

LES EFFETS D'UN PROGRAMME DE FORMATION PARENTALE FRANCOPHONE SUR LES COMPORTEMENTS-DÉFIS D'ENFANTS AUTISTES

THE EFFECTS OF A FRENCH PARENTAL TRAINING PROGRAM ON THE CHALLENGING BEHAVIORS OF CHILDREN WITH AUTISM

Myriam Rousseau, Suzie McKinnon, Jennifer Ilg, Jacinthe Bourassa, Annie
Paquet, Vincent Lagard and Céline Clément

Volume 39, Number 2, 2018

LES MEILLEURES PRATIQUES CLINIQUES PRÉCONISÉES DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MATIÈRE DE
PROBLÉMATIQUES COMPORTEMENTALES
THE RECOMMENDED BEST CLINICAL PRACTICES IN THE HEALTH
AND SOCIAL SERVICES SECTOR REGARDING BEHAVIOURAL ISSUES

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1051219ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1051219ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Rousseau, M., McKinnon, S., Ilg, J., Bourassa, J., Paquet, A., Lagard, V. & Clément,
C. (2018). LES EFFETS D'UN PROGRAMME DE FORMATION PARENTALE
FRANCOPHONE SUR LES COMPORTEMENTS-DÉFIS D'ENFANTS AUTISTES.
Revue québécoise de psychologie, 39(2), 5–21. <https://doi.org/10.7202/1051219ar>

Article abstract

The challenging behaviours of some children with Autism Spectrum Disorder (ASD) cause difficulties and affect their families. One way to support these families is parental training. The goal of this study is to evaluate the effects a French-language parent training had on 49 Quebec and French parents of children with ASD from Quebec and France. At the end of the program, a reduction in challenging behaviours was clinically observed, as well as an improvement in the communication and socialization. The results show that it is possible to set up the program with the same results in different intervention contexts.

**LES EFFETS D'UN PROGRAMME DE FORMATION PARENTALE
FRANCOPHONE SUR LES COMPORTEMENTS-DÉFIS D'ENFANTS
AUTISTES**

**THE EFFECTS OF A FRENCH PARENTAL TRAINING PROGRAM ON THE
CHALLENGING BEHAVIORS OF CHILDREN WITH AUTISM**

Myriam Rousseau¹
*CIUSSS de la Mauricie-et-du-
Centre-du-Québec*

Suzie McKinnon
*CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean
CISSS Bas St-Laurent et CISSS
CISSS Côte-Nord*

Jennifer Ilg
Université de Strasbourg

Jacinthe Bourassa
*CIUSSS de la Mauricie-et-du-
Centre-du-Québec*

Annie Paquet
Université du Québec à Trois-Rivières

Vincent Lagard

Céline Clément
Université de Strasbourg

CONTEXTE

La prévalence du trouble du spectre de l'autisme (TSA) est actuellement estimée à 1 enfant sur 68 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2014). Le TSA est un trouble neurodéveloppemental qui se traduit principalement par un déficit au niveau de la communication sociale ainsi que des comportements et intérêts restreints et répétitifs (American Psychiatric Association [APA], 2013). En plus de ces caractéristiques, jusqu'à 50 % des enfants ayant un TSA présentent des comportements-défis tels que les crises de colère, la non-conformité, l'agression, l'automutilation, l'agitation, l'hyperactivité, l'impulsivité, le non-respect des exigences courantes, le manque de réciprocité sociale et les stéréotypies (Hartley, Sikora et McCoy, 2008; Hayes et Watson, 2013; Lecavalier, Leone et Wiltz, 2006; Mazurek, Kanne et Wodka, 2013; Simonoff *et al.*, 2008). Bien qu'il n'existe pas à ce jour de définition consensuelle des comportements-défis, certains critères peuvent être retenus. Ainsi, il est possible de reconnaître un comportement-défi s'il présente les critères suivants : présente un danger pour la personne, constitue un danger pour autrui, risque de devenir plus grave si l'on n'intervient pas, rend l'intégration sociale difficile, rend les apprentissages

1. Adresse de correspondance : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, Institut universitaire, 15 Rubin, Victoriaville (QC), G6P 9V7. Téléphone : 819-352-4681. Courriel : myriam_rousseau@ssss.gouv.qc.ca

impossibles (Willaye et Magerotte, 2013). Par ailleurs, un comportement-défi résulte d'une interaction entre une vulnérabilité individuelle et des facteurs liés à l'environnement. La présence de ces comportements interfère avec la capacité d'utilisation des habiletés de l'enfant dans son quotidien, limite sa capacité à bénéficier des services éducatifs (Rivard, 2011; Rivard, Forget, Kerr, Regli et Giroux, soumis; Symes, Remington, Brown et Hastings, 2006) et peut augmenter l'isolement social (Maskey, Warnell, Parr, Le Couteur et McConachie, 2013; Scahill *et al.*, 2012). Il devient donc primordial pour l'enfant de développer des comportements adaptatifs comme alternative aux comportements-défis. Par ailleurs, l'incertitude sur la façon de gérer ces comportements-défis peut aussi amplifier le stress chez les parents (Hayes et Watson, 2013) et affecter la qualité de vie de la famille (Cappe, Wolff, Bobet et Adrien, 2012; Dabrowska et Pisula, 2010; Scahill *et al.*, 2016). Il existe ainsi un besoin grandissant de services de haute qualité destinés aux enfants et à leur famille (Douma, Dekker et Koot, 2006; Rivard, Morin, Mercier, Therroux, Mello et Lépine, 2017).

