

Traduction et adaptation du TEI-SF afin de documenter l'acceptabilité sociale de  
l'intervention comportementale intensive

French-Translation and adaptation of the TEI – SF to document the social acceptability of  
early intensive behavioral intervention

\*Annie Paquet, Ph.D.

Département de psychoéducation  
Université du Québec à Trois-Rivières  
3351 boul. des Forges, Case postale 500  
Trois-Rivières, Québec G9A 5H7 Canada  
Tel.: 1-819-376-5011 (4268)  
Fax : 819-376-5066  
[Annie.Paquet@uqtr.ca](mailto:Annie.Paquet@uqtr.ca)

Suzie McKinnon, Ph.D.

Centre intégré universitaire en Santé et Services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean  
Université du Québec à Trois-Rivières  
3351 boul. des Forges, P.O. Box 500  
Trois-Rivières, Québec G9A 5H7 Canada  
Tel. :1-819-376-5011 (4066)  
[suzie.mckinnon@uqtr.ca](mailto:suzie.mckinnon@uqtr.ca)

Céline Clément, Ph.D.

Université de Strasbourg  
LISEC, EA 2310  
141, av. de Colmar, BP 40102 67024  
Strasbourg  
Tel. : 03.88.43.82.00  
Fax. : 03.88.79.40.49  
[celine.clement@unistra.fr](mailto:celine.clement@unistra.fr)

Michel Rousseau, Ph.D.

Département de Psychoéducation  
Université du Québec à Trois-Rivières  
850, avenue de Vimy, Case postale 32  
Québec, Québec G1S 0B7  
Tel. : 418-659-2170 (2828)  
[michel.rousseau@uqtr.ca](mailto:michel.rousseau@uqtr.ca)

Manuscrit soumis le 30 juin 2016

## Traduction et adaptation du TEI-SF afin de documenter l'acceptabilité sociale de l'intervention comportementale intensive

**RÉSUMÉ:** L'intervention comportementale intensive est de plus en plus utilisée dans le cadre de services à large échelle destinés aux jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme. Il s'avère pertinent d'évaluer l'acceptabilité sociale de ce programme. La présente étude propose de mesurer l'acceptabilité sociale de cette intervention lorsqu'elle est offerte en service de garde inclusif, ainsi que deux interventions ciblées qui y sont associées. Pour ce faire, le questionnaire d'évaluation *Treatment Evaluation Inventory Short-form* (TEI-SF) a été traduit et adapté en français. Les résultats présentent les premières preuves de validité de la version francophone du TEI-SF de même que des scores de validité d'intervention et un point de vue favorable relié à l'intervention comportementale intensive, ouvrant la porte à des recherches ultérieures.

**Mots-clés :** validité sociale; intervention comportementale intensive; autisme; validation d'instrument; acceptabilité sociale

**ABSTRACT:** Early intensive behavioral intervention is more widely used in large-scale community-based services in Autism Spectrum Disorder. There is an increased need to evaluate the social acceptability of these programs. The present study used a measure of

social acceptability as part of a social validation procedure to evaluate a community-based EIBI offered in inclusive childcare, as well as two focused interventions associated with this program. To do so, the *Treatment Evaluation Inventory Short-form* (TEI-SF) questionnaire was adapted and translated to French. The validation results for the TEI-SF, as well as for the social acceptability of the EIBI programs and procedures, are presented. The results are the first evidence of the validity of the TEI – SF (adapted and translated to French), presenting scores of validity of intervention and a favourable perspective related to the early intensive behavioral intervention and opening the door to further research

**Keywords:** social validity; early intensive behavioral intervention; autism; instrument validation; social acceptability

## 1. Introduction

Le nombre d'enfants ayant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) est en augmentation depuis quelques années. Le taux de prévalence atteindrait désormais environ 1 enfant sur 68 (Centers for Disease Control and Prevention ; CDCP, 2014).

L'orientation des enfants ayant un TSA et de leur famille vers des services d'intervention précoce de qualité constitue donc une question de toute première importance, tant pour les décideurs, les pourvoyeurs de services que les familles et leur enfant. Plusieurs organisations gouvernementales nord-américaines, dont celles de plusieurs provinces canadiennes, ont mis sur pieds des services d'intervention comportementale précoce et intensive ou proposent du financement visant à permettre aux familles ayant un enfant avec TSA d'accéder à de tels services (voir notamment ministère de la Santé et des Services sociaux ; MSSS [Québec], 2003; Ministry of Children and Family Development [Colombie-Britannique], 2013 ; Ministry of Children and Youth services [Ontario], 2010). L'intervention comportementale intensive (ICI) réfère à certains programmes d'intervention prenant appui sur les principes de l'analyse appliquée du comportement (AAC) et qui visent à favoriser des apprentissages dans plusieurs domaines du développement chez les jeunes enfants ayant un TSA (Forget, Schuessler, Paquet, & Giroux, 2005). Dans le cadre de ces programmes, les intervenants ont recours à une variété de stratégies d'intervention comportementales ciblées, notamment l'enseignement par essais distincts (EED), tout comme d'autres stratégies plus naturalistes telles que l'enseignement incident (EI). La première stratégie prévoit un format d'enseignement en individuel, dit en un pour un, pendant lequel des séquences d'apprentissage sont répétées, celles-ci comprenant un stimulus discriminatif (le plus souvent une consigne de

l'intervenant), une incitation, une réponse de l'enfant, ainsi qu'une conséquence (renforçateur) (Klintwall & Eikeseth, 2014). Cette séquence est répétée à plusieurs reprises au cours de la séance d'enseignement et chacun des essais est séparé par un intervalle de temps de quelques secondes. Cette procédure d'intervention vise l'acquisition de comportements dans différents domaines développementaux. La seconde stratégie, l'enseignement incident, vise également l'apprentissage d'une variété de comportements chez l'enfant, mais en manipulant l'environnement, afin de stimuler une certaine forme d'initiative de l'enfant, celle-ci étant encouragée par l'intervenant qui offre de l'aide à celui-ci et qui renforce l'émission de comportements adéquats dans le contexte (Fenske, Krantz, & McClannahan, 2001). Catégorisée comme étant une stratégie d'intervention naturaliste (NDPC, 2010), elle est généralement considérée comme complémentaire à l'EED, notamment pour l'apprentissage de comportements d'initiation de communication et pour la généralisation des apprentissages (p. ex., Fenske et al., 2001 ; Smith, 2001 ; Thompson, 2011).

