



**Suivi opérationnel du Programme d'intervention comportementale intensive (ICI)
à l'intention des enfants ayant un trouble envahissant du développement (TED)
2005-2006-2007**

Rapport présenté à la Fédération québécoise des CRDITED

Céline Mercier, Ph.D.
Geneviève Boyer, M.Sc.
Véronique Langlois, M.Sc.

Avec la collaboration de
Gilles Cloutier, Sylvie Gladu, Katherine Moxness et Micheline Richer

**Équipe de recherche en partenariat FQRSC
« Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement
et intersectorialité »
www.interteddi.ca**

Avril 2010

Remerciements

Le suivi opérationnel a été rendu possible grâce à l'appui financier de la Fédération québécoise des CRDITED. Merci aux membres du personnel des CRDITED participants pour leur précieuse collaboration, à Fanny Lemetayer et Dominique Fortin pour leur participation à la collecte et à la gestion des données et à Claudel Parent-Boursier pour les analyses statistiques.

Réalisation : Céline Mercier, chercheure principale, Véronique Langlois, coordonnatrice (projets TED), Équipe « Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et intersectorialité », Geneviève Boyer, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre de réadaptation Lisette-Dupras.

Citation suggérée : Mercier, C., Boyer, G., & Langlois, V. (2010). *Suivi opérationnel du Programme d'intervention comportementale intensive (ICI) à l'intention des enfants ayant un trouble envahissant du développement (TED). 2005-2006-2007*. Montréal : Équipe Déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et intersectorialité.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN 978-2-9810883-0-7 (version papier)
ISBN 978-2-9810883-1-4 (version électronique)

Disponible sur le site www.interteddi.ca

© Équipe Interteddi 2010

**Suivi opérationnel du Programme d'intervention comportementale intensive (ICI)
à l'intention des enfants ayant un trouble envahissant du développement (TED)
2005-2006-2007**

Faits saillants

Depuis 2003, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED) ont le mandat d'offrir des services d'intervention comportementale intensive (ICI) aux enfants de deux à cinq ans ayant reçu un diagnostic de trouble envahissant du développement (TED). Suite à la mise en place de ces services, la Fédération des CRDITED a soutenu une étude de suivi opérationnel ou « monitoring » sur trois indicateurs d'exposition au programme (âge au début des services ICI, durée totale et intensité hebdomadaire des services ICI) et un indicateur de résultats relié au type d'intégration des enfants en milieu scolaire. La population de l'enquête a été constituée des enfants de 5 à 6 ans, ayant eu un minimum de 160 heures de services ICI, entrés à l'école en septembre 2005, 2006 et 2007. Ce rapport fait état des tendances observées sur cette période de trois ans.

Un total de 555 enfants éligibles¹ provenant de 90 % des CRDITED qui offrent les services ICI ont fait l'objet du suivi opérationnel. D'une année à l'autre, le ratio fille/garçon a varié de 4,2 à 5,0. L'âge moyen des enfants au début des services s'est maintenu à 4 ans. La comparaison des résultats entre les trois cohortes indique que la durée des services a régulièrement augmenté, passant d'une moyenne de 41,6 semaines en 2005 à 69,3 en 2007. Cette différence est statistiquement significative. Par ailleurs, le nombre moyen d'heures de services ICI reçus par semaine a diminué. De façon statistiquement significative, celui-ci est passé de 15,3 heures par semaine (2005) à 13,7 (2007). Cette différence semble reliée au fait que moins d'enfants reçoivent plus de 20 heures par semaine. Si en 2005, 12,1 % des enfants avaient reçu plus de 20 heures de services ICI par semaine, ils ne sont plus que 1,8 % dans cette situation en 2007. On observe d'ailleurs un resserrement vers la moyenne, comme l'écart-type passe de 4,1 à 3,0.

En ce qui concerne le type d'intégration à l'école, alors qu'en 2005, 54,6 % des enfants avaient été intégrés en classe régulière, avec ou sans soutien, c'est 45,3 % des enfants qui ont été intégrés en 2006 et 43,3 % en 2007. Inversement, le pourcentage d'enfants en classes et écoles spéciales va en augmentant, de 45,5 % en 2005 à près de 55 % en 2006 et à 56,8 % en 2007. C'est la catégorie des enfants intégrés en classe régulière et recevant 25 heures et plus de soutien qui a subi la plus forte baisse : de 18,9 % en 2005 à 9,5 % en 2007.

Le rapport complet est disponible sur le site www.interteddi.ca

¹ Il est important de rappeler que ces données ne concernent que les enfants qui répondent aux critères d'inclusion énoncés au paragraphe précédent et non tous les enfants ayant reçu des services ICI en 2005, 2006 et 2007.