Un des moyens identifiés pour soutenir les familles relativement aux comportements-défis de leur enfant est la formation. À cet effet, la formation parentale propose au parent des outils et des stratégies lui permettant de promouvoir le développement de son enfant (Rogers *et al.*, 2012) et d'agir sur l'intensité des comportements-défis (Stuttard *et al.*, 2014). En offrant la possibilité aux parents de participer à une formation qui leur permet d'augmenter leurs connaissances quant aux caractéristiques du TSA et aux interventions basées sur des données probantes, ils peuvent mieux analyser les situations problèmes et conséquemment apporter des ajustements à l'organisation de leur vie familiale, ainsi que leurs interactions avec leur enfant. Ainsi, les programmes de formation qui ciblent une gestion adaptée des comportements-défis des enfants ayant un TSA engendrent des effets positifs tant chez l'enfant que chez les parents (Minjarez, Williams, Mercier et Hardan, 2011). L'efficacité de ces programmes sur le développement et les comportements de l'enfant de même que sur les interactions parent-enfant et le fonctionnement familial est démontrée dans de récentes recherches (Bearss, Burrell, Stewart et Scahill, 2015; Brookman-Frazee, Vismara, Drahota, Stahmer et Openden, 2009; Steiner, Koegel, Koegel et Ence, 2012). Par ailleurs, la formation des parents est maintenant reconnue comme étant une composante essentielle des services (Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement [FQCRDITED], 2010; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2014; Rousseau, Bourassa, Joseph, Caron et Mercier, 2015). En ce sens, en 2014, l'INESSS recommandait que la formation des parents soit considérée comme prioritaire en misant sur : 1) une formation

parentale intensive dans des situations particulières et 2) une formation continue et un accompagnement relatif aux comportements indésirables associés aux TSA, aux relations parents-enfants et à la vie quotidienne en général. La formation parentale peut être décrite sous la forme d'un continuum allant de l'information à l'entraînement parental, cette dernière modalité étant plus efficace que la première (p. ex., Bearss et al., 2015).

En conséquence, afin de répondre à la demande grandissante des familles et des professionnels concernant la mise en place de programmes de formation destinés aux parents d'enfants ayant un TSA, des équipes franco-québécoises de recherche (Institut universitaire en DI-TSA, Université de Strasbourg et Université du Québec à Trois-Rivières) et de clinique (Centre Hospitalier Spécialisé de Rouffach et Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec) se sont associées dans le but de développer et d'évaluer un programme psychoéducatif de formation aux habiletés parentales francophone *l'ABC du comportement d'enfants ayant un TSA : des parents en action!* (ABC-D-TSA) (Ilg, Rousseau et Clément, 2016). Entre 2012 et 2015, ce programme a fait l'objet d'une recherche, en France et au Québec, comportant deux volets distincts : 1) l'implantation et 2) les effets du programme chez les parents et les enfants (Rousseau, Paquet et Clément, 2016).

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Le présent article porte plus spécifiquement sur l'un des objectifs du deuxième volet de cette recherche qui vise l'évaluation des effets de la formation parentale sur les comportements-défis des enfants ayant un TSA.

MÉTHODE

Participants

L'échantillon fait partie d'une vaste étude qui vise à évaluer l'implantation et les effets du programme *l'ABC-D-TSA*. Ce dernier a été offert sur une base volontaire, en France et au Québec, à des parents d'enfants ayant un TSA âgés de sept ans et moins bénéficiant des services d'un hôpital de jour pour enfants et adolescents (France) ou d'un centre de réadaptation (Québec). Quatre-vingts parents ont accepté de participer à la recherche liée au programme (implantation et effets). Pour diverses raisons, certains participants n'ont pas complété l'ensemble des instruments d'évaluation ($n = 16$) tandis que d'autres ont quitté le programme ou la recherche ($n = 15$). Ainsi, l'échantillon final pour le volet Évaluation des effets du programme est composé de 49 parents (32 femmes et 17 hommes).

Il est à noter que les enfants de ces parents ont tous reçu un diagnostic de TSA à l'aide d'outils standardisés (ADI-R et/ou ADOS) ($n = 30$) ou une hypothèse diagnostique documentée à l'aide du CARS ($n = 5$). Les enfants, au nombre de 35 (6 filles et 29 garçons), sont âgés de 3 à 7 ans ($M = 4,6$; $ÉT = 1,3$). Certains d'entre eux reçoivent des services d'intervention comportementale intensive ²(ICI) ($n = 25$) tandis que d'autres bénéficient de services professionnels en orthophonie ($n = 10$), ergothérapie ($n = 2$) et psychomotricité ($n = 2$).

