks and the use of the iPod® at work (3 participants; interviews):</u> - All three participants liked their jobs and were specific about the tasks they liked the best (washing tables, vacuuming, and dusting). - All three liked using the iPod® at work, all agreeing that the video was most helpful. - One participant said the iPod® helped her to stay focused on the job. - All three participants agreed that the iPod® helped them learn how to do the job tasks and that they would

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
					like to use the iPod® to learn new and future jobs • They all felt the iPod® was easy to use and one reported that "It was easy to use, but sometimes I did not use it because I learned the step and could skip that video."
Ingersoll <i>et al.</i>, 2017 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECRA RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Améliorer le fonctionnement social et diminuer les comportements problématiques</i>	19 (16 h/3F) 12-20 ans GR. Intervention : M= 16 ans Gr. témoin : M=17 ans TSA+ DI (modérée) (18) à (sévère) (1) (selon le DSM-5) Autres caractéristiques : • Functional communication: simple sentences (2); phrases or single words (4); nonverbal and used augmentative communication (13) • Support for their self-care and vocational tasks (19) • History of significant aggression and/or other challenging behavior that prevented them from being cared for in the family home (19)	AUTRES: RECIPROCAL IMITATION TRAINING Gr. intervention: Reciprocal imitation training Pour promouvoir la reconnaissance de l'imitation et la réciprocité : • Limiter les comportements verbaux et non verbaux de l'adolescent • Décrire les actions de l'adolescent de façon simple • Augmenter l'expression de l'adolescent <u>Pour enseigner l'imitation :</u> • Modelisation of an action + verbal marker with the duplicate of the object the adolescent was currently attending to or a gesture related to the adolescent's play • Verbal marker described the action • Actions were modeled up to three times Response prompt: • If not imitating, physically guided the adolescent to complete the action • Praised the adolescent for imitation <u>Gr. témoin :</u> • Academic tasks identified in their individualized treatment plan	INTENSITÉ: • 2x/jr.; 2-3x/sem.; 10min./séance (similaire pour le GR. Témoin) FORMAT : • Individuel MILIEU : • Full-time residential setting principalement pendant les activités de loisirs et de jeux ; une partie a également été réalisée pendant les tâches fonctionnelles. DISPENSATEURS : • Enseignants	Fonctionnement social (échelle avec 85 — item ; membre de l'équipe travaillant avec l'étudiant) : <u>Après l'intervention :</u> • Gr. intervention > Gr. témoin ($t(17) = 2,24$, $p = 0,04$; $d = 1,03$) <u>Comparaison avant-après :</u> • Gr. intervention : $t(9) = -2,40$, $p = .04$; $d = .76$ • Gr. témoin : ns Comportements problématiques (liste : psychologue) : <u>Après l'intervention :</u> • Gr. intervention > Gr. témoin ($t(17) = -2,07$, $p = .05$; $d = 0,95$) <u>Comparaison avant-après :</u> • Gr. intervention : $t(9) = 2,22$, $p = .05$; $d = 0,7$ • Gr. témoin : ns Comportements spontanés d'imitation (N : observation du participant) : <u>Après l'intervention :</u> • Gr. intervention = Gr. témoin ($t(17) = -1,10$, ns; $d = 0,51$) <u>Comparaison avant-après :</u> • Gr. intervention : $z = -1,96$, $p = .05$; $d = 0,75$ • Gr. témoin : ns Comportement structures d'imitation (N : observation du participant) : <u>Après l'intervention :</u> • Gr. intervention = Gr. témoin ($t(15) = -1,25$, ns; $d = 0,52$) <u>Comparaison avant-après :</u> • Gr. intervention : $t(7) = -.25$, ns	Description de l'expérience avec l'intervention (questionnaire ouvert ; enseignants) : <u>Bénéfices perçus de l'intervention :</u> • Increases in student's social responsiveness (increased initiations, eye contact, awareness of peers) • Increases infunctional skills (vocational activities, self-care, leisure skills). • general enjoyment of the sessions from participants and teachers <u>Challenges avec l'intervention :</u> • Ne convient pas à tous les participants, notamment s'ils présentent des comportements agressifs • Difficultés en lien avec l'implantation de l'intervention notamment l'enregistrement visuel des séances

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention	Modalités	Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies		Mesures Résultats	Mesures Résultats
	Positive behavior support plan and participated in a vigorous exercise program to address challenging behavior (19)	Received high rates of reinforcement		Gr. témoin : ns	
Kellems et al., 2017 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition Habitation TÂCHES VISÉES : <i>faire un spaghetti, nettoyer la salle à manger, faire un macaroni au fromage, nettoyer l'entrée, nettoyer le balcon, nettoyer le salon, poster une lettre à l'aide d'un support technologique (iPad®) (entre 8 à 20 étapes)</i>	3 (2H/1F) 19-20 ans DI légère (1) modérée (2) TSA (2) Autres caractéristiques :	<u>Apprentissage de l'utilisation du iPad® :</u> - Instruction par modelage <u>Intervention :</u> - Incitation verbale - Modelage des étapes par photos et par vidéo, au besoin	INTENSITÉ : NR FORMAT : - Individuel MILIEU : - École DISPENSATEURS : <u>Apprentissage de l'utilisation du iPad® :</u> - Chercheur <u>Intervention :</u> - Vidéo sur iPad®	M. de% d'étapes correctement complétées de façon indépendante : <u>Avant intervention :</u> 0 % ; 0 % ; 0 % <u>Pendant intervention :</u> • >75% (5 part.); atteint 100% (0 part.); 3 à 6 séances <u>Maintien (entre 15 et 70 jr.) :</u> 80-90% ; 87-100% ; 90-100%	Questionnaire complété par les participants (3) et par les enseignants (2) : <u>Participants :</u> - Aiment utiliser le iPad® pour apprendre - Aiment visionner les vidéos - Perçoivent que le iPad® est un moyen efficace pour apprendre les tâches de la vie quotidienne - Aimeraient utiliser davantage le iPad® dans le futur <u>Enseignants :</u> - Participants semblent aimer utiliser le iPad® - Veulent utiliser davantage le iPad® dans le futur Les participants et les enseignants trouvent que le iPad® est un moyen socialement acceptable d'enseigner les tâches de la vie quotidienne.
Kemp-Inman, 2016 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Loisirs	3 (2H/1F) 16-18 ans DI (légère) (1) à (modérée) (2) Autres caractéristiques :	<u>Phase 1 :</u> - Lecture à voix haute d'un chapitre adapté <u>Phase 2 :</u> - Lecture à voix haute (identique à phase 1) + club de lecture (organisateur)	INTENSITÉ : 3-4/sem. - Club de lecture (30 min.) FORMAT : <u>Lecture à voix haute :</u> - Individuel	N. moyen de bonnes réponses aux questions de compréhension de lecture (1 question de séquence (4) + 3 questions à choix multiple) (max.=7) : <u>1/Pendant la lecture à haute voix :</u> <u>Avant l'intervention :</u> - Phase 1 : 1 (0-3) ; 2 (1-3) ; 0,7 (0-1) - Phase 2 : 3,16 (0-6) ; 1,4 (0-4) ; 0,5 (0-1) <u>Avec l'intervention :</u>	5 questions de type Likert (1 - complètement en désaccord, 4 complètement en accord) au sujet du club de lecture : Q1-sentiment à l'égard du temps passé au club de lecture Q2-importance de passer du temps ensemble pour discuter de livres Q3-confort à participer au club de lecture

Etude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
TÂCHES VISÉES : <i>Participer aux discussions au sujet d'un livre dans un club de lecture incluant des jeunes présentant ou non une DI</i>	- Capable de tenir une conversation sur un sujet familier - Faible capacité de lecture - Capable d'utiliser physiquement et visuellement un iPad®	graphique de l'ordre temporel; questions de compréhension de l'ordre temporel; questions de discussion de plus haut niveau; présence de pairs sans DI)	<u>Club de lecture :</u> - Groupe (1 participant + 2-3 pairs sans DI) MILIEU : - École DISPENSATEURS : - Doctorant en éducation spécialisée, GoPro app sur iPad® pour la lecture à voix haute <u>Club de lecture :</u> + pairs	4,4 (2-7) ; 6,2 (4-7) ; 3,5 (1-5) <u>2/Pendant le club de lecture :</u> <u>Avant l'intervention :</u> - Phase 2 : 2 (0-3) ; 1,25 (0-3) ; 0,6 (0-2) <u>Avec l'intervention :</u> 6,4 (4-7) ; 6,2 (4-7) ; 6,8 (6-7)	Q4- apprentissage à partir des autres membres Q5- participation future souhaitée <u>1/participants</u> Q1 : 1 ; 4 ; 4 Q2 : 4 Q3 : 2 ; 4 ; 4 Q4 : 1 ; 4 ; 4 Q5 : 1 ; 4 ; 4 <u>2/pairs (n=4)</u> Q1 : 4 Q2 : 3 ; 4 ; 3 ; 4 Q3 : 4 ; 4 ; 3 ; 3 Q4 : 3 ; 4 ; 2 ; 2 Q5 : 3 ; 3 ; 2 ; 3
		Phase 3 : Intervention : Lecture à voix haute d'un chapitre adapté au participant avec stratégies suivantes. <u>Pour la compréhension littérale :</u> - Instructions systématiques et explicites - Système modifié d'incitation du moins vers le plus en cas d'erreur (page ; phrase puis réponse correcte fournie) en cas d'erreur - Félicitations lors des bonnes réponses - Session de rappel (n=2/3 participants) <u>Pour les questions de discussion :</u> - Système de model-lead-test : modelage, penser à voix haute, 4 essais) +club de lecture : - Système de <i>model-lead-test</i> : (modelage, penser à voix haute, 4 essais successifs) pour les participants et les pairs <u>Autodétermination :</u> Participe à l'élaboration des règles de fonctionnement du club de lecture		<u>Contribution aux questions de discussion de plus haut niveau pendant le club de lecture (pensées originales sur le sujet (3), commentaires sur le sujet (mais non originales) (2), commentaires hors sujet (1) :</u> <u>1/participants</u> <u>Avant l'intervention :</u> - phase 1 : -- - phase 2 : 0 (0) ; 2 (0-6) ; 0 (0-1) <u>Avec l'intervention :</u> 2,9 (0-9) ; 6,9 (3-12) ; 3,6 (0-7) <u>2/pairs (n=3)</u> <u>Avant l'intervention :</u> - phase 2 : 9,3 (3-15) ; 11,8 (6-20) ; 8,5 (6-12) <u>Avec l'intervention :</u> 9,3 (6-12) ; 15 (12-18) ; 16,5 (15-18)	<u>5 énoncés avec 4 choix de réponse (1 — pas du tout d'accord à 4 — complètement d'accord) au sujet de l'intervention (2 enseignants) :</u> - Q1-importance d'accéder à de la littérature/jeunes avec DI : 4 ; 3 - Q2-pertinence de l'iPad® : 4 ; 3 - Q3-importance des interactions sociales avec des pairs : 4 ; NR - Q4-pertinence des clubs de lecture pour apprendre à répondre à des questions de haut niveau : 4 ; 3 - Q5- promotion des clubs de lecture dans le futur : 4 ; 3
Kim et Kwon, 2018 (RÉPUBLIQUE DE CORÉE)	3 (1 h/2F) 11-12 ans	MINDFULNESS-BASED INTERVENTION <u>Understanding of the concept of mindfulness:</u> basic	INTENSITÉ:	<u>Task-avoidance behaviour (e.g., out of seat, talking to a classmate, tearing up work, kicking a desk):</u>	<u>Satisfaction avec l'intervention (Likert-type scale (1 = strongly disagree to 5 = strongly agree), 3 teachers) :</u>

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : FAIBLE HABITUDES DE VIE VISÉES : Éducation TÂCHES VISÉES : <i>diminution de comportements négatifs (p. ex. : faible sentiment de valeur ; intolérance aux erreurs personnelles ; peur de l'échec ; peur de la critique) en lien avec une faible autorégulation des émotions et des comportements</i>	• DI (légère) (3) Autres caractéristiques : • showing concerning behaviour including task avoidance; • understands other people's verbal directions and questions and reads and writes sentences.	concepts of overall meaning, awareness, attention for mindfulness <u>Practice of awareness and attention:</u> awareness of and attention to body and feeling <u>Practice focusing on one's mindful behaviour:</u> training of practice on one's mindful behaviour including awareness of and attention to one's behaviour with tasks, one's mindful management to the focused behaviour with tasks and verbal self-affirmation. <u>Autres éléments :</u> • Intervention implementation manual • Mediating materials (p. ex. : musical instruments; feelings check chart; picture clues; arithmetic task) • To enhance attention and compliance, each participant's mother met with the trainers prior to the intervention, to discuss the problems they encountered which included difficulties in focusing on activities, the benefits of the meditation and the expectations and motivation. • Intervention adjusted to the specific needs of each participant with regard to developmental challenges and task-performance enhancement.	• 2x/sem.; 45min./séance, 25 séances FORMAT: • Individuel MILIEU : • Domicile DISPENSATEURS : • Thérapeute (extensive experience in mindfulness meditation practice as well as clinical expertise and experience in service delivery to individuals with ID)	<u>Avant l'intervention :</u> • 68 % ; 54 % ; 62 % <u>Pendant l'intervention (mesuré à partir de la 11-14^e séances) :</u> • 17 % ; 12 % ; 16 % <u>Maintien (every 5 days for a month):</u> • 14%; 7%; 11% On-task behaviour (p. ex. : remains sitting in their desk): <u>Avant l'intervention :</u> • 2 % ; 3,5 % ; 7 % <u>Pendant l'intervention (mesuré à partir de la 11-14^e séances) :</u> • 58,5 % ; 67 % ; 66 % <u>Maintien (every 5 days for a month):</u> • 63%; 74%; 72%	• M. = 5 ; 4 ; 4 Satisfaction avec l'intervention (Likert-type scale (1 = never liked and 5 = definitely liked), 3 participants): • M. = 5; 5; 5 Perception de l'efficacité de l'intervention (Entrevue réalisée pendant la phase de maintien : mères) : • Mother 1: her daughter seemed to learn how to reach her potential; improved her behaviour not only with regard to task avoidance but also in daily life skills; boost in her daughter's self-esteem. • Mother 2: improved her daughter's positive behaviour especially in her motivation to self-manage her behaviour; more interested in and actively involved in her own environment • Mother 3: enabled her son to calm his temper in daily, stressful situations; improved appropriate communication skill, decreased inappropriate discussion; increased attention span; began to complete tasks with little inappropriate behaviour
Kim et al., 2014 (RÉPUBLIQUE DE CORÉE) DEVIS : ECU	3 (2H/1F) 17 ans DI (sévère)	AUTRES: ASSISTED SOCIAL STORIES	INTENSITÉ : • Since the participating students were	% of intervals during which each response occurred was measured. Disruptive behavior included off-task, disturbing others, and making disruptive noises that were incompatible with learning:	M. of the importance of the target skills, acceptability of the intervention strategies, effectiveness of the intervention, and usefulness (five point Likert-type

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Decrease problem behavior interfered with their learning and caused classroom disruptions</i>	Autres caractéristiques : • Special school • Comprehended kindergarten level reading materials • Had no dual diagnosis of sensory or physical disability • Had no prior experience with SS intervention • Had good school attendance	• Basic skills for accessing the web-based Social Stories (SS) on Prezi • Functional behavior assessment was conducted with regard to social and automatic reinforcement functions of the participating students' disruptive behaviors • Personalization of each story: written in the third person; participant's name • To address the function of each student's disruptive behavior, the stories focused on teaching target alternatives or replacement behaviors by providing scripts that the student should do instead of engaging in disruptive behavior • The SS included photos of the students engaging in target replacement skills • At the end of the story reading, the teacher asked the students four who, what, when, and why questions (e.g., "What do you need to do when it is time for class?") to aid their comprehension of the story and provided verbal positive feedback (e.g., "That's right!") for correct responses. If the participant answered the question incorrectly, the teacher opened the story to the correct response and provided corrective feedback	familiar with tablets, the training was brief, less than 10 min. • 10 min./séance • In the morning before the start of academic activities FORMAT: • Individuel MILIEU : • École DISPENSATEURS : • Chercheur	<u>Avant l'intervention :</u> • 92 % ; 97 % ; 83 % <u>Pendant l'intervention :</u> • 48 % ; 46 % ; 31 % <u>Généralisation (other academic time period):</u> • 38%; 37%; 19% <u>Maintien (2,4 et 6 sem. plus tard) :</u> • 40 % ; 39 % ; 20 % Academic engagement included paying attention to teacher's lesson, working on assigned academic tasks, and asking for assistance: <u>Avant l'intervention :</u> • 25,5 % ; 47 % ; 31 % <u>Pendant l'intervention :</u> • 70 % ; 85 % ; 75 % <u>Généralisation (other academic time period):</u> • 91%; 84%; 94% <u>Maintien (2,4 et 6 sem. plus tard) :</u> • 89 % ; 82,5 % ; 91 %	scale from 1 (negative) to 5 (positive); six observers (one parent of each participant, two teachers, and a guidance counselor): • Total: M. = 4,4 • Impact positif de l'intervention sur les comportements : 5 • Diminution des comportements perturbateurs : 5 • Augmentation significative de l'engagement scolaire : 5

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention	Modalités	Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies		Mesures Résultats	Mesures Résultats
		The participants earned playtime with the tablet or computer during lunchtime based on the number of tokens earned. They were allowed to read the SS again if desired during this time.			
Kim, 2016 (RÉPUBLIQUE DE CORÉE) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Rel. interpersonnelles (éduc. à la sexualité) TÂCHES VISÉES : <i>Refuser des situations sexuelles inadéquates, quitter la situation et rapporter la situation</i>	3 (3F) 11-13 ans DI (légère)	PROG PRÉVENTION DES AGRESSIONS SEXUELLES - Posters anatomiques - Mises en situation (5 situations potentiellement dangereuses/non dangereuses) - Livre à colorier décrivant une histoire d'abus - Jeux de rôle décrivant 3 scénarios d'abus - Instructions - Discussions - Modelage - Rétroaction	INTENSITÉ : 5 séances, 2-3x/sem., 25-30 min./séance FORMAT : - Individuel MILIEU : - Centre communautaire et domicile DISPENSATEURS : - Chercheur	Capacité à refuser des demandes sexuelles inadéquates, à quitter la situation et à rapporter la situation à un adulte : <u>Avant intervention :</u> - Aucun refus de la part de 2/3 des participantes; refus occasionnel pour 1/3 participante <u>Après intervention (jeux de rôle) :</u> 100 % des participantes refusent, quittent et rapportent la situation inadéquate <u>Maintien 10 sem. :</u> 2/3 participantes refusent, quittent et rapportent la situation inadéquate dans les 3 milieux 1/3 refuse, quitte et rapporte la situation inadéquate dans 2/3 milieux; refuse et quitte la situation dans l'autre milieu Généralisation (centre communautaire, parc et magasin) : 2/3 participantes refusent, quittent et rapportent la situation inadéquate dans les 3 milieux 1/3 refuse, quitte et rapporte la situation inadéquate dans 2/3 milieux; refuse et quitte la situation dans l'autre milieu	--
Kramer et al., 2018a (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ESSAI COMPARATIF AVEC	Projet TEAM : 47 (28H/19F) Gr. témoin : 35 (21 h/14F) 17,5 ans	Projet TEAM : <u>1) identification d'un objectif individuel :</u> NR <u>2) Séances de groupe :</u> Différentes techniques pédagogiques et activités d'apprentissage dont la discussion, des	INTENSITÉ : <u>1) objectif individuel :</u> 2 séances, avant le début du programme <u>2) séances de groupe :</u>	Connaissances de l'environnement physique et social, des stratégies pour changer l'environnement et des droits : <u>Comparativement aux participants du groupe témoin, les participants au Projet TEAM :</u> Démontrent de meilleures connaissances au posttest et au suivi de 6 semaines	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
RÉPARTITION NON ALÉATOIRE RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ <u>HABITUDES DE VIE :</u> loisirs vie associative et spirituelle travail éducation TÂCHES VISÉES : <i>capacité à identifier les barrières et facilitateurs environnementaux d'ordre physique ou social, à générer des solutions pour résoudre ces barrières et à demander des modifications pour augmenter la participation aux activités à l'école, au travail ou dans la communauté</i>	- Projet TEAM : 67 % Déficience développementale e + DI - Gr. témoin : 37 % Déficience développementale e + DI	présentations PowerPoint interactives, des activités de résolution de problème et des jeux. <u>3) mentorat par les pairs :</u> NR GR. TÉMOIN : 12-week goal-setting comparison condition	15 séances, 2hr./séances, 2x/sem.; 12 sem. <u>3) mentorat :</u> 8 appels sur les 12 sem. du programme FORMAT : <u>1) objectif individuel :</u> NR <u>2) sessions de groupe :</u> - Groupe <u>3) mentorat :</u> - Par téléphone en individuel MILIEU : <u>1) Objectif individuel :</u> NR <u>2) Sessions de groupe :</u> - Contexte réel <u>3) Mentorat :</u> NR DISPENSATEURS : <u>1) Objectif individuel :</u> NR <u>2) Séances de groupe :</u> - Intervenant (p. ex : TS) et un intervenant en réadaptation <u>3) mentorat :</u> - Ancien participant 2) Sessions de groupe	- Une augmentation SS quant à leurs connaissances entre le prétest et le posttest et le suivi de 6 sem. Habiletés de résolution de problème : - Pas de diff. SS entre les 2 gr. aux 3 temps de mesure (pré —; post — et suivi 6 mois) - Aug. SS chez les participants du Project TEAM entre prétest et posttest, et entre prétest et suivi 6 sem. - Aug. SS chez les participants du gr. témoin entre prétest et suivi 6 sem. Autodétermination : <u>Rapporté par le jeune :</u> - Pas de diff. SS entre les gr. aux 3 temps de mesure. - Aug. SS chez les participants du gr. témoin entre pré-test et posttest. <u>Rapporté par les parents :</u> - Pas de diff. SS entre les gr. aux 3 temps de mesure. - Aug. SS chez les participants du Project TEAM entre prétest et posttest, et entre prétest et suivi 6 sem. Sentiment d'auto-efficacité : Pas de diff. SS entre les gr. et dans le temps. Atteinte de l'objectif de participation : - Participants du Project TEAM démontrent une habileté plus grande à appliquer leurs apprentissages durant la participation à la vie quotidienne que les participants du gr. témoin après l'intervention. - Pas de diff. dans l'atteinte de l'objectif de participation entre les 2 gr. au posttest (12 % des participants du Project TEAM n'atteignent pas leur objectif de participation vs 29 % dans groupe témoin). - Sign. : + de participants du Project TEAM atteignent leur objectif de participation au suivi 6 semaines que les participants du gr. témoin (98 % vs 77 %).	