Table des matières

Faits saillants	i
Liste des tableaux	ii
Liste des figures.....	ii
1. Méthode	1
1.1 <i>Suivi opérationnel et indicateurs</i>	1
1.2 <i>CRDITED participants</i>	2
1.3 <i>Enfants participants</i>	2
1.4 <i>Collecte et analyse des données</i>	3
2. Résultats	4
2.1 <i>Caractéristiques de la population.....</i>	4
2.2 <i>Exposition au programme.....</i>	5
2.3 <i>Type d'intégration scolaire.....</i>	6
2.4 <i>Comparaison des caractéristiques des enfants selon le type d'intégration</i>	7
3. Discussion	8
Références.....	10

Liste des tableaux

Tableau 1 – Indicateurs du type d'intégration des enfants à l'école	2
Tableau 2 – Nombre total d'enfants participants suivant le CRDITED	3
Tableau 3 – Répartition du genre suivant l'année.....	4
Tableau 4 – Durée et intensité de l'ICI suivant l'année	5
Tableau 5 – Type d'intégration scolaire suivant l'année	6

Liste des figures

Figure 1 - Répartition des enfants suivant le nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention ICI et l'année.....	6
Figure 2 - Répartition des enfants suivant le type d'intégration et l'année.....	7

Introduction

Dans son plan d'action, *Un geste porteur d'avenir - Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*, le ministère de la Santé et des Services sociaux (2003) présente ses orientations quant aux services à offrir aux personnes présentant un trouble envahissant du développement (TED). Parmi les priorités identifiées, on retrouve l'offre de services d'intervention comportementale intensive (ICI) pour les enfants d'âge préscolaire. Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED) ont reçu le mandat d'offrir ces services ICI aux enfants âgés de 2 à 5 ans, à raison d'une vingtaine d'heures par semaine. Ces services ICI ont été implantés au sein des CRDITED du Québec à partir de 2003.

Le plan d'action ministériel mentionne l'intérêt de développer des indicateurs de qualité et de performance des services ICI. À la suite de la mise en place de ces services, la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED) a soutenu une étude de suivi opérationnel ou « monitoring » sur trois indicateurs d'exposition au programme (âge au début des services ICI, durée totale et intensité hebdomadaire des services) et un indicateur de résultats relié au type d'intégration des enfants en milieu scolaire. Faisant suite au dépôt des rapports de suivi pour les années 2005 et 2006 (Mercier & Boyer, 2006, 2007), ce rapport final fait état des résultats du suivi opérationnel de ces indicateurs sur une période de trois ans (2005, 2006 et 2007).

1. Méthode

1.1 Suivi opérationnel et indicateurs

Le suivi opérationnel, aussi appelé monitoring ou *monitoring*, est une stratégie de suivi et d'analyse des aspects les plus importants d'un programme. Il permet, par la production d'informations de façon récurrente, la mesure de l'écart entre ce qui est atteint et ce qui a été planifié et de déceler les problèmes éventuels. Cette stratégie permet une meilleure gestion du programme, l'imputabilité et la reddition de comptes. Elle fournit également des informations utiles à la prise de décision concernant le maintien et l'amélioration des programmes offerts (Brousselle *et al.*, 2009; Desrosiers *et al.*, 1998).

Les indicateurs sont des données chiffrées qui permettent de rendre compte des composantes d'un programme de façon quantifiable. Ces indicateurs sont choisis pour leur pertinence, mais aussi en fonction de leurs qualités (validité, fiabilité, spécificité, sensibilité), de leur disponibilité et de leur crédibilité (Desrosiers *et al.*, 1998).

Pour effectuer un premier suivi opérationnel des services ICI offerts par les CRDITED, des indicateurs ont été retenus quant au degré d'exposition au programme et au niveau de l'atteinte d'un des résultats attendus. Les indicateurs d'exposition au programme retenus sont, pour chaque enfant, l'âge au début des services, le nombre de semaines de services reçus (durée) et le nombre moyen d'heures hebdomadaires pendant la durée des services (intensité). Ces indicateurs ont été choisis pour leur pertinence, leur validité et leur accessibilité. Ils sont reconnus comme des facteurs de pronostic

(Mercier & Cusson, 2005), et faisaient partie en 2005 du système d'information-clientèle (SIC-DI) et de reddition de comptes (GESTRED). Le type d'intégration des enfants en milieu scolaire a été retenu comme indicateur de résultats, en tant que l'un des aspects des objectifs poursuivis par le Plan d'action, soit l'intégration sociale. Cet indicateur a été mesuré selon un continuum en fonction de deux critères : le type de classe fréquenté par l'enfant et le nombre d'heures de soutien reçu. Le soutien est défini comme l'accompagnement de l'enfant dans sa classe ou son groupe d'accueil par un intervenant pouvant être un technicien en éducation spécialisée, un préposé aux élèves handicapés ou un accompagnateur. Les indicateurs pour le type d'intégration des enfants sont présentés au tableau 1.