Description du programme

Ce programme de formation parentale est basé sur les principes de l'analyse appliquée du comportement (AAC), principes étant reconnus comme des meilleures pratiques et des interventions de réadaptation prometteuses pour les enfants ayant un TSA (INESSS, 2014; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2003, 2017). Ce programme permet, tel que recommandé par le MSSS (2003, 2017), d'offrir un soutien éducatif et une assistance aux parents afin de les aider à assumer leur rôle parental en tenant compte de leurs besoins spécifiques et de ceux de leur enfant. Il est également cohérent avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en France qui suggère que soit offerte aux parents la possibilité de participer à des programmes de formation parentale (HAS, 2012). Il est proposé en groupe de cinq familles et est animé par deux intervenantes provenant des établissements ciblés. Ces animateurs doivent avoir une formation dans le domaine social ou médical, posséder une bonne expertise auprès de la clientèle TSA et de l'AAC et des bonnes habiletés en animation de groupe. Le programme propose 12 rencontres ou ateliers, d'une durée de 2 heures, aux 2 semaines. Chacun des ateliers aborde un contenu nouveau (voir Tableau 1) lié à l'apprentissage d'habiletés parentales et de stratégies d'intervention selon l'approche comportementale, et ce, tout en mettant l'emphase sur des stratégies naturalistes. Ces stratégies sont alors ajustées au milieu naturel (p. ex., domicile, milieu de garde) et à des situations de la vie quotidienne (p. ex., jeu libre). Elles utilisent aussi les intérêts de l'enfant et des renforçateurs naturels pour faciliter les apprentissages (McCormick, 2006;

2. L'ICI est l'intervention recommandée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour les enfants de 2 à 5 ans ayant un TSA. Elle est basée sur l'analyse appliquée du comportement (AAC) et est offerte à raison d'une vingtaine d'heures par semaine.

Tableau 1
 Organisation du programme (Ilg *et al.*, 2014)

N° des ateliers	Titre des ateliers
Première visite au domicile des participants (environ 1 mois avant le programme)	
1	Présentation générale sur les troubles du spectre de l'autisme
2	Comment décrire et observer un comportement?
3	Aider efficacement en adaptant l'environnement
4	Augmenter un comportement souhaité ou apprendre un nouveau comportement
5	Diminuer les comportements inappropriés
6	Comportement-défi (Choisir parmi les annexes)
Deuxième visite au domicile des participants	
7	Maintien et généralisation des comportements souhaités
8	Développement des demandes
9	Développement des initiatives sociales
10	Comportement-défi (Choisir parmi les annexes)
11	Scolarisation : accompagner l'inclusion (facultatif)
12	Identification des objectifs futurs
Troisième visite au domicile des participants (1 mois après la fin du dernier atelier)	

Thompson, 2011; Vismara et Rogers, 2010). Le programme propose une variété de modalités pédagogiques : analyse de vidéos, mises en situation et activités réalisées à domicile.

En plus des ateliers, le programme prévoit trois visites au domicile familial. En amont du programme, la première visite permet de préciser les conditions de vie au domicile de l'enfant (incluant les routines familiales) pour une meilleure individualisation du programme. Les deuxième et troisième rencontres permettent de vérifier et de soutenir le transfert des connaissances, acquises lors du programme, en milieu naturel. Ces rencontres assurent donc un soutien individualisé et ajusté aux caractéristiques de l'enfant, des parents et de ses milieux de vie. Le parent est ainsi invité à comprendre et à assimiler les informations transmises dans le cadre des rencontres de groupe afin de pouvoir leur donner un sens et de construire des connaissances qui lui seront utiles relativement à sa réalité quotidienne.

Afin de s'assurer que les différents acteurs impliqués se rallient autour d'une même cible et implantent de façon homogène le programme, trois guides ont été rédigés (Ilg *et al.*, 2016). Le premier, le *Guide de l'animateur* soutient les animateurs dans l'animation des ateliers. On y retrouve des suggestions de procédures, des définitions de concepts, des exemples concrets ainsi que les divers documents reproductibles. Le contenu de ce guide permet à l'animateur de s'appropriier les éléments à aborder tout en lui donnant des points de repère dans le déroulement de l'atelier. Le deuxième, le *Guide du participant*, contient l'ensemble des documents remis lors des rencontres et permet aux participants de conserver les traces de leur cheminement personnel, de leurs observations et de leurs réflexions. Il leur permet également de considérer avec des outils adaptés les situations difficiles vécues à la maison après le programme. Le dernier, le *Guide soutien à domicile*, permet aux intervenants se déplaçant au domicile de mieux comprendre leur rôle. Des informations théoriques y sont placées pour soutenir les échanges avec le parent.

Instruments de mesure

Le choix des instruments repose à la fois sur des considérations pratiques (p. ex., durée d'administration, disponibilité des instruments) et conventionnelles (instruments utilisés en recherche auprès de la clientèle visée).

Pour ce qui est de l'évaluation des effets du programme sur les comportements-défis des enfants, l'échelle *Autism Spectrum Disorder Problem Behavior Children* (Matson, Gonzalez et Rivet, 2008) (traduite et adaptée par Ilg *et al.*, [2014] avec l'autorisation de l'auteur) est utilisée. Les parents évaluent 18 items sur une échelle en 3 points de sévérité croissante (0 le comportement n'est pas un problème; 1 le comportement est un problème léger; 2 le comportement est un problème sévère). Les items portent par exemple sur le fait de lancer des objets sur les autres ou encore d'avoir des vocalises inhabituelles ou répétitives. La cohérence interne de l'échelle est de 0,90 (Matson *et al.*, 2008).

La satisfaction des parents relativement aux effets du programme est évaluée en postintervention avec le *Therapy Attitude Inventory* (TAI) (Eyberg, 1993) (traduit et adapté par Ilg *et al.*, [2014] avec l'autorisation de l'auteure). Les participants évaluent sur une échelle de Likert à 5 points de satisfaction croissante, 10 affirmations sur le sentiment d'acquisition de nouvelles connaissances et de compétences parentales, le sentiment de confiance parentale, la relation avec l'enfant, le comportement de ce dernier, les effets indirects auprès d'autres problèmes familiaux et la satisfaction générale. L'échelle possède une cohérence interne satisfaisante avec un coefficient alpha de 0,88 (Eyberg, 1993). Dans le

cadre de cet article, seuls les items axés sur l'évolution perçue par les parents des comportements-défis sont exploités.