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Lindsay et Lampthey, 2018 (CANADA) DEVIS : RS 19/24 études portent sur un diagnostic de DI Devis variable RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE : Déplacements TÂCHES VISÉES : <i>Diverses tâches en lien avec les habitudes de vie</i>	857 (? H/ ? F) M=18 ans [étendue = 5-39] Majorité de DI (NR) Autres caractéristiques : D'autres diagnostics sont aussi présents	<u>Composants de l'intervention :</u> • Pratique en contexte naturel • Simulation • Réalité virtuelle et augmentée • Applications sur un dispositif technologique portable • Utilisation du multimédia (vidéo)	INTENSITÉ : • Jusqu'à 1 an FORMAT : NR MILIEU : • Divers (contextes réels ou simulés) DISPENSATEURS : NR	Résultats d'efficacité : N. études démontrant une amélioration et taille d'effet (TE)²⁸ : • Compétences en déplacements pédestres : 10/13 études (TE NR) • Reconnaissance de repères : 8/9 études (TE petite à large) • Connaissance et apprentissage du trajet : 2/5 études (TE petite) • Compétences en transports en commun : 4/5 études (TE NR) • Sécurité pédestre : 1/1 étude (TE NR) Autres résultats d'intérêt : • L'utilisation d'une carte permet une meilleure performance, comparativement à la description du trajet • L'utilisation d'un jeu de réalité virtuelle portant sur la sécurité pédestre a le potentiel de motiver la sécurité pédestre • Les applications de réalité augmentée (qui juxtaposent le monde réel et de l'information de navigation) sont plus efficaces que l'utilisation seule de Google Maps • Les résultats des interventions basées sur les applications ont montré une amélioration de la navigation, de l'orientation, de l'apprentissage des itinéraires, de l'utilisation du transport en commun et des déplacements pédestres	--
Lojkovic, 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : 2 ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ/FAIBLE	Study 1 1 (1F) 18,4 ans DI (modéré ou sévère) Syndrome de Down	Application de messagerie texte adaptée (disponible sur iPod touch®) Adapté avec voix électronique, symboles et images	INTENSITÉ : • Démonstration à 3 reprises FORMAT : • Individuel MILIEU :	m. du N. de messages électroniques envoyés de façon indépendante via l'application : • Avant intervention : 0 • Pendant intervention : 2,77 • Maintien (2 sem.) : 2,00	Entrevue qualitative (jeune) : • Aime utiliser l'application, lui permet de communiquer comme sa sœur veut ajouter plus de contacts, plus de messages • A mentionné avant le début de l'intervention qu'elle voudrait être en

²⁸ Les tests effectués pour obtenir les tailles d'effet ne sont pas précisés dans cette revue.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
HABITUDES DE VIE VISÉES : Communication TÂCHES VISÉES : <i>Utiliser une messagerie instantanée préprogrammée pour communiquer</i>	Autres caractéristiques : • Possède un cellulaire	• Modeling or example based instruction is an instructional strategy “in which an expert, teacher, or peer student – the model – demonstrates and (often) explains how to complete a task • Hand-over-hand demonstrations	• Milieu résidentiel universitaire DISPENSATEURS : • Chercheur	• Généralisation (changement des messages à envoyer) : 2,67	mesure d'envoyer des messages à sa famille Entrevue qualitative (parent) : • Apprécie avoir plus de contacts avec sa fille durant la journée, rapporte que sa fille veut savoir quand elle pourra utiliser l'application pour communiquer avec ses amies.
	Study 2				
	1 (1F) 21,9 ans DI (modéré ou sévère) Paralyse cérébrale Autres caractéristiques : • Possède un cellulaire	Application de messagerie texte adaptée (disponible sur iPod touch®) Adapté avec voix électronique, symboles et images • Modeling or example based instruction is an instructional strategy “in which an expert, teacher, or peer student – the model – demonstrates and (often) explains how to complete a task	INTENSITÉ : • Démonstration à 3 reprises FORMAT : • Individuel MILIEU : • Appartement supervisé DISPENSATEURS : • Chercheur	m. du N. de messages électroniques envoyés de façon indépendante via l'application : • Avant intervention : 0 • Pendant intervention : 1,89 m. du N. de messages électroniques envoyés de façon indépendante via l'application, en réponse à la réception d'un message texte (Taux de réponse) : • Avant intervention : 0 • Pendant intervention : 3,31 (80,77 %) • Maintien (2 sem.) : 3,00 (75 %) • Généralisation (changement des messages à envoyer) : 3,67 (91,67 %)	Entrevue qualitative (jeune) : • Aime utiliser l'application, facile à utiliser, n'aime pas la voix électronique Entrevue qualitative (personnel de l'unité résidentielle/famille) : • Rapporte que la participante continue d'utiliser l'application, mais utilise désormais également son cellulaire pour écrire des notes ou envoyer des dessins, choses qu'elle ne faisait pas avant • Rapporte que la participante est plus communicative, plus engagée dans ses communications
McPherson et al., 2017 (AUSTRALIE) DEVIS : ECRA RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Soins personnels (utilisations des soins de santé)	592 (? H/ ? F) Gr. intervention : 345 (H=186) Gr. témoin : 247 (H= 137) Gr. intervention : M. (ET)= 15,4 ans (1,7) Gr. témoin : M. (ET)= 15,8 ans (1,5)	GR. INTERVENTION: SCHOOL-BASED INTERVENTION Composante éducative : • Curriculum Strategy Booklet that outlines lesson plans and resources for teaching the Ask Health Diary curriculum Journal de santé (Ask) : • Données personnelles	INTENSITÉ : • 20-24 sem. FORMAT : NR MILIEU : • École, Domicile, Bureau du médecin DISPENSATEURS : • NR	Comportements d'autoreprésentation en santé pour le jeune entre le Gr. intervention et le Gr. témoin (avant – 12 mois après l'intervention) (Questions de type Likert (1 — complètement en désaccord, 4 — complètement en accord + je ne sais pas) (parents(post : 385)) : En faveur du Gr. intervention : • Se rendre dans le bureau du médecin sans le parent : (POR : 1,5 ; 95 % IC 1,0–2,3, p = 0,004) • Poser des questions au médecin : (1,5 ; 1,0–2,2, 0,05) ;	Bénéfices perçus avec l'utilisation du journal de santé (questionnaire avec des cases à cocher pour chaque énoncé – parent du gr. intervention (207).) : • 64 % ont dit avoir utilisé le journal • 55 % de ces derniers l'ont apporté chez le médecin Bénéfices perçus pour le parent : • Amélioration pour conserver les dossiers médicaux : 73 %

Etude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention	Modalités	Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies		Mesures Résultats	Mesures Résultats
TÂCHES VISÉES : <i>Faire preuve d'autoreprésentation en santé pour le jeune</i>	DI (légère à modérée) 12-14% Syndrome de Down Autres caractéristiques : • Complètement indépendant : 86-87% • Principalement ou majoritairement communicateurs verbaux : 76- 77%	• Outils de développement de l'autoreprésentation et de la communication avec les professionnels de la santé • Outils pour le personnel de santé • Dossier médical <u>Programme d'évaluation de la santé (Comprehensive Health Assessment Program - CHAP) :</u> • Partie 1 : histoire médicale complète (complété par le parent) • Partie 2 : révision de l'histoire médicale + informations au sujet des déficits en soins de santé pour les personnes présentant une DI (complété par le médecin généraliste du participant) GR.TÉMOIN : aucune intervention		• expliquer leur problème sans l'aide du parent (1,4 ; 1-2,2 ; 0,07) <u>Pas de diff. SS entre les 2 gr. :</u> • No more likely to think about why they were going to the doctor or write anything down before going to the doctor than they had been prior to the intervention; • Expliquer leur problème de santé sans l'aide du parent <u>Comportements de représentation en santé du parent entre le Gr. intervention et le Gr. témoin</u> (avant – 12 mois après l'intervention) (Questions de type Likert (1 — complètement en désaccord, 4 — complètement en accord + je ne sais pas) (parents (post : 172)) : <u>En faveur du Gr. intervention:</u> • More likely to keep a record of the young person's health problems to take to the doctor (1,5; 1,0–2,2, 0,04) significantly less likely to have to explain the young person's health problems at the doctor (0,6; 0,4–0,9, 0,02), • Assist the young person to speak to the doctor (0,7; 0,4–1,0, 0,05) • Think about why the young person is going to the doctor (0,6; 0,4–1,0, 0,04) <u>Pas de diff. SS entre les 2 gr :</u> When asked whether the doctor speaks directly to the young person or whether the doctor takes time to listen, there was no significant difference between the groups at follow-up	• Amélioration des connaissances au sujet de la santé du jeune : 34 % • Augmentation de la compétence de soutien du jeune : 30 % • Amélioration de la relation entre le jeune et le médecin : 21 % • Amélioration de la capacité à parler pour le jeune auprès du médecin ; 21 % • Amélioration dans la relation avec l'enseignant : 7 % Bénéfices perçus pour le jeune : • Connaissance de sa santé : 33 % • Appropriation du journal : 32 % • Plus de responsabilisation à l'égard de sa santé : 30 % • Augmentation de la confiance quand chez le médecin : 23 % • Meilleur soin de santé : 18 % • Meilleure relation avec le docteur : 18 % • Amélioration de la capacité à parler pour lui-même auprès du médecin : 17 %

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Morse, 2016 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : 2 ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ/ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Travail TÂCHES VISÉES : <i>préparer de façon autonome des smoothies en suivant des instructions précises</i>	2 (1 h/1F) Study 1 18-21 ans Study 2 19-21 ans DI (NR) Autres caractéristiques : • Had previous work experience, but not in preparing food items • Expressed an interest in food preparation • Able to navigate simple functions on an iPad® device • Were required to participate in a food handlers safety course • Were able to follow multi-step directions using both video and auditory prompting • Were able to move within small areas of a busy work environment • Were willing to maintain personal grooming (i.e., tied back hair and clean cut fingernails)	Study 1 • Task analysis • Visual prompts were displayed on an iPad®, and paired with audio instructions in a video to model each task • Verbal prompts were directives given by the researcher at the beginning of all intervention observations and if one of two errors were made	INTENSITÉ : • 1hr./séance; 9-11 séances FORMAT : • Individuel MILIEU : • Local dans une agence DISPENSATEURS : • Chercheur	Study 1 % of Task completed independently: <i>Avant l'intervention :</i> max. 20 % ; max. 20 % <i>Pendant l'intervention :</i> 80 % ; 100 % N. of prompts delivered: <i>Début de l'intervention :</i> 11 ; 10 <i>Fin de l'intervention :</i> 1 ; 9 N. of minutes to complete the task: <i>Avant l'intervention :</i> 4,3 min.; 7,6 min. <i>Pendant l'intervention (1^{re} partie) :</i> 10,9 min.; 7,5 min <i>Pendant l'intervention (2^e partie) :</i> 5,2 min.; 7,7 min.	--
		Study 2 • Idem study 1 • +Maintenance phase (four and eight weeks after intervention sessions)		Study 2 % of Task completed independently: <i>Avant l'intervention :</i> max. 20 % ; max. 20% <i>Pendant l'intervention :</i> 100 % ; 100 % <i>Maintien (2-4 sem.) (sans le iPad®) :</i> 30-40% ; 90-60% N. of prompts delivered: <i>Début de l'intervention :</i> 9 ; 11 <i>Fin de l'intervention :</i> 8 ; 8 N. of minutes to complete the task: <i>Avant l'intervention :</i> 6,3 min.; 3,8 min. <i>Pendant l'intervention (1^{re} partie) :</i> 5,7 min.; 9,7 min. <i>Pendant l'intervention (2^e partie) :</i> 5,8 min.; 7,7 min.	
Newman, 2014 (ÉTATS-UNIS)	3 (1 h/2F)	<u>Video prompting intervention:</u>	INTENSITÉ :	% d'étapes réalisées de façon autonome :	10 statements about the perceived performance of their children in the

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Travail TÂCHES VISÉES : <i>Effectuer le montage d'un objet en suivant des étapes</i>	16-19 ans DI (modérée) Autres caractéristiques : - Ability to recognize and name colors and to be able to count to a min. of 10 - Being verbal - Participants were trained to use the iPod® independently previously	- Task analysis - Verbal instructions regarding the completion of the task - Video prompting delivered by iPod® - Reinforcement with "bonus bucks" for participation and performance <u>Some additional procedures when needed:</u> - Gestural prompting - System of least prompts (SLP) allowing the participant to determine when he is ready for independence - Jig to hold materials or to guide the process of completing tasks in a vocational setting - iPod®s in armband to facilitate its access	2x/jr.; 12 sem.; N. variable de séances nécessaires FORMAT : - Individuel MILIEU : - École DISPENSATEURS : - Chercheur	<u>Avant l'intervention :</u> 10 % ; 10 % ; 10 % <u>Après l'intervention :</u> 90-100% (49 séances) ; 90-100 (25 séances) ; 90 % (28 séances) Ajout nécessaire de gabarit (2 part.); SLP (2 part.); incitation gestuelle (1 part.); aug. du renforcement (1 part.)	project (5-point Likert scale ((1) strongly disagree to (5) strongly agree); parents): - I feel my son or daughter was successful in this project due to their use: agree - I see an improvement in his or her ability to complete a packaging task using the iPod®: neutral - I feel there were additional advantages in using the technology besides completing a packaging task: agree - I see value in using an iPod® with my child's daily activities: neutral - I saw my child using technology in general more since the beginning of this project: neutral - I feel that the iPod® was a hindrance in my child's ability to complete a packaging task: disagree - I feel that my child did not benefit from using an iPod® in this project: disagree - I will purchase an iPod® for my child after seeing him or her use it in this project: disagree - I feel that the iPod® caused problems with my son or daughter: disagree - I think my son or daughter did not improve their ability to packaging task using the iPod®: neutral <u>The use of iPod®s, and what is their perceived self-efficacy after said instruction (questionnaire with yes/no responses; participants):</u> - Did you like using the iPod®? Yes (3 part.)

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
					• Was it easy to use the iPod®? Yes (2); No (1) • Was it fun using the iPod®? Yes (3 part.) • Did you have trouble using the iPod®? Yes (1); No (2) • Would you rather do your tasks with an iPod® or without and iPod®? Yes (3 part.) • What else would you like to do with an iPod®? for music (1); for popcorn (2)
Hui Shyuan Ng et al., 2016 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : FAIBLE HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Réaliser des compétences sociales en suivant des étapes (p. ex. : ne pas arracher des mains et demande l'objet désiré)</i>	4 (4 h) 9-15 ans • TSA+ DI (légère) (1), (modérée) (1), (sévère) (1), (profond) (1)	SOCIAL SKILLS TRAINING <u>Modified teaching interaction procedure to teach social skills:</u> (1) Labeling the skill to be taught, (2) Providing a meaningful rationale for why the participant should engage in the correct behavior, (3) Identifying when the participant should display the skill, (4) Describing the specific behavioural steps of the target social skill, (5) Demonstrating the targeted social skill, (6) Role playing the behavior by participant until they demonstrate 100% of the steps correctly (7) Providing feedback for correct answers and role plays throughout the entire teaching interaction procedure. <u>Modification from the original procedure:</u> 1/Using demonstrations to highlight the rationale component,	INTENSITÉ : • 30 min./séance ; 5jr./sem. FORMAT : • Individuel MILIEU : • Bureau privé DISPENSATEURS : • Chercheur	% M. d'étapes réalisées de façon autonome : <u>Avant l'intervention :</u> • 23 % ; 22 % ; 0 % ; 29 % (résultats équivalents avec un adulte ou un pair) <u>Pendant l'intervention :</u> • 97,5 % ; 82 % ; 66,5 % ; 97 % (résultats équivalents avec un adulte ou un pair) • Atteint 100 % (n=4) <u>Généralisation : Pendant les jeux de rôles :</u> • 93 % ; 84 % ; 83 % ; 85 % • Atteint 100 % (n=4) <u>Maintien (2-4 semaines) :</u> • 100 % ; 97,5 % ; 96 % ; 99 % ; 100 % (résultats équivalents avec un adulte ou un pair) • Atteint 100 % (n=4)	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
		2/Using pictorial prompts for the participant to discriminate when they should display the skill, 3/Using pictorial prompts for the participant to identify the steps of the targeted skills, 4/Only including appropriate demonstrations as part of the researcher demonstrations. <u>Also:</u> • Praise and a token for each correct response, • Corrective feedback for incorrect responding or not responding (component seven) • Flexible prompt fading procedure			
O'Handley et al., 2016 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Utiliser les compétences sociales suivantes : Expressing Wants and Needs, Conversation, and Turn Taking</i>	3 (2H/1?) 15-16 ans • DI (légère) (1) à (modérée) (2) Autres caractéristiques : • Received speech and language therapy • In a self-contained classroom that consisted of three special education teachers and 20 other students • Receiving special education services	SUPERHEROES SOCIAL SKILLS PROGRAM Package included a rules poster, videos of superhero cartoon characters and live models depicting target skills, posters outlining the steps for each target skill (i.e., Expressing Wants and Needs, Conversation, and Turn Taking), narrative comics, and self-monitoring cards. Games (e.g., Jenga, Connect Four, Uno cards, and playing cards) were also used for skill probing of Turn Taking. <u>2 séances par compétence sociale visée :</u> Séance 1/Introductory lesson: • Overview of group rules • Rationale for use of the target skill and why it is important	INTENSITÉ : • 2x/sem.; 1hr./séance; 6 séances ; 3 sem. FORMAT : • Groupe MILIEU : • École DISPENSATEURS : • Étudiants gradués du niveau doctoral en psychologie ; chercheurs	<u>% d'étapes réalisées de façon autonome (3 tâches différentes : 5-6 étapes selon la tâche) — en classe (adulte ou pair) :</u> <u>Avant l'intervention :</u> • Wants and Needs: 33%; 22%; 39 % • Conversation : 36 % ; 43 % ; 40% • Turn Taking: 10%; 12,5%; 7,5 % <u>Pendant l'intervention :</u> • Wants and Needs: 97%; 100%; 96 % • Conversation : 100 % ; 100 % ; 100% • Turn Taking : 92 % ; 92,5 % ; 100 % <u>5 jours après la fin de l'intervention :</u> • Wants and Needs: 100%; 100%; 100 % • Conversation : 100 % ; 100 % ; 100 % <u>3 semaines après la fin de l'intervention :</u> • Wants and Needs : 100 % ; 100 % ; 100 % • Conversation : 90 % ; 100 % ; 100% • Turn Taking : 80 % ; 100 % ; 90 % <u>5-6 semaines plus tard :</u> • Wants and Needs: 100%; 80%; 100 % • Conversation : 80 % ; 100 % ; 100% • Turn Taking: 80%; 80%; 60 % <u>% d'étapes réalisées de façon autonome (3 tâches différentes : 5-6 étapes selon la</u>	Validité sociale de l'intervention (Behavior Intervention Rating Scale; Échelle de type Lickert de strongly disagree (1) to strongly agree (6).; 3 enseignants) : • Acceptabilité de l'intervention : élevée (>5) • Efficacité de l'intervention : élevée (>5) • Moment de l'intervention (rapidité du changement) : modérée (>4)

Etude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
		• Short video of animated superheroes that provided rationale for target skill use and outlined the discrete steps needed to accurately demonstrate the target skill. • Two to three video models of unknown, elementary-aged children successfully engaging in the target skill in various contexts • Discrete steps for the target skill were reviewed modeling of correct and incorrect skill usage, • Encouraging participants to identify correct and incorrect steps • Role-played the skill with each other and with facilitators, with corrective feedback provided for errors and praise given for correct skill demonstration • Self-monitoring card to mark contingent upon demonstrating • Each of the steps successfully • Social game that required the use of the target skill • Video social story incorporating the target skill Séance 2/Review lesson (identique sans social game)		<u>tâche) — Généralisation (lieu à l'école et personne différente) :</u> <u>Avant l'intervention :</u> • Wants and Needs : 55 % ; 39 % ; 55 % • Conversation : 80 % ; 60 % ; 45% • Turn Taking : 20 % ; 24 % ; 28 % <u>Pendant l'intervention :</u> • Wants and Needs: 100%; 100%; 94 % • Conversation : 100 % ; 100 % ; 100% • Turn Taking : 100 % ; 92,5 % ; 100 % <u>5 jours après la fin de l'intervention :</u> • Wants and Needs: 100%; 100%; 100 % • Conversation : 100 % ; 100 % ; 100 % <u>3 semaines après la fin de l'intervention :</u> • Wants and Needs : 100 % ; 100 % ; 100 % • Conversation : 100 % ; 100 % ; 90% • Turn Taking : 100 % ; 80 % ; 100 % <u>5-6 semaines plus tard :</u> • Wants and Needs: 100%; 100%; 100 % • Conversation : 100 % ; 100 % ; 100% • Turn Taking : 100 % ; 80 % ; 80 % <u>Perceptions de l'utilisation de la compétence et du fonctionnement social (The Autism Social Skills Profile; échelle Likert de never (1) to very often (4); enseignant) :</u> <u>Réciprocité sociale :</u> • Avant : 35 ; 39 ; 43 • Après : 48 ; 65 ; 57 <u>Comportements de socialisation préjudiciable :</u> • Avant : 10 ; 21 ; 25 • Après : 18 ; 21 ; 26 <u>Participation/évitement :</u> • Avant : 27 ; 26 ; 24 • Après : 28 ; 38 ; 40 Total : • Avant : 78 ; 97 ; 101 • Après : 102 ; 136 ; 132	
O'Neill et Rehfeldt, 2017	4 (1 h/3F)		<u>INTENSITÉ :</u>	<u>N. de réponses adéquates aux questions d'entrevue</u> (Responses related to the	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
(ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Travail TÂCHES VISÉES : <i>répondre à des questions d'entrevue</i>	19-21 ans DI (légère) (2) et NR (2) Autres caractéristiques : • Verbal repertoires suffisant to communicate vocational interests and experience vocally • Computer literate • Had some exposure to formal interview instructional programs • In need of additional instruction for interview questions	<u>COMPUTERIZED BEHAVIORAL SKILLS TRAINING (CBST)</u> • Instructional video featuring a scripted peer actor (2-3 min./question) with rules and rationale for responding to the question • Video model featuring three scripted peer-aged actors with good and bad examples of responses (3-5 min./question) • Rehearsal with one question for each participant • Feedback in form of it is a good or a bad response only <u>CBST + SELECTION- BASED VERBAL BEHAVIOR (SB) INSTRUCTION (CBST+)</u> • Same as CBST • CBST+ operated on a Lag 1 reinforcement schedule for accurate answers (select a different response from the immediately preceding response in order to contact affirmative feedback) • Video/audio feedback for accurate selections that also met the Lag 1 reinforcement schedule • Textual redirection to the previous question in response to accurate selections that did not meet the Lag 1 criterion • Lag 2 or 3 criteria could be implemented if needed	• 1jr./2; max.2x/jr.; 5-12 min./séance • m. total (CBST) = 26 min. • m. total (CBST+) = 58 min. <u>FORMAT :</u> • Individuel <u>MILIEU :</u> • Centre de recherche d'emploi <u>DISPENSATEURS</u> : • Chercheur	workplace environment and participant history of employment) max.=5: <u>Avant l'intervention :</u> 0 ; 0-1 ; 0-2 ; 0 <u>Après l'intervention :</u> • CBST : 1-3 ; 1-3 ; 2-4 ; 1-2 • CBST+ : 1-4 ; 2-4 ; 2-3 ; 3-4 • pas de différence <u>Après l'intervention (optimal condition seulement) :</u> 3-4 ; 2-3 ; 3-4 ; 3-4 <u>Maintien (1 sem.) :</u> 1-4 ; 0-1 ; 0-3 ; 2-3 <u>Maintien (1mois) :</u> -- ; 1-2 ; 2-3 ; 2-3 <u>N. de réponses inadéquates</u> (Responses unrelated to the work environment and the participant's employment history): <u>Avant l'intervention :</u> 0-1 ; 0-1 ; 0-1 ; 2-3 <u>Après l'intervention :</u> • CBST : 0 (4 part.) • CBST+ : 0 ; 0 ; 0 ; 0-1 <u>Après l'intervention (optimal condition seulement) :</u> 0 (4 part.) <u>Maintien (1 sem.) :</u> 0 ; 0-1 ; 0 ; 0 <u>Maintien (1mois) :</u> -- ; 0 (3 part.)	