Tableau 1 – Indicateurs du type d'intégration des enfants à l'école

Type	Indicateurs
Type 1	Classe régulière, sans soutien
Type 2	Classe régulière, de 1 à 15 heures de soutien
Type 3	Classe régulière, de 16 à 24 heures de soutien
Type 4	Classe régulière, 25 heures et plus de soutien
Type 5	École ou classe spéciale

1.2. CRDITED participants

Chaque CRDITED du Québec a été invité, par l'entremise de la FQCRDITED, à faire parvenir à la coordonnatrice du projet un *Formulaire d'autorisation à transmettre des renseignements dénominalisés concernant des usagers* signé par le directeur des services professionnels ou son équivalent. Les taux de participation des CRDITED qui offrent des services ICI et avaient des enfants répondant aux critères d'inclusion se sont toujours maintenus aux environs de 90 %, ce qui assure au suivi opérationnel une excellente représentativité.

1.3. Enfants participants

Le suivi opérationnel a procédé par cohortes annuelles. La population de l'enquête pour chaque année est constituée des enfants qui sont entrés à l'école en septembre de l'année de référence. Ainsi, les enfants concernés par ce rapport sont ceux qui sont entrés à l'école en septembre 2005, 2006 et 2007. Afin de s'assurer d'un minimum d'exposition au programme et du caractère « intensif » des interventions, l'enfant doit avoir reçu au moins 160 heures d'intervention sur un minimum de 16 semaines d'intervention, pour au moins 10 heures d'intervention par semaine en moyenne. En résumé, les critères d'inclusion sont les suivants :

- Être entré à l'école en septembre de l'année de référence
- Avoir reçu des services d'intervention comportementale intensive (ICI) :
 - pendant un minimum de 16 semaines
 - pendant un minimum de 160 heures au total
 - pour un minimum de 10 heures par semaine, en moyenne

Au total, 555 enfants ont participé au suivi opérationnel au cours des trois années. On observe une augmentation constante de leur nombre entre 2005 et 2007 (Tableau 3). Le nombre total d'enfants par CRDITED participant varie entre 2 et 108 (Tableau 2). En conséquence, si le haut taux de participation (90 %) des CRDITED concernés assure une excellente représentativité générale, l'étendue de la variation quant au nombre d'enfants participants par CRDITED entraîne une surreprésentation des régions de Montréal et de la Montérégie, près de 60% des effectifs (329 enfants sur 555) proviennent de cinq CRDITED de ces deux régions.

Tableau 2 – Nombre total d'enfants participants suivant le CRDITED

CRDITED*	Total d'enfants
CR Ouest de Montréal	108
CR Lisette-Dupras	65
CRDI Montérégie-Est	58
SR Sud-Ouest et Renfort	57
CRDI Gabrielle-Major	41
Centre du Florès	40
CRDI Normand-Laramée	34
CRDI Mauricie-CDQ	33
CRDI Saguenay-Lac St-Jean	26
CRDI Chaudière-Appalaches	21
CRDI Bas-Saint-Laurent	19
CRDI de Québec	19
Pavillon du Parc	13
CR de la Gaspésie	8
Service de réadaptation L'intégrale	5
Regr. CNDE/Dixville	3
CSSS des Iles	3
CSSS de Charlevoix	2
TOTAL	555

* La raison sociale correspond à celle en usage en 2007

1.4 Collecte et analyse des données

Le système d'information clientèle en déficience intellectuelle (SIC-DI) a été utilisé pour obtenir les informations concernant les indicateurs d'exposition au programme ainsi que les données sur l'âge et le genre. Un formulaire a été créé à cette fin afin de faciliter la collecte des données (*Formulaire de dépouillement du SIC-DI*). Un questionnaire

(*Questionnaire sur le type d'intégration des enfants ayant un TED*) a été élaboré afin de recueillir, auprès de personnes désignées, les données concernant le type d'intégration à l'école.