Finalement, l'évaluation des comportements adaptatifs est réalisée à l'aide du *Vineland Adaptive Behavior Scales: version I* (VABS) (Sparrow, Balla et Cicchetti, 1984) ainsi que son adaptation (Sparrow, Cicchetti et Balla, 2005) afin de respecter le choix des établissements participants. Cet instrument est une échelle conçue pour évaluer le comportement adaptatif dans les domaines de la socialisation, de la communication et de l'autonomie de la vie quotidienne. Elle vise à évaluer le profil intellectuel et socioadaptatif, les comportements adaptatifs et les comportements problématiques de la personne. Elle est destinée aux personnes ayant un déficit cognitif, une déficience intellectuelle, un retard de développement ou un trouble du spectre de l'autisme. L'administration de cet outil est réalisée sous la forme d'entrevues structurées ou semi-structurées. Aucune validation québécoise n'a été réalisée. Les échelles ont toutefois été validées auprès d'une population de l'Amérique du Nord ainsi qu'en France. La fiabilité est jugée élevée : les coefficients alpha de Cronbach varient de 0,77 à 0,93 et la fiabilité de type test-retest révèle des corrélations variant de 0,76 à 0,92. Quant à l'analyse interjuges, elle est adéquate à excellente ($r = 0,71$ à $0,81$).

Déroulement

Le projet de recherche s'est déroulé simultanément en France et au Québec. Afin d'avoir un programme francophone à dimension universelle, l'équipe de recherche a expérimenté et évalué le programme auprès de quatre groupes français et dix groupes québécois. Certaines modalités d'implantation ont été ajustées aux différentes offres de service et aux réalités des populations visées (p. ex., personne réalisant les visites au domicile, moment des ateliers, coanimateurs de statuts différents), sans que les contenus ne diffèrent. En France, les quatre groupes ont été animés par la même équipe professionnelle composée de deux animateurs et d'une intervenante se déplaçant au domicile. Les animateurs et l'intervenante au domicile, doctorante sur le projet, ont été collaborateurs dans l'élaboration du programme et n'ont donc pas reçu de formation spécifique. Une révision de chaque atelier et de l'ensemble du programme a été réalisée au terme du premier groupe, le groupe pilote. Au Québec, les animateurs et les intervenants se déplaçant au domicile n'ont pas contribué au développement du programme. Ils ont donc tous reçu une formation de 14 heures.

En France, les quatre groupes consécutifs (le groupe pilote puis trois autres groupes) se sont déroulés de janvier 2012 à septembre 2014 sur un site unique. Au Québec, dix groupes consécutifs se sont déroulés de septembre 2014 à juin 2015 dans trois régions différentes. En France

comme au Québec, la participation des parents au groupe était volontaire. Les parents étaient directement sollicités par les équipes cliniques en fonction des critères d'inclusion retenus pour la recherche (parents d'enfants ayant un TSA âgés de 3 à 7 ans; recevant des interventions de types comportementales; possédant une bonne maîtrise du français oral et écrit). La théorie du programme ne prévoit aucun critère d'exclusion. Chaque parent avait la possibilité de participer au groupe sans participer à la recherche. Les données recueillies dans le cadre du programme sont anonymes et transmises aux coordinatrices du projet, en France comme au Québec. En France, le projet a été validé par le Centre Hospitalier Spécialisé de Rouffach. Au Québec, il a reçu l'approbation du Comité éthique de la recherche conjoint des centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CERC-CRDITED).

RÉSULTATS

Analyse

Un devis descriptif, impliquant des évaluations quantitatives, est utilisé pour l'évaluation des effets du programme l'ABC-D-TSA (Ilg *et al.*, 2016) sur les comportements-défis des enfants. Les données sont compilées aux fins d'analyse à l'aide du logiciel SPSS 23. Une analyse de variance paramétrique à mesures répétées pour mesurer les changements des comportements-défis et les comportements adaptatifs dans le temps (avant, après et suivi du programme) est utilisée lorsque les conditions le permettent (normalité [test de Shapiro-Wilk] et taille de l'échantillon). Autrement, une analyse non paramétrique est effectuée avec le test de Friedman. Quant à la perception des parents liée aux effets du programme (problèmes de comportement majeur et comportement en général), elle fait l'objet d'une analyse descriptive. Enfin, l'étude des valeurs aberrantes, telle que suggérée par Tabachnick et Fidell (2013), a été réalisée préalablement afin d'identifier des données exagérément élevées. Selon la procédure de *winsorization*, ces données doivent être remplacées par des scores extrêmes (Kirk, 1995). Dans la présente étude, aucune donnée exagérément élevée n'a été trouvée.

Comportements-défis

La sévérité des comportements-défis chez les enfants est observée uniquement par les participants français ($n = 18$) à l'aide de *l'Autism Spectrum Disorder Problem Behavior Children* (Matson *et al.*, 2008). Bien qu'une diminution soit observée à travers le temps ($M_{\text{pré}} = 11,72$, $ET_{\text{pré}} = 8,08$; $M_{\text{post}} = 8,97$, $ET_{\text{post}} = 5,33$; $M_{\text{suivi}} = 9,94$, $ET_{\text{pré}} = 6,91$), les résultats de l'analyse non paramétrique indiquent que ces différences sont non significatives ($\chi^2_F = 0,91$; $p = 0,63$).