Au Québec, les orientations et le plan d'action ministériels précisent que l'intervention de type ICI peut être offerte dans une multitude de contextes, dont l'environnement familial, les écoles, les centres de réadaptation ou les milieux de garde, tels que les garderies et les jardins d'enfants (MSSS, 2003). Cette variété de contextes d'implantation implique de nombreux intervenants et partenaires (intervenants spécialisés, parents, intervenants des milieux scolaires et de garde) (Gamache, Joly, & Dionne, 2011). Or, l'implantation des pratiques basées sur les données probantes par les milieux d'intervention dans le cadre de services offerts à large échelle demeure un défi de taille (Fixsen, Blase, Metz, & Van Dyke, 2013; Odom, Cox, & Brock, 2013). D'ailleurs,

l'importance de la qualité et la fidélité de l'implantation de ces programmes dans des contextes de services offerts dans la communauté sont des aspects de l'évaluation de l'ICI qui sont de plus en plus abordés dans les écrits scientifiques (voir notamment Matson & Jang, 2013 ; Odom et al., 2013).

Pour Strain, Barton et Dunlap (2012), le lien entre l'acceptabilité d'une intervention et la qualité de son implantation méritent une attention toute particulière. En ce sens, afin de favoriser la mise en place adéquate et durable des interventions comportementales, Foster et Mash (1999) suggèrent de s'assurer qu'il y ait correspondance entre, d'une part, les objectifs et les procédures d'intervention mises de l'avant dans le cadre du programme et, d'autre part, les valeurs de la communauté à laquelle il s'adresse. En l'absence d'une telle correspondance, Kern et Manz (2004) soutiennent que même les interventions reposant sur un haut niveau de preuve peuvent être vouées à l'échec. Concernant ce volet, il faut admettre que la couverture faite de l'ICI dans la presse écrite n'est pas univoque, certains écrits critiquent la qualité scientifique des études portant sur les effets de l'ICI, les coûts engendrés par ce type d'intervention, ou encore l'adéquation des procédures aux besoins des enfants (voir notamment Battut, 2013; « Autisme : une mise en garde », 2012; Lacoursière, 2011a, 2011b; Pelchat, 2014). Cette difficulté à faire accepter l'ICI comme étant une intervention appropriée chez les jeunes enfants ou la mauvaise interprétation de ce en quoi elle consiste a également fait l'objet de publications scientifiques (p. ex., Leaf, McEachin, & Taubman, 2008; Morris, 2009).

Ainsi, bien que reposant sur une forte tradition empirique, des chercheurs dans le domaine de l'AAC proposent, dès les années 1970, de s'attarder à cette notion de

correspondance entre les interventions proposées et les valeurs ou les perceptions qu'ont les membres de la communauté, plus ou moins élargie, au regard de celles-ci. D'ailleurs, la définition de l'AAC proposée par Baer, Wolf et Risley (1968) stipule que cette discipline s'intéresse aux comportements « socialement importants ». Wolf (1978), voulant être en mesure de documenter cette « importance sociale » des comportements, arrive à la conclusion que cette importance sociale implique une mesure subjective, c'est-à-dire un jugement de valeur. Il précise que l'évaluation faite d'une intervention doit être basée sur trois aspects : 1) la signification sociale des objectifs ciblés, 2) l'acceptabilité sociale des procédures, et 3) l'importance sociale des effets. Considérés conjointement, ces aspects font référence au concept de validité sociale. Pendant plusieurs années, l'évaluation de la validité sociale a porté davantage sur le dernier volet de ce concept (les effets), reléguant au second rang les mesures de validité des objectifs et des procédures (Kennedy, 1992). Si ces deux volets sont trop souvent laissés de côté, ils peuvent être explorés et documentés dans la perspective de permettre un réajustement en cours d'intervention ou de mise en place d'un programme. Dans un effort conceptuel de lier la validité sociale à l'utilisation de l'évaluation qui en est faite, certains auteurs proposent le terme d'acceptabilité sociale (ang. *treatment acceptability*) (Carter, 2007). Kazdin (1980) définit l'acceptabilité sociale comme étant le jugement porté à l'égard des procédures d'intervention par différentes catégories de personnes, telles que les clients actuels ou les clients potentiels. Il s'agit pour le répondant d'indiquer s'il juge que l'intervention proposée est appropriée, juste, raisonnable ou encore intrusive. Au fil du temps, certains auteurs ont proposé que différentes catégories de répondants devraient être appelées à se prononcer sur la validité sociale, ou plus précisément, l'acceptabilité sociale d'une

intervention. En effet, selon Schwartz et Baer (1991), elle doit reposer sur un échantillon représentatif des parties prenantes et l'information en découlant devrait être utilisée pour soutenir des changements de pratiques ou des effets afin d'améliorer la viabilité de l'intervention. Les parties prenantes sont, à la fois les receveurs directs des services (dont dans le cas présent les enfants autistes eux-mêmes, voir Hanley, 2010), les receveurs indirects de services, tels que les parents d'un enfant qui reçoit l'intervention, les membres de la communauté immédiate et de la communauté élargie (p. ex., les autorités de santé) (Schwartz & Baer, 1991). De plus, il s'avère pertinent d'y ajouter les personnes qui implantent l'intervention ou le programme (Carter, 2010), dans la perspective de favoriser une implantation de qualité.

En conséquence, la méthode privilégiée pour évaluer le degré d'acceptabilité d'une intervention ou d'un programme est d'interroger ceux qui reçoivent, implantent ou consentent à celui-ci (Carter, 2010). Bien qu'il existe plusieurs méthodes afin d'évaluer le degré d'acceptabilité d'une intervention ou d'un programme, notamment l'entrevue, les discussions informelles, les commentaires des utilisateurs, les observations, la généralisation et le maintien de l'intervention dans le temps, le questionnaire demeure le plus utilisé (Carter, 2010). Si plusieurs études rapportent des résultats concernant la validité sociale ou l'acceptabilité sociale d'interventions à partir de questionnaires maison, ce qui a pour effet de multiplier les instruments développés ad hoc (Schwartz & Baer, 1991), quelques questionnaires ont vu leur usage généralisé dans les études comme l'indiquent Carter (2007; 2010) et Finn et Sladeczek (2001). Il s'agit du Treatment Evaluation Inventory (TEI) (Kazdin, 1980) et de l'Intervention Rating Profile (IRP) (Witt & Elliott, 1985) et leurs variantes. Le Treatment Evaluation Inventory-Short form (TEI-

SF; Kelley, Heffer, Gresham, & Elliott, 1989) est une variante du TEI qui permet l'évaluation de l'acceptabilité des procédures d'intervention auprès d'enfants en utilisant une version courte du questionnaire original. Il a d'ailleurs été utilisé dans le cadre d'études récentes dans le domaine de l'autisme (voir notamment Choi & Kovshoff, 2013; Ganz, Heath, Davis, & Vannest, 2013; Goodday, Corkum, & Smith, 2014; Howard et al., 2013; Jowett, Moore, & Anderson, 2012; Kim, 2012; Kroeger & Sorensen, 2010; Saylor, Sidener, Reeve, Fetherston, & Progar, 2012).