Une fois reçu le *Formulaire d'autorisation à transmettre des renseignements dénominalisés concernant des usagers* signé par le directeur des services professionnels ou son équivalent, la coordonnatrice du projet a communiqué, par téléphone, avec la personne désignée pour le CRDITED (selon le *Formulaire d'autorisation*) afin de procéder à la collecte des données. Les deux questionnaires élaborés aux fins du suivi, soit le *Formulaire de dépouillement du SIC-DI* ainsi que le *Questionnaire sur le type d'intégration des enfants ayant un TED* ont été administrés de deux façons selon la préférence de chacun des responsables : soit par entrevue téléphonique avec un membre du personnel de recherche, soit par questionnaires qui devaient être retournés par la poste, télécopieur ou courriel.

Les données ont été saisies sur un fichier Excel, puis traitées à l'aide du logiciel SPSS. Les moyennes, écart-types et pourcentages ont été calculés pour chaque indicateur. Les résultats ont été obtenus par des anovas (3 groupes) ou des khi-carrées. Les résultats ayant un seuil de signification inférieur à 0,05 ont été retenus, les résultats marginaux sont également soulignés ($p < 0,1$).

2. Résultats

2.1. Caractéristiques de la population

Le groupe de participants est composé de 452 garçons et de 103 filles, pour un pourcentage de 81,4 % de garçons et un ratio de 1 fille pour 4,4 garçons. (Tableau 3). La surreprésentation des garçons correspond aux données épidémiologiques de 1 fille pour 4 garçons en moyenne (Fombonne, 2005; Perry *et al.*, 2008; Noiseux 2009b). Ce ratio est légèrement plus élevé en 2005 qu'en 2006 et 2007, cette différence n'est toutefois pas significative.

Tableau 3 – Répartition du genre suivant l'année

Année	Total d'enfants	Garçons		
	N	N	%	Ratio Fille / Garçons
2005	132	110	83,3 %	1 / 5
2006	201	162	80,6 %	1 / 4,2
2007	222	180	81,1 %	1 / 4,3
TOTAL	555	452	81,4 %	1 / 4,4

L'âge moyen des enfants au moment de leur entrée dans les services ICI s'est maintenu à 4 ans pour les trois années d'observation (moyennes respectives de 4,1, 4,0 et 4,0).

2.2. Exposition au programme

La moyenne de la durée des services ICI (nombre de semaines) tend à augmenter au fil des trois années du suivi (Tableau 4). Cette augmentation apparaît particulièrement marquée entre 2005 et 2006, alors que le nombre de semaines passe de 41,6 à 59,8 semaines. Cette différence est significative entre les trois groupes « années » ($F=42,3$; $ddl=552$; $p<0,01$), aussi bien que pour la différence observée entre 2005 et 2006 ($p<0,01$), entre 2006 et 2007 ($p<0,01$) et entre 2005 et 2007 ($p<0,01$). Le nombre maximum de semaines de participation pour un enfant passe de 77 semaines à 156².

Tableau 4 – Durée et intensité de l'ICI suivant l'année

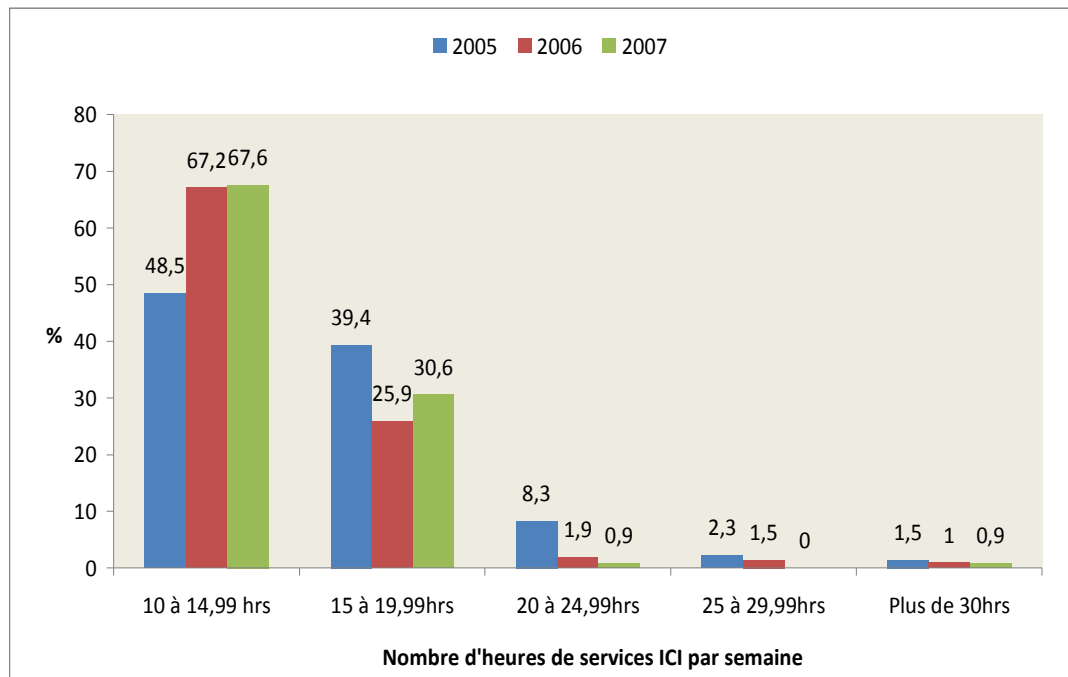
Année	Durée (semaines)		Intensité (heures/semaine)	
	M (E-T)	Maximum	M (E-T)	Maximum
2005	41,6 (15,1)	77	15,3 (4,1)	31,5
2006	59,8 (26,6)	121	14,5 (3,5)	30,9
2007	69,3 (33,1)	156	13,7 (3,0)	31,3