Perceptions des parents

Concernant le TAI, des analyses descriptives sont effectuées sur les questions spécifiquement liées à l'amélioration des problèmes de comportement majeurs de l'enfant ($n = 39$) et à son comportement en général ($n = 40$) (voir Tableau 2). Elles révèlent des moyennes et écarts-types respectifs aux items de 4,26 (0,79) et 4,13 (0,79). Plus particulièrement, la majorité ($n = 36$) des parents répondants observe une amélioration des problèmes de comportement majeurs chez leur enfant. De ce nombre, plus de 40 % notent que les comportements se sont beaucoup améliorés. Il en va de même pour les comportements en général de l'enfant où l'ensemble (92,5 %) des répondants se dit satisfait ($n = 26$) ou très satisfait ($n = 11$) des progrès de leur enfant.

Comportements adaptatifs

Les comportements adaptatifs des enfants ($n = 43$) sont mesurés avec les scores standards au *Vineland*, et ce, aux trois temps de mesure. Les analyses de variance à mesures répétées permettent de constater des différences significatives dans les domaines « communication » [$F(2,84) = 9,34$; $p = 0,0002$] et « socialisation » [$F(2,84) = 10,45$; $p < 0,0001$] (voir Tableau 2). Plus précisément, les tests post-hoc Bonferroni montrent une amélioration significative du niveau de communication de l'enfant entre la prise de mesure à la préintervention ($M = 68,77$, $ÉT = 17,03$) et celle à la postintervention ($M = 75,16$, $ÉT = 17,43$). Bien qu'une augmentation soit observée entre la préintervention ($M = 68,77$, $ÉT = 17,03$) et le suivi ($M = 71,88$, $ÉT = 19,51$), elle n'est pas significative. Le niveau de socialisation augmente également de façon significative entre la prise à la préintervention ($M = 69,70$, $ÉT = 13,74$) et la postintervention ($M = 74,35$, $ÉT = 14,34$) ainsi qu'au suivi ($M = 74,79$, $ÉT = 15,99$).

Tableau 2

Moyennes et écarts-types aux items 19 et 21 du TAI (N = 49)

	<i>n</i>	<i>M</i>	IC 95 %	<i>ÉT</i>
Item #19. Les problèmes de comportements majeurs que présentait mon enfant à la maison avant le programme sont actuellement... ^a	39	4,26	[4,00, 4,51]	0,79
Item # 21. Concernant les progrès faits par mon enfant dans son comportement en général, je suis... ^b	40	4,13	[3,87 4,38]	0,79

Note : valeur des échelles ^a1 = Bien pires qu'avant à 5 = Beaucoup améliorés; ^b1 = Très insatisfait(e) à 5 = Très satisfait(e).

Tableau 3

Moyenne, écart-type et analyse de variance à mesures répétées à trois temps sur les variables comportements adaptatifs (n = 43)

	Préintervention		Postintervention		Suivi		F	p	η^2	Bonferroni
	M	ÉT	M	ÉT	M	ÉT				
<i>Vineland</i>										
Communication	68,77	17,03	75,16	17,43	71,88	19,51	9,34	< 0,001	0,18	Pré < Post
Habilités quotidiennes	71,26	15,42	73,21	15,76	73,67	17,84	1,44	0,243	0,03	N.S.
Socialisation	69,70	13,74	74,35	14,34	74,79	15,99	10,45	< 0,001	0,20	Pré < Post, Suivi

Note : N.S. non significatif

DISCUSSION

L'objectif de la présente étude vise l'évaluation des effets du programme ABC-D-TSA sur les comportements-défis. Au terme du programme, une réduction des comportements posant problème est perçue par les parents participants. Cependant, la sévérité des comportements problèmes diminue de manière non statistiquement significative lorsqu'évaluée sur l'*Autism Spectrum Disorder Problem Behavior Children* (Matson *et al.*, 2008). D'autres études montrent des résultats plus encourageants sur ce type de comportements avec d'autres outils d'évaluation tels que le *Aberrant Behavior Checklist* (p. ex., Bearss *et al.*, 2015). Néanmoins, cette diminution est corroborée par l'évaluation au TAI. Cet outil quantitatif qui évalue la validité sociale des interventions rapporte la diminution des problèmes majeurs de comportements évalués par les parents chez une majorité d'entre eux. Ceci rejoint les résultats d'autres études montrant, dans leur ensemble, une bonne validité sociale des programmes de formation à destination des parents fondés sur les principes de l'approche comportementale et ceux dans divers contextes socioculturels (p. ex., Harrison, Long, Manji et Blane, 2016; Heitzman-Powell, Buzhardt, Rusinko et Miller, 2014).

Dans une certaine mesure, ces deux résultats juxtaposés tendent à montrer que le critère clinique (la diminution perçue par les parents au TAI) est ici supérieur au critère purement statistique d'une évaluation quantitative par l'échelle des comportements problèmes. Cette supériorité du critère clinique sur le critère statistique est rappelée par Sockeel et Anceaux (2008) : l'important est le changement dans la vie du patient et de sa famille. Il peut être également fait l'hypothèse que les outils d'évaluation, tels que l'*Autism Spectrum Disorder Problem Behavior Children* ne soient pas assez fins ou valides pour évaluer les changements opérés dans le cadre du programme.