Une partie des études réalisées sur la validité sociale porte sur des comparaisons du niveau d'acceptabilité en fonction de différents facteurs (caractéristiques de l'intervention, caractéristiques du patient, caractéristiques du répondant) (Carter, 2007). Pour ce faire, l'un des moyens proposés par les chercheurs est la création de vignettes cliniques, permettant de varier les descriptions des procédures en fonction des objectifs de l'étude, puis de présenter un questionnaire pour évaluer l'acceptabilité de l'intervention présentée (Burgio, Hardin, Sinnott, Janosky, & Hohman, 1995 ; Foxx, McHenry, & Bremer, 1996). Il est cependant noté par Foxx et ses collègues (1996) que les évaluations en contexte analogue à l'aide de vignettes présentées par écrit puissent être un obstacle à la validité de la mesure, en ce sens que l'évaluateur peut ne pas avoir une idée précise de ce à quoi peut ressembler le receveur du service ou encore comprendre difficilement les procédures d'intervention présentées. Pour contrer cette limite, Hastings, Boulton, Monzani et Tombs (2004) utilisent un questionnaire comprenant des vignettes sur un support vidéo. Après la projection de séquences vidéo, des étudiants et des professionnels remplissent un questionnaire relatif à l'acceptabilité des procédures elles-mêmes. Cependant, malgré l'utilisation de la vignette vidéo, Baker

et Leblanc (2011) notent que cette procédure constitue tout de même une mesure analogue puisque les répondants n'implantent pas nécessairement le programme.

Par ailleurs, à ce jour, peu d'études portent sur l'acceptabilité des programmes et des stratégies d'interventions ciblées destinées aux jeunes enfants autistes (Calahan, Henson, & Cowan, 2008 ; Clément & Schaeffer, 2010), et ce malgré que ce concept soit énoncé clairement dans la définition de la l'AAC, discipline servant d'assise à une majorité d'interventions décrites au sein des guides de bonnes pratiques leur étant destinées et que les défis d'implantation de ces pratiques dans des contextes réels d'intervention soient rappelés (p. ex., Odom et al., 2013). Dans le contexte d'une offre de services d'intervention comportementale intensive (ICI) à large échelle ou plus généralement d'interventions fondées sur l'AAC, offerte dans différents milieux, qui implique plusieurs interlocuteurs dont différentes catégories d'intervenants, une mesure de l'acceptabilité des objectifs et des procédures prenant en considération les limites méthodologiques citées précédemment, s'avère pertinente. De plus, aucun instrument en français ne permet d'évaluer l'acceptabilité sociale de l'intervention comportementale offerte aux jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme.

## **2. Objectifs**

L'objectif premier de cette étude est de vérifier la structure factorielle et la cohérence interne d'une traduction française du questionnaire TEI-SF (Kelley et al., 1989). L'objectif secondaire est de documenter et de comparer l'acceptabilité de l'ICI de façon générale et celle de deux stratégies d'intervention qui y sont habituellement associées, soit l'enseignement par essais distincts et l'enseignement incident, auprès

d'intervenants ayant participé d'une façon ou d'une autre à l'implantation du programme. Ces intervenants sont responsables d'offrir l'ICI à des enfants ayant un TSA ainsi qu'à ceux qui les côtoient sur une base régulière, c'est-à-dire les intervenants des milieux de garde.

### 3. Méthode

#### 3.1 Participants

Trois centres de réadaptation ainsi que des milieux de garde provenant des régions concernées au Québec sont invités à prendre part à l'étude. En accord avec le postulat de Tabachnick et Fidel (2013), les participants pour lesquels plus de 25 % des données sont manquantes ( $n = 1$ ) sont retirés de l'échantillon. Celui-ci ( $N = 87$ ) est constitué de 77 répondants (3 hommes et 74 femmes) recrutés en centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) québécois offrant des programmes d'intervention comportementale intensive (ICI) à des enfants ayant un TSA âgés de moins de 6 ans et 10 répondants (1 homme et 9 femmes) recrutés par le biais d'un regroupement régional de centres de la petite enfance (CPE; milieux de garde non spécialisés). La participation est volontaire. Les participants des centres de réadaptation travaillent au sein des services d'ICI pour une période allant de moins d'un an à plus de 10 ans. Les participants des milieux de garde reçoivent, au sein de leur groupe, un ou plusieurs enfants ayant un TSA qui bénéficient de l'ICI d'un centre de réadaptation. Tous les participants ainsi recrutés possèdent un diplôme d'études postsecondaires. Leur expérience, en nombre d'années, auprès d'enfants ayant un TSA est présentée dans le Tableau 1.

-----  
Insérer Tableau 1  
-----

### 3.2 Mesures

Le Treatment Evaluation Inventory Short-Form (TEI-SF; Kelley et al., 1989) est une version modifiée du TEI développé par Kazdin (1980). Les items du TEI-SF permettent d'évaluer l'acceptabilité, l'adéquation et les effets prévus de l'intervention, ainsi que les effets secondaires perçus (Kelley et al., 1989). L'instrument comporte 9 items, sous forme d'une échelle de Likert en cinq points allant de *fortement en désaccord* (1) à *fortement en accord* (5). Le score à l'item portant sur l'inconfort est inversé. Le score total varie de 9 à 45, un score élevé témoignant d'une plus grande acceptation de l'intervention. Selon la procédure proposée par Kazdin, French et Sherick (1981), un niveau modéré de l'acceptabilité correspond à un score de 3 pour un item et donc de 27 pour le score total.

La forme courte du TEI évalue deux principaux facteurs (Acceptabilité et Inconfort) (Kelley et al., 1989). Le facteur « Acceptabilité » compte 8 items pour lesquels les participants doivent indiquer à quel point ils sont en accord avec chacun des énoncés (p. ex., « J'accepterais d'utiliser l'intervention comportementale intensive [ICI] si j'avais à intervenir auprès d'un enfant ayant un trouble du spectre de l'autisme [TSA] »). Quant au facteur « Inconfort », il comporte l'item suivant « Je crois que l'enfant ressentira un inconfort pendant l'intervention ». D'ailleurs, puisqu'il est constitué d'un seul item, il est difficile de le considérer comme un réel facteur. Le coefficient de Cronbach estimant la

cohérence interne pour la version courte du TEI est de 0,85 (Kelley et al., 1989). À noter que l'outil original (15 items) propose un seul facteur, celui de l' « Acceptabilité » (Kazdin, 1980). Une évaluation subséquente des qualités psychométriques de l'instrument en arrive à la même conclusion (Newton, Nabeyama, & Sturmey, 2007).

Pour les fins de cette étude, le TEI-SF est traduit en français et adapté au contexte des programmes d'ICI et ce, avec la permission de l'auteur. La chercheuse principale et une étudiante à la maîtrise ont réalisé, parallèlement, une traduction de l'anglais au français. Quelques ajustements sont faits afin d'obtenir une version francophone avant que celle-ci soit soumise à une traduction inversée réalisée par une traductrice de formation. Le TEI-SF est intégré à un questionnaire global incluant des informations sociodémographiques, des questions sur la perception de compétence et de connaissances, ainsi que sur l'implantation de l'ICI au sein de leur milieu. Ce questionnaire global est utilisé pour évaluer l'acceptabilité sociale de l'ICI de façon générale, mais aussi, de façon plus précise l'enseignement par essais distincts et l'enseignement incident, lorsque ces interventions sont appliquées auprès de jeunes enfants ayant un TSA au sein de milieux de garde inclusifs. Les répondants sont donc invités à compléter le TEI-SF pour chacune de ces trois conditions (ICI, enseignement par essais distincts et enseignement incident). Le questionnaire est présenté en version électronique et en version papier, selon la préférence des répondants.