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Park et al., 2016 (RÉPUBLIQUE DE CORÉE) DEVIS : RS et MA • 7 études retenues, toutes des ECRA RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Travail (7 études) Relations interpersonnelles dans le cadre du travail (7) TÂCHES VISÉES : Utilisation de compétences sociales dans le cadre du travail	497 (? H/ ? F) 12-21 ans DI (dont syndrome de Down) Autres diagnostics : TSA; troubles émotionnels et de comportement; troubles d'apprentissage; diagnostic non précisé	L'intervention inclut un entraînement aux habiletés sociales en lien avec le travail <u>Type d'intervention :</u> • Direct • Par Internet • Par vidéo	<u>INTENSITÉ :</u> • de 5 jr. à 4 ½ mois ; plusieurs x/jr. à ?; 50 min. à ? <u>FORMAT : NR</u> <u>MILIEU :</u> • École; milieu de travail; autre établissement <u>DISPENSATEURS :</u> NR	Taille d'effet²⁹ (Moyenne des différences standardisées (SMD)) de l'efficacité globale de l'intervention : Taille d'effet = 0,56 ; IC = [0,17-0,96] <u>Type de compétences :</u> <u>Compétences sociales :</u> • Taille d'effet = 0,68 (N. d'effet = 32) <u>Performances au travail :</u> • Taille d'effet = 0,45 (N. d'effet = 7) <u>Compétences lors des entrevues d'embauche :</u> • Taille d'effet = 1,28 (N. d'effet = 2) <u>Type de diagnostic :</u> <u>Non précisé (inclus de la DI) :</u> • Taille d'effet = 0,86 (N. d'effet = 19) <u>DI :</u> Taille d'effet = 0,49 (N. d'effet = 5) <u>Syndrome de Down :</u> • Taille d'effet = 0,16 (N. d'effet = 3) <u>Type de milieu :</u> <u>École :</u> • Taille d'effet = 0,73 (N. d'effet = 26) <u>Milieu de travail :</u> • Taille d'effet = 0,50 (N. d'effet = 5) <u>Autre établissement :</u> • Taille d'effet = 0,52 (N. d'effet = 10) <u>Type de formation :</u> <u>Direct :</u> • Taille d'effet = 0,72 (N. d'effet = 30) <u>Par Internet :</u> • Taille d'effet = 0,44 (N. d'effet = 7) <u>Par vidéo :</u> • Taille d'effet = 0,14 (N. d'effet = 4)	--

²⁹ Voir à la fin du tableau pour la définition de taille d'effet.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Park et al., 2019 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS 32 études retenues ; toutes des ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition (4 études) Condition corporelle (1) Soins personnels (1) Habitation (10) Responsabilités (3) Relations interpersonnelles (1) Éducation (4) Travail (4) Loisir (8) TÂCHES VISÉES : Diverses tâches en lien avec les habitudes de vie	101 (? H/ ? F) 7-44 ans >87% 7-21 ans DI (légère à modéré) (14) ; (modérée) (73) ; (modérée à sévère) (14)	INCITATION ET MODELAGE VIDÉO <u>Stratégies de video-based instruction:</u> • Modelage vidéo (11 études) • Incitation vidéo (15) • Automodelage vidéo (1) • Autres (à visée comparative) (5) <u>N. de stratégies mises en œuvre dans l'intervention :</u> • Une seule (8) • Plusieurs telles que system of least prompts, most to least prompt, error correction, voice-over instructions, verbal prompts (24)	INTENSITÉ : NR FORMAT: NR MILIEU : • École et milieu associé (27 études); maison (1); autres milieux (4) DISPENSATEURS : NR	Taille d'effet ³⁰ (Taille d'effet Tau-U (effet grand >92 % ; modéré= 66-92% ; faible = <66 % ; Niveau d'évidence : évidence forte = 3 démonstrations d'effet et 0 de non-effet ; évidence modérée = 3 démonstrations d'effet et 1 de non-effet) : <u>Modelage vidéo (19 études) :</u> Effet grand ; évidence forte (14/19) Effet modéré ; évidence forte (5/19) <u>Incitation vidéo (20 études) :</u> Effet grand ; évidence forte (16/20) ou modérée (1/20) Effet modéré ; évidence forte (1/20) ou modérée (1/20) Petit effet ; évidence forte (1/20) <u>Maintien : --</u> <u>Généralisation :</u> • Nouveaux milieux (5 études) : Effet positif • Nouveaux stimuli (7) : Effet positif • Nouveaux milieu+stimuli (1) : Effet positif • Nouvelle milieu+stimuli+réponse (1) : pas d'effet observé	--
Park et al., 2018 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : FAIBLE HABITUDES DE VIE VISÉES :	3 (1H/2F) 19 ans DI (légère) (1), (modérée) (2) Autres caractéristiques :	<u>Intervention:</u> • Video modeling: Two clips (one per gender, similar age – peer models) per skill • Participant watches the video • Then verbal initiation or action to do the same thing saw in the video	INTENSITÉ : • 1-2x/sem.; 15 min./séance FORMAT : • Individuel MILIEU : • École	accuracy of independent verbal response measured for a single trial: <u>Avant l'intervention :</u> • Offering assistance : 0 %, 0 %, 0 % • Généralisation (offering assistance - nouvelle situation) : 0 %, 0 %, 0 % • Responding to feedback: 0%, 0%, 0%	Brief verbal interview was conducted with the teacher and the students: • All three of the young adults responded positively about their experience of learning social skills in a simulated employment setting using iPad® and video modeling

³⁰ Voir à la fin du tableau pour la définition de taille d'effet.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Travail Relations interpersonnelles dans le cadre du travail TÂCHES VISÉES: offering assistance responding appropriately to feedback, requesting clarification for unclear instructions à l'aide d'un iPad®	• Adult transition center • Teacher recommendation for students lacking social skills • Ability to pay attention to a video screen and imitate verbal response of the model in the videos • Any goal of vocational skills within an Individualized Education Program (IEP).	• 5 s constant time delay procedure • System of least prompts (gesture, indirect verbal, direct verbal, modeling and partial verbal assistance (added for two participants))	<u>DISPENSATEURS</u> : • Chercheur	• Généralisation (responding to feedback - nouvelle situation) : 20 %, 0 %, 0 % • Requesting clarification: 0%, 0%, 0% • Généralisation (requesting clarification - nouvelle situation) : 0 %, 0 %, 0 % <u>Pendant l'intervention :</u> • Offering assistance : 90 % (atteint 100 %) ; 87 % (atteint 100 %) ; 93 % (atteint 100 %) • Généralisation (offering assistance - nouvelle situation) : 100 % ; 0 % ; 66 % (atteint 100 %) • Responding to feedback: 85% (atteint 100%); 75 % (atteint 100 %) ; 75 % (atteint 100 %) • Généralisation (responding to feedback - nouvelle situation) : 25 % (atteint 100 %) ; 25 % (atteint 100 %) ; 25 % (atteint 100 %) • Requesting clarification : 100 % ; 85 % (atteint 100 %) ; 70 % (atteint 100 %) • Généralisation (requesting clarification - nouvelle situation) : 33 % (atteint 100 %) ; 0 % ; 0 % <u>Maintien (2 semaines) :</u> • Offering assistance : 100 % ; 100 % ; 100 % • Généralisation (offering assistance - nouvelle situation) : 100 % ; 0 % ; 100 % • Responding to feedback: 100%; 100%; 100% • Généralisation (responding to feedback - nouvelle situation) : 0 % ; 0 % ; 50 % (atteint 100 %) • Requesting clarification: 100%; 100%; 100% • Généralisation (requesting clarification - nouvelle situation) : 50 % (atteint 100 %) ; 50 % (atteint 100 %) ; 0 %	• Their global experience using the iPad® was good • When asked if the iPad® helped them learn the skills, two of them explained what they learned (e.g., do you need help) • One indicated she liked using video because it was like watching TV • The participants' teacher said that learning social skills is important for achieving independence in the community • She mentioned that if she has access to the required materials, she would like to consider using video modeling in the future • After the study, she reported that video modeling might be better than verbal instruction

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
Plavnick et al., 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : FAIBLE HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>Utiliser des</i> <i>habiletés sociales</i>	4 (3H/1F) 14-17 ans TSA+DI (légère) (2), (NR) (2) Autres caractéristiques : • Demonstrated the ability to vocally request or comment à différents niveaux • Attend to a computer screen, and follow one-step directions during a screening prior to the investigation • Self-contained special education "centerbased program" designed to prepare students for a certificate of completion rather than a high school diploma	<u>SOCIAL SKILLS TRAINING PROGRAM</u> A single videobased group instruction (VGI) session: (1) a 5- to 7-min. rule review, (2) 25–30 min. of direct skill instruction using video modeling (Two target social skills) (3) a final activity designed to provide opportunities for social interaction with peers under more naturally occurring conditions than those contrived during direct skill instruction (e.g., playing a game, constructing a puzzle). • A total of 18 20- to 30-s video clips were created to teach six behaviors during the study; three versions of each behavior were developed with variations to the models, stimuli, and language across videos to promote variability in responding. • Each video included relevant antecedents, the target behavior, and naturally occurring consequences, which were putative tangible reinforcers (e.g., accessing missing item when asking for materials) or generalized reinforcers such as praise or extended social interaction. • Use a mastery model of instruction whereby participants must meet a pre-determined level of responding prior to	<u>INTENSITÉ :</u> • 4-5x/sem.; 40 min./séance <u>FORMAT :</u> • Groupe (4) <u>MILIEU :</u> • Classe; salle des étudiants <u>DISPENSATEURS :</u> • Enseignant formé	<u>% d'étapes réalisées de façon autonome (3 domaines différents avec 2 tâches chacun : 2-5 étapes selon la tâche) :</u> <u>Avant l'intervention :</u> • Accessing Preferred Stimuli : 0 % ; 0 % ; 0 % ; 0 % • Demonstrating Social Awareness: 0%; 0%; 0%; 0% • Obtaining Social Attention: 0%; 0%; 0%; 0% <u>Pendant l'intervention :</u> • Accessing Preferred Stimuli: 89%; 86%; 68%; 46% • Demonstrating Social Awareness : 93 % ; 94 % ; 57 % ; 21 % • Obtaining Social Attention : 94 % ; 94 % ; 61 % ; 33 % <u>2 semaines après la fin de l'intervention :</u> • Accessing Preferred Stimuli: 100%; 100%; 100%; --% • Demonstrating Social Awareness : 100 % ; 100 % ; 94 % ; -- % • Obtaining Social Attention : 100 % ; 100 % ; 94 % ; -- % <u>4 mois après la fin de l'intervention :</u> • Accessing Preferred Stimuli: 100%; 100%; --%; --% • Demonstrating Social Awareness : 91 % ; 74 % ; -- % ; -- % • Obtaining Social Attention : 83 % ; 91 % ; -- % ; -- % <u>Fréquence des différentes compétences pendant une période de 10 minutes (without first seeing the video; in an alternative environment (i.e., lounge area)):</u> <u>Avant l'intervention :</u> • Accessing Preferred Stimuli: 0; 0; 0; 0 • Demonstrating Social Awareness: 0; 0; 0; 0 • Obtaining Social Attention: 0; 0; max. 1; 0	<u>Validité sociale</u> (entrevues semi-dirigées ; facilitateur de l'intervention, 1 enseignant familial des participants ; 2 professionnels qui travaillent avec les participants sur une base quotidienne) : • Comportements de socialisation visés par l'intervention : importants à améliorer (4/4) • Faisabilité de l'intervention : difficulté initiale de l'implantation avec une diminution de la difficulté avec le temps (4/4) • Acceptabilité : recommande le maintien de l'intervention (avec des modifications mineures) dans l'établissement (4/4) • Satisfaction avec les résultats : amélioration perçue comme partielle pour les compétences sociales générales et positives pendant la formation (4/4)

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
		progressing to learning new skills		<u>Pendant l'intervention :</u> • Accessing Preferred Stimuli: 0; max. 2; max. 1; 0 • Demonstrating Social Awareness: max. 2; max. 1; max. 2; 0 • Obtaining Social Attention: max. 1; 0; 0; 0 <u>Après la fin de l'intervention :</u> • Accessing Preferred Stimuli: max. 4; max. 4; max. 3; max. 5 • Demonstrating Social Awareness: max. 2; max. 2; max. 2; 0	
Ramdoss et al., 2012 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS • 11 études retenues (devis non précisé) RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition (5 études) Déplacement (1) Responsabilité (4) Loisirs (1) TÂCHES VISÉES : Diverses tâches en lien avec les habitudes de vie	42 (24 h/18 F) 7-58 ans (m= 19,1 ans) DI (majoritairement modérée) TSA (4)	COMPUTER-BASED INTERVENTIONS <u>Matériel :</u> • Ordinateur de bureau (6 études) • Ordinateur portable (3) • Non rapporté (2) <u>Logiciels :</u> • « Maison » (p. ex. : <i>project shop</i>) (6) • Grand public (p. ex. : Microsoft PowerPoint) (5) <u>Moyen d'interaction de l'utilisateur :</u> • Boule de pointage, souris, click function (6) • Écran tactile (4) • système de communication vocale (1) <u>modalité :</u> • Programme seulement (6) • Programme + prestataire (5) • vidéo avec instruction audio ou non (11) <u>Stratégies :</u> • Explication et modélisation (4)	INTENSITÉ : • 2x/jr. (2 études) • 2 à 5x/sem. (7) • NR (2) • 2-5 min./séance (2) • 12-45 min./séance (5) FORMAT : NR MILIEU : • Maison ou école principalement pour l'entraînement • Environnement réel pour les évaluations DISPENSATEURS : • Instructeur ou enseignant (instruction, renforcement, error correction ou aide technique)	% de participants qui ont amélioré leur performance selon effet positif (les participants ont amélioré leur performance dans pour l'ensemble des mesures d'efficacité déterminées); effet hétérogène (les participants ont amélioré certaines des mesures d'efficacité, mais d'autres sont restées constantes, voire aggravées); effet négatif (pas d'amélioration ou un déclin pour les participants) : • 93 % effet positif (39/42 participants) • 7 % effet hétérogène (3/42 participants) Maintien (2-15 semaines) : • 95 % positif (17/18 participants, 6 études) Généralisation : --	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
		- Entraînement par chaining (6) - Stimuli prompts utilisés : time delay (2), system of least prompt (1), least to most prompts (1) - Response prompts : feedback (4), renforcement (3), error correction (2) - Reconnaissance d'un item parmi d'autre dans une liste (2)			
Rispoli et al., 2010 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS 35 études (31 études expérimentales, dont 29 ECU, et 4 études non expérimentales) RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Communication TÂCHES VISÉES : Communiquer à l'aide d'un dispositif d'aide à la communication électronique	86 (? H/ ? F) 1-42 ans (m=12,9 ans) 70 % DI (9 % légère-moderée, 15 % modérée-sévère, 42 % sévère-profonde) Autres caractéristiques : 55 % diagnostics multiples 52 % non verbaux 18 % non verbaux, mais avec gestes 29 % habiletés verbales limitées	DISPOSITIFS À SORTIE VOCALE <u>Technologie utilisée :</u> 17 dispositifs évalués, dont 46 % single switch ou microswitch, 14 % Portable Voice II avec un ordinateur portable 56 % utilisent un dispositif possédant seulement 1 bouton ou une switch, 5 %, dispositif avec 2-8 choix, 25 % dispositif avec 9-36 choix, 7 % dispositif avec 37 choix et plus, 17 % non spécifié. <u>Entraînement à l'utilisation du dispositif :</u> - Programme structuré d'entraînement (instructions, prompting des réponses adéquates, renforcement des réponses adéquates, correction des erreurs) (n=26 études) - Enseignement dans le milieu (prompting, conséquences naturelles) (7) - Combinaison d'un programme structuré d'entraînement et de	INTENSITÉ : NR FORMAT : NR MILIEU : variés (49 % école, 30 % maison, 23 % milieux cliniques, 14 % communauté, 11 % hôpital ou centre résidentiel) DISPENSATEURS : NR	Amélioration des habiletés de communication : 100 % des participants dans 86 % des études 14 % des études rapportent des résultats mixtes (amélioration chez certains participants seulement) 54 % des études fournissent des résultats concluants en faveur de l'efficacité de l'utilisation d'un dispositif d'aide à la communication pour améliorer les habiletés de communication 46 % des études sont non concluantes, compte tenu d'un faible devis, absence d'effets positifs, pas suffisamment de détails pour permettre la réplique, ou manque de fiabilité des données.	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
		l'enseignement dans le milieu (2)			
Sabiely et Cannella-Malone, 2014 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Habitation TÂCHES VISÉES : plier un chandail, plier un pantalon	2 (1 h/1F) 11 et 14 ans DI NR	présentation d'une des tâches de pliage, découpées en 5 étapes <u>2 stratégies :</u> 1) incitation physique most-to-least, avec 2 sec. de délai entre chaque étape 2) incitation physique + incitation verbale • Correction des erreurs	INTENSITÉ : • jusqu'à 4x/jr., 1-3x/sem. FORMAT : individuel MILIEU : • École DISPENSATEURS : • Chercheur	% d'étapes correctement complétées de façon indépendante : <u>Avant intervention :</u> • Plier chandail : 0 ; 0 • Plier pantalon : 0 ; 0 <u>Pendant intervention :</u> <u>Participant 1 (n'a pas complété l'étude) :</u> • Incitation physique seulement (pantalon) : Max. 60 % ; n'atteint pas 100 % ; 4 séances seulement • Incitation physique +vocale (chandail) : Max. 40 % ; n'atteint pas 100 % ; 5 séances seulement <u>Participant 2 :</u> • Incitation physique seulement (chandail) : 60 % ; atteint 100 % ; 7 séances • Incitation physique +vocale (pantalon) : 54 % ; atteint 100 % ; 7 séances <i>Incitation physique et incitation physique + vocale sont efficaces pour l'apprentissage du comportement de pliage.</i>	--
Sanchez et Miltenberger, 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : Être capable de détecter et de répondre adéquatement à	4 (3H/1F) 18-21 ans • DI (légère à modérée) (3) ; NR (1) Autres caractéristiques : • Verbal ability to say "no" and to report an abduction attempt. • Lived at home with at least one parent.	ABDUCTION PREVENTION PROGRAM <u>1/Behavioral skills training:</u> • Description of the 4 types of lures used by abductors and the correct response when confronted with one • Role-play • Rehearsal of the correct responses in different location in the school • Praise, and corrective feedback. • Participant repeated the rehearsal until he/she exhibited the safety skills without any prompts, in at	INTENSITÉ : <u>1/Behavioral skills training:</u> • 30 min.; 5 séances <u>2/In situ training:</u> NR FORMAT : • Individuel MILIEU : • École; plusieurs lieux DISPENSATEURS : • Chercheur	The safety responses were scored on a 5-point scale (0 = the participant consents to leave with the confederate; 1 = the participant does not leave with the confederate; 2 = the participant says "no" to the abduction lure; 3 = the participant says "no" and gets away from the confederate; 4 = the participant says "no," gets away, and tells and adult - situ assessments only): <u>Avant l'intervention :</u> • M. = 1,5 [0 ; 3] <u>Après l'intervention :</u> • M. = 2,5 [0 ; 3] <u>Généralisation (pendant in situ training - autre milieu) :</u> M. = 2,6 [0;4] 3 scores consécutifs de 4 (2/4 part.)	Questionnaire portant sur l'impact de l'intervention sur les participants (complété par les parents) : There was no observed change in the participants appearing scared, cautious or upset, nor did they notice any other changes in their child's behavior.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
une tentative d'enlèvement	Parents and school staff said they wanted these participants to learn abduction prevention skills because they were very social and did not seem to discriminate the potential danger of strangers.	least five different role-plays. <u>2/In situ training:</u> - In situ assessment with demonstration of the correct behavior in case of failing to engage in the correct behavior - Role-plays of the safety skills in the situation - This training continued until the participant performed the correct safety skills without prompts in three consecutive rehearsals.			
Seward et al., 2014 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Loisirs TÂCHES VISÉES : <i>être capable de réaliser deux jeux individuels de façon autonome à l'aide d'un tapis de jeux)</i>	5 (3H/2F) 14-20 ans DI (modérée) (5) Syndrome de Down (1) Autres caractéristiques: - Visual and auditory acuity (with correction) within the normal range - Attention to stimuli for at least 10 minutes during instruction - Motor imitation of simple hand and arm movements - Counting with one-to-one correspondence - Matching of different colored and sized numbers and letters	Intervention : - Tapis de jeux laminé avec les emplacements des cartes préimprimées - Renforcement à l'aide de petites récompenses/renforcement verbal <u>Incitation sans délai (SP) :</u> - Session de test préalable - Session d'entraînement incluant - Instruction au sujet de l'étape - Incitation immédiate verbale et gestuelle - Renforcement verbal descriptif à la fin de chaque étape - Renforcement à la fin de la session <u>Incitation avec délais (5s.) (CTD) :</u> - Identique à SP - Si réussite à une session complète avec SP alors CTD commence : délais de	INTENSITÉ : 2 séances/jr.; 7-27 min./séance ; 3-5 sem. FORMAT : - Individuel MILIEU : - Classe INTERVENANT : - Étudiante graduée en éducation spécialisée	% d'étapes complétées (n=21 ou 25) de façon autonome : <u>Avant l'intervention :</u> 0 % <u>Après l'intervention :</u> SP : 100 % (4/5 part.) ; 92 % CTD : 100 % (4/5 part.) ; 15 % <u>Maintien (entre 2-4 sem.) :</u> SP : 100 % (4/4 part.) CTD : 100 % (2/3 part.) ; 92 % <u>Généralisation :</u> - autre lieu : 100 % - tapis personnel : 100 % Différentes mesures (N. de séance ; % d'erreurs pendant l'entraînement ; durée d'entraînement ; durée de test ; % d'erreurs pendant le test) : <u>SP semble plus efficient que CTD pour :</u> - N de séance % d'erreurs pendant l'entraînement <u>CTD semble plus efficient pour :</u> - Durée d'entraînement - Durée de test % d'erreurs pendant le test	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
	- Identified reinforcers - History of at least 90% school attendance - Identified leisure skills as a priority	5 s entre l'instruction initiale et le début de l'incitation verbale et gestuelle Délais de 5 s entre la bonne réponse et l'instruction suivante			
Shepley et al., 2017 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition TÂCHES VISÉES : a series of tasks (p. ex. : dresser la table, cuisiner un macaroni au fromage) à l'aide d'un dispositif technologique iPod touch® (My Pictures Talk))	4 (2H/2F) 12-14 ans DI Autres caractéristiques : - Self-contained classroom for students with moderate-to-severe disabilities (MSD) - Vision adequate to discriminate pictures and see videos - Gross motor skills - Fine motor skills adequate to use mobile device and complete target activities - Demonstrated ability to imitate a video model	Technology training : - a system of least prompts (SLP) procedure (a verbal plus gesture prompt, a verbal plus gesture prompt) Intervention: - Visual activity schedules are pictures, text prompts, symbols, or images that are sequentially arranged to assist in completion of chained tasks - A performer's perspective video of the targeted task with the vocal narration with embedded visual prompts to pause the video after each step of the task analysis - Text description of the task (e.g., "set the table") and the vocal task direction, 4-s pause sign (i.e., white background with a red pause icon) and auditory "pause" embedded after each step in the task analyses to serve as a discriminative stimulus for the participant to pause the video - Renforcement social	INTENSITÉ : 3-5 jr./sem. FORMAT: - individuel MILIEU : - école DISPENSATEURS : - enseignant	% of steps completed independently for the novel daily living tasks: Avant l'intervention : 0 % (4 part.) Généralisation 1 (horaire imagé seulement) : 0 % (4 part.) Pendant l'intervention : 39 % (0–100 %); 5 % (3–7 %); 49 % (6–100 %); 68 % (16–100 %) Généralisation 2(horaire imagé seulement) : 90 %; --; 78 %; 60 % Pendant l'intervention (pour ceux qui n'ont pas atteint 100 % à la généralisation 2) : 100 % (2 part.) N. step to master the task: N. = 9; --; 13; 4 % of steps independently navigating the technology to self-instruct: 86% (40–97%); 69% (26–97%); 81% (40–100%); 82% (49–100%) N. step to master the technology: N. = 10; 11; 5 (2 part.)	--
Slocum, 2016 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU	2 (1 h/1F) Participant 1 : catholique Participant 2 : juif	Intervention : - Modelage vidéo avant l'exécution de la tâche - Simulation	INTENSITÉ : Jusqu'à 4 essais/séance	Médiane du N. pondéré d'étapes réalisées de façon autonome : Tâche 1 : Ouvrir la procession; <i>Talis</i> (rituels de gestes et de bénédictions)	Validité sociale (entretien avec parents, jeune, célébrant) : Jeune (1) : Aime participer au service