En ce qui concerne les résultats liés aux comportements adaptatifs évalués par le *Vineland*, des améliorations sont observées dans les domaines de la communication et de la socialisation. Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Bearss et ses collègues (2015) et de Minjarez et ses collègues (2011). Cette dernière indique, entre autres, que les programmes d'entraînement parental ont des effets positifs, notamment sur la généralisation des apprentissages de l'enfant. À souligner, les gains obtenus aux comportements adaptatifs se sont réalisés principalement lors du programme. Toutefois, des améliorations significatives entre la postintervention et le suivi sont présentes dans le domaine de la socialisation. Ces résultats s'apparentent à ceux obtenus par Keen, Couzens, Muspratt et Rodger (2010) qui soulèvent que la formation des

parents est positivement liée à des résultats améliorés au niveau de la communication sociale chez l'enfant.

Ainsi, il nous semble important, pour comprendre la satisfaction et l'adhésion des parents à l'égard du programme (Ilg *et al.*, 2017), de rappeler que les objectifs ciblés par les parents sont des comportements au sein de la routine quotidienne, dont la modification peut engendrer des changements en termes de climat familial. Ilg et ses collègues (2017) rapportent ainsi que les comportements ciblés par les parents ont permis d'enseigner à un enfant à dormir dans son propre lit et qu'un autre enfant a accepté de prendre des bains sans hurler. Au terme de l'implantation dans les sites mentionnés dans la présente étude, les chercheurs ont souhaité collecter systématiquement auprès des équipes cliniques les comportements ciblés par les parents au cours du programme (en particulier lors des ateliers visant à augmenter et à diminuer un comportement). Les données présentées dans le Tableau 4 ont été récoltées par le Centre Hospitalier Universitaire de l'Île de la Réunion (France) où le programme a été implanté auprès de la même population cible (parents d'enfants de 7 ans et moins avec un diagnostic d'autisme validé).

Les comportements à diminuer sont considérés comme des défis par les parents. Ils répondent également à la définition de Willaye et Magerotte (2013). Ces comportements peuvent présenter un danger pour la personne ou pour autrui et rendre l'intégration sociale ardue et les apprentissages irréalisables. Par ailleurs, ils tendent à s'aggraver si aucune procédure de renforcement différentiel de comportements alternatifs n'est mise en place. Ces comportements ne sont pas nécessairement répertoriés dans les échelles d'évaluation utilisées ici (p. ex., prendre un bain sans hurler), pourtant leur diminution peut considérablement améliorer le quotidien des familles pour plusieurs d'entre eux.

Au terme de cette recherche, il apparaît que le programme l'ABC-D-TSA agit non seulement sur des variables propres aux parents, telles que le stress parental ou la dépression parentale (Ilg *et al.*, 2017), mais aussi sur les comportements-défis présentés par l'enfant. Ce programme est une avenue prometteuse, soutenue par sa forte validité sociale (Ilg *et al.*, 2017; Rousseau *et al.*, 2016). En particulier, le présent échantillon s'avère petit et d'autres études en cours permettront d'augmenter le nombre de participants, tant en France qu'au Québec. De plus, ces études devront documenter précisément les objectifs comportementaux choisis par les familles et l'atteinte ou non de ces objectifs. Ceci permettra d'améliorer

Tableau 4

Objectifs comportementaux choisis par les parents au cours du programme

Comportement à augmenter ou à faire émerger	Comportement à diminuer
Objectif : rester assis pour manger pendant 5 minutes	Objectif : arrêter de mordre/pousser sa sœur
Objectif : mettre le dentifrice sur la brosse à dents manuelle	Objectif : arrêter de taper sa sœur lorsqu'elle refuse de jouer avec lui (c'est un autre enfant)
Objectif : réguler son appétit	Objectif : ne pas se détacher en voiture
Objectif : apprendre à tenir une cuillère pendant le repas	A été transformé ensuite en « rester assis attaché tout le long du trajet »
Objectif : lavage des dents	Nouvel objectif : ne pas mettre tout le temps son t-shirt bleu
	Objectif : arrêter de taper sur les murs

l'accompagnement des parents dans leur cheminement au sein du programme et de mieux comprendre comment le programme agit sur les comportements-défis observés chez les enfants.

CONCLUSION

Le programme l'ABC-D-TSA répond aux recommandations françaises et québécoises d'accompagnement des parents d'enfants avec autisme (HAS, 2012; INESSS, 2014). Les données recueillies dans deux régions de la francophonie montrent que ce programme peut être implanté avec la même réussite dans des contextes d'intervention divers, et ce, sans que les contenus ne soient modifiés. Pour ce faire, les conditions d'arrimage aux interventions proposées dans les services et la formation des professionnels se doivent d'être encadrées.

Ainsi, cette étude contribue à l'avancement des connaissances quant au type d'interventions à préconiser auprès des parents d'enfants ayant un TSA. Pour ce qui est du programme de formation, il participe à l'amélioration de l'offre de services des établissements destinée spécifiquement à ces parents. Il outille concrètement ces derniers dans leurs interventions quotidiennes avec leur enfant. Implanté adéquatement, il peut à la fois optimiser le développement des enfants présentant un TSA tout en redonnant le pouvoir aux parents en ce qui concerne l'éducation de leur enfant. Sa structure et son matériel concourent également au développement des compétences et connaissances des intervenants, utiles au soutien des parents et à l'animation du programme.