Une courte présentation de l'application de chacune de ces procédures d'intervention est proposée par le biais de vignettes avant que les répondants puissent compléter le TEI-SF (Appendice 1). Afin de s'assurer que les vignettes soient représentatives des pratiques, celles-ci sont soumises à trois professionnelles de centres

de réadaptation ayant de l'expérience au sein des programmes d'ICI (superviseurs et conseillers au programme). Les experts se sont prononcés favorablement à propos de ces dernières. Contrairement aux procédures spécifiques, aucune vignette n'est proposée pour présenter l'ICI de façon plus globale. Ainsi, il est plutôt proposé aux répondants de répondre à la question suivante : « Si vous aviez à qualifier l'intervention comportementale intensive (ICI) telle qu'elle se pratique actuellement, est-ce qu'elle ressemble principalement à la première vignette (en individuel, dans un local séparé, avec l'enseignement par essais distinct) ou à la deuxième vignette (en milieu naturel, parmi les autres enfants, avec l'enseignement incident) ? ».

### **3.3 Déroulement**

Les participants reçoivent un formulaire de consentement écrit suite à la présentation verbale ou écrite du projet de recherche. L'équipe de recherche fait parvenir au participant l'ensemble du questionnaire après avoir reçu le formulaire de consentement signé. Les questionnaires en version papier sont retournés directement à l'équipe ou par le biais d'un envoi postal.

### **3.4 Analyses**

Afin de vérifier la structure factorielle de l'adaptation francophone du TEI-SF, les données aux TEI-SF (Kelley et al., 1989) selon le programme ICI général sont soumises à des analyses factorielles exploratoires en composante principale. Des analyses descriptives sont menées et la cohérence interne est estimée par des coefficients d'alpha de Cronbach. Puis, des analyses de variance à mesures répétées sont réalisées afin de

comparer les types d'intervention (ICI, EED et EI) sur le score d'acceptabilité obtenu avec le TEI-SF (Kelley et al., 1989).

## 4. Résultats

### 4.1 Structure factorielle de l'instrument

Une première analyse factorielle exploratoire (AFE) en composante principale avec rotation Varimax est réalisée. Les résultats indiquent une structure factorielle à trois composantes. La composante 1 regroupe les items en lien avec l'« acceptabilité » tandis que la composante 3 (1 item) fait référence à l'inconfort. Cette structure pose toutefois un problème conceptuel dans le cas de la composante 2. En plus de regrouper les items liés aux « considérations éthiques », elle est composée de l'item « Dans l'ensemble, j'ai une réaction positive face à cette intervention ». Conceptuellement, il est difficile de trouver un sens à la présence de cet item au sein de la composante 2. Suite à ces résultats, une deuxième AFE en composante principale, à une composante, est alors exécutée. Les résultats révèlent une saturation insuffisante de l'item « Inconfort ». En se référant au critère de Kaiser-Guttman, trois composantes présentent une valeur propre supérieure à 1. La valeur propre de la première composante est de 3,561 ce qui correspond à 39,6 % de la variance totale. Tandis que celle des composantes 2 et 3 sont respectivement de 1,493 et 1,035. Toutefois, selon le critère de Cattell, la pente change radicalement avec la composante 2, suggérant de se limiter à l'extraction de la première composante (voir Figure 1). L'ensemble de ces résultats suggère donc de retenir une structure factorielle à huit items selon une composante. La matrice des composantes est présentée au Tableau 2.

Pour ce qui est de la cohérence interne, estimée avec huit items (excluant l'item inconfort), elle présente un coefficient d'alpha de Cronbach de 0,78 (IC95% [0,70-0,85]).

-----  
Insérer Figure 1  
-----

-----  
Insérer Tableau 2  
-----

De plus, les indices permettant de juger des propriétés de la matrice de corrélations ne révèlent aucune anomalie pouvant compromettre la faisabilité de l'AFE en composante principale. Les résultats montrent que le déterminant de la matrice de corrélation est égal 0,043, la mesure d'adéquation de l'échantillonnage (test de Kaiser-Meyer-Olkin = 0,755) dénote un ajustement moyen des items aux composantes latentes et l'hypothèse d'une matrice d'identité est facilement rejetée (test de sphéricité de Bartlett est significatif).

#### **4.2 Évaluation de la validité sociale de l'ICI**

Les données recueillies dans le cadre de cette étude concernant la validité sociale du programme ICI et de deux stratégies d'intervention évaluées (EED et EI) sont présentées au Tableau 3. Ainsi, pour le programme ICI, comme pour les deux autres stratégies d'intervention, le score moyen obtenu indique une perception plutôt positive d'acceptabilité sociale.

-----

### Insérer Tableau 3

-----

#### 4.3 Analyses de variance à mesures répétées

Finalement, des analyses de variance à mesures répétées à un facteur permettant de comparer le score de validité sociale entre le traitement ICI, EED et EI montrent des différences significatives  $F(2, 1,71) = 3,64, p = 0,035, \eta^2 = 0,041$ . Les comparaisons à postériori indiquent que le score de validité sociale obtenu pour l'ICI ( $n = 87, M = 34,4, \acute{E}T = 3,7$ ) est plus élevé que celui obtenu à l'enseignement par essais distincts ( $n = 87, M = 32,9, \acute{E}T = 4,6$ ).

#### 4.4 Perception des interventions telles qu'implantées au sein des milieux de garde

La grande majorité des participants ( $n = 80$ ) (92 %) a répondu que l'ICI, telle qu'ils l'observent dans leurs milieux de travail, ressemble davantage à un mélange des interventions présentées dans les deux vignettes (EED et EI). Seul six des répondants (6,9 %) (provenant tous de CRDITED) indiquent que l'ICI ressemble davantage à la vignette 1 (EED). Un des répondants provenant d'un CRDITED n'a pas répondu à la question.