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Vie associative et spirituelle TÂCHES VISÉES : Participer au service religieux (7 à 15 étapes)	12 et 16 ans DI (modérée) (2) Syndrome de Down (1) TSA (1) Autres caractéristiques : - Assiste aux services religieux sur une base régulière - Souhaite participer aux activités de la communauté religieuse	- Incitation - Renforcement verbal	- Durée des vidéos sur iPad® : de 30 sec. à 3 min. - Intervention variable en fonction de l'apprentissage : de 6 à 8 séances FORMAT : - Individuel MILIEU : - Lieu du service religieux (1) ou maison (1) DISPENSATEURS : - Vidéo sur iPad® ; chercheur	<u>Tâche 2 :</u> Communion; bénédictions avant et après la lecture de la Torah <u>Tâche 3 :</u> Dermer la procession; <i>Shema</i> (prière juive) <u>Avant l'intervention :</u> - Tâche 1 : 16 (0-16) ; 4 (4) - Tâche 2 : 0 (0) ; 4 (4-12) - Tâche 3 : 12 (0-12) ; 0 (0) <u>Pendant l'intervention :</u> - Tâche 1 : 56 (36-56) ; 28 (26-28) - Tâche 2 : 56 (38-60) ; 30 (25-32) - Tâche 3 : 56 (52-56) ; 31 (27-32) <u>Généralisation (durant un service religieux réel) :</u> - Tâche 1 : 56 (56) ; 26 (26-28) - Tâche 2 : 60 (60) ; 32 (32) - Tâche 3 : 56 (56) ; 30 (30)	- A le sentiment d'avoir appris les bons gestes et de faire comme les autres - Aime apprendre avec une vidéo, qui pourrait servir pour apprendre d'autres choses <u>Parent (3) :</u> - Souhaite que son enfant continue à participer au service puisqu'elle agit comme tous les autres - Déclare qu'il est important que les personnes avec une déficience puissent s'impliquer à l'église - Aime voir son enfant s'impliquer - Permet l'inclusion <u>Membres de la communauté (3) :</u> - Vision très positive de l'implication des personnes ayant une DI
Smith et al., 2015 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS 19 études retenues, toutes des ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition (6 études) Habitation (2) Déplacements (2) Travail (10) TÂCHES VISÉES : Diverses tâches en lien avec les habitudes de vie	57 (? H/ ? F) 10-48 ans 66 % 10-21 ans DI (sévère, modérée ou légère)	AUTO-INSTRUCTION Type d'incitation : - Picturale (13 études) - Tactile (1) - Auditif (7) - Vidéo (8) Présentation de l'incitation : - Livre de photo (6) - Affiche (1) - Dictaphone (2) - Système de communication augmentée (1) - Appareils portatifs (iPod touch®, iPhone®, assistant électronique, lecteur DVD) (8) <u>Entraînement à l'utilisation de l'auto-instruction :</u> - Avec une autre tâche que celles évaluées (8)	INTENSITÉ : NR FORMAT : NR MILIEU : NR DISPENSATEURS : NR	% de participants qui ont réussi la tâche demandée de façon autonome : <u>Avec l'intervention :</u> 98 % (56/57) <u>Maintien :</u> -- <u>Généralisation (nouvelle tâche) :</u> 56 % (32/57)	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
		- Entre la mesure de base et les conditions d'intervention (5) - Pendant la condition d'intervention sur une tâche visée par l'évaluation (6)			
Snell et al., 2010 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS 116 études, dont 67 % ECU, 19 % devis quasi expérimentaux, 10 % devis qualitatifs, 3 % devis expérimentaux de groupe RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Communication TÂCHES VISÉES : <i>Utiliser des habiletés de communication</i>	461 (287H/174F) m = 13,7 ans 79 % des études incluent au moins 1 participant avec une DI sévère Syndrome de Down (17 études) TSA (53) Autres caractéristiques : 66 % des études avec participants non verbaux, 52 % avec langage émergent, 6 % verbaux (6 %), 10 % écholalie 49 % des études qui comportent des participants qui communiquent : verbalement, 30 % avec un dispositif d'aide à la communication, 60 % gestes ou vocalisations	PECS ; autres interventions <u>Interventions variées :</u> - Picture Exchange Communication System, - functional communication training, - systematic social interactive training, teaching conversational exchanges with peer partners and communication books, - Enhanced Milieu Teaching, using visual supports to teach initiations, application of object and movement cues to teach receptive skills, - Reinforcement strategies to teach signing, time delay to promote speech)	INTENSITÉ: NR FORMAT : - Individuel (88 %), groupe (10 %) MILIEU : - Classe (44 %) - Maison (28 %) - Milieus cliniques (35 %) - Communauté (5 %) - Autres (30 %) DISPENSATEURS : - Parent (16 %) - Enseignant (35 %) - Professionnel (12 %) - Professionnel du langage (6 %) - Pair (10 %) - Chercheur (52 %) - Autres (20 %)	Majoritairement en lien avec une amélioration dans la communication expressive ou dans les interactions sociales ou les conversations : 96 % des études rapportent des résultats immédiats positifs sur une ou plusieurs variables Maintien : - Évalué dans 25 % des études (3 mois ou plus après la fin de l'intervention) Généralisation : - Résultats non rapportés 51 % des études - Résultats non rapportés	--
Sparks et al., 2016 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU	6 (1 h/5F) 16-21 ans	Intervention : Stratégie de description et de modelage à l'aide de scénarios présentant différents choix possibles	INTENSITÉ : Séance quotidienne FORMAT :	Capacité de faire un choix correct, en présence d'un scénario : Avant l'intervention : M. = 0-40%	Social validity (Questionnaire; enseignant): Avant l'intervention:

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Travail Soins personnels Condition physique et le bien-être psychologique TÂCHES VISÉES : être capable de faire des choix	DI (légère) (3), DI (modérée) (3) TSA (1)	• Discussion entourant les choix possibles • Utilisation de pictogramme pour représenter les choix • Rétroaction corrective • Incitation • Aide fournie par l'enseignant variable d'un participant à l'autre	• Individuel MILIEU : • Classe DISPENSATEURS : • Enseignant	<u>Pendant l'intervention :</u> M. = 51-93% dont >75 % (3 part.) ; atteint 100 % (5 part.) • PND total = 68,9% (choice-making study was minimally effective for all six participants) • PND = 100% (part. 1, 3 et 5) (highly effective) • PND = 80 % et 86 % (part. 2, 4) (moderately effective) • PND = 67 % (part. 6) (minimally effective) <u>Maintien (2 sem.) :</u> 3/6 maintiennent les capacités de choix <u>Généralisation : --</u>	• The choice-making study would be difficult for some of the participants • Noted that she was unsure if some of the participants would even be able to grasp the concept of the choice-making study • Recommend the use of a whiteboard to give additional support to the participant <u>Après l'intervention:</u> • The choice-making scenarios really helped the participants • They increased their choice-making abilities in general • That it was a wonderful experience to see participants who did poorly during baseline slowly start to understand the concept of choices
Stauch et al., 2018 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : Utiliser des compétences sociales	4 (2H/2F) 15-17 ans DI (légère à profonde) + TSA Autres caractéristiques : • All participants received videobased group instruction (VGI) within the same instructional group during the preceding 4-month semester • prerequisite skills: (1) offering help, (2) maintaining a conversation, (3) asking social questions, (4) showing items to others, (5) commenting	SOCIAL SKILLS TRAINING <u>A single videobased group instruction (VGI) session:</u> (1) A 5- to 7-min. rule review (2) Watching a video of the target behavior followed by one opportunity for each participant to perform the target behavior with a typically developed peer or in vivo modeling for the conversation behavior (done in small group) (3 to 5 repetitions) • Consequences for correct responding (i.e., social interactions) and error correction • Points received for following rules during the entire session and could be traded in points for preferred items for approximately 10 min. towards the end of the session	INTENSITÉ : • 50 min./séance ; fréquence variable FORMAT : • Groupe avec pairs sans DI (2) MILIEU : • Classe DISPENSATEURS : • Enseignant formé, pairs	<u>% d'étapes réalisées de façon autonome (3 domaines différents avec 2 tâches chacun ; 2-5 étapes selon la tâche) :</u> <u>Avant l'intervention:</u> • Low levels of correct responding for the three target behaviors (4/4 part.) <u>Pendant l'intervention :</u> • Extend the conversation : atteint 100 % (3/4 part.) • Join a conversation : atteint 100 % (3/4 part.) Respond to Affective behavior: atteint 100% (3/4 part.) <u>Pendant l'estompage :</u> • Maintien des 3 comportements (3/4 participants) <u>Généralisation (autre MILIEU : cafétéria) :</u> • extend the conversation : atteint 100 % (2/4 part.) ; 50 % ; 0 % • Join a conversation : atteint 100 % ; 50 % ; 0 % (2/4 part.) Respond to Affective behavior: atteint 100% ; 0 % (3/4 part.)	Perceived importance and usefulness of each target behavior, whether they liked the way teachers taught the class, and if they thought the class was right for them. (Échelle de type Lickert de disagree (1) ; neutral (2); agree (3); 5 participants): • Generally speaking, participants rated all items positively, though two participants noted they would not like to take a class like this again. • Written elaborations indicated that one participant thought everyone talked too much, whereas the other participant simply stated disinterest in the class.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
	about activities, and (6) complimenting peers.	- A total of 13 video clips (9 to 24-s) with varied models, social partners, materials, and vocal statements within videos targeting the same social perception skill 2-4 peers served as models for the videos. Models took turns being the participant or peer(s) - Video fading: to promote independence by fading prompts (e.g., video models) once individuals consistently perform the targeted behaviors - Adaptation of the teaching procedures for one of the participant during the study		<i>Malgré l'adaptation de l'intervention, le participant n'a pas réussi à réaliser de façon autonome les comportements demandés. A noter, il s'agit du participant qui n'avait pas acquis les compétences prérequis.</i>	
Stephenson, 2016 (ROYAUME-UNI) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Communication TÂCHES VISÉES : <i>Effectuer un choix dans 3 contextes différents (jeu libre ; cercle de discussion et thé) à l'aide d'un dispositif d'aide basée sur les images (application sur iPad®)</i>	1 (1 h) 7 ans DI (sévère) + TSA Autres caractéristiques : Unable to communicate functionally using speech	<u>DISPOSITIF D'AIDE BASÉE SUR LES IMAGES (sur iPad®)</u> - Incitation verbale et physique - Correction des erreurs	<u>INTENSITÉ :</u> 1 séance/jr., 5 choix à faire/séance, 4 mois, 5-10min./contexte (<i>jeu libre ; cercle de discussion et thé</i>) <u>FORMAT :</u> - Individuel <u>MILIEU :</u> - Classe <u>DISPENSATEURS :</u> - Enseignant	<u>N. d'essai pour lequel la tâche a été réussie (sélectionner l'image et prendre cet objet) :</u> <u>Jeu libre :</u> - Avant intervention : 23 - Après intervention : 33 <u>Cercle de discussion :</u> - Avant intervention : 5 - Après intervention : 26 <u>Thé :</u> - Avant intervention : 36 - Après intervention : 99 - Variabilité importante dans le pourcentage de choix corrects entre chacune des séances - Pas de généralisation de l'apprentissage d'un contexte à l'autre	--
Stuttard et al., 2015 (ROYAUME-UNI)	22 (13 h/9F) 5-15 ans (M (ET)=8,64 (3))	MANAGING YOUR CHILD'S BEHAVIOUR TO PROMOTE BETTER SLEEP (MCBPBS) auprès des parents Enseignement didactique	<u>INTENSITÉ :</u> 3 hr./séance ; 4 séances aux parents; 5 sem.	<u>Difficultés de sommeil avant-après :</u> Diff. NS entre avant-après et 6 mois follow-up sur échelle totale, et 2 sous-échelles (résistance au coucher, anxiété liée au sommeil)	<u>Sentiment de compétence des parents (satisfaction, efficacité) :</u> Diff. ns. entre avant et après sur la satisfaction.

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
DEVIS : PRÉPOST SANS GR. CONTRÔLE RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Condition physique et le bien-être psychologique TÂCHES VISÉES : <i>Être capable d'aller se coucher et de dormir de façon autonome</i>	100 % QI<70 TSA (12)	- Résolution de problèmes en groupe - Observation à la maison - Pratiques à la maison - Apprentissage de l'utilisation d'outils simples liés à la routine - Réaménagement de la chambre de l'enfant	FORMAT : - Groupe MILIEU : - Centre de santé mentale pour enfants et adolescents DISPENSATEURS : - Infirmières	Diminution SS entre avant et 6 mois après la fin de l'intervention sur les marches nocturnes	Augmentation sign. entre avant et après sur l'efficacité Participation au prog. : 11 parents ont participé aux 4 séances, 3 parents ont participé à seulement 2 séances, aucun abandon
Tekin-Iftar, 2008 (TURQUIE) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Habitation Responsabilité TÂCHES VISÉES : <i>aller porter un vêtement au nettoyeur</i>	3 (1 h/2F) 9-12 ans DI (légère) (1) et (modérée) (2) TSA (2)	<u>Entraînement du parent à offrir l'intervention :</u> - Apprentissage de l'incitation verbale simultanée - Jeux de rôle modelage - Pratique guidée - Rétroaction sur la performance <u>Intervention :</u> - Incitation verbale en simultanée	INTENSITÉ : <u>Entraînement du parent :</u> 1 séance de 75 min. <u>Intervention :</u> 6 à 9 essais/séance ; 6-9 séances (46-65 min. d'entraînement et 28-36 min. de situation de pratique réelle) FORMAT : <u>Entraînement du parent :</u> - Groupe <u>Intervention :</u> - Individuel MILIEU : <u>Entraînement du parent :</u> - Bureau du chercheur <u>Intervention :</u>	% de réussite aux différentes étapes (Porter un vêtement au nettoyeur (13 étapes); Achat et paiement en magasin (15 étapes); Achat et paiement dans une pâtisserie (11 étapes)) : <u>Avant l'intervention :</u> - Entre 20 % et 30 % (habitation) - Entre 0 % et 30 % (responsabilité) <u>Pendant l'intervention :</u> >75% (2/3 situations); atteint 100%(3/3 situations) (habitation) >75% (5/6 situations); atteint 100% (6/6 situations) (responsabilité) <u>Maintien (2 et 4 semaines) :</u> 100 % (sauf 92 % pour 1/3 situations (habitation)) 100 % (sauf 92 % pour 1/12 situations) (responsabilité) <u>Généralisation (milieu) :</u> 100 % (3/3 situations (habitation)) 100 % (sauf 95 % pour 1/6 situations) (responsabilité)	Questionnaire complété par les parents : - Parents perçoivent effets positifs de l'intervention - Perception que l'intervention est facile à implanter, apprécie la procédure et apprécie la possibilité d'agir en tant qu'enseignant de leur enfant - Tous les parents indiquent que de fournir les instructions dans la communauté et d'offrir le renforcement tout de suite après l'instruction sont les éléments les plus aidants pour faciliter l'apprentissage

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
			- dans la communauté DISPENSATEURS ⋮ <u>Entraînement du parent :</u> - chercheur pour les mères <u>Intervention :</u> - mères		
Van Dijk et Gage, 2018 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : MA 13 études avec devis à cas unique RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : - Activités de la vie courante (6 études) - Travail (3 études) - Loisir (3 études) - Autres (1 étude) TÂCHES VISÉES : <i>Diverses tâches en lien avec les habitudes de vie</i>	36 (? H/ ? F) >80% 11-21 ans DI (NR)	VISUAL ACTIVITY SCHEDULE (VAS) <u>Type de VAS :</u> - Une image à la fois - Plusieurs images <u>Type of instruction or reinforcement used to instruct participants:</u> - A form of systematic instruction, either by itself or in combination with other reinforcements, - Other types of reinforcements without a form of systematic instruction, e.g., edibles, praise, etc.)	INTENSITÉ: NR FORMAT: NR MILIEU : - Classe (6 études) - Communauté (4) - Combinaison (3) DISPENSATEURS ⋮ NR	M.% of non-overlapping data points: 98% (87-100%) large effect • Une image à la fois > plusieurs images à la fois (p=0,039) • High school or transition> Middle school (p<0,001) • High school or transition> adult (p=0,012) • Academic and autre> loisirs (p=0,029) Tau-U: 0,96 (p<0,001, 95% CI [0,81-1,11]) • Lack of between studies variance = no subsequent moderator analysis • Result difficult to interpret because of the ceiling effect of 1 is reached in 64% of ES Between-case standardised mean difference (BC-SMD): 5,99 (p<0,001, 95% CI [4.59-7,38]) = effectiveness>2.0 - test of heterogeneity is significant - the instruction type used to teach VAS was a significant predictor and explained a quarter of the variance of the model	--
Van Laarhoven et al., 2018 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : ECU RISQUE DE BIAIS : MODÉRÉ	3 (2H/1F) 15-18 ans DI (légère) (1), (modérée) (1), (NR) (1)	Intervention: Phase 1: Training participants how to use the prompting devices A model-lead-test format on a different task (i.e., a vocational sorting task) until	INTENSITÉ : 5-10 séances ; plusieurs x/sem. FORMAT: - Individuel	% moyen of Independent Correct Responses: <u>Avant l'intervention :</u> - Max. 15% (3 part.) <u>Pendant l'intervention :</u> - iPad® : 94 % ; 98 % ; 45 %	Satisfaction with using the different devices and the universally designed prompting systems (participants, survey): All participants liked using the devices