Enfin, il importe de poursuivre les recherches orientées vers le développement d'autres modalités de participation au programme telles que le mode présentiel en format individuel et le mode en ligne, et ce, toujours dans l'optique de mieux répondre aux divers besoins des parents (Mourgela, Pacurar et Clément, 2015). En effet, bien que le programme ABC-D-TSA démontre sa pertinence et son efficacité lorsqu'il est offert en mode présentiel format de groupe, cette forme de dispensation de services présente certains défis pour les milieux d'interventions et de nombreux parents n'ont pas la possibilité d'en bénéficier (éloignement géographique, organisation complexe pour la garde de l'enfant). En répondant aux préférences des parents et aux réalités territoriales variées, ces modalités assureront une plus grande diversité et accessibilité aux services.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, D.C. : Auteur.
- Bearss, K., Burrell, L., Stewart, L. et Scahill, L. (2015). Parent training in autism spectrum disorder: what's in a name? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 170-182.
- Brookman-Frazee, L., Vismara, L., Drahotka, A., Stahmer, A. et Openden, D. (2009). Parent training interventions for children with autism spectrum disorders. Dans J. L. Matson (dir.), *Applied behavior analysis for children with autism spectrum disorders* (p. 237-257). New York, NY : Springer.
- Cappe, É., Wolff, M., Bobet, R. et Adrien, J.-L. (2012). Étude de la qualité de vie et des processus d'ajustement des parents d'un enfant ayant un trouble autistique ou un syndrome d'Asperger : effet de plusieurs variables socio-biographiques parentales et caractéristiques liées à l'enfant. *L'évolution psychiatrique*, 77(2), 181-199.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2010*. Récupéré de http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm?s_cid=ss6302a1_w
- Dabrowska, A. et Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(3), 266-280.
- Douma, J. C. H., Dekker, M. C. et Koot, H. M. (2006). Supporting parents of youths with intellectual disabilities and psychopathology. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(8), 570-581. doi:10.1111/j.1365-2788.2006.00825.x
- Eyberg, S. (1993). Consumer satisfaction measures for assessing parent training programs. Dans L. VandeCreek, S. Knapp et T. L. Jackson (dir.), *Innovations in clinical practice: A source book* (12^e éd.). (p. 377-382). Sarasota, FL : Professional Resource Press.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (FQCRDITED). (2010). *Guide de pratique : Le service d'adaptation et de réadaptation à l'enfance 0-5 ans en troubles envahissants du développement*. Récupéré de http://www.crdited02.qc.ca/pdf/publications/Guide_de_pratique_-_TED_0-5_ans.pdf
- Harrison, A. J., Long, K. A., Manji, K. P. et Blane, K. K. (2016). Development of a brief intervention to improve knowledge of autism and behavioral strategies among parents in Tanzania. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(3), 187-201.
- Hartley, S. L., Sikora, D. M. et McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with autistic disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(10), 819-829.
- Haute Autorité de Santé et Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-

- sociaux. (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Recommandations par consensus formalisé. Paris, France : Auteur.
- Hayes, S. A. et Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629-642.
- Heitzman-Powell, L. S., Buzhardt, J., Rusinko, L. C. et Miller, T. M. (2014). Formative evaluation of an ABA outreach training program for parents of children with autism in remote areas. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 29(1), 23-38.
- Ilg, J., Jebrane, A., Paquet, A., Rousseau, M., Dutray, B., Wolgensinger, L. et Clément, C. (2017). Evaluation of a French parent-training program in young children with autism spectrum disorder. *Psychologie Française*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psfr.2016.12.004>
- Ilg, J., Paquet, A., Wolgensinger, L., Dutray, B., Rivard, M., Rousseau, M.,... Clément, C. (2014). Programme francophone de formation pour les parents d'enfants avec un TSA : fondements et contenus. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 19(3), 5-20.
- Ilg, J., Rousseau, M. et Clément, C. (2016). *Programme ABC du comportement d'enfants ayant un TSA : des parents en action*. Trois-Rivières, QC : Collections de l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme et Strasbourg, France : Collections de l'Université de Strasbourg (UNISTRA).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2014). *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)* : édition révisée. *ETMIS*, 9(6), 1-67.
- Keen, D., Couzens, D., Muspratt, S. et Rodger, S. (2010). The effects of a parent-focused intervention for children with a recent diagnosis of autism spectrum disorder on parenting stress and competence. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(2), 229-241. doi: 10.1016/j.rasd.2009.09.009
- Kirk, R. (1995). *Experimental design: Procedures for the behavioral sciences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Lecavalier, L., Leone, S. et Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 172-183.
- Maskey, M., Warnell, F., Parr, J. R., Le Couteur, A. et McConachie, H. (2013). Emotional and behavioural problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(4), 851-859.
- Matson, J. L., Gonzalez, M. L. et Rivet, T. T. (2008). Reliability of the autism spectrum disorder-behavior problems for children (ASD-BPC). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(4), 696-706.
- Mazurek, M. O., Kanne, S. M., Wodka, E. L. (2013). Physical aggression in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(3), 455-465.
- McCormick, L. (2006). Perspectives, policies, and practices. Dans M. J. Noonan et L. McCormick (dir.), *Young children with disabilities in natural environments: Methods & procedures* (p. 1-25). Baltimore, MA: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Un geste porteur d'avenir : des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et leurs proches*. Québec, QC : Auteur
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2017). *Le Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022 – Des actions structurantes pour les personnes et leur famille*. Québec, QC : Auteur
- Minjarez, M. B., Williams, S. E., Mercier, E. M. et Hardan, A. Y. (2011). Pivotal response group treatment program for parents of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(1), 92-101.
- Mourgela, V., Pacurar, E. et Clément, C., (2015). An ergonomic and conceptual approach to the elearning adaptation of a training program for parents of children with autism