### 5. Discussion

L'objectif de cette étude était de vérifier la structure factorielle et la cohérence interne de la version traduite et d'adaptée du TEI-SF (Kelley et al., 1989) afin qu'il soit applicable en recherche et en clinique en milieu francophone. En effet, alors que les programmes d'intervention à destination des enfants ayant un TSA, fondés sur l'approche

comportementale sont désormais recommandés dans plusieurs pays, notamment au sein de la francophonie seuls (au Québec par le MSSS, 2003), ou conjointement aux approches développementales (en France par Haute Autorité de Santé, 2012), il importe de disposer d'outils d'évaluation de la validité sociale présentant de bonnes caractéristiques psychométriques. Les buts étant de favoriser l'implantation des programmes à la fois fondés sur les preuves et valides socialement, ainsi que de permettre l'utilisation clinique d'instruments dédiés. À cet effet, l'étude réalisée permet de constater que le TEI-SF (adapté et traduit en français) possède une structure factorielle qui se rapproche de la version courte de l'instrument original de Kelly et al. (1989). Cette dernière comporte neuf items répartis en deux facteurs (Acceptabilité et Inconfort). L'AFE en composante principale de la présente étude suggère plutôt une structure factorielle à une composante impliquant huit items, l'item « inconfort » ayant été exclu. Ce résultat est cohérent avec la version originale de l'instrument puisque l'item exclu est le seul formant la Composante 2 de l'outil original. Un facteur ne pouvant pas être mesuré à partir d'un seul indicateur, nous avons décidé de considérer une seule dimension plutôt que deux comme la version courte de l'originale. Cela est également cohérent avec l'outil dans sa version longue, tel que présenté initialement par Kazdin (1980). Le pourcentage de variance expliqué est plus faible dans la présente étude, tout comme la cohérence interne. Le retrait de l'item « inconfort » peut en partie expliquer ces différences. Toutefois, les résultats de cette étude exploratoire de la validation psychométrique témoignent de premières preuves de validité de la version traduite en français du TEI-SF. Il faut ajouter que le nombre restreint d'items constituant cet outil le rend intéressant en ce sens qu'il est peu coûteux en temps (voir les résultats de Kelley et

al., 1989) ce qui permet de l'intégrer facilement au sein d'un protocole de recherche plus vaste ou en contexte d'intervention auprès d'intervenants, de parents ou d'autres interlocuteurs.

D'autre part, les résultats auprès des participants québécois permettent de faire état d'un point de vue assez favorable concernant l'acceptabilité de l'ICI ou à certaines stratégies d'intervention qui y sont associées (EED, EI). D'ailleurs, les scores sont équivalents ou supérieurs à ceux obtenus dans le cadre de recherches récentes portant sur la validité d'interventions auprès d'enfants (p. ex., Allen & Wallace, 2013), dont certaines concernant spécifiquement des interventions auprès d'enfants ayant un TSA (p. ex., Goodday et al., 2014 ; Howard et al., 2013). En ce qui concerne les participants ayant attribué un score se situant en deçà de ce qui correspond à un niveau modéré d'acceptabilité sociale, il serait intéressant d'obtenir davantage d'informations sur ce qui justifie leur évaluation, surtout pour ceux qui doivent appliquer directement cette intervention. Considérant qu'aucun de ces intervenants n'ait accordé un tel score pour le programme global, il semble que ce soit l'une ou l'autre des procédures spécifiques d'intervention qui soit jugée plus sévèrement, étant considérée moins acceptable. Il est donc possible que, dans sa pratique, les répondants privilégient l'une ou l'autre de ces procédures spécifiques d'intervention (EED ou EI), ou une combinaison des deux. En fait, à la lumière des réponses obtenues, cette dernière option est celle qui est la plus utilisée au sein des CRDITED. Il serait donc intéressant d'examiner la relation entre le niveau d'acceptabilité tel qu'évalué par les intervenants et la qualité d'implantation de la procédure d'intervention.

L'utilisation de vignettes permet, dans le cadre de cette étude, de s'assurer d'une conception similaire des stratégies d'intervention entre les répondants. Cependant, afin de limiter les lacunes sur le plan de la validité écologique d'une évaluation en contexte analogue, les participants devaient avoir expérimenté l'ICI en contexte de milieu de garde. D'ailleurs tous les répondants rapportent que l'ICI telle qu'appliquée dans leur milieu intègre chacune des deux stratégies évaluées dans le cadre de l'étude, soit l'EED ou l'EI. La méthode employée permet donc de réduire les désavantages de la situation analogue tout en permettant la comparaison des interventions.

L'une des limites de l'étude est le recours au même échantillon pour la validation psychométrique de l'instrument et l'évaluation de l'acceptabilité des procédures d'intervention. Aussi, aucune mesure objective de la qualité et de la fidélité de l'implantation n'est réalisée, mais ceci est inhérent au questionnaire qui demeure une mesure indirecte et subjective. La triangulation des données avec des observations et des mesures d'effets permettrait d'obtenir un portrait plus complet de la validité sociale de l'ICI. Il importe également de reproduire cette étude avec d'autres types de participants en incluant par exemple, des parents et des personnes autistes elles-mêmes, tel que suggéré par Hanley (2010) afin de qualifier adéquatement, par l'ensemble des parties prenantes, le niveau d'acceptabilité des procédures d'ICI. D'ailleurs, plusieurs autres procédures d'intervention utilisées dans le cadre des programmes d'ICI mériteraient la même attention concernant leur acceptabilité.

Depuis les travaux de Wolf (1978) et Kazdin (1977), il est admis que la validité sociale est un concept important pour la pratique et la recherche dans le domaine de l'analyse appliquée du comportement. De plus, l'évaluation de l'acceptabilité du

traitement a été largement reconnue, en particulier lorsqu'il s'agit de discuter d'interventions auprès de personnes avec un trouble du spectre de l'autisme (p. ex., Clément & Schaeffer [2010] pour une revue des écrits scientifiques). Malgré les points forts de la validité sociale, il demeure qu'il existe des obstacles à son utilisation en recherche et en pratique puisqu'encore limitée à quelques contextes d'utilisation. Afin d'être en mesure de choisir l'outil le plus adapté en fonction de l'étude réalisée, il importe donc de poursuivre la validation (structure factorielle, cohérence interne) d'autres outils francophones.

Par ailleurs l'une des pistes prometteuses à explorer consiste à construire des mesures identifiant et évaluant des comportements observables corrélés avec le rejet ou la satisfaction du programme, le maintien du programme après le départ de l'expérimentateur étant une de ces mesures (Schwartz & Baer, 1991). L'implantation au Québec de programmes ICI dans différents centres, de même qu'en France, peut nous donner cette opportunité.

#### **Déclaration de liens d'intérêts :**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

#### Note et remerciements :

Les résultats préliminaires de ce projet ont été présentés au congrès de l'ABAI à Seattle en 2012. Nous tenons à remercier Jacques Joly, professeur à l'Université de Sherbrooke, pour ces précieux conseils. Nous tenons aussi à souligner que ce projet a été rendu possible grâce aux Fonds interne de financement de l'UQTR et à la participation des milieux (Regroupement des CPE de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du

développement de Québec, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Montérégie-Est et Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de la Mauricie et du Centre du Québec Institut universitaire.