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
HABITUDES DE VIE VISÉES : Travail TÂCHES VISÉES : <i>être capable de nettoyer et préparer une salle de réunion en prenant des décisions</i>	Autres caractéristiques : Self-contained and inclusive classrooms	they independently operated each device for three consecutive sessions <u>Phase 2:</u> - Instructional sequences with a combination of zoom (e.g., close up of conference room calendar on door) and wide-angle shots - Prompting system: picture, auditory prompt associated with video independently operated and self-selected by participant - Decision points were embedded in the sequence - No feedback was given other than praise for staying on task and working hard	MILIEU : - École DISPENSATEURS : - iPad® or HP Slate®; teaching staff	Slate® : 98 % ; 83 % ; 90 %	- All participants thought the devices helped them. - All participants would like to use devices in the future. 2 participants preferred the slate; 1 participant preferred the iPad®
				<u>% of Correct Responses at Decision Points:</u> <u>Pendant l'intervention :</u> 100 % ; 100 % ; 0-100% <u>% of media options selected each session:</u> <u>Séances 1/2/3/4:</u> - Picture/text prompts: 0/0/4/0%; 13/13/23/23%; 0/11/21/8% - Picture/auditory prompts: 5/6/4/7%; 13/7/14/15%; 17/26/7/0 % - Video prompts : 90/50/7/53 % ; 54/40/0/15% ; 39/47/50/12 % - No prompt : 5/44/85/30 % ; 20/40/64/47 % ; 44/16/21/80 % <u>Autres séances :</u> - Picture/text prompts : 0-13% ; 0-23% ; 0 % - Picture/auditory prompts : 0-10% ; 0-13% ; 11 % - Video prompts : 0-20% ; 0-10% ; 20 % - No prompt : 70-95% ; 60-95% ; 68 %	Preference between the 2 different systems (teaching staff): - Staff all preferred the iPad® - They also indicated that they were somewhat disappointed with the glitches encountered with both devices (e.g., freezing, shutting down, being touchy) - Even with the glitches, they indicated that they would like to use this type of prompting system in the future, particularly if improvements were made in the apps/programs
Walker et al., 2010 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS <u>23 études retenues avec les devis suivants :</u> 19 devis à cas unique 3 devis quasi expérimentaux 1 devis mixte RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ	161 (? H/? F) 5-21 ans DI (20/23 études) TSA (4/23 études)	COMMUNITY BASED INSTRUCTION - Incitation (14 études) - Constant Time Delay (4) - Modelage (2) - Progressive time delay (1) - Instruction directe (1) - Concurrent ans serial sequencing (1) - Contingent reinforcement (1) - Interaction avec un pair sans DI (1) 2 stratégies (3)	INTENSITÉ : NR FORMAT : NR MILIEU : - Communauté seulement (15 études) ou classe + communauté (7) - Plusieurs lieux dans la communauté (15) - En classe comparée à dans	% de participants/études qui ont réussi la tâche demandée de façon autonome : <u>Avec l'intervention :</u> 95 % (153/161 part.) <u>Maintien (1-20 sem.:</u> 11 études) : 100 % (11/11 études) % d'études avec des résultats positifs au sujet de la généralisation (nouveaux sites (9 études); nouvelles personnes (2 études); nouveau matériel +nouveau site (1 étude)) : 83 % (10/12 études)	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
HABITUDES DE VIE VISÉES : Nutrition (6 études) Déplacement (4) Responsabilité (7) Relations interpersonnelles (2)) Éducation (1) Travail (4) Loisirs (3) TÂCHES VISÉES : <i>Diverses tâches en lien avec les habitudes de vie</i>			la communauté (4) <u>Type de milieu :</u> Épicerie (10); Rue (4); Centre commercial (3); Restaurants (2); Dépanneur (2); Centre de quilles (2); Domicile (2); Autres (p. ex. : bibliothèque, banque) : (19) DISPENSATEURS : NR		
Walton et Ingersoll, 2013 (ÉTATS-UNIS) DEVIS : RS 13/17 études ont été retenues dont ECU (10), ESSAI COMPARATIF AVEC RÉPARTITION NON ALÉATOIRE (1), PRÉPOST SANS GR. CONTRÔLE (2) RISQUE DE BIAIS : ÉLEVÉ HABITUDES DE VIE VISÉES : Relations interpersonnelles TÂCHES VISÉES : <i>améliorer les relations sociales positives (p. ex. : montrer de l'intérêt pour les autres,</i>	83 (? H / ? F) 96 % 12-21 ans TSA + DI (sévère à profonde)	AAC, peer-mediated intervention, TEACCH <u>Catégories d'intervention :</u> <u>Modelage vidéo (1 étude):</u> Based upon the foundational principles of social learning theory, that individuals will repeat behaviors that they have seen others perform, even across settings and in the absence of reinforcement. <u>Peer-mediated intervention (3):</u> Typically developing peers are taught strategies for interacting with individuals with ASD to serve as models of appropriate social behaviour <u>Behavioral intervention (6):</u> Provide a prompt (a verbal, physical, or visual cue) for the individual to perform a specific behavior. If the behavior is performed correctly, the individual is provided with a tangible (e.g., food, a desired object) or social (e.g., verbal praise)	INTENSITÉ : • Structured teaching : entre 6 mois et 2 ans et demi FORMAT : NR MILIEU : École majoritairement DISPENSATEURS : Pairs (6 études); équipe éducative ou enseignants (5); chercheurs (2)	Modelage vidéo: Increased rate of social initiation to experimenter and duration of joint play with experimenter • 4/7 participants Peer-mediated intervention : Augmentation de la fréquence, la durée et la qualité de l'interaction avec les pairs • 6/8 participants Behavioral intervention : Augmentation du nombre d'initiations de comportements de socialisation appropriés avec les pairs, nombre de réponses appropriées à un comportement de socialisation initié par un autre • 13/17 participants Structured teaching : Amélioration des comportements adaptatifs de communication et de socialisation (augmentation des contacts sociaux, des comportements d'imitation) • Socialisation : 38/38 part.	--

Étude Habitudes de vie visées Tâches réalisées	N. retenu (sexe) Âge DI (gravité) Autres caractéristiques	Intervention		Efficacité	Applicabilité et acceptabilité (Jeunes, parents et intervenants)
		Stratégies	Modalités	Mesures Résultats	Mesures Résultats
<i>sourire et regarder les autres)</i>		reinforcer. If the behavior is not performed correctly, the reinforcer is withheld, and the individual may be provided with corrective guidance or assistance in performing the desired behavior. <i>Structured teaching (3):</i> Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children (TEACCH) The philosophy of structured teaching is strength-based; each individual undergoes a comprehensive assessment to identify strengths and areas of need and the instructors develop an individualized educational plan for each student that builds on the student's strengths. In addition, the teaching environment is designed to de-emphasize the need to rely on areas of weakness, such as social understanding and verbal comprehension, during learning activities.			

Légende :

DI : déficience intellectuelle; d : d de Cohen; diff. : différence; DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th edition*; ECU: étude avec un devis à cas unique; ECRA : essai comparatif avec répartition aléatoire; ES : erreur standard; ET : écart-type; F : femme; Gr. : groupe; H : homme; hr. : heure; IC : intervalle de confiance; IRD: *Improvement rate difference*; jr. : jour; m. : moyenne; MA : méta-analyse; min. : minimum; max. : maximum; N. : nombre; NR : Non rapporté; ns : non significatif; p : valeur-p; part. : participant; PND: *Percentage of Non-Overlapping Data*; POR : *Proportional Odds Ratios*; QI : Quotient intellectuel; RS : Revue systématique; sec : seconde; sem. : semaine; SS : statistiquement significatif; t : t de Student; TE : Taille d'effet; TSA : Trouble du spectre de l'autisme; x : fois

Taille d'effet :

La **taille d'effet** mesure la force de l'effet observé d'une variable sur une autre et elle fournit un indice quantitatif de la force de la relation entre ces deux variables. Plus la valeur obtenue est élevée, plus la force de la relation est importante. Elle peut être mesurée à partir de différents indices en fonction du type de devis et de mesure de l'effet. Dans le cadre de cette revue de la littérature, on retrouve les indices suivants :

Pour les ECRA :

- **Moyenne des différences standardisées (SMD)** : Différence entre deux moyennes, divisée par une estimation de l'écart type intragroupe. En exprimant les effets en valeur standardisée, on peut combiner les résultats mesurés de différentes façons d'une étude à l'autre puisqu'ils ne sont plus exprimés en unités de mesure. On appelle parfois les différences moyennes standardisées « indice d » (<http://htaglossary.net/moyenne+des+diff%C3%A9rences+standardis%C3%A9es+%28n.f.%29>). Une ampleur de l'effet est considérée comme petite lorsqu'elle se situe entre 0,20 et 0,50, moyenne, entre 0,50 et 0,80 et grande, au-delà de 0,80 dans le cas de l'étude de Park et ses collaborateurs [Park *et al.*, 2016].

Pour les devis à cas unique :

- **Improvement rate difference (IRD)** : Différence ou changement en pourcentage entre les scores les plus élevés avant l'intervention et les scores pendant ou après l'intervention. Une ampleur de l'effet est considérée comme petite lorsqu'elle se situe sous 0,50, modérée, entre 0,50 et 0,70 et grande, au-delà [Parker *et al.*, 2009] (une étude retenue utilise cette taille d'effet [Ganz *et al.*, 2014]).
- **Taille d'effet Tau-U** : correspond à la proportion de données qui ne se superposent pas entre les données avant et pendant/après l'intervention en tenant compte des tendances à l'intérieur de chaque phase de l'étude [Parker *et al.*, 2011]. Une ampleur de l'effet est considérée comme petite lorsqu'elle se situe sous 63 %, modérée entre 63 et 92 % et grande, au-delà dans l'étude de Aljehany et Bennett [2019]; Une ampleur de l'effet est considérée comme petite lorsqu'elle se situe sous 66 %, modérée entre 66 et 92 % et grande, au-delà dans l'étude de [Park *et al.*, 2019].

ANNEXE P Groupes de discussion

Tableau P 1 Préparation et réalisation des groupes de discussion

Les moyens mis en œuvre pour assurer la qualité des consultations

Afin d'assurer la validité des consultations, le comité consultatif, dont certains membres possèdent de l'expérience en recherche auprès de cette population, a été questionné. Une brève revue de littérature sur les meilleures méthodes qualitatives pour recueillir de l'information expérientielle auprès des personnes ayant une DI a aussi été réalisée.

Ainsi, une douzaine de publications pertinentes ont été consultées [Doody, 2018; Durell, 2016; Copeland *et al.*, 2014; Cridland *et al.*, 2014; Stevenson, 2014; Tozer *et al.*, 2014; Wilkenfeld, 2014; Nind et Vinha, 2013; Dague, 2012; Nind, 2008; Vlaskamp *et al.*, 2007; Abbott et McConkey, 2006; Guillemette et Boisvert, 2003] et les meilleures pratiques ou éléments suivants ont été mis en œuvre avec le concours des experts terrain :

- rencontrer les intervenants clés pour expliquer la recherche et ses enjeux pour qu'ils identifient correctement des participants potentiels. Trois séances de travail ont eu lieu avec les animateurs, de même que plusieurs échanges téléphoniques ou courriels avec les gestionnaires;
- faciliter la participation des volontaires en aplanissant le plus possible les obstacles qui pourraient entraver leur disponibilité et leur propension à se présenter à l'activité. Une compensation financière a été consentie par l'INESSS, les frais de gardiennage ont été pris en charge soit par les établissements ou l'INESSS, le cas échéant;
- soutenir la communication avec différents outils. Des pictogrammes, Talking mats™, le signe STOP pour cesser le consentement et le signe OK ont été utilisés;
- utiliser différentes méthodes d'animation telles que le classement et le choix d'images, les phrases à compléter, les listes de choix de réponses et le vote;
- choisir des questions concrètes et non suggestives;
- choisir des animateurs qui ont des compétences d'écoute active, qui résument et clarifient régulièrement ce qui est exprimé pour en assurer la compréhension juste.

La collaboration étroite avec les établissements

La collaboration des établissements³¹ avec l'INESSS a été déterminante dans le succès de ces consultations. Ceux-ci ont pris en charge une partie du recrutement des participants et ont rendu disponibles des espaces de rencontre. De plus, ils ont contribué à la création des grilles d'entrevues ainsi qu'à l'animation et le suivi des groupes.

- **Recrutement** : il a été réalisé par les gestionnaires et les intervenants directs qui ont expliqué la démarche et fait circuler l'invitation aux parents et aux jeunes

³¹ Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le CISSS de Chaudière-Appalaches.

correspondants aux critères. Dans le cas des parents de la région de Québec, le comité des usagers et le bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique clinique du CIUSSS de la Capitale-Nationale ont assuré le recrutement.

- **Consentement libre et éclairé** : les conditions de participation et les engagements de l'INESSS ont été expliqués et les personnes intéressées ont eu l'occasion de formuler leurs questions ou préoccupations préalablement à leur participation au groupe de discussion.
- **Disponibilité des lieux de rencontre** : des espaces accessibles et confortables ont été mis à notre disposition pour la réalisation des consultations.
- **Création des grilles d'entrevue et choix des méthodes d'animation** : La grille d'entrevue pour le groupe de discussion réalisé auprès des adolescents a été élaborée en collaboration avec des intervenants expérimentés du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (spécialistes aux activités cliniques et éducateurs spécialisés).
- **Animation et coanimation** : Les groupes de discussion ont été animés ou coanimés par des intervenants des CISSS et CIUSSS concernés ou par une responsable du comité des usagers.
- **Suivi** : Une vigilance a été assurée par les intervenants dans les jours suivants les groupes de discussion pour recueillir des propos supplémentaires, des préoccupations ou des questions de la part des participants et d'assurer un retour au professionnel scientifique de l'INESSS.

Description des participants

Les groupes de discussion se sont tenus en mai et en juin 2017. Au total, 11 mères et 11 jeunes ont participé aux activités de consultation. Les activités se sont déroulées à Montréal, Québec, Lévis et Ste-Marie.

a) Parents d'enfants ayant une DI

Critères de recrutements : Être parent d'un enfant âgé entre 6 et 13 ans, ou d'un adolescent âgé entre 14 et 21 ans et recevoir ou avoir reçu des services spécialisés dans la dernière année.

- Groupe 1 : 6 mères francophones d'enfants de 6 à 13 ans ayant une DI réalisé en collaboration du CIUSSS de la Capitale-Nationale.
- Groupe 2 : 5 mères anglophones de jeunes de 14-21 ans ayant une DI; réalisé en collaboration avec le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

b) Adolescents ayant une DI de 15 à 21 ans

Critères de recrutement : Être âgé de 15 à 21 ans, recevoir des services d'adaptation-réadaptation et disposer d'un niveau de fonctionnement qui correspond à une DI légère

et de capacités d'expression requises pour participer à une discussion sur les services qui les concernent.

- Groupe 1 : Un groupe d'adolescents francophones (2 jeunes) et une entrevue individuelle, organisés en collaboration avec le CISSS de Chaudière-Appalaches.
- Groupe 2 : Un groupe d'adolescents anglophones en collaboration avec le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ce groupe de discussion a porté spécifiquement sur la transition vers la vie adulte et le travail (8 jeunes de 16 à 21 ans).

Analyse des données

- Les entrevues et les groupes de discussion ont été enregistrés, retranscrits et codés avec le logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo.
- L'analyse de contenu des entrevues et des groupes de discussion s'est faite de manière inductive. Ainsi, les réponses obtenues ont été regroupées et associées à des thèmes quand elles référaient à un concept plus large permettant de créer du sens.
- Les données découlant des groupes de discussion ont été résumées à l'annexe P, tableau P2.

Thèmes abordés dans les groupes de discussion

Les sujets suivants ont été abordés sous forme de questions ouvertes et d'activités pour les adolescents :

- Qu'est-ce que l'autonomie pour vous
- Les habitudes de vie prioritaires sur lesquelles il faut intervenir
- La liberté de choix et l'autodétermination
- Les expériences avec les services
- Le soutien psychosocial
- L'utilisation des outils technologiques
- Les moyens d'interventions appréciés
- Suggestions pour améliorer les services

Avec les parents d'adolescents et les adolescents, le sujet des relations amicales, affectives, amoureuses et sexuelles a aussi été abordé.

Avec les adolescents, le thème de la transition à la vie adulte vers un logement différent de celui des parents et les responsabilités s'y rattachant ont été abordés. Pour finir, il était demandé aux adolescents « si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que vous changeriez pour aider vos parents à vous aider à devenir plus autonome ? » plutôt que des suggestions pour améliorer les services.

Tableau P 2 Résultats des groupes de discussion

Thèmes issus de l'analyse de contenu

Domaines des habitudes de vie les plus importants

Les domaines les plus importants dans la perspective de leurs défis actuels sont :

a) Selon les adolescents

- Se déplacer seul (transports publics, vélo).
- Se faire des amis et les voir, s'organiser des visites et des activités.
- Préparer l'avenir, savoir comment faire et comment suivre un budget, obtenir un permis de conduire, partir en appartement et les activités domestiques (ménage, lavage, cuisiner).

b) Selon les parents d'enfants 6-12 ans

- La communication. Elle est déclarée de manière consensuelle comme l'habitude de vie prioritaire à soutenir. Ils mentionnent qu'elle est étroitement liée aux habiletés sociales, qu'elle est transversale et qu'elle ouvre les portes de l'autonomie, car elle permet au jeune d'exprimer ses besoins, ses sentiments, de faire des requêtes ou de demander de l'aide.

« On a beaucoup travaillé la communication pour les habiletés sociales et pour que l'enfant puisse s'exprimer, déjà s'ils ne peuvent pas s'exprimer il y a plus de mauvais comportements, c'est sûr, c'est frustrant pour lui, fait que l'autonomie passe beaucoup par là... ».
- Ils apprécient une approche qualifiée de « communication totale » qui commence tôt quand l'enfant est jeune et qui recourt à la parole, aux signes et aux pictogrammes. Ces modalités sont utilisées au quotidien et l'enfant utilise tous les moyens mis à sa disposition. Les parents remarquent que même si le langage verbal s'est développé, l'utilisation combinée des autres modalités permet aux enfants de mieux communiquer.
- L'hygiène personnelle. L'importance d'être propre, de sentir bon et d'être autonome pour aller à selle est rapportée; l'intégration sociale n'est pas possible sans une bonne hygiène personnelle selon eux.
- Les relations sociales et laisser aller jouer l'enfant avec des amis dans le quartier.
- L'alimentation pour certains parents dont l'enfant est diabétique ou a des allergies ou des intolérances alimentaires (2 parents du groupe).
- Faire ses devoirs seul.

c) Selon les parents d'adolescents(tes)

- Les relations interpersonnelles (l'amitié, l'amour, entretenir ses relations, savoir quand laisser aller une relation et ne pas harceler). Ceci est prioritaire.
- Le travail et l'avenir dans la vie adulte particulièrement en ce qui concerne l'habitation. Les parents d'adolescents expriment de vives inquiétudes à propos de l'avenir.
« Qui prendra soin de notre jeune quand nous n'en serons plus capables ? Où et dans quelles conditions vivra alors notre enfant ? Qui s'assurera de la qualité de son milieu de vie ? ».
- Acquérir de bonnes habitudes de vie (condition corporelle).
- Mais les parents insistent pour dire que toutes les habitudes de vie sont reliées et interdépendantes.

Expériences appréciées avec les services par les parents des 2 groupes

- La proactivité, l'initiative de l'intervenant(e) pour démarrer rapidement les interventions éducatives.
- La prise en compte des besoins de loisirs, de gardiennage, de soutien du réseau social et des ressources communautaires disponibles.
- La mise en place des pictogrammes, la communication « totale » dans une approche naturaliste.
- Les ateliers de groupe (pour enfants et pour parents).
- « Des intervenants(es) qui prennent les besoins de notre enfant comme un défi. »
- Quand l'éducateur se déplace dans les différents milieux de vie de l'enfant, notamment à l'école.

Expériences négatives avec les services

a) Pour les parents d'enfants de 6-12 ans

- Pour ceux qui ont eu des services à la petite enfance (2-5 ans), la transition entre les services de la petite enfance et l'enfance est laborieuse : sentiment de rupture de service lors de l'entrée à l'école de leur enfant.
- Ce groupe ressent une perte des services mieux structurés qu'ils recevaient du programme en 2-5 ans.
- Ils mentionnent que la collaboration entre le CIUSSS/CISSS et le milieu scolaire est variable.

b) Pour les parents d'adolescents(tes)

- Ils observent des disparités entre les écoles concernant les services complémentaires disponibles. Certains parents déménagent pour y avoir accès, d'autres se rendent compte après avoir déménagé en cours d'année que les services ne suivent pas l'élève qui change d'école.

c) Pour les deux groupes de parents

- Tous expriment de manière unanime l'impression d'avoir à se battre pour faire valoir les besoins de leur enfant et pour obtenir des services professionnels qu'ils estiment requis pour celui-ci.

« Je suis contente parce qu'on a fait des grands efforts et je suis allé chercher..., j'ai eu à aller au commissaire aux plaintes pour essayer de ravoir des services d'orthophonie pour finalement me faire dire après l'évaluation en orthophonie que mon enfant avait un trouble sévère mixte, expressif - réceptif et là nous avons reçu des services de l'IRDPQ »
« le parent qui se bat pour obtenir un service, ça vaut juste pour lui, l'autre parent qui n'a pas l'énergie de se battre, il n'a pas ces services... chaque bataille est toujours à refaire... il y a de la détresse à gérer ces émotions-là, c'est compliqué on a pas tous le même bagage... »

- Ils vivent un sentiment d'isolement et manquent d'information sur les services qui peuvent être rendus.

« On nous demande nos besoins, on en a plusieurs, mais qu'est-ce que je peux demander ? On ne sait pas comment ça marche, on ne sait pas ce qu'on peut demander... »

- Ils considèrent que les services professionnels en orthophonie et ergothérapie sont difficiles à obtenir tant au CIUSSS qu'à l'école.

d) Collaboration avec l'école

- Certains parents demandent à être accompagnés aux rencontres de PI scolaire par leur intervenant des services de réadaptation ou par quelqu'un pouvant les aider à présenter les besoins de leur enfant ou à défendre leurs droits. Ils mentionnent aussi que la collaboration entre le CISSS/CIUSS et l'école n'est pas systématique.
- Note : Du côté des CISSS et CIUSSS, l'initiative serait laissée à l'intervenant dont la disponibilité est restreinte et dont l'aisance à collaborer peut être variable. Du côté des écoles, chaque école peut avoir des pratiques différentes quant à son ouverture à la collaboration avec les services des CISSS et CIUSSS.

« Quand ton enfant entre à l'école, tu as juste ton éducatrice (du CIUSSS) que tu vois une fois par mois, quand tout fitte dans les rendez-vous et tout ça... C'est toi qui dois lui dire quand il y a des plans d'intervention, puis elle, c'est vraiment difficile de la faire aller à l'école et je pense aussi que pour l'école c'est vraiment dur qu'ils proposent. Une intervenante du CIUSSS que j'ai eu disait : qu'ils m'appellent, je vais y aller, mais l'école

ne l'appelait pas, l'école ne voulait pas trop que quelqu'un de l'extérieur de l'école s'immisce là-dedans... »

- Ils disent aussi que la rencontre de plan d'intervention servirait davantage à les informer des services qui seront offerts qu'à les consulter sur les besoins de leur enfant.

« Les rencontres de PI au scolaire c'est intimidant, eux autres, ils sont préparés et savent ce qu'ils vont offrir ils sont préparés en gang... ».

e) Soutien psychosocial

- Le soutien psychosocial est difficile à obtenir, quand le service est disponible le besoin a changé ou n'est plus là.
- Sentiment d'iniquité envers les services offerts en TSA. "my kid had not the sexy autism thing, even if she had multiple symptoms, she is a second class citizen".

Outils technologiques

- Selon les parents, les outils sont puissants, mais ils sont sous-utilisés. Ils remarquent que le personnel des CIUSSS autant que celui des écoles présente des habiletés variables avec les outils technologiques en appui au développement de l'autonomie ou de la communication.

« On s'est rendu compte que notre fille était avancée en anglais, elle a appris toute seule ses couleurs et comment compter en anglais sur le IPad®, c'est jamais nous qui lui avons montré cela, parfois elle communique en anglais... ça me fascine... » « c'est génial la tablette, mais je suis sûre que ça pourrait être mieux utilisé pour les pictos, les scénarios sociaux, l'horaire, les étapes pour faire une affaire... »

- Certains intervenants connaissent bien les technologies et les applications utiles, d'autres ne savent pas comment faire fonctionner les appareils.

« Ma fille a une tablette à l'école car elle a un code pour son trouble de la communication, mais sa professeure cette année ne sait pas comment l'utiliser, l'ergo et l'ortho de l'IRDPQ capotaient "il faut que ça cesse, ils ont juste à nous demander" il a fallu que je demande au directeur que son personnel ait une formation » « pourquoi cette formation n'est pas automatique quand le professeur sait qu'il va avoir des enfants avec un code ? »

- Les parents d'adolescents mentionnent un besoin de soutien pour l'utilisation des réseaux sociaux. Des parents ont dû fermer le compte Facebook de leur fille qui ne recevait pas les réponses attendues et qui devenait anxieuse et harcelante devant le silence de ses correspondants.

Interventions appréciées par les parents

- Les groupes de formation pour parents.
- Des activités avec d'autres parents et enfants, p. ex : physiothérapie, groupe piscine.
- Une vision intégrée de la communication mettant à contribution plusieurs moyens.

- Les cercles sociaux.
- Outils imagés, horaires, scénarios sociaux, gestion de l'anxiété.