Suivant le tableau 4, entre 2005 et 2007, on observe une tendance à la baisse du nombre moyen d'heures de services ICI: l'intensité du traitement est passée d'une moyenne de 15,3 heures/semaine en 2005 à 13,7 heures/semaine en 2007. Cette différence est statistiquement significative ($F=9,53$; $ddl=552$; $p<0,01$). Entre 2005 et 2006, la différence entre les deux moyennes d'heures de services est aussi significative ($p=0,00$), alors qu'entre 2006 et 2007, elle est marginalement significative ($p<0,1$).

Le maximum d'heures reçues par un enfant (aux environs de 31) demeure stable pendant les trois années d'observation. Cependant, la proportion d'enfants recevant 20 heures ou plus d'ICI par semaine diminue d'une année à l'autre. Les données de 2005 indiquaient que 12,1 % des enfants recevaient 20 heures et plus, alors qu'en 2006, ce pourcentage n'est que de 4,4 % et qu'en 2007, seulement trois enfants ont reçu plus de 20 heures (1,8 %) de services hebdomadaires d'ICI (Figure 1).

² Le nombre minimum de semaines pour tous les enfants est de 16 et le nombre minimum d'heures pour tous les enfants est de 10, conformément aux critères d'inclusion.

Figure 1 - Répartition des enfants suivant le nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention ICI et l'année



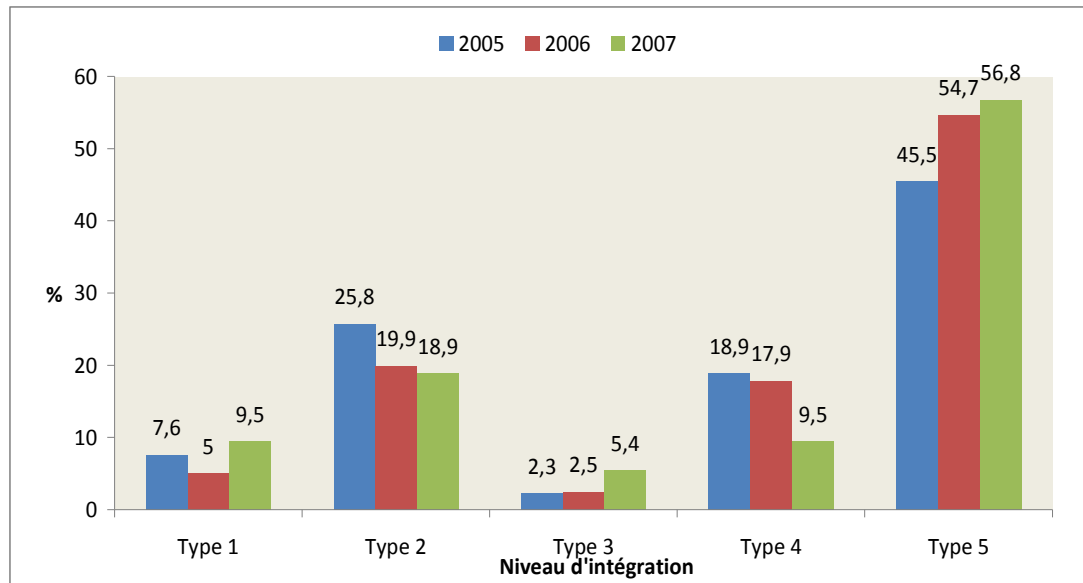
2.3. Type d'intégration scolaire

Globalement, le pourcentage d'enfants intégrés en classe régulière, avec ou sans soutien, est passé de 54,6 % en 2005 à 45,3 % en 2006 et à 43,3 % en 2007 (Tableau 5, Figure 1). Inversement, le pourcentage d'enfants en classes et écoles spécialisées augmente de 45,5 % en 2005 à près de 54,7 % en 2006 et à 56,8 % en 2007.