## Références

- Allen, K. D., Wallace, D. P., 2013. Effectiveness of using noncontingent escape for general behavior management in a pediatric dental clinic. *Journal of Applied Behavior Analysis* 46, 723–737.
- Autisme : une mise en garde contre la méthode ABA. *Le Monde*. Repéré à [http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/03/15/autisme-une-mise-en-garde-contre-la-methode-aba\\_1669458\\_1651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/03/15/autisme-une-mise-en-garde-contre-la-methode-aba_1669458_1651302.html)
- Baer, D. M., Wolf, M. M., Risley T. R., 1968. Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis* 1, 91–97.
- Baker, J. C., LeBlanc, L. A., 2011. Acceptability of interventions in long-term care settings: Comparing ratings and hierarchical selection. *Behavior Therapy* 42, 30–41.
- Battut, M. (2013). Autisme: “Le gouvernement doit prendre en compte d’autres méthodes”. Repéré à [http://www.lemonde.fr/idees/article/2013/06/21/autisme-le-gouvernement-doit-prendre-en-compte-d-autres-methodes\\_3434151\\_3232.html?xtmc=aba&xtcr=16](http://www.lemonde.fr/idees/article/2013/06/21/autisme-le-gouvernement-doit-prendre-en-compte-d-autres-methodes_3434151_3232.html?xtmc=aba&xtcr=16)
- Burgio, L. D., Hardin, J. M., Sinnott, J., Janosky, J., Hohman, M. J., 1995. Nurses’ acceptance of behavioral treatments and pharmacotherapy for behavioral disturbances in older adults. *Applied Nursing Research* 8, 174–181.
- Callahan, K., Henson, R., Cowan, A., 2008. Social validation of evidenced-based practices in autism by parents, teachers, and administrators. *Journal of Autism & Developmental Disorders* 38, 678–692.
- Carter, S. L., 2007. Review of recent treatment acceptability research. *Education and Training in Developmental Disabilities* 42, 301–316.
- Carter, S. L., 2010. *The social validity manual: A guide to subjective evaluation of behavior interventions*. Londres, Academic Press.

- 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.
- Choi, K. Y. K., Kovshoff, H., 2013. Do maternal attributions play a role in the acceptability of behavioural interventions for problem behaviour in children with autism spectrum disorders? *Research in Autism Spectrum Disorders* 7, 984–996.
- Clément, C., Schaeffer, E., 2010. Évaluation de la validité sociale des interventions menées auprès des enfants et adolescents présentant un trouble envahissant du développement. *Revue de psychoéducation* 39, 209–220.
- Fenske, E. C., Krantz, P. J., McClannahan, L. E., 2001. Incidental teaching: A not-discrete-trial teaching procedure. In : Maurice, C., Green, G., Foxx R. M., (Eds), *Making a difference: Behavioral intervention for autism*. Pro-ed, Austin, pp.75-82
- Finn, C. A., Sladeczek, I. E., 2001. Assessing the validity of behavioral interventions: A review of treatment acceptability measures. *School Psychology Quarterly* 16, 176–206.
- Fixsen, D., Blase, K., Metz, A., Van Dyke, M., 2013. Statewide implementation of evidence-based programs. *Exceptional Children* 79, 213–230.
- Foster, S. L., Mash, E. J., 1999. Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 308–319.
- Foxx, R. M., McHenry, W. C., Bremer, B. A., 1996. The effects of a video vignette on increasing treatment acceptability. *Behavioral Interventions* 11, 131–140.
- Forget, J., Schuessler, K., Paquet, A., Giroux, N., 2005. Analyse appliquée du comportement et intervention comportementale intensive. *Revue québécoise de psychologie* 26, 29-42.
- Gamache, V., Joly, J., Dionne, C., 2011. La fidélité et qualité d'implantation du programme québécois d'intervention comportementale intensive destiné aux enfants ayant un trouble envahissant du développement en CRDITED. *Revue de psychoéducation* 40, 1–23.
- Ganz, J. B., Heath, A. K., Davis, J. L., Vannest, K. J., 2013. Effects of a self-monitoring device on socially relevant behaviors in adolescents with Asperger disorder: A pilot study. *Assistive Technology* 25, 149–157.
- Goodday, A., Corkum, P., Smith, I. M., 2014. Parental acceptance of treatments for insomnia in children with attention-deficit/hyperactivity disorder, autistic

- spectrum disorder, and their typically developing peers. *Children's Health Care* 43, 154–71.
- Hanley, G. P., 2010. Toward effective and preferred programming: A case for the objective measurement of social validity with recipients of behavior-change programs. *Behavior Analysis in Practice* 3, 13–21.
- Hastings, R. P., Boulton, H. V. N., Monzani, L. C., Tombs, A. K. H., 2004. Behavioral function effects on intervention acceptability and effectiveness for self-injurious behavior. *Research in Developmental Disabilities* 25, 139–154.
- Haute Autorité de Santé., 2012. *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. Repéré à <http://www.has-sante.fr>
- Howard, M. R., Burke, R. V., Allen K. D., 2013. An evaluation of the observer effect on treatment integrity in a day treatment center for children. *Behavior Modification* 37, 490–515.
- Jowett, E. L., Moore, D. W., Anderson, A., 2012. Using an iPad-based video modelling package to teach numeracy skills to a child with an autism spectrum disorder. *Developmental Neurorehabilitation* 15, 304–312.
- Kazdin, A. E., 1977. Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification* 1, 427–452.
- Kazdin, A. E., 1980. Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis* 13, 259–273.
- Kazdin, A. E., French, N. H., Sherick, R. B., 1981. Acceptability of alternative treatments for children: Evaluations by inpatient children, parents, and staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49, 900-907.
- Kelley, M. L., Heffer, R. W., Gresham, F. M., Elliott, S. N., 1989. Development of a modified treatment evaluation inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 11, 235–247.
- Kennedy, C. H., 1992. Trends in the measurement of social validity. *Behavior Analysis* 15, 147–156.
- Kern, L., & Manz, P. H., 2004. A Look at current validity issues of school-wide behavior support. *Behavioral Disorders* 30, 47–59
- Kim, J., 2012. Effects of functional communication training (fact). On the communicative, self-initiated toileting behavior for students with developmental

disabilities in a school setting. Thèse de doctorat Université Loyola de Chicago. Repéré à from [http://ecommons.luc.edu/luc\\_diss/359](http://ecommons.luc.edu/luc_diss/359)

Klintwall, L., & Eikeseth, S. (2014). Early and Intensive Behavioral Intervention (EIBI) in Autism. In : Patel, V.B., Preedy, V.R., Martin, C. R., (Eds.), *The Comprehensive guide to autism*. New York Springer, New York, pp.117-137.

Kroeger, K., Sorensen, R., 2010. A parent training model for toilet training children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research* 54, 556–567.

Lacoursière, A., 2011a. Autisme : l'efficacité de l'ICI critiquée. La Presse. Repéré à <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201101/22/01-4362719-autisme-lefficacite-de-lici-critiquee.php>

Lacoursière, A., 2011b. Autisme une approche remise en question. La Presse. Repéré à <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201101/21/01-4362678-autisme-une-approche-remise-en-question.php>

Leaf, R., McEachin, J., Taubman, M., 2008. Sense and nonsense in the behavioral treatment of autism: It has to be said. DRL Books, New York.