- spectrum disorder. Dans E. K. Sorensen, A. Szucs. et M. S. Khalid (dir.), *Proceedings of the 1th D4 Learning international Conference Innovations in Digital Learning for Inclusion (D4Learning, 2015)*, (p. 16-19). (Open access edition) Aalborg Universitetsforlag.
- Rivard, M. (2011). *Progression des comportements sociaux et verbaux et effets de la sensibilité sociale chez des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme inscrit à un programme d'intervention comportementale précoce* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec.
- Rivard, M., Forget, J., Kerr, K., Regli, G. et Giroux, N. (soumis). Changes in the social and verbal behaviors of autism spectrum disorders children at the onset of an early behavioral program. Manuscrit soumis pour publication.
- Rivard, M., Morin, M., Mercier, C., Terroux, A., Mello, C. et Lépine, A. (2017). Social validity of a training and coaching program for parents of children with autism spectrum disorder on a waiting list for early behavioral intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 26(3), 877-887.
- Rogers, S. J., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A.,... Dawson, G. (2012). Effects of a brief Early Start Denver Model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1052-1065. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.08.003>
- Rousseau, M., Bourassa, J., Joseph, S., Caron, C. et Mercier, C. (2015). *L'ICI : une question d'intensité et les incontournables du programme*. Document inédit, Montréal (Québec).
- Rousseau, M., Paquet, A. et Clément, C. (2016). *Évaluation de l'implantation et des effets d'une adaptation québécoise d'un programme de formation destiné aux parents d'enfants ayant un TSA recevant une intervention comportementale précoce*. Rapport de recherche, Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.
- Scahill, L., Bearss, K., Lecavalier, L., Smith, T., Swiezy, N., Aman, M. G.,... et Johnson, C. (2016). Effect of parent training on adaptive behavior in children with autism spectrum disorder and disruptive behavior: Results of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(7), 602-609. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.05.001
- Scahill, L., McDougle, C. J., Aman, M. G., Johnson, C., Handen, B.,... et Vitiello, B. (2012). Effects of risperidone and parent training on adaptive functioning in children with pervasive developmental disorders and serious behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(2), 136-146.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. et Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.
- Sockeel, P. et Anceaux, F. (2008). *La démarche expérimentale en psychologie*. Paris, France : In Press.
- Sparrow, S. S., Balla, D. et Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland adaptive behavior scales: Interview edition – Expanded form manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, V.D. et Balla, D. A. (2005). *Vineland adaptive behavior scales. 2nd edition*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Steiner, A. M., Koegel, L. K., Koegel, R. L. et Ence, W. A. (2012). Issues and theoretical constructs regarding parent education for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6), 1218-1227.
- Stuttard, L., Beresford, B., Clarke, S., Beecham, J., Todd, S. et Bromley, J. (2014). Riding the rapids: Living with autism or disability—An evaluation of a parenting support intervention for parents of disabled children. *Research in Developmental Disabilities*, 35(10), 2371–2383. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.05.021>
- Symes, M. D., Remington, B., Brown, T. et Hastings, R. P. (2006). Early intensive behavioral intervention for children with autism: Therapists' perspectives on achieving procedural fidelity. *Research in Developmental Disabilities*, 27(1), 30-42.

- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6^e éd.). Boston, MA : Pearson Education.
- Thompson, T. (2011). *Individualized autism intervention for young children: Blending discrete trial and naturalistic strategies*. Baltimore, MD : Paul H. Brookes Publishing Company.
- Vismara, L. A., Rogers, S. J. (2010). Behavioral treatments in autism spectrum disorder: What do we know? *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 447-468.
- Willaye, É. et Magerotte, G. (2013). *Évaluation et intervention auprès des comportements-défis : déficience intellectuelle et/ou autisme* (2^e éd.). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur

RÉSUMÉ

Les comportements-défis présents chez certains enfants ayant un diagnostic du trouble du spectre de l'autisme (TSA) engendrent des difficultés et se répercutent sur leur famille. Un des moyens pouvant soutenir ces familles est la formation parentale. Cette étude vise à évaluer les effets d'une formation parentale francophone offerte à 49 parents d'enfants ayant un TSA québécois et français. Au terme de la formation, une réduction des comportements-défis est observée cliniquement. Parallèlement à cette réduction, les comportements de communication et de socialisation s'améliorent. Les résultats montrent qu'il est possible d'implanter le programme avec des résultats équivalents dans des contextes d'intervention distincts.

MOTS CLÉS

trouble du spectre de l'autisme, comportements-défis, enfants, parents, effets, validité sociale

ABSTRACT

The challenging behaviours of some children with Autism Spectrum Disorder (ASD) cause difficulties and affect their families. One way to support these families is parental training. The goal of this study is to evaluate the effects a French-language parent training had on 49 Quebec and French parents of children with ASD from Quebec and France. At the end of the program, a reduction in challenging behaviours was clinically observed, as well as an improvement in the communication and socialization. The results show that it is possible to set up the program with the same results in different intervention contexts.

KEYWORDS

autism spectrum disorder, behavioral challenges, children, parents, effects, social validity