Tableau 5 – Type d'intégration scolaire suivant l'année

Année	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
2005	10 (7,6 %)	34 (25,8 %)	3 (2,3 %)	25 (18,9 %)	60 (45,5 %)
2006	10 (5,0 %)	40 (19,9 %)	5 (2,5 %)	36 (17,9 %)	110 (54,7 %)
2007	21 (9,5 %)	42 (18,9 %)	12 (5,4 %)	21 (9,5 %)	126 (56,8 %)
TOTAL	41 (7,4 %)	116 (20,9 %)	20 (3,6 %)	82 (14,8 %)	296 (53,3 %)

Figure 2 - Répartition des enfants suivant le type d'intégration et l'année



Bien que des variations annuelles soient notées pour ce qui est du type d'intégration scolaire, aucune n'est cependant statistiquement significative. En suivant la tendance entre 2005 (7,6 %) et 2006 (5,0 %), on observe une diminution du pourcentage d'enfants intégrés en classe régulière sans soutien, suivi d'une remontée en 2007 (9,5 %). De façon globale, le nombre d'enfants intégrés en classe régulière avec 15 heures ou moins de soutien (types 1 et 2) a diminué entre 2005 (33,4%) et 2006 (24,9 %), pour remonter en 2007 (28,4 %).

Alors que la proportion d'enfants intégrés en classe régulière mais recevant 16 heures et plus de soutien (types 3 et 4) est demeurée stable entre 2005 (21,2 %) et 2006 (20,4 %), elle a chuté en 2007, pour représenter 14,9 % des enfants. Le pourcentage d'enfants en classe ou école spéciale (type 5) progresse régulièrement entre 2005 et 2007 (de 45,5 % à 56,8 %), alors qu'on observe en même temps une baisse marquée du pourcentage d'enfants en classe régulière avec plus de 25 heures d'accompagnement (type 4, de 18,9 % à 9,5 %).

2.4 Comparaison des caractéristiques des enfants selon le type d'intégration

À titre exploratoire, on a procédé à une analyse des données sur la variable dépendante « type d'intégration scolaire », pour comparer les enfants intégrés en classe régulière avec ceux intégrés en classe spéciale, selon l'âge au début des services, la durée du programme et le nombre d'heures hebdomadaires reçues. On note une différence significative entre les 2 groupes pour l'âge au début des services ($t=2,84$; $ddl=329,5$; $p<0,01$). Les enfants au régulier ont en moyenne 4,2 ans ($e-t = 0,7$) à l'entrée dans les services, alors que les enfants en classe spéciale ont 4,0 ans ($e-t = 0,6$). On observe aussi une différence significative entre les 2 groupes pour l'intensité des services reçus ($t=3,13$; $ddl=547,1$; $p<0,01$). Les enfants au régulier ont reçu en moyenne 14,8 heures

par semaine d'intervention (e-t = 3,4), alors que les enfants en classe spéciale ont reçu 13,9 heures par semaine (e-t = 3,5).

Ces données apparaissent paradoxales. Elles ne sont rapportées qu'à titre indicatif seulement et ne sauraient faire l'objet de conclusions. Elles traduisent cependant la difficulté de faire des liens entre des effets observés et des caractéristiques de l'enfant et/ou du traitement (Rogers & Vismara, 2008). L'état actuel des connaissances donne aussi à penser qu'au moins deux autres variables reconnues comme des facteurs de bon pronostic devraient être inclus dans ce type d'analyse. Outre la précocité de l'intervention, ces variables sont l'absence de déficience intellectuelle non verbale et un diagnostic de TED non spécifié (Helt, Kelley, *et al.*, 2008; Sutura, Pandey *et al.*, 2007). Les données concernant ces deux variables n'étaient pas disponibles au moment du début du monitoring, mais devraient être incluses comme indicateurs dans un éventuel monitoring ultérieur. Enfin, comme on le verra plus loin, le type d'intégration à l'école peut être fortement influencé par les politiques d'intégration des Commissions scolaires.