Matson, J. L., Jang, J., 2013. Autism spectrum disorders: Methodological considerations for Early Intensive Behavioral Interventions. *Research in Autism Spectrum Disorders* 7, 809–814.

Morris, E. K., 2009. A case study in the misrepresentation of applied behavior analysis in autism: The gersnbacher lectures. *The Behavior Analyst*, 32, 205-240.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS)., 2003. Un geste porteur d'avenir – Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches. Gouvernement du Québec, Québec.

Ministry of Children and Family Development, 2013. A parent's handbook: Your guide to autism programs. Government of British Columbia. Repéré à [http://www.mcf.gov.bc.ca/autism/pdf/autism\\_handbook\\_web.pdf](http://www.mcf.gov.bc.ca/autism/pdf/autism_handbook_web.pdf)

Ministry of Children and Youth Services, 2010. *Autism intervention program: Program guidelines*. Ontario Ministry of Children and Youth Services. Repéré à [http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/topics/specialneeds/autism/Autism\\_Intervention\\_Program.pdf](http://www.children.gov.on.ca/htdocs/English/documents/topics/specialneeds/autism/Autism_Intervention_Program.pdf)

National Professional Development Center on ASD (Autism PDC), 2010. Naturalistic intervention overview. Repéré à <http://autismpdc.fpg.unc.edu/sites/autismpdc.fpg.unc.edu/files/imce/documents/Naturalistic-Intervention-Complete10-2010.pdf>

- Newton, J. T., Nabeyama, R., Sturmey, P., 2007. Internal consistency, factor structure and concurrent validity of the Treatment Evaluation Inventory. *Psychological Reports* 101, 731-738.
- Odom, S. L., Cox, A. W., Brock, M. E., 2013. Implementation science, professional development, and autism spectrum disorders. *Exceptional Children* 79, 233–251.
- Pelchat, P., 2014. Autisme chez les jeunes enfants : controverse sur les traitements. *Le Soleil*. Repéré à [http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201401/16/01-4729276-autisme-chez-les-jeunes-enfants-controverse-sur-les-traitements.php?utm\\_categorieinterne=trafficdrivers&utm\\_contenuinterne=cyberpresse\\_vous\\_suggere\\_4725782\\_article\\_POS2](http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/sante/201401/16/01-4729276-autisme-chez-les-jeunes-enfants-controverse-sur-les-traitements.php?utm_categorieinterne=trafficdrivers&utm_contenuinterne=cyberpresse_vous_suggere_4725782_article_POS2)
- Saylor, S., Sidener, T. M., Reeve, S. A., Fetherston, A., Progar, P. R., 2012. Effects of three types of noncontingent auditory stimulation on vocal stereotypy in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis* 45, 185–190.
- Schaeffert, E., Clément, C., 2010. Évaluation de la validité sociale des interventions menées auprès des enfants et adolescents avec un TED. *Revue de psychoéducation* 39, 209–220.
- Schwartz, I. L., Baer, D. M., 1991. Social validity assessments: Is current practice state of the art? *Journal of Applied Behavior Analysis* 24, 189–204.
- Smith, T., 2001. Discrete trial training in the treatment of autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 16, 86–92.
- Strain, P. S., Barton, E. E., Dunlap, G., 2012. Lessons learned about the utility of social validity. *Education and Treatment of Children* 35, 183–200.
- Tabachnick, B. C., Fidell, L. S., 2013. *Using multivariate statistics* (6<sup>e</sup> éd.). Allyn & Bacon/Pearson, Boston.
- Thompson, T., 2011. *Individualized autism intervention for young children: Blending discrete trial and naturalistic approaches*. Paul H. Brookes, Baltimore.
- Witt, J. C., Elliott, S. N., 1985. Acceptability of classroom intervention strategies. In: Kratochwill, T. R., (Ed.), *Advances in school psychology*. Erlbaum, Hillsdale, pp. 251–288.
- Wolf, M. M., 1978. Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis* 11, 203–214.



## APPENDICE 1

### Vignette 1

L'une des principales modalités d'intervention utilisée lors de l'ICI est l'enseignement par essais distincts. Il repose sur les principes de l'analyse appliquée du comportement et est composé de plusieurs essais. Les essais débutent par un stimulus discriminatif (p. ex., commande verbale de l'intervenant), qui est suivi par la réponse de l'enfant, puis d'un renforçateur donné par l'intervenant (séquence S-R-C). Chaque essai est séparé d'un délai de temps de quelques secondes. Voyons un exemple d'application dans la vignette suivante :

Un enfant autiste reçoit l'intervention comportementale intensive (ICI) par le centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED) de sa région. Le CRDITED a une entente avec le milieu de garde fréquenté par l'enfant. L'éducatrice du CRDITED s'y rend 4 demi-journées par semaine.

L'éducatrice explique le type d'intervention réalisée avec l'enfant :

Lorsque je fais de l'ICI avec Samuel, je travaille la plupart du temps dans un local que le milieu de garde a mis à notre disposition. C'est un petit local avec une petite table, des chaises et du matériel. Cela permet de réduire les distractions pendant les séances d'apprentissage. Habituellement, je dirige l'intervention en appliquant l'enseignement par essais distincts. Cela veut dire que j'ai un plan indiquant chacun des objectifs à travailler avec l'enfant pendant la séance. La procédure prévoit que je donne une consigne à l'enfant (p. ex., je lui demande de pointer l'image correspondant à un mot), j'attends qu'il réponde et je lui donne une rétroaction. Cette rétroaction dépend de la réponse donnée par Samuel.

Si elle est correcte (p. ex., il me pointe la bonne image), je le félicite et le renforce (p. ex., en lui donnant accès à un objet préféré). Je fais une toute petite pause de quelques secondes, puis nous reprenons la même séquence. Les objectifs d'apprentissage sont d'abord travaillés en un pour un dans le local avant d'être généralisés. Je passe donc la majorité de mon temps dans ce local avec Samuel afin de permettre l'apprentissage de comportements dans plusieurs domaines de développement (p. ex., langage et communication, habiletés préscolaires, habiletés de jeux et d'interactions sociales). Je prévois la généralisation des apprentissages dans d'autres environnements à l'aide de différentes stratégies (p. ex., participation des parents et de l'éducatrice du milieu de garde).