Améliorations souhaitées par les parents

- Meilleur accès aux services professionnels intégrés, entre l'école et le CIUSSS, en orthophonie et ergothérapie.
- Ne pas se battre pour recevoir les services nécessaires.
- Évaluation annuelle complète ergothérapie, physiothérapie, orthophonie de l'enfant pour avoir un portrait juste, un bilan de son développement et de ses besoins et par la suite l'adaptation des services aux besoins.
- Rencontre de bienvenue où le programme est expliqué.
- Formations avec d'autres parents, pour favoriser la confiance en soi des parents et briser l'isolement. « outiller les parents c'est la base de tout ».
- IRDPQ et CRDI soient regroupés sous le même toit.
- Améliorer la collaboration du milieu scolaire avec les familles et la collaboration entre CIUSSS et École.
- Formation pour aider les parents à soutenir l'autodétermination des jeunes.
- Formation sur l'utilisation de la technologie (applications iPad®, etc.).
- Obtenir les services psychosociaux selon les besoins (entente conjugale, soutien) pas 2 ans après l'avoir demandé.
- Qu'une personne neutre de l'organisation ou le chef de service fasse un suivi régulier avec les parents sur leur appréciation des services reçus.

Autodétermination

- Certains jeunes affirment être libres de faire leurs propres choix dans leur vie quotidienne. D'autres disent exercer leur autodétermination dans certains secteurs de leur vie, mais ne pas avoir l'occasion de le faire dans tous les secteurs. Ainsi, un participant exprime qu'il ne choisit pas souvent ce qu'il mange à la maison, mais qu'il peut choisir ce qu'il fait dans ses loisirs.
- Les parents disent ressentir un conflit intérieur devant le soutien à l'autodétermination de leur enfant, car tout en voulant l'encourager, ils sont parallèlement soucieux de leur sécurité.

« C'est constamment une dualité, oui on aimerait ça qu'il fasse ses choix, mais ça demande un certain encadrement lui laissé faire ses choix, c'est le genre de chose sur lesquelles il faut tout le temps se parler entre parents... je ne peux pas la laisser décider tout le temps, il y a des fois où ce n'est pas logique, on ne sort pas dehors à 5 heures du matin... ».

ANNEXE Q Sondage en ligne

Tableau Q 1 Élaboration et déroulement du sondage

Le sondage a été élaboré avec le soutien de la coordonnatrice scientifique. Les questions sur les outils utilisés par les intervenants québécois dans le cadre de leur pratique ont été élaborées en collaboration avec différents chargés de projet responsables de l'implantation des guides de pratique dans les CISSS et CIUSSS de la province.

Une version préliminaire du sondage a été soumise à un échantillon d'intervenants et de gestionnaires afin de recueillir leurs commentaires concernant la portée et la clarté des questions. Une fois la liste des questions établie, le sondage a été mis en ligne sur le site SurveyMonkey. Il comportait 16 questions, dont 13 questions à choix de réponses, comprenant un champ texte pour la catégorie « autre » et 3 questions ouvertes.

Le sondage a été disponible pendant six semaines, soit du 10 février au 25 mars 2017. Un soutien téléphonique était offert par un professionnel de l'INESSS pendant la période de disponibilité du sondage.

La confidentialité des réponses était assurée par l'anonymat des répondants. De plus, il était mentionné en introduction que le sondage ne visait aucunement l'évaluation de la pratique, mais sa compréhension dans le contexte actuel.

Recrutement des répondants

Chaque direction des CISSS et CIUSSS qui offrent des services spécialisés en DI a été sollicitée par écrit pour obtenir l'autorisation de consulter son personnel dans le cadre du sondage (18 CISSS et CIUSSS). L'ensemble des directions sollicitées a autorisé la consultation dans leur établissement. À la suite de l'obtention de cette autorisation, le lien du sondage a été envoyé aux directeurs des CISSS et des CIUSSS, avec la consigne de le faire suivre aux gestionnaires des équipes à l'enfance et l'adolescence ainsi qu'aux intervenants concernés. Il a été convenu avec les établissements dotés d'équipes plus volumineuses de consulter 30 % des éducateurs et la majorité des spécialistes aux activités cliniques, des professionnels et des gestionnaires impliqués auprès de cette clientèle dans chaque établissement. De plus, un rappel a été fait pour mentionner qu'il s'adressait aux intervenants des services spécifiques et spécialisés.

Analyse des données

La compilation des données de nature quantitative s'est réalisée avec l'aide des outils de l'application en ligne de SurveyMonkey et du logiciel Microsoft Excel.

Les données de nature qualitative ont été analysées à l'aide du logiciel NVivo. L'analyse de contenu des questions ouvertes portant sur les facteurs facilitants le travail des intervenants auprès des jeunes, des familles et sur leurs fiertés s'est faite de manière inductive. Ainsi, les réponses obtenues à ces questions ont été regroupées et associées à des thèmes quand elles référaient à un concept plus large permettant de créer du sens et de mesurer le nombre de récurrences d'un même sujet.

Tableau Q 2 Questionnaire utilisé dans le sondage en ligne

Ce sondage s'adresse aux intervenants cliniques et aux gestionnaires œuvrant auprès de cette clientèle. Nous sollicitons votre contribution pour définir les principales habitudes de vie (ou domaines d'autonomie) qui sont le plus souvent priorisées à l'intérieur des plans d'intervention ainsi que les facteurs facilitants et les défis rencontrés dans la pratique auprès des jeunes et de leurs parents.

Prenez note qu'il est complètement anonyme et qu'il ne vise pas à évaluer la qualité de la pratique, mais à mieux la circonscrire afin d'orienter les recommandations qui seront formulées.

Le développement de l'autonomie des jeunes (6-21 ans) ayant une déficience intellectuelle

1. Quel est votre titre d'emploi ?
2. Votre CISSS ou CIUSSS ?
3. Votre niveau d'expérience avec les jeunes présentant une déficience intellectuelle ?
4. Auprès de quelle tranche d'âge des jeunes ayant une DI, intervenez-vous principalement ?
 - ☐ Davantage auprès des enfants de 6 à 13 ans
 - ☐ Davantage auprès des adolescents de 14 à 21 ans
 - ☐ Autant auprès des enfants (6-13) que des adolescents (14-21) ayant une DI
5. Choisissez parmi la liste des 12 habitudes de vie du PPH, les trois (3) habitudes de vie qui reviennent le plus souvent dans vos plans d'intervention de la dernière année.
 - ☐ **Nutrition** Ex. : Choisir des aliments pour sa collation; participer à la préparation; utiliser des ustensiles pour manger, utiliser les services de restauration.
 - ☐ **Condition corporelle** Ex. : Se mettre au lit et se lever; s'endormir, dormir et se réveiller; pratiquer des activités physiques ou de détente.
 - ☐ **Soins personnels** Ex. : Réaliser ses soins d'hygiène; utiliser la toilette; s'habiller, se déshabiller; participer aux soins de santé.
 - ☐ **Communication** Ex. : Communiquer avec une personne ou un groupe; tenir une conversation; utiliser des téléphones, un ordinateur, un baladeur.
 - ☐ **Habitation** Ex. : Participer à l'entretien sa résidence (intérieur et extérieur); entrer et sortir, utiliser l'ameublement et les équipements de la résidence.
 - ☐ **Déplacements** Ex. : Se déplacer dans la rue ou sur le trottoir; se déplacer en vélo, utiliser des moyens de transport comme passager en auto, taxi, autobus.
 - ☐ **Responsabilités** Ex. : Utiliser la monnaie et l'argent en papier, faire des achats, utiliser une carte bancaire ; rester seul pendant de courtes périodes; respecter les biens et les droits d'autrui.

- ☐ **Relations interpersonnelles** Ex. : Maintenir des relations affectives avec parents et parenté; des liens d'amitié, activités liées à l'éveil sexuel.
 - ☐ **Vie associative et spirituelle** Ex. : Participer à des activités d'une association (scouts, comité de classe), d'une religion.
 - ☐ **Éducation** Ex. : Participer à des activités d'apprentissage scolaire; utiliser les services et infrastructures scolaires; participer à des activités organisées par l'école.
 - ☐ **Travail** Ex. : Réaliser de petits travaux rémunérés ou pas (tondre la pelouse, aider le voisin)
 - ☐ **Loisirs** Ex. : Pratiquer des activités, assister à des événements sportifs, culturels, touristiques ou de plein air; utiliser les services de loisirs de son milieu.
 - ☐ Autre (veuillez préciser)
6. De quelle manière avez-vous déterminé les habitudes de vie ou les domaines d'autonomie qui sont prioritaires dans la plupart des PI que vous avez élaborés dans la dernière année ? Plusieurs réponses sont possibles.
- ☐ À l'aide d'un outil d'évaluation standardisé (ex. : MHAVIE, ABAS-II, etc.)
 - ☐ À l'aide d'un outil d'évaluation « maison » développé dans mon établissement
 - ☐ Par les difficultés immédiates qui compromettent l'intégration sociale du jeune
7. Quels sont les outils d'intervention, moyens ou programmes d'enseignement que **vous utilisez régulièrement** pour aider les jeunes à développer leur autonomie ? Plusieurs réponses sont possibles.
- ☐ Assistant électronique, application tablette ou téléphone intelligent
 - ☐ Système de communication par échange d'images (PECS)
 - ☐ Programme éducatif CAPS (Compétences axées sur la participation sociale)
 - ☐ MONERGO guide d'enseignement d'un scénario de paiement prudent
 - ☐ Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle (ÉVAAS)
 - ☐ ADOPRO (Habilités sociales)
 - ☐ Les cercles sociaux : les relations
 - ☐ Scénarios sociaux
 - ☐ Outils « maison » développés dans votre établissement (SVP, décrivez-le dans la section « autres »)
 - ☐ Programme éducatif générique (non spécifique à la DI) SVP décrivez-le dans la section « autres »
 - ☐ Autres (veuillez préciser)

8. Dans votre expérience auprès des jeunes ayant une DI, quels sont les principaux facteurs qui ont facilité votre travail dans le développement de leur autonomie ?
9. Avez-vous rencontré des défis liés aux caractéristiques des personnes dans votre travail sur le développement de leur autonomie ? Exemples : impulsivité, troubles moteurs, problèmes de santé physique ou de santé mentale, etc.
- ☐ Oui
- ☐ Non
10. Dans quelle proportion de vos dossiers, les caractéristiques de la personne ont-elles constitué le principal défi de l'intervention ?
11. Avez-vous rencontré des défis liés à l'environnement physique des jeunes ayant une DI. Exemples : éloignement du domicile, manque de ressources communautaires, problèmes d'accès aux ressources, etc.
- ☐ Oui
- ☐ Non
12. Dans quelle proportion de vos dossiers l'environnement physique a-t-il constitué le principal défi de l'intervention ?
13. Avez-vous rencontré des obstacles liés à l'environnement social ? Exemples : mésentente parentale, attitudes défaitistes de l'entourage, intimidation à l'école, etc.
- ☐ Oui
- ☐ Non
14. Dans quelle proportion de vos dossiers l'environnement social a-t-il constitué le principal défi de l'intervention ?
15. Quels sont les facteurs facilitant que vous rencontrez dans votre travail **auprès des parents** pour les aider à soutenir le développement de l'autonomie de leur enfant ?
16. Pouvez-vous décrire brièvement une pratique dont vous êtes particulièrement fier dans votre travail **auprès des parents** pour les aider à favoriser le développement de l'autonomie de leur enfant ?

Tableau Q 3 Résultats du sondage en ligne

Description des répondants

- Au total, 537 réponses ont été analysées (541 personnes ont répondu au sondage, mais 4 réponses ont été rejetées, car elles étaient incomplètes).
- Les participants au sondage sont majoritairement des éducateurs spécialisés (48 %; n=257), des psychoéducateurs (15 %; n=79), des travailleurs sociaux, les agents de relations humaines (ARH) et les techniciens en travail social (14 %; n=77) (figure Q 1).
- Toutes les régions administratives du Québec sont représentées dans l'échantillon, dont 17 CISSS et CIUSSS (sur une possibilité de 22). Les 3 CISSS de la Montérégie sont regroupés, les 3 CIUSSS sur l'île de Montréal ayant le programme spécialisé DI-TSA (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS du-Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal) sont représentés. Les CIUSSS du Nord-de-l'Île et de l'Est-de-l'Île-de-Montréal qui n'offrent pas le programme spécialisé n'ont pas été sollicités pour participer au sondage.
- 65 % ont plus de 5 ans d'expérience auprès de la clientèle, dont 45 % ont plus de 10 ans.
- 26 % des répondants interviennent davantage auprès des enfants de 6 à 13 ans, 30 % davantage auprès des adolescents de 14 à 21 ans, et 44 % autant auprès des enfants que des adolescents.

Figure Q 1 Répartition des répondants par titre d'emploi

Titre d'emploi	Nombre	Pourcentage
Éducateurs spécialisés	257	48 %
Psychoéducateurs	79	15 %
Travailleurs sociaux, agents de relations humaines	77	14 %
Spécialiste aux activités cliniques	33	6 %
Ergothérapeutes	28	5 %
Gestionnaires	28	5 %
Orthophonistes	23	4 %
Psychologues	4	1 %
Physiothérapeute + Techniciens en réadaptation	4	1 %
Agents de planification de programmation et de	2	Moins de 1 %
Coordonnateur clinique	1	Moins de 1 %
Agent d'intégration	1	Moins de 1 %
Total	537	

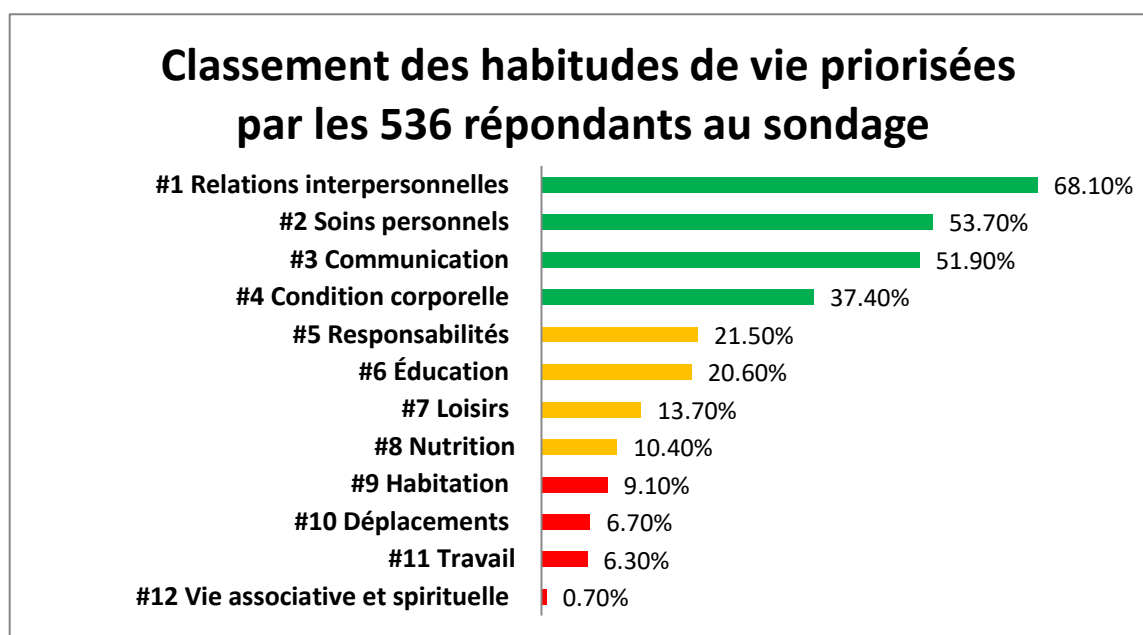
Habitudes de vie prioritaires

Le sondage demandait de choisir les trois habitudes de vie apparaissant le plus souvent dans le choix des objectifs inscrits aux plans d'intervention réalisés au cours de la dernière année.

Compilation de l'ensemble des répondants (Figure Q 2)

Le domaine des relations interpersonnelles est le plus investi par l'ensemble des répondants, suivi des domaines de la communication et des soins personnels.

Figure Q 2 Classement des habitudes de vie faisant l'objet d'objectifs au plan d'intervention pour l'ensemble des répondants



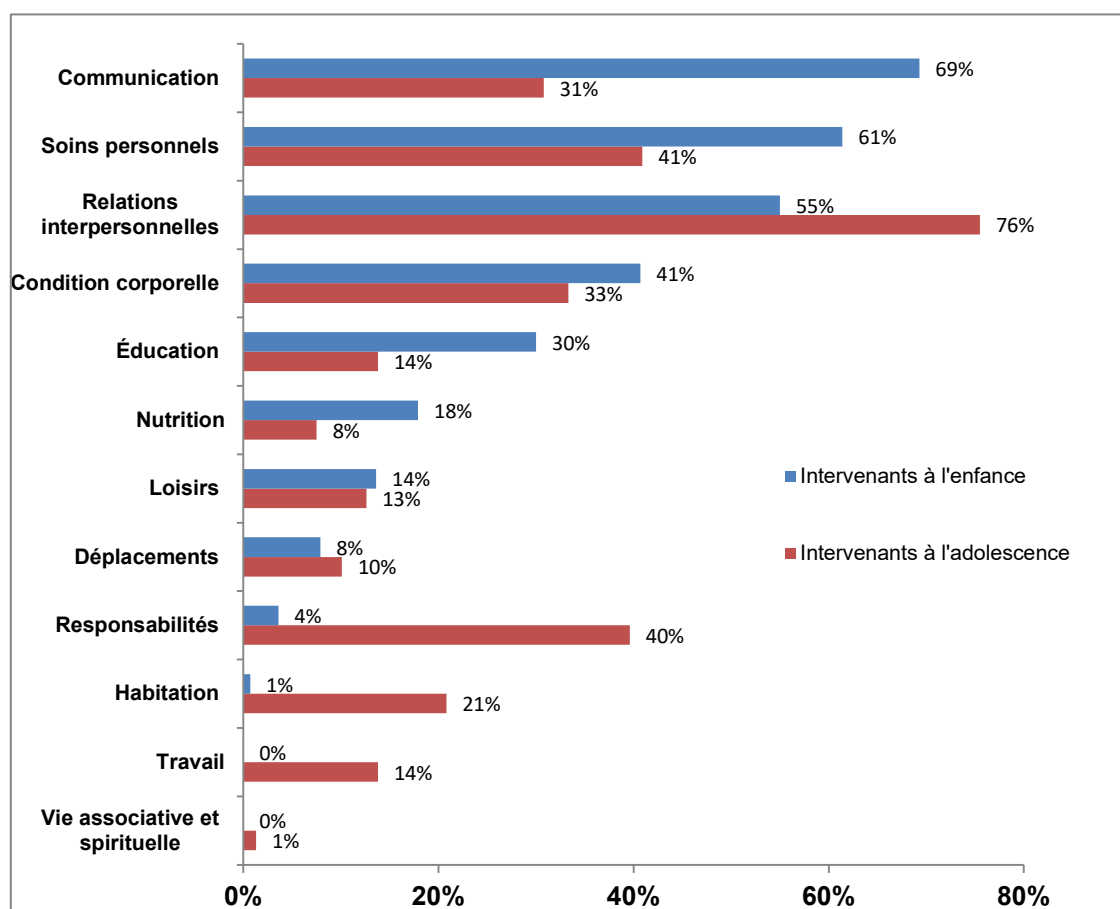
Compilation de sous-groupes de répondants (voir Graphique 2)

Des différences apparaissent à propos des habitudes de vie les plus investies en fonction des répondants qui déclarent travailler davantage soit avec les enfants (n=139) ou avec les adolescents (n=159).

Ainsi, les trois habitudes de vie les plus investies par les intervenants œuvrant principalement auprès des enfants de 6 à 13 ans sont : « communication » (dans 70 % des PI), « soins personnels » (dans 60 % des PI) et « relations interpersonnelles » (dans 55 % des PI).

Pour les intervenants qui travaillent principalement auprès des adolescents, l'habitude de vie - relations interpersonnelles est nettement celle qui se démarque, car elle apparaît dans 75 % des PI, alors que les habitudes de vie « soins personnels » et « responsabilités » apparaissent dans 40 % des PI.

Figure Q 3 Habitudes de vie faisant l'objet d'objectifs au plan d'intervention pour les deux sous-groupes de répondants déclarant travailler soit auprès des enfants (n=139) ou auprès des adolescents (n=159)



En conclusion, les habitudes de vie liées aux soins personnels et à la condition corporelle ainsi qu'à la communication et aux relations interpersonnelles sont les plus investies. Les habitudes de vie liées à l'intégration sociale sont moyennement investies ou ignorées.

Détermination des priorités au PI

Pour déterminer les priorités d'intervention à inscrire au plan d'intervention, les difficultés immédiates déterminent les objectifs qui seront travaillés pour 77 % des répondants. Les intervenants auraient recours aux outils d'évaluation standardisés ou « maison » dans 30 % des cas.

Cent quarante-cinq intervenants ont ajouté de l'information dans le champ « autre ». Ils ont mentionné avoir recours à la discussion avec les parents et le jeune pour déterminer les objectifs du PI, utiliser l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC), la mesure des habitudes de vie (MHAVIE) ou l'analyse multimodale.

Outils d'interventions utilisés

Les répondants devaient sélectionner les outils d'intervention, les moyens ou programmes d'enseignement qu'ils utilisent régulièrement pour aider les jeunes à développer leur autonomie.

Figure Q 4 Proportion et nombre de mentions des outils d'intervention utilisés

Outils	%	n
Scénarios sociaux	74,1 %	370
Les cercles sociaux : les relations	63,3 %	316
Autres (veuillez préciser)	44,5 %	222
Système de communication par échange d'images (PECS)	40,5 %	202
Outils « maison » développés dans votre établissement (SVP, décrivez-le dans la section « autres »)	35,9 %	179
Assistant électronique, application tablette ou téléphone intelligent	27,3 %	136
Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle (ÉVAAS)	24,4 %	122
ADOPRO (Habilités sociales)	16,8 %	84
MONERGO guide d'enseignement d'un scénario de paiement prudent	9,2 %	46

Les scénarios sociaux sont utilisés par un grand pourcentage d'intervenants.

Les autres outils mentionnés par 222 répondants expriment la grande popularité des outils visuels que ce soit pour réaliser des séquences de tâches ou des horaires imagés ou pour l'enseignement des habilités sociales et domestiques.

Analyse de contenu issue des questions ouvertes

Facteurs facilitants rencontrés par l'intervenant dans son travail auprès des parents

Thème # 1 Les parents eux-mêmes

L'implication et la collaboration des parents représentent les deux principaux facteurs de succès pour favoriser l'atteinte des objectifs.

Puis, en ordre décroissant d'importance, ces autres facteurs facilitants liés aux parents sont énumérés :

- ils ont une compréhension juste des caractéristiques et des capacités de leur enfant et ils sont avancés dans le processus d'acceptation du handicap;
- ils sont disponibles, reposés;
- ils sont patients, aimants, souples et en bonne santé;
- ils favorisent l'autodétermination de leur enfant;
- ils peuvent compter sur un réseau social soutenant;
- ils sont cohérents et constants auprès des enfants;
- ils ont une bonne entente parentale, ils se soutiennent mutuellement.