3. Discussion

Dans une perspective d'intégration et de participation sociale où il est permis à chaque enfant d'avoir l'opportunité de fréquenter les mêmes milieux publics que ceux de ses pairs du même âge et en s'appuyant sur les données relatives aux meilleures pratiques, le ministère de la Santé et des Services sociaux (2003) recommandait l'implantation de programmes d'interventions comportementales intensives (ICI) afin de soutenir/stimuler le développement des habiletés et compétences des enfants d'âge préscolaire. Cette étude de suivi opérationnel des enfants ayant reçu des services d'ICI qui sont entrés à l'école en 2005, 2006 et 2007 permet de suivre l'implantation de ce programme en termes d'intensité et de durée et ses effets sur l'intégration scolaire.

En ce qui concerne le premier indicateur, l'âge moyen au début du traitement, il est surprenant de voir que celui-ci ne varie pas au fil du suivi, alors qu'on aurait pu s'attendre à ce que les efforts en vue d'un diagnostic plus précoce et un accès plus rapide aux services se seraient traduits par un abaissement de l'âge à l'entrée dans les services. Il semble bien que l'allongement des listes d'attente vienne neutraliser ces efforts.

En revanche, alors que l'âge à l'entrée est demeuré constant, la durée moyenne des services ICI s'est allongée. Une explication possible serait que davantage d'enfants reçoivent des services jusqu'à 6 ans. Si l'on se réfère aux écarts-type, il apparaît que la variance dans la durée des services ne cesse de croître. Ainsi, avec un écart-type de 15,1 et une étendue de 10 à 77 semaines, on peut penser que la plupart des enfants avaient reçu autour de 41 semaines de services en 2005. La situation est bien différente en 2007, où un écart-type de 33,1 et une étendue de 10 à 156 semaines indiquent une dispersion beaucoup plus grande dans la durée des services.

Si la durée tend à s'allonger, l'intensité diminue, avec une légère tendance à la baisse du nombre d'heures hebdomadaire en ICI. On tend donc à s'éloigner plutôt qu'à se rapprocher de la cible des 20 heures hebdomadaires. Le groupe des enfants qui se rapproche le plus de la cible, celui des enfants qui reçoivent entre 15 et 20 heures connaît des fluctuations annuelles : il est passé de 39,4 % en 2005 à 25,9 en 2006, pour

connaître une remontée en 2007 (30,6 %). La combinaison de différents facteurs peut expliquer cette tendance où les gains quant au nombre d'enfants desservis et à la durée des services semblent se faire au dépens de l'intensité : 1) les enfants en services sont plus nombreux au fil des années, de même que la durée moyenne des services augmente significativement au cours de la période du suivi, sans que les ressources, humaines et financières, ne connaissent une augmentation correspondante; 2) les mesures en vigueur, telles que le Plan d'accès ministériel et les ententes de gestion régionales encouragent à desservir davantage d'enfants et plus rapidement; 3) les indicateurs de gestion, comme la longueur des listes d'attente et la durée de l'attente exercent une pression dans le sens du partage des ressources entre le plus grand nombre possible d'enfants.

Les résultats concernant l'intégration scolaire sont difficiles à interpréter, faute de pouvoir se référer à ce qui serait une norme ou une cible. Dans la littérature spécialisée sur l'évaluation des services ICI, on rapporte peu de résultats en termes d'intégration à l'école et ceux-ci varient beaucoup d'une étude à l'autre. Lovaas (1987) rapporte que 9 des 19 enfants (47 %) qui avaient reçu 40 heures par semaine de traitement ont complété avec succès leur 1^{ière} année dans une école publique. Sallows & Graupner (2005) en arrivent à une proportion plus élevée (15 enfants sur 24, 62,5 %), mais mentionnent que parmi les 15 enfants intégrés en classe régulière, 10 reçoivent du soutien. Dans l'étude de Fenske *et al.* (1985), 5 des 18 enfants (27 %) suivis étaient à l'école régulière suite à l'intervention et dans celle de Boyd et Corley (2001), la proportion est de 2 sur 22 (9,1 %).

Si on se reporte à la situation au Québec, en 2007-2008, 5892 enfants ayant un TED étaient inscrits dans une école publique ou privée, en fonction des critères reconnus par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS); 40 % de ces élèves ayant un TED étaient intégrés en classe régulière, avec ou sans accompagnement (Noiseux, 2009a). Dans ce rapport, le taux d'intégration en 2007 des enfants ayant reçu de l'ICI est plus élevé (43,3 %). Cependant, il faut noter que ces statistiques concernent les enfants de tous les niveaux, et que, toujours selon Noiseux (2009a, p.29), la « proportion d'élèves intégrés dans une classe ordinaire avec soutien diminue de façon importante entre le préscolaire et le secondaire (42 % à 26 %) ». Mais on trouve aussi une plus grande proportion d'enfants dans des classes TED ou TEACCH au préscolaire (30 %) qu'au secondaire (15 %). À l'opposé, la proportion d'élèves cheminant dans une classe hétérogène ou dans une école spéciale augmente du préscolaire au secondaire (de 12 % à 32 % et de 14 % à 23 %). (p.29)