## Vignette 2

Parmi les modalités d'intervention utilisées dans le cadre de l'ICI se retrouvent les interventions naturalistes. Il s'agit de différentes stratégies incluant l'aménagement de l'environnement et plusieurs stratégies reposant sur les principes de l'analyse appliquée du comportement. Ces stratégies visent des apprentissages qui sont associés aux intérêts de l'enfant et qui pourront permettre l'apprentissage d'habiletés plus complexes. Les interventions naturalistes sont utilisées dans les routines quotidiennes se déroulant pendant la journée. Voyons un exemple d'application dans la vignette suivante :

Un enfant ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) reçoit l'intervention comportementale intensive (ICI) par le centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED) de sa région. Le CRDITED a une entente avec le milieu de garde fréquenté par l'enfant. L'éducatrice du CRDITED s'y rend

4 demi-journées par semaine. L'éducatrice explique le type d'intervention réalisée avec l'enfant :

Lorsque je fais de l'ICI avec Samuel, j'utilise les différents locaux du milieu de garde (salle de repas, gymnase, cour extérieure, local du groupe). Nous passons une bonne partie du temps avec les autres enfants. Habituellement, j'utilise une stratégie d'intervention appelée l'enseignement incident (ou fortuit). Pour ce faire, je suis attentive à ses intérêts afin de pouvoir profiter des différentes opportunités d'apprentissage se présentant dans ses routines et activités quotidiennes. J'ai un plan de séance m'indiquant les objectifs à travailler, mais j'accorde beaucoup d'importance aux intérêts et initiatives de l'enfant. D'ailleurs, j'aménage l'environnement afin de créer ces opportunités (p. ex., je place volontairement son jouet préféré de façon à ce qu'il soit visible, mais qu'il soit hors de portée afin qu'il ait à le demander). La plupart du temps, ça se passe ainsi : Samuel démontre un intérêt pour un objet ou une activité (p. ex., il veut la voiture de pompier posée sur le comptoir), j'attends quelques secondes et s'il n'émet pas le comportement attendu (dans le cas présent, demander l'objet en le nommant), je lui donne de l'aide ou une incitation (juste ce qui est nécessaire, sans plus) afin qu'il puisse demander l'objet (p. ex., je dis « Qu'est-ce que tu veux? »). Lorsque Samuel répond en disant « camion », je lui donne accès à l'objet désiré en disant « oui, c'est le camion ». J'en profite pour me joindre à lui et travailler d'autres objectifs en contexte de jeux (p. ex., les couleurs, les prépositions).

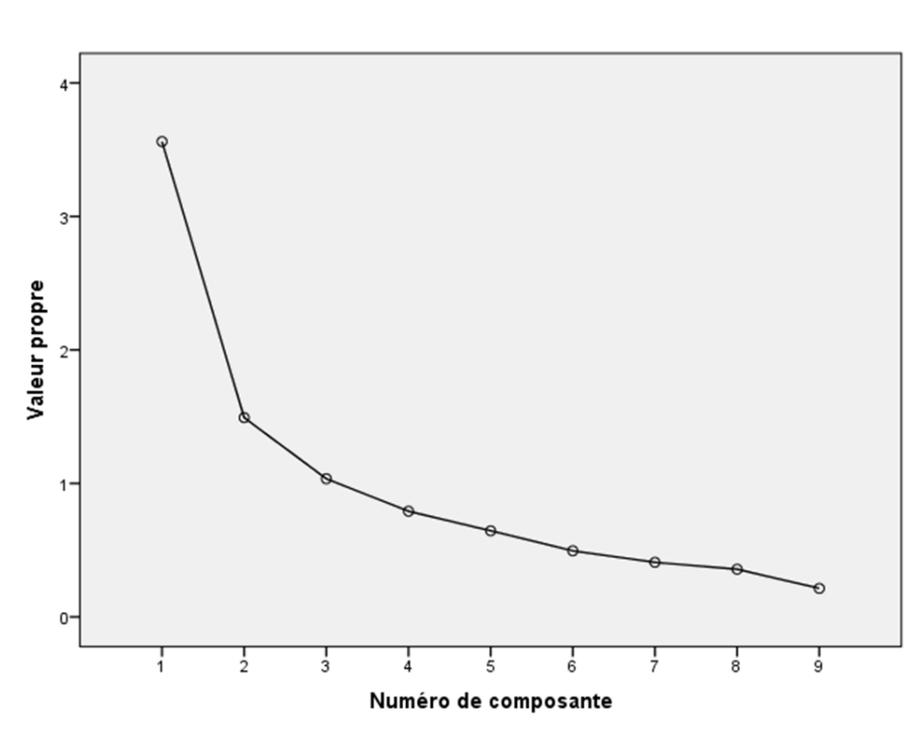


Figure 1. Graphique des éboulis

Tableau 1

*Proportion d'intervenants selon le milieu d'intervention et le nombre d'années d'expérience auprès d'enfants ayant un TSA*

Milieu d'intervention	Nombre d'années d'expérience auprès d'enfants ayant un TSA					
	Moins de 1 an	1-5 ans	6-10 ans	11-15 ans	16-19 ans	20 et plus
CRDITED	7,8 % (n = 6)	44,2 % (n = 34)	37,7 % (n = 29)	7,8 % (n = 6)	0 % (n = 0)	2,6 % (n = 2)
Milieu de garde	44,4 % (n = 4)	22,2 % (n = 2)	11,1 % (n = 1)	11,1 % (n = 1)	0 % (n = 0)	11,1 % (n = 1)

Tableau 2

*Saturation des items selon une rotation orthogonale à critère Varimax pour la version francophone adaptée du questionnaire TEI-SF (Kelley et al., 1989)*

Items TEI-SF francophone adaptée	Composante 1
Q2 J'accepterais d'utiliser <u>l'intervention comportementale intensive (ICI)</u> si j'avais à intervenir auprès d'un enfant ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).	0,61
Q4 J'aime <u>l'intervention comportementale intensive (ICI)</u> .	0,79
Q1 Je considère que <u>l'intervention comportementale intensive (ICI)</u> est acceptable pour les jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).	0,73
Q9 Dans l'ensemble, j'ai une réaction positive face à <u>l'intervention comportementale intensive (ICI)</u> .	0,77
Q5 Je crois que <u>l'intervention comportementale intensive (ICI)</u> est susceptible d'être efficace.	0,79
Q7 Je crois que <u>l'intervention comportementale intensive (ICI)</u> est susceptible d'entraîner une amélioration permanente (à long terme).	0,61

Q3 Je crois que ce serait acceptable d'utiliser <u>l'intervention comportementale intensive (ICI)</u> sans le consentement de l'enfant.	0,37
Q8 Je crois que ce serait acceptable d'utiliser <u>l'intervention comportementale intensive (ICI)</u> auprès d'enfants qui ne peuvent pas choisir l'intervention pour elles-mêmes.	0,56
Q6 Je crois que l'enfant ressentira un inconfort pendant <u>l'intervention comportementale intensive (ICI)</u> .	
Valeur propre	3,56
Pourcentage variance expliquée cumulée	39,57

Tableau 3

*Moyennes, intervalles de confiance et écarts-types de l'acceptabilité sociale selon les traitements*

	<i>M</i>	<i>IC 95 %</i>	<i>ÉT</i>
Acceptabilité sociale ICI	34,4	[33,6, 35,2]	3,7
Acceptabilité sociale EED	32,9	[31,9, 33,9]	4,6
Acceptabilité sociale EI	33,6	[32,5, 34,6]	5,0

*Note.* IC = intervalle de confiance.

*n* = 87 pour chacun des traitements.

Min : 8, Max : 40