Différents verbatim tirés du sondage auprès des intervenants évoquent d'autres facteurs facilitants rencontrés dans leur travail auprès des parents :

- « Toute intervention qui ne part pas d'un besoin des parents ou de l'école est moins efficace et les progrès ne seront pas maintenus. Donc toutes les interventions devraient partir des parents et devraient impliquer les parents. »
- « Une vision commune partagée entre les parents face au développement de leur enfant... Lorsque ceux-ci ont une bonne compréhension du diagnostic et des limitations que... compréhension du diagnostic et des caractéristiques qui s'y rattachent... »
- « Leur ouverture face au bienfait du développement de l'autonomie de leur jeune, leur prise de conscience de leur surprotection, leur mise en action. »

Thème #2 Les services

Certains services ou caractéristiques des services reçus par les parents ont été évoqués par les intervenants comme des facilitateurs, notamment :

- l'accès à une équipe interdisciplinaire;
- l'implication d'un travailleur social et des professionnels tels que les orthophonistes et les ergothérapeutes;
- le soutien psychosocial par le CLSC dans le cas de problématiques entre les parents ou dû à des limites personnelles (processus de deuil, valeurs, agressivité/impatience, faible implication parentale, épuisement parental);
- la collaboration avec le milieu scolaire et les autres partenaires;
- l'utilisation d'outils efficaces.

Thème # 3 La relation parents — intervenants

La relation entre les parents et les intervenants est souvent mentionnée par les répondants comme étant un facilitateur de l'intervention, essentiellement pour nommer l'importance de l'établissement d'une relation de confiance alimentée par une communication transparente, respectueuse et fréquente. Ils mentionnent aussi l'importance de la stabilité et le fait que cette relation de confiance se développe au fil du temps.

Facilitants dans le travail auprès des jeunes

Les facteurs facilitants dans le travail auprès des jeunes rapportés par la majorité des intervenants concernent la collaboration et l'implication des parents et leur compréhension des caractéristiques de l'enfant. Ces thèmes sont nommés 209 fois par les 424 répondants.

Deuxièmement, la collaboration entre les professionnels de l'école, du CRDI et les parents est souvent évoquée comme une condition gagnante. Cette collaboration permet à l'ensemble des parties de partager les mêmes objectifs, en plus de mettre en place des services qui soient cohérents et en continuité. On mentionne aussi le recours à des outils d'intervention visuels pour soutenir l'apprentissage de l'autonomie comme un facteur facilitant. Ce thème est nommé 197 fois.

Finalement, le jeune lui-même, avec sa motivation et sa capacité à s'autodéterminer, à savoir ce qu'il veut, faire ses choix, établir ses priorités est évoqué 87 fois.

Réalisations et sources de fierté

Les réalisations et sources de fierté des intervenants sont rassemblées sous trois thèmes.

1) L'établissement d'une relation de confiance avec les parents

Le thème qui est exprimé le plus fréquemment est la capacité de créer et d'entretenir une relation de confiance avec les parents, qui se construit en vivant des succès qui correspondent aux préoccupations immédiates des parents.

« J'ai senti que les parents croyaient en mes interventions/suggestions et appliquaient les recommandations, ce qui a donné des résultats positifs dans le développement de l'autonomie. »

Les intervenants mentionnent qu'ils sont fiers de s'ajuster à la réalité des familles en respectant leur rythme et en adaptant les objectifs d'apprentissage de manière à ce qu'ils se concentrent sur les préoccupations importantes des familles.

2) La qualité du travail de collaboration interétablissements et interdisciplinaire

Le second thème en importance est en lien avec la qualité du travail d'équipe interdisciplinaire et de la collaboration interétablissement (école, CRDI, CLSC) comme source de fierté.

« Les jeunes avec lesquels j'ai obtenu le plus de succès en termes du développement de leur autonomie sont ceux pour lesquels toutes les parties concernées travaillent ensemble, à savoir la maison, l'école, le CRDI, les médecins, etc. Lorsqu'ils sont soutenus par une équipe qui travaille dans le même but que moi, ils deviennent les plus autonomes ».

3) L'innovation et la qualité des outils, la prise de risques calculés favorisant la participation sociale

Le troisième thème réfère à la qualité des outils et à l'innovation dans l'intervention comme sources de fierté chez les intervenants, particulièrement en ce qui concerne la communication ou la réalisation de tâches et d'activités selon un horaire. Ainsi, pour faciliter la communication, des outils tels que le système PECS sont régulièrement évoqués.

« Lorsque l'on met en place un outil de suppléance à la communication (p. ex. : mini iPad® avec l'application Talk Tablet), on travaille à ce que les parents fassent partie intégrante de ce processus. On les forme afin qu'ils deviennent les principaux responsables de l'outil... Cela permet également de démontrer aux parents le potentiel de "communication" de leur enfant, même si celui-ci ne peut parler : quand un jeune peut enfin répondre à la question "comment tu t'appelles ?" de manière intelligible, avec un appareil de communication, cela permet aux parents de réaliser que leur jeune peut être autonome, que leur présence n'est plus requise en tout temps... »

L'efficacité des horaires et des séquences de tâches imagées que ce soit avec des pictogrammes, des photos sur papier ou sur support électronique sont aussi une source de fierté chez les intervenants.

« Pour une cliente où les parents ne voyaient aucune possibilité pour du gardiennage de leur fille de 17 ans au moment du retour d'école et que celle-ci devait demeurer 2 heures seule à la maison avant que ses parents reviennent du travail. Malgré une DI modérée, je leur ai fait prendre conscience des forces que leur fille possède, tout en faisant des liens avec les réussites qu'elle a accomplies ces dernières années. De plus, je leur ai proposé des stratégies, afin qu'elle puisse demeurer seule tout en ayant un filet de sécurité autour d'elle. Pour la première semaine, j'étais présente lorsqu'elle débarquait de l'autobus scolaire chez elle (mais en arrivant un peu plus tard chaque jour) et en l'espace de 2 semaines, elle arrivait chez elle, débarrait la porte, désarmait le système d'alarme, faisait sa routine habituelle avec une séquence imagée, tout ça de façon parfaitement autonome. Quelle fierté pour elle et ses parents. »

RÉFÉRENCES

- Abbas J. Alimentégration : Les personnes handicapées et une saine alimentation. Résumé des résultats de la recherche. Ottawa, ON : Vie autonome Canada; 2008. Disponible à : http://www.va-canada.ca/download/food-for-thought_research-report-may-08-revised_french.pdf.
- Abbott S et McConkey R. The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil* 2006;10(3):275-87.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Lignes directrices pour la prévention et le contrôle des infections : trousse d'outils de l'évaluation critique. Ottawa, ON : ASPC; 2014. Disponible à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP40-119-2014-fra.pdf.
- Agran M, Hughes C, Thoma CA, Scott LA. Employment social skills: What skills are really valued? *Career Dev Transit Except Individ* 2016;39(2):111-20.
- Aljehany MS et Bennett KD. Meta-analysis of video prompting to teach daily living skills to individuals with autism spectrum disorder. *J Spec Educ Technol* 2019;34(1):17-26.
- Allen KD, Vatland C, Bowen SL, Burke RV. An evaluation of parent-produced video self-modeling to improve independence in an adolescent with intellectual developmental disorder and an autism spectrum disorder: A controlled case study. *Behav Modif* 2015;39(4):542-56.
- Altundag S et Çalbayram NC. Teaching menstrual care skills to intellectually disabled female students. *J Clin Nurs* 2016;25(13-14):1962-8.
- Alzrayer NM, Banda DR, Koul R. Teaching children with autism spectrum disorder and other developmental disabilities to perform multistep requesting using an iPad. *Augment Altern Commun* 2017;33(2):65-76.
- Association canadienne pour l'intégration communautaire (ACIC). Déclaration de principe sur le logement. Toronto, ON : ACIC; 2010. Disponible à : <http://cacl.ca/wp-content/uploads/2018/04/CACL-Policy-Position-Housing-FRE.pdf>.
- Badia M, Orgaz MB, Verdugo MA, Ullán AM, Martínez M. Relationships between leisure participation and quality of life of people with developmental disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2013;26(6):533-45.
- Barr M et Shields N. Identifying the barriers and facilitators to participation in physical activity for children with Down syndrome. *J Intellect Dev Disabil* 2011;55(11):1020-33.
- Batu S. Caregiver-delivered home-based instruction using simultaneous prompting for teaching home skills to individuals with developmental disabilities. *Educ Train Dev Disabil* 2008;43(4):541-55.
- Beaudoin R et Raymond É. S'éduquer ensemble à la citoyenneté : des principes d'intervention pour soutenir la participation sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle. *Service social* 2016;62(2):15-32.

- Bédard A et Drolet M-J. Guide facilitant les interventions lors de la pratique d'activités physiques et sportives chez les jeunes ayant une déficience intellectuelle. Trois-Rivières, Qc : UQTR; 2013. Disponible à : http://bel.uqtr.ca/1910/1/Guide_D%C3%A9ficience_Intellectuelle_Final_2.pdf.
- Bennett SM et Gallagher TL. High school students with intellectual disabilities in the school and workplace: Multiple perspectives on inclusion. *Can J Educ* 2013;36(1):96-124.
- Beresford B, Stuttard L, Clarke S, Maddison J, Beecham J. Managing behaviour and sleep problems in disabled children: An investigation into the effectiveness and costs of parent-training interventions. Research Report DFE-RR204. Londres, Angleterre : Department for Education (DFE); 2012. Disponible à : <https://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/interventions.pdf>.
- Biggs EE, Carter EW, Gustafson J. Efficacy of peer support arrangements to increase peer interaction and AAC use. *Am J Intellect Dev Disabil* 2017;122(1):25-48.
- Blasko SL. Evaluation of communication changes for high school students with severe developmental disabilities resulting from peer-mediated interventions [thèse]. Madison, WI : University of Wisconsin-Madison; 2015.
- Boucher C et Labbé L. PÉSSADI - Programme d'éducation à la santé sexuelle pour les adolescents présentant une déficience intellectuelle. Les Diffusions de l'Institut. Trois-Rivières, Qc : Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec; 2017. Disponible à : <https://docplayer.fr/89774838-Les-diffusions-pessadi-programme-d-education-a-la-sante-sexuelle-pour-les-adolescents-presentant-une-deficience-intellectuelle.html>.
- Bouck EC, Satsangi R, Bartlett W. Supporting grocery shopping for students with intellectual disability: A preliminary study. *Disabil Rehabil Assist Technol* 2017;12(6):605-13.
- Bunning K, Gooch L, Johnson M. Developing the personal narratives of children with complex communication needs associated with intellectual disabilities: What is the potential of Storysharing®? *J Appl Res Intellect Disabil* 2017;30(4):743-56.
- Burckley E, Tincani M, Guld Fisher A. An iPad-based picture and video activity schedule increases community shopping skills of a young adult with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Dev Neurorehabil* 2015;18(2):131-6.
- Butler C. The effectiveness of the TEACCH approach in supporting the development of communication skills for learners with severe intellectual disabilities. *Support for Learning* 2016;31(3):185-201.
- Carbonneau H, Cantin R, St-Onge M. Pour une expérience de loisir inclusive. *Bulletin de l'Observatoire québécois du loisir* 2015;12(11):1-4. Disponible à : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/FWG/GSC/Publication/170/377/1765/1/67752/5/F1367630963_Vol._12_No.11_Pour_une_exp_rience_de_loisir_inclusive.pdf.
- Carrington S, Lennox N, O'Callaghan M, McPherson L, Selva G. Promoting self-determination for better health and wellbeing for adolescents who have an intellectual disability. *Australas J Spec Educ* 2014;38(2):93-114.
- Cavkaytar A, Acungil AT, Tomris G. Effectiveness of teaching café waitering to adults with intellectual disability through audio-visual technologies. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2017;52(1):77-90.

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDI de Québec). Fiche d'information à l'intention des parents. Volet 2 - Les options résidentielles. Québec, Qc : CRDI de Québec; 2012a. Disponible à : https://laressource.ca/images/ressources/les_options_residentielles.pdf.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDI de Québec). Fiche d'information à l'intention des parents. Volet 1 - La transition résidentielle. Québec, Qc : CRDI de Québec; 2012b. Disponible à : https://www.d7.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/fiche_information_volet1.pdf.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de l'Estrie (CRDITED Estrie). Désensibilisation systématique aux rendez-vous médicaux. Lorsque rigueur et souplesse s'allient en réponse aux comportements de non-collaboration. Présentation au colloque du Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC). 2012. Disponible à : <http://sqetgc.org/wp-content/uploads/2012/11/Colloque-2012-du-SQETGC-Atelier-A2.pdf>.
- 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). Guide de préparation à la visite médicale ou à l'hospitalisation. Trois-Rivières, Qc : CRDITED MCQ – IU; 2013. Disponible à : <https://docplayer.fr/35512314-Guide-de-preparation-a-la-visite-medicale-ou-a-l-hospitalisation.html>.
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal (CRDITED de Montréal). ADOPRO – Un programme de développement des habiletés sociales pour les adolescents de 12 à 17 ans présentant une déficience intellectuelle [site Web]. Montréal, Qc : CRDITED de Montréal; 2015. Disponible à : <http://www.adopro.ca/>.
- Cihak DF, Wright R, McMahon D, Smith CC, Kraiss K. Incorporating functional digital literacy skills as part of the curriculum for high school students with intellectual disability. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2015;50(2):155-71.
- Cimera RE, Burgess S, Bedesem PL. Does providing transition services by age 14 produce better vocational outcomes for students with intellectual disability? *Res Pract Persons Severe Disabil* 2014;39(1):47-54.
- Clemons LL, Mason BA, Garrison-Kane L, Wills HP. Self-monitoring for high school students with disabilities: A cross-categorical investigation of I-connect. *J Posit Behav Interv* 2016;18(3):145-55.
- Collins BC, Terrell M, Test DW. Using a simultaneous prompting procedure to embed core content when teaching a potential employment skill. *Career Dev Transit Except Individ* 2017;40(1):36-44.
- Collins JC et Collet-Klingenberg L. Portable electronic assistive technology to improve vocational task completion in young adults with an intellectual disability: A review of the literature. *J Intellect Disabil* 2018;22(3):213-32.
- Copeland SR, Luckasson R, Shauger R. Eliciting perceptions of satisfaction with services and supports from persons with intellectual disability and developmental disabilities: A review of the literature. *J Intellect Disabil Res* 2014;58(12):1141-55.

- Corbeil R et Dufour C. Inventaire des habiletés pour rester temporairement seul chez soi. Québec, Qc : Groupe de recherche et d'étude en déficience du développement (GREDD); 2014. Disponible à : <http://gredd.org/photos/photos-6/>.
- Corbeil R, Marcotte A, Trépanier C. Inventaire des habiletés pour la vie en appartement. Québec, Qc : Groupe de recherche et d'étude en déficience du développement (GREDD); 2009. Disponible à : <http://gredd.org/photos/photos-11/>.
- Côté C. Cadre de référence relatif à la vie affective, amoureuse et sexuelle. Québec, Qc : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale; 2015. Disponible à : <https://nanopdf.com/download/telecharger-ciusss-de-la-capitale-17.pdf>.
- Crawford C. No place like home: A report on the housing needs of people with intellectual disabilities. Toronto, ON : Canadian Association for Community Living; 2008. Disponible à : <https://www.communitylivingbc.ca/wp-content/uploads/NoPlaceLikeHome.pdf>.
- Cridland EK, Jones SC, Caputi P, Magee CA. Qualitative research with families living with autism spectrum disorder: Recommendations for conducting semistructured interviews. *J Intellect Dev Disabil* 2014;40(1):78-91.
- Dague B. Sheltered employment, sheltered lives: Family perspectives of conversion to community-based employment. *J Vocat Rehabil* 2012;37(1):1-11.
- Daigle MS et Couture G. Évaluation des effets du programme Éducation à la vie affective, amoureuse et sexuelle (ÉVAAS) pour les personnes présentant des incapacités modérées. Rapport de recherche. Trois-Rivières, Qc : 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); 2012. Disponible à : http://institutditsa.ca/file/rapport_de_recherche_effets-evaas_2012.pdf.
- Damianidou D, Arthur-Kelly M, Lyons G, Wehmeyer ML. Technology use to support employment-related outcomes for people with intellectual and developmental disability: An updated meta-analysis. *Int J Dev Disabil* 2018;65(4):220-30.
- Dogoe M et Banda DR. Review of recent research using constant time delay to teach chained tasks to persons with developmental disabilities. *Educ Train Dev Disabil* 2009;44(2):177-86.
- Doody O. Ethical challenges in intellectual disability research. *M J Nurs* 2018;1(1):005.
- Douglas KH, Ayres KM, Langone J. Comparing self-management strategies delivered via an iPhone to promote grocery shopping and literacy. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2015;50(4):446-65.
- Downs SJ, Boddy LM, Knowles ZR, Fairclough SJ, Stratton G. Exploring opportunities available and perceived barriers to physical activity engagement in children and young people with Down syndrome. *Eur J Spec Needs Educ* 2013;28(3):270-87.
- Durell S. "Welcome to the real world" inclusive research with people with learning disabilities: A doctoral journey. *Qual Rep* 2016;21(12):2308-30.
- Dyke P, Bourke J, Llewellyn G, Leonard H. The experiences of mothers of young adults with an intellectual disability transitioning from secondary school to adult life. *J Intellect Dev Disabil* 2013;38(2):149-62.

- Evans DS, McGuire BE, Healy E, Carley SN. Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: Staff and family carer perspectives. *J Intellect Disabil Res* 2009;53(11):913-21.
- Fichtner CS et Tiger JH. Teaching discriminated social approaches to individuals with Angelman syndrome. *J Appl Behav Anal* 2015;48(4):734-48.
- Freeman M, Stewart D, Shimmell L, Missiuna C, Burke-Gaffney J, Jaffer S, Law M. Development and evaluation of The KIT: Keeping It Together for Youth (the 'Youth KIT') to assist youth with disabilities in managing information. *Child Care Health Dev* 2015;41(2):222-9.
- Ganz JB, Mason RA, Goodwyn FD, Boles MB, Heath AK, Davis JL. Interaction of participant characteristics and type of AAC with individuals with ASD: A meta-analysis. *Am J Intellect Dev Disabil* 2014;119(6):516-35.
- George K. Evaluating the effects of formal corrective feedback on off-task/on-task behavior of mild intellectually disabled students: An action research study [thèse]. Minneapolis, MN : Capella University; 2017.
- Gilson CB, Carter EW, Biggs EE. Systematic review of instructional methods to teach employment skills to secondary students with intellectual and developmental disabilities. *Res Pract Persons Severe Disabil* 2017;42(2):89-107.
- Goo M, Therrien WJ, Hua Y. Effects of computer-based video instruction on the acquisition and generalization of grocery purchasing skills for students with intellectual disability. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2016;51(2):150-61.
- Guillemette F et Boisvert D. L'entrevue de recherche qualitative avec des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Recherches qualitatives* 2003;23:15-26.
- Hagopian LP, Hardesty SL, Gregory M. Overview and summary of scientific support for applied behavior analysis. Baltimore, MD : Kennedy Krieger Institute; 2015. Disponible à : <https://www.kennedykrieger.org/sites/default/files/library/documents/patient-care/centers-and-programs/down-syndrome-clinic-and-research-center/aba-scientific-support-9-2015.pdf>.
- Hall J, Morgan RL, Salzberg CL. Job-preference and job-matching assessment results and their association with job performance and satisfaction among young adults with developmental disabilities. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2014;49(2):301-12.
- Hartzell R, Gann C, Liaupsin C, Clem S. Increasing social engagement in an inclusive environment. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2015;50(3):264-77.
- Healy E, McGuire BE, Evans DS, Carley SN. Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part I: Service-user perspectives. *J Intellect Disabil Res* 2009;53(11):905-12.
- Hetzroni OE et Banin I. The effect of educational software, video modelling and group discussion on social-skill acquisition among students with mild intellectual disabilities. *J Appl Behav Anal* 2017;30(4):757-73.
- Holwerda A, van der Klink JJ, de Boer MR, Groothoff JW, Brouwer S. Predictors of work participation of young adults with mild intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2013;34(6):1982-90.

- Hudon I et Tremblay M. La reconnaissance comme fondement d'une éthique de la participation citoyenne des personnes en situation de handicap. *Nouvelles pratiques sociales* 2016;28(2):55-69.
- Hui Shyuan Ng A, Schulze K, Rudrud E, Leaf JB. Using the teaching interactions procedure to teach social skills to children with autism and intellectual disability. *Am J Intellect Dev Disabil* 2016;121(6):501-19.
- Huntington AA. Examining the effectiveness of an iPod Touch with video prompts to teach community based vocational tasks to students with intellectual disabilities and autism [thèse]. Normal, IL : Illinois State University; 2012.
- Ingersoll B, Berger N, Carlsen D, Hamlin T. Improving social functioning and challenging behaviors in adolescents with ASD and significant ID: A randomized pilot feasibility trial of reciprocal imitation training in a residential setting. *Dev Neurorehabil* 2017;20(4):236-46.
- Institut québécois de la déficience intellectuelle (IQDI). Locataire de mon logement, Propriétaire de ma vie. Actes du XVII^e colloque thématique annuel de l'IQDI (Longueuil, 10 et 11 novembre 2006). Montréal, Qc : IQDI; 2007. Disponible à : https://rsslf.ca/images/ressources/locataire_de_mon_logement_proprietaire_de_ma_vie.pdf.
- Kaufman M. Les agressions sexuelles des jeunes ayant une incapacité ou une maladie chronique – Document de principes [site Web]. Ottawa, ON : Société canadienne de pédiatrie (SCP); 2018. Disponible à : <https://www.cps.ca/fr/documents/position/agressions-sexuelles-jeunes-incapacity-maladie-chronique> (consulté le 30 janvier 2019).
- Kellems RO, Rickard TH, Okray DA, Sauer-Sagiv L, Washburn B. iPad® video prompting to teach young adults with disabilities independent living skills: A maintenance study. *Career Dev Transit Except Individ* 2017;41(3):175-84.
- Kemp-Inman A. The effects of systematic and explicit instruction with shared stories on comprehension and generalization of responding during book club for students with severe disabilities [thèse]. Charlotte, NC : University of North Carolina at Charlotte; 2016. Disponible à : <https://repository.uncc.edu/islandora/object/etd%3A1462>.
- Kim J et Kwon M. Effects of mindfulness-based intervention to improve task performance for children with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2018;31(1):87-97.
- Kim M-S, Blair K-S, Lim K-W. Using tablet assisted Social Stories™ to improve classroom behavior for adolescents with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2014;35(9):2241-51.
- Kim Y-R. Evaluation of a sexual abuse prevention program for children with intellectual disabilities. *Behav Interv* 2016;31(2):195-209.
- Kramer JM, Helfrich C, Levin M, Hwang I-T, Samuel PS, Carrellas A, et al. Initial evaluation of the effects of an environmental-focused problem-solving intervention for transition-age young people with developmental disabilities: Project TEAM. *Dev Med Child Neurol* 2018a;60(8):801-9.
- Kramer JM, Hwang IT, Helfrich CA, Samuel PS, Carrellas A. Evaluating the social validity of Project TEAM: A problem-solving intervention to teach transition age youth with developmental disabilities to resolve environmental barriers. *Intl J Disabil Dev Educ* 2018b;65(1):57-75.