Par ailleurs, la conclusion concernant la proportion croissante d'enfants en classe spéciale ne peut être interprétée seulement en termes d'effets des services ICI : les pratiques d'intégration relèvent du MELS et plus encore des Commissions scolaires. Ainsi, selon les données du MELS pour l'année scolaire 2003-2004, il appert que le taux d'intégration scolaire des enfants handicapés peut grandement différer d'une commission scolaire à l'autre (OPHQ, 2006, Noiseux, 2009b). Il importe aussi de souligner que la variable « intégration scolaire » constitue une mesure indirecte des effets du programme qui ne permet pas d'offrir un regard sur les impacts au plan clinique des services sur les enfants inscrits au programme. En conclusion, les décisions en matière d'orientation scolaire reposent sur un partenaire du MSSS, le MELS qui, dans le cadre du Plan d'action du MSSS (2003), est également appelé à développer une offre de services spécialisés pour répondre à la croissance exponentielle du nombre d'enfants ayant un TED au cours des dernières années (Fombonne, 2005; Noiseux, 2009a, 2009b).

Références

- Boyd, R. D., & Corley, M. J. (2001). Outcome survey of early intensive behavioural intervention for young children with autism in a community setting. *Autism, 5*(4), 430-441.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., & Hartz, Z. (2009). *L'évaluation : concepts et méthodes*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Desrosiers, H. F., Kishchuk, N., Ouellet, N., Desjardins, C., Bourgeault, C., & Perreault, N. (1998). *Cadre de pratique pour l'évaluation des programmes, applications en promotions de la santé et en toxicomanie*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Fenske, E. C., Zalenski, S., Krantz, P. J., & McClannahan, L. E. (1985). Age at intervention and treatment outcome for autistic children in a comprehensive intervention program. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 5*(1-2), 49-58.
- Fombonne, E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(Suppl.), 3-8.
- Helt, M., Kelley, E., Kinsbourne, M., Pandey, J., Boorstein, H., Herbert, M., & Fein, D. (2008). Can children with autism recover? If so, how? *Neuropsychology Review, 18*(4), 339-366.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(1), 3-9.
- Mercier, C., & Boyer, G. (2006). *Suivi opérationnel du Programme d'intervention comportementale intensive auprès d'enfants de 2 à 5 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement. 2004-2005*. Montréal: Direction des technologies de l'information et de la recherche (DTIR), Centres de réadaptation Lisette-Dupras et de l'Ouest de Montréal.
- Mercier, C., & Boyer, G. (2007). *Suivi opérationnel des résultats du Programme d'intervention comportementale intensive d'enfants de 5 à 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement. 2006*. Montréal: Direction de la recherche et de l'enseignement, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle Gabrielle-Major, Centres de réadaptation Lisette-Dupras et de l'Ouest de Montréal.
- Mercier, C., & Cusson, N. (2005). Le traitement précoce de l'autisme: L'intensité de l'intervention seule en cause? *Revue québécoise de psychologie, 26*(3), 13-28.
- 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 à leurs proches*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Noisieux, M. (2009a). Portrait épidémiologique des TED chez les enfants du Québec. *L'Express, printemps 2009*. Montréal : Fédération québécoise de l'autisme et des troubles envahissants du développement.
- Noisieux, M. (2009b). *Surveillance des troubles envahissants du développement chez les enfants de 4 à 17 ans de la Montérégie, 2000-2001 à 2007-2008*. Longueuil: Direction de santé publique de la Montérégie.
- Office des personnes handicapées du Québec. (2006). Intégration scolaire : une question d'ouverture et de connaissances. *L'intégration, 15*(3), 1-4.

- Perry, A., Cummings, A., Dunn Geier, J., Freeman, N. L., Hughes, S., LaRose, L., *et al.* (2008). Effectiveness of intensive behavioral intervention in a large, community-based program. *Research in Autism Spectrum Disorders, 2*(4), 621-642.
- Rogers, S. J., & Vismara, L. A. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 8-38.
- Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal on Mental Retardation, 110*(6), 417-438.
- Sutera, S., Pandey, J., Esser, E. L., Rosenthal, M. A., Wilson, L. B., Barton, M., *et al.* (2007). Predictors of optimal outcome in toddlers diagnosed with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*(1), 98-107.