- Labbé L, Choquette P, Turgeon M-J. Prévention des troubles du comportement et des troubles graves du comportement – Cadre de référence. Montréal, Qc : Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC); 2014. Disponible à : http://sqetgc.org/wp-content/uploads/2015/01/SQETGC-Pr%C3%A9vention_Final_14-nov.pdf.
- Lanovaz M. L'utilisation de devis expérimentaux à cas unique en psychoéducation. *Revue de psychoéducation* 2013;42(1):161-83.
- Lavigueur S, Coutu S, Dubeau D. La Trousse *Moi, comme parent...* CECOM de l'hôpital Rivière-des-Prairies, QEMVIE de l'Université du Québec en Outaouais, CJM-IU (Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire). 2010. Disponible à : <http://moicommeparent.com/la-trousse/>.
- Leclair Arvisais L. Élaboration d'un programme d'habiletés sociales – Quelques réflexions. Gatineau, Qc : Pavillon du Parc; 2010. Disponible à : https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/3D3c_ElabHabSoc_Interv.pdf.
- Lennox NG, Rey-Conde TF, Faint SL. A pilot of interventions to improve health care in adolescents with intellectual disability. *J Appl Behav Anal* 2008;21(5):484-9.
- Lindsay S et Lamprey D-L. Pedestrian navigation and public transit training interventions for youth with disabilities: A systematic review. *Disabil Rehabil* 2018;41(22):2607-21.
- Löfgren-Mårtenson L. Love in cyberspace. Swedish young people with intellectual disabilities and the Internet. *Scand J Disabil Res* 2008;10(2):125-38.
- Lojkovic DA. The development and use of a modified text messaging application utilizing voice output and pictures/picture symbols to increase instances of independent electronic communication for individuals with moderate to severe intellectual and developmental disabilities [thèse]. Fairfax, VA : George Mason University; 2015. Disponible à : http://mars.gmu.edu/bitstream/handle/1920/9860/Lojkovic_gmu_0883E_10964.pdf.
- Lopez-Basterretxea A, Mendez-Zorrilla A, Garcia-Zapirain B. A telemonitoring tool based on serious games addressing money management skills for people with intellectual disability. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11(3):2361-80.
- Lussier-Desrochers D, Caouette M, Godin-Tremblay V. Démarche exploratoire sur les tablettes numériques en soutien à la suppléance à la communication orale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) : rapport de recherche déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Trois-Rivières, Qc : Centre de partage d'expertise en intervention technoclinique; 2016a.
- Lussier-Desrochers D, Normand C, Fecteau S, Roux J, Godin-Tremblay V, Dupont M-È, et al. Modélisation soutenant l'inclusion numérique des personnes présentant une DI ou un TSA. *Revue francophone de la déficience intellectuelle* 2016b;27:5-24.
- Lussier-Desrochers D, Normand CL, Romero-Torres A, Lachapelle Y, Godin-Tremblay V, Dupont M-È, et al. Bridging the digital divide for people with intellectual disability. *Cyberpsychology* 2017;11(1):article 1.
- McClelland A, Flicker S, Nepveux D, Nixon S, Vo T, Wilson C, et al. Seeking safer sexual spaces: Queer and trans young people labeled with intellectual disabilities and the paradoxical risks of restriction. *J Homosex* 2012;59(6):808-19.

- McDaniels B et Fleming A. Sexuality education and intellectual disability: Time to address the challenge. *Sex Disabil* 2016;34:215-25.
- McPherson L, Ware RS, Carrington S, Lennox N. Enhancing self-determination in health: Results of an RCT of the ask project, a school-based intervention for adolescents with intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil* 2017;30(2):360-70.
- Miller HL, Pavlik KM, Kim MA, Rogers KC. An exploratory study of the knowledge of personal safety skills among children with developmental disabilities and their parents. *J Appl Res Intellect Disabil* 2016;30(2):290-300.
- Ministère de l'Éducation de l'Enseignement supérieur (MEES). Programme éducatif CAPS-I – Compétences axées sur la participation sociale. Programme éducatif destiné aux élèves âgés de 6 à 15 ans. Québec, Qc : MEES; 2019. Disponible à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_c_ompl/Programme-educatif-CAPS.PDF.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). Parcours de formation axée sur l'emploi – Chapitre 5. Formation préparatoire au travail et Formation menant à l'exercice d'un métier semi-spécialisé. Québec, Qc : MELS; 2008. Disponible à : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/formation_jeunes/_PFEQ_Chap_05.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). Les activités socioprofessionnelles et communautaires. État de la situation et actions convenues pour l'amélioration des services. Québec, Qc : MSSS; 2014. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-848-01W.pdf>.
- Ministère des Transports du Québec (MTQ). L'apprentissage du transport en commun. Guide à l'intention des intervenants travaillant auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle. Montréal, Qc : MTQ; 1995. Disponible à : <https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/L'apprentissage-du-transport-en-commun-Guide-%C3%A0-l'intention-des-intervenants-travaillant-aupr%C3%A8s-des-personnes-ayant-une-DI.pdf>.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Ann Intern Med* 2009;151(4):264-9.
- Morin B, Charbonneau I, Kalubi J-C, Houde S. Participation aux réseaux de soutien social : les rôles des parents d'enfants présentant des incapacités intellectuelles. *Revue francophone de la déficience intellectuelle* 2010;21:22-9.
- Morin P, Robert D, Dorvil H. Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles. *Nouvelles pratiques sociales* 2001;14(2):88-105.
- Morse K. Enhancing independent task performance of individuals with developmental disabilities through the use of an iPad application [thèse]. Boca Raton, FL : Florida Atlantic University; 2016. Disponible à : http://fau.digital.flvc.org/islandora/object/fau%3A33474/datastream/OBJ/view/Enhancing_Independent_Task_Performance_of_Individuals_with_Developmental_Disabilities_Through_the_Use_of_an_iPad_Application.pdf.

- Newman JH. Using video prompting to teach high school students with moderate intellectual disabilities a vocational skill with a portable video delivery system employing a qualitative case study [thèse]. Lynchburg, VA : Liberty University; 2014. Disponible à : <https://pdfs.semanticscholar.org/cf85/8eeaaee587f60f6c40ecde98eddeb993944fc.pdf>.
- Nind M. Conducting qualitative research with people with learning, communication and other disabilities: Methodological challenges. ESRC National Centre for Research Methods Review Paper. Southampton, Royaume-Uni : University of Southampton; 2008. Disponible à : <http://eprints.ncrm.ac.uk/491/1/MethodsReviewPaperNCRM-012.pdf>.
- Nind M et Vinha H. Practical considerations in doing research inclusively: Lessons for inclusive researchers. National Centre for Research Methods (NCRM) Review Paper. Southampton, Royaume-Uni : University of Southampton; 2013. Disponible à : http://eprints.ncrm.ac.uk/3187/1/Nind_practical_considerations_in_doing_research_inclusively.pdf.
- Normand C, Rodier S, Lussier-Desrochers D, Giguère L. Peut-on favoriser l'inclusion sociale des jeunes par l'utilisation des médias sociaux? Revue francophone de la déficience intellectuelle 2016;27:101-15.
- O'Neill J et Rehfeldt RA. Computerized behavioral skills training with selection-based instruction and lag reinforcement schedules for responses to interview questions. Behavior Analysis: Research and Practice 2017;17(1):42-54.
- O'Handley RD, Ford WB, Radley KC, Helbig KA, Wimberly JK. Social skills training for adolescents with intellectual disabilities. Behav Modif 2016;40(4):541-67.
- Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Guide sur le parcours scolaire pour les parents d'un enfant handicapé. Drummondville, Qc : OPHQ; 2017. Disponible à : https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Guides/Guide_Parcours_scolaire.pdf.
- Palmer SB, Wehmeyer ML, Davies DK, Stock SE. Family members' reports of the technology use of family members with intellectual and developmental disabilities. J Intellect Disabil Res 2012;56(4):402-14.
- Pariseau-Legault P et Holmes D. La santé sexuelle en contexte de handicap intellectuel : une recension narrative des écrits et ses implications pour les soins infirmiers. Recherche en soins infirmiers 2017a;(130):12-30.
- Pariseau-Legault P et Holmes D. (Re)penser l'accès aux espaces intimes en contexte de handicap intellectuel : une question de droit et de participation sociale. Revue générale de droit 2017b;47:101-26.
- Park E-Y, Kim J, Kim S-S. Meta-analysis of the effect of job-related social skill training for secondary students with disabilities. J Vocat Rehabil 2016;44(1):123-33.
- Park J, Bouck E, Duenas A. The effect of video modeling and video prompting interventions on individuals with intellectual disability: A systematic literature review. J Spec Educ Technol 2019;34(1):3-16.
- Park J, Bouck EC, Duenas A. Using video modeling to teach social skills for employment to youth with intellectual disability. Career Dev Transit Except Individ 2018 [Epub ahead of print].

- Parker RI, Vannest KJ, Davis JL, Sauber SB. Combining nonoverlap and trend for single-case research: Tau-U. *Behav Ther* 2011;42(2):284-99.
- Parker RI, Vannest KJ, Brown L. The improvement rate difference for single-case research. *Except Child* 2009;75(2):135-50.
- Perrault A et Mitchell A. Je cuisine avec des images. Montréal, Qc : Carte blanche; 2013.
- Plavnick JB, Kaid T, MacFarland MC. Effects of a school-based social skills training program for adolescents with autism spectrum disorder and intellectual disability. *J Autism Dev Disord* 2015;45(9):2674-90.
- Proulx J. L'évolution des interventions dans le domaine résidentiel auprès des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Une revue de littérature à l'échelle internationale. Cahiers du LAREPPS No 11-10. Montréal, Qc : Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS); École de travail social, Université du Québec à Montréal (UQÀM); 2011. Disponible à : http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf_logement/Cahier_11-10.pdf.
- Proulx J et Dumais L. De nouvelles pratiques interorganisationnelles pour une plus grande participation sociale des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Cahiers du LAREPPS No 10-05. Montréal, Qc : Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS); École de travail social, Université du Québec à Montréal (UQÀM); 2010. Disponible à : <http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/10-05%20-%20Cahier%20complet.pdf>.
- Proulx J, Dumais L, Vaillancourt Y. Le logement à soutien gradué : évaluation d'un projet prometteur pour les personnes ayant une déficience intellectuelle. Cahiers du LAREPPS No 07-09. Montréal, Qc : Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS); École de travail social, Université du Québec à Montréal (UQÀM); 2007. Disponible à : http://www.larepps.uqam.ca/Page/Document/pdf_logement/cahier07_09.pdf.
- Proulx M-È. Guide d'accompagnement à l'intention des parents d'un enfant ayant des besoins particuliers. Québec, Qc : Fédération des comités de parents du Québec (FCPQ); 2010. Disponible à : <http://www.langagequebec.ca/asofiles/FCPQ%20brochure%20FR-2012-web.pdf>.
- Prynallt-Jones KA, Carey M, Doherty P. Barriers facing social workers undertaking direct work with children and young people with a learning disability who communicate using non-verbal methods. *Br J Soc Work* 2018;48(1):88-105.
- Ramdoss S, Lang R, Fragale C, Britt C, O'Reilly M, Sigafoos J, et al. Use of computer-based interventions to promote daily living skills in individuals with intellectual disabilities: A systematic review. *J Dev Phys Disabil* 2012;24(2):197-215.
- Regroupement des usagers du transport adapté et accessible de l'île de Montréal (RUTA de Montréal). Guide des besoins des personnes ayant des limitations fonctionnelles en matière de transport en commun, un outil d'aide à la mise en œuvre de l'accessibilité universelle. Montréal, Qc : RUTA de Montréal; 2010. Disponible à : http://www.rutamtl.com/wp-content/uploads/2010/10/GuideRutaMtl_2010Low.pdf.
- Rispoli MJ, Franco JH, van der Meer L, Lang R, Camargo SPH. The use of speech generating devices in communication interventions for individuals with developmental disabilities: A review of the literature. *Dev Neurorehabil* 2010;13(4):276-93.

- Robinson S, Fraser-Thomas JL, Balogh R, Lunskey Y, Weiss JA. Individual and contextual correlates of frequently involved Special Olympics athletes. *Am J Intellect Dev Disabil* 2018;123(2):164-75.
- Rushbrooke E, Murray CD, Townsend S. What difficulties are experienced by caregivers in relation to the sexuality of people with intellectual disabilities? A qualitative meta-synthesis. *Res Dev Disabil* 2014;35(4):871-86.
- Sabiely LM et Cannella-Malone HI. Comparison of prompting strategies on the acquisition of daily living skills. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2014;49(1):145-52.
- Sallafranque-St-Louis F et Normand CL. From solitude to solicitation: How people with intellectual disability or autism spectrum disorder use the Internet. *Cyberpsychology* 2017;11(1):article 7.
- Sanchez S et Miltenberger RG. Evaluating the effectiveness of an abduction prevention program for young adults with intellectual disabilities. *Child Fam Behav Ther* 2015;37(3):197-207.
- Scheef AR. Exploring barriers and strategies for facilitating work experience opportunities for individuals with intellectual disabilities enrolled in post-secondary education programs [thèse]. Pullman, WA : Washington State University; 2017. Disponible à : https://research.wsulibs.wsu.edu/xmlui/bitstream/handle/2376/12147/Scheef_wsu_0251E_11730.pdf.
- Seward J, Schuster JW, Ault MJ, Collins BC, Hall M. Comparing simultaneous prompting and constant time delay to teach leisure skills to students with moderate intellectual disability. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2014;49(3):381-95.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.
- Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol* 2009;62(10):1013-20.
- Shepley SB, Spriggs AD, Samudre M, Elliot M. Increasing daily living independence using video activity schedules in middle school students with intellectual disability. *J Spec Educ Technol* 2017;33(2):71-82.
- Siperstein GN, Glick GC, Parker RC. Social inclusion of children with intellectual disabilities in a recreational setting. *Intellect Dev Disabil* 2009;47(2):97-107.
- Slocum V. Using video modeling plus a system of least prompts to teach people with intellectual disability to participate in faith communities [thèse]. Lexington, KY : University of Kentucky; 2016. Disponible à : <http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1032&context=edsrctds>.
- Smith KA, Shepley SB, Alexander JL, Ayres KM. The independent use of self-instructions for the acquisition of untrained multi-step tasks for individuals with an intellectual disability: A review of the literature. *Res Dev Disabil* 2015;40:19-30.
- Snell ME, Brady N, McLean L, Ogletree BT, Siegel E, Sylvester L, et al. Twenty years of communication intervention research with individuals who have severe intellectual and developmental disabilities. *Am J Intellect Dev Disabil* 2010;115(5):364-80.

- Société québécoise de la déficience intellectuelle (SQDI). Orientations et demandes de la Société québécoise de la déficience intellectuelle. Montréal, Qc : SQDI; 2018. Disponible à : https://www.sqdi.ca/wp-content/uploads/2018/10/Orientations_SQDI_WEB.pdf.
- Southward JD et Kyzar K. Predictors of competitive employment for students with intellectual and/or developmental disabilities. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2017;52(1):26-37.
- Sparks SL, Pierce T, Higgins K, Miller S, Tandy R. Increasing choice making in students with intellectual disability. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2016;51(4):331-43.
- Stauch TA, Plavnick JB, Sankar S, Gallagher AC. Teaching social perception skills to adolescents with autism and intellectual disabilities using video-based group instruction. *J Appl Behav Anal* 2018;51(3):647-66.
- Stephenson J. Using the Choiceboard Creator™ app on an iPad© to teach choice making to a student with severe disabilities. *Augment Altern Commun* 2016;32(1):49-57.
- Stevenson M. Participatory data analysis alongside co-researchers who have Down syndrome. *J Appl Res Intellect Disabil* 2014;27(1):23-33.
- Stewart D, Freeman M, Missiuna C, Gaffney JB, Shimmell L, Jaffer S, Rosenbaum P. The KIT Keeping It Together™ for Youth. Hamilton, ON : CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University; 2010. Disponible à : https://www.canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/721/original/Youth_Kit_Online.pdf.
- Stuttard L, Beresford B, Clarke S, Beecham J, Curtis J. A preliminary investigation into the effectiveness of a group-delivered sleep management intervention for parents of children with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil* 2015;19(4):342-55.
- Subach RM. Improving food choices and nutrient adequacy in adolescents/young adults with developmental disabilities. *Disabil Health* 2018;11(1):139-42.
- Surrey Place. Outils et ressources à l'attention des familles et des soignants pour la transition dans les soins de santé dispensés aux jeunes présentant une déficience intellectuelle de l'initiative pour les soins primaires en déficience intellectuelle (ISPD). Toronto, ON : Surrey Place; 2014. Disponible à : http://www.surreyplace.ca/documents/Resources/TransitionTool_PrintVersion_French_Juillet2014.pdf.
- Taillefer L, Hénault I, Langlois L, Pommier C, Prévost M-J. Lignes directrices en regard de la vie sexuelle des personnes hospitalisées au Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle. Montréal, Qc : Institut universitaire de santé mentale de Montréal; 2013. Disponible à : <http://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2497190>.
- Tate R, Rosenkoetter U, Wakim D, Sigmundsdottir L, Doubleday J, Togher L, et al. The Risk-of-Bias in N-of-1 Trials (RoBiNT) Scale : An expanded manual for the critical appraisal of single-case reports. Sydney, Australie : John Walsh Centre for Rehabilitation Research; 2015.
- Tate RL, Perdices M, Rosenkoetter U, Wakim D, Godbee K, Togher L, McDonald S. Revision of a method quality rating scale for single-case experimental designs and n-of-1 trials: The 15-item Risk of Bias in N-of-1 Trials (RoBiNT) Scale. *Neuropsychol Rehabil* 2013;23(5):619-38.

- Tekin-Iftar E. Parent-delivered community-based instruction with simultaneous prompting for teaching community skills to children with developmental disabilities. *Educ Train Dev Disabil* 2008;43(2):249-65.
- Temple VA et Stanish HI. The feasibility of using a peer-guided model to enhance participation in community-based physical activity for youth with intellectual disability. *J Intellect Disabil* 2011;15(3):209-17.
- Tétreault S, Beaupré P, Boucher N, Carrière M, Gascon H, Marier Deschênes P, Piérart P. Analyse des politiques sociales et des stratégies de soutien destinées aux familles vivant avec un enfant handicapé : synthèse des connaissances sur les expériences actuelles ou récentes et propositions de solutions pour le Québec. Rapport final de recherche destiné à l'OPHQ. Québec, Qc : Université Laval; 2012. Disponible à : https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Etudes_analyses_et_rapports/Finances_par_l'Office/Rapport_final_de_recherche_destine_a_l'OPHQ_-_Mars_2012.pdf.
- Tétreault S, Beaupré P, Carrière M, Freeman A, Gascon H. L'évaluation de l'implantation et des effets de l'Entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation. Rapport scientifique intégral – Pour un Québec attentif aux enfants handicapés ou en difficulté et à leurs familles. Québec, Qc : Université Laval; 2010. Disponible à : https://www.autisme.qc.ca/assets/files/06-documentation/03-nouvelles-archives/3_Rapport_scientifique_integral_S_Tetreault_CS-124448.pdf.
- Tillmann V, Haveman M, Stöppler R, Kvas Š, Monninger D. Public bus drivers and social inclusion: Evaluation of their knowledge and attitudes toward people with intellectual disabilities. *J Policy Pract Intellect Disabil* 2013;10(4):307-13.
- Tint A, Thomson K, Weiss JA. A systematic literature review of the physical and psychosocial correlates of Special Olympics participation among individuals with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2017;61(4):301-24.
- Tozer R, Atkin K, Wenham A. 'My brother likes meeting new people, but don't ask him any direct questions': Involving adults with autism plus learning disability in a qualitative research project. *Br J Learn Disabil* 2014;42(4):292-300.
- Tremblay M, Cudini A, Blais M. Participation citoyenne et déficience intellectuelle : parler en son propre nom. *Revue du CREMIS* 2011;4(4):10-4.
- Valiquette C. Analyse de la pratique et des besoins des acteurs pour l'utilisation d'aides à la communication en déficience intellectuelle [thèse]. Montréal, Qc : École d'orthophonie et d'audiologie, Faculté de Médecine, Université de Montréal; 2008. Disponible à : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/2939/Valiquette_Christine_2009_these.pdf.
- Valiquette C, Sutton A, Ska B. A graphic symbol tool for the evaluation of communication, satisfaction and priorities of individuals with intellectual disability who use a speech generating device. *Child Lang Teach Ther* 2010;26(3):303-19.
- Van Asselt-Goverts AE, Embregts PJ, Hendriks AH, Frielink N. Experiences of support staff with expanding and strengthening social networks of people with mild intellectual disabilities. *J Community Appl Soc Psychol* 2014;24(2):111-24.

- Van Dijk W et Gage NA. The effectiveness of visual activity schedules for individuals with intellectual disabilities: A meta-analysis. *J Intellect Dev Disabil* 2018;44(4):384-95.
- Van Laarhoven T, Carreon A, Bonneau W, Lagerhausen A. Comparing mobile technologies for teaching vocational skills to individuals with autism spectrum disorders and/or intellectual disabilities using universally-designed prompting systems. *J Autism Dev Disord* 2018;48(7):2516-29.
- Vie autonome Canada. Trousse d'action communautaire du projet Alimentégration : pour une saine alimentation des personnes handicapées. Ottawa, ON : Vie autonome Canada; 2009.
- Vire KD. The role of family support in successful employment outcomes for six women with significant developmental disabilities: A qualitative study [thèse]. Fayetteville, AR : University of Arkansas; 2006.
- Vlaskamp C, Hiemstra SJ, Wiersma LA. Becoming aware of what you know or need to know: Gathering client and context characteristics in day services for persons with profound intellectual and multiple disabilities. *J Policy Pract Intellect Disabil* 2007;4(2):97-103.
- Walker AR, Uphold NM, Richter S, Test DW. Review of the literature on community-based instruction across grade levels. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2010;45(2):242-67.
- Walton KM et Ingersoll BR. Improving social skills in adolescents and adults with autism and severe to profound intellectual disability: A review of the literature. *J Autism Dev Disord* 2013;43(3):594-615.
- Wilkenfeld BF. "Being heard": Qualitative research conundrums with individuals with developmental disabilities. *Res Soc Work Pract* 2014;25(6):702-10.
- Winsor JE, Butterworth J, Boone J. Jobs by 21 Partnership Project: Impact of cross-system collaboration on employment outcomes of young adults with developmental disabilities. *Intellect Dev Disabil* 2011;49(4):274-84.
- Young R, Gore N, McCarthy M. Staff attitudes towards sexuality in relation to gender of people with intellectual disability: A qualitative study. *J Intellect Dev Disabil* 2012;37(4):343-7.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

