

INNOVATION ET PRATIQUES D'INTERVENTION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT : UNE RECENSION D'ÉCRITS

Sophie Bélair, Jean-Claude Kalubi, Sylvie Houde et France Beauregard

L'évolution des pratiques d'intervention auprès des usagers présentant une déficience intellectuelle (DI) ou des troubles envahissants du développement (TED) est marquée par la réorganisation des services, l'identification des voies pour améliorer la qualité d'aide et répondre aux besoins spécifiques de la personne, ainsi que la recherche des repères d'adaptation et d'innovation. Pour dresser le portrait des pratiques d'intervention professionnelle considérées comme innovantes, une étude a été menée suivant la méthodologie de recension intégrative des travaux réalisés entre 1995 et 2008. Les résultats montrent l'importance des préoccupations associées au domaine des troubles envahissants du développement, alors que le domaine de la déficience intellectuelle demeure, en général, sous représenté. Ces résultats suscitent aussi de nombreuses questions sur la nature des facteurs déterminant la reconnaissance des pratiques innovantes sur le terrain.

Depuis le 19^e siècle, les services offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) se sont multipliés, dans différentes sociétés, sous forme de réponses spécifiques aux défis posés par les situations de handicaps. L'évolution qui s'est imposée dans les pratiques d'intervention auprès de cette clientèle traduit certes le souci collectif de faire face aux besoins grandissants, mais elle illustre aussi l'ouverture progressive d'une voie incontournable pour différentes communautés : celle de travailler ensemble à la mise en place des mesures d'intervention. De ces efforts de collaboration découlent nombre d'innovations touchant les pratiques de développement, les capacités des acteurs, la reconnaissance des habiletés personnelles,

l'amélioration de l'image sociale de la personne avec une DI ou un trouble envahissant du développement (TED) et l'instauration des relations de confiance au cours des interventions. L'innovation dans ce domaine dépend de la reconnaissance des praticiens, de la description que ceux-ci en donnent et de la diffusion de nouvelles pratiques issues de leur milieu. Les pratiques, définies alors comme des « systèmes complexes d'actions socialement investis et soumis à des enjeux socialement et historiquement déterminés » (Abric, 1994, p. 7), sont considérées comme innovantes uniquement lorsqu'elles sont déclarées comme telles par les praticiens eux-mêmes, dans des conditions expliquées, explicitées et présentées publiquement. Le présent texte est basé sur les résultats de la recension intégrative conduite en 2008; il présentera une synthèse des thèmes relatifs aux pratiques considérées comme innovantes par les intervenants des milieux de la DI/TED, en questionnant les services dispensés à la personne d'abord, puis à sa famille, à son entourage ainsi qu'aux autres environnements concernés par son évolution.

Sophie Bélair et Jean-Claude Kalubi, Département d'études sur l'adaptation scolaire et sociale, Faculté d'éducation; Sylvie Houde, Centre de pédagogie en science de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé; France Beauregard, Département en enseignement au préscolaire et au primaire, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, Adresse de correspondance : sophie.belair@usherbrooke.ca

LES PRATIQUES D'INTERVENTION AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE DI/TED

Évolution et orientations officielles

La préoccupation pour la prise en charge organisée des personnes présentant une DI ou un TED par les membres de leur société est une question relativement récente. Peu de mesures étaient jadis mises en place pour soutenir adéquatement ceux qui étaient considérés comme inaptes ou inadaptés. Ces derniers étaient laissés à eux-mêmes, devenant souvent la principale cible des manifestations d'intolérance et de mauvais traitements (Andrews et Lupart, 2000; de Grandmont, 2004).

Le virage pris dans les années 1960 en faveur de la professionnalisation des intervenants, notamment dans le domaine de la DI/TED, a apporté beaucoup de changements vérifiables. Ceux-ci coïncident, dans la plupart des cas, avec « la signature des chartes instituées » dont l'effet indéniable demeure la reconnaissance, pour chaque enfant du Québec, du droit de recevoir les services de son choix, au-delà de toute considération matérielle (Kalubi, Beauregard et Houde, 2008). Dans les années 1970, l'apport de Wolfensberger aux changements des pratiques d'intervention en DI/TED fut marqué par une contribution à la définition du principe de normalisation. Ce dernier a été en effet mis à l'honneur pour orienter l'engagement collectif en faveur des services à la personne : « Utilization of means which are as culturally normative as possible, in order to establish and/or maintain personal behaviors and characteristics which are as culturally normative as possible » (1972, p. 28). Plus tard, dans les années 1980, pour parer à toute connotation négative à l'égard des personnes perçues comme « anormales », un nouveau concept a été défini; il s'agit de la valorisation des rôles sociaux (VRS) (Wolfensberger, 1983). À ce jour, la place de la VRS au cœur des interventions et dans la compréhension des pratiques développées en DI/TED demeure indiscutable, sinon incontournable.

Réorganisation des services dispensés

Depuis les années 1970, plusieurs pays occidentaux ont voté des lois qui ont encouragé l'adoption des programmes d'aide dans les différents milieux de vie de la personne présentant une DI ou un TED. Au

Québec, le ministère des Affaires sociales fut mis sur pied en 1970 (aujourd'hui appelé le ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]). Ce Ministère a joué un rôle important auprès de la clientèle DI/TED. À la suite de l'adoption de la *Loi sur la santé et les services sociaux* en 1971, commence une réorganisation des services octroyés aux personnes présentant une DI ou un TED. Les politiques et plans d'action pour l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage de 1978 ainsi que la loi assurant l'exercice des personnes handicapées vinrent structurer les services offerts sous la surveillance des centres de réadaptation. Dans la foulée de ces événements, des programmes furent créés pour cibler les besoins des bénéficiaires lors de leur insertion dans un milieu de vie se voulant stimulant et valorisant. Ces mesures ont démontré le souhait des décideurs de favoriser le respect de la personne DI ou TED dans ses goûts, ses intérêts, ses forces et ses faiblesses lors des processus décisionnels visant à répondre à ses différents besoins. À la suite de la création de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) s'est enclenchée une véritable réorganisation des services. Ainsi, la publication en 1984 d'un document intitulé *À part...égale* (OPHQ, 1984) a mis l'accent sur la reconnaissance effective des droits de personnes DI ou TED (Lamarre, 1998; MSSS, 1988; Richard et Maltais, 2007), entraînant des répercussions tangibles, dont la plus médiatisée a été la désinstitutionnalisation de la clientèle DI/TED. L'encadrement, l'intégration et la supervision des services furent confiés aux conseils régionaux de la santé et des services sociaux; résultat de l'effet structurant des deux politiques du MSSS.

Vers une plus grande participation sociale des personnes DI ou TED

Au tout début des années 2000, l'intégration des personnes présentant une DI ou un TED s'est révélée une des plus grandes préoccupations dans le milieu de la réadaptation. Pour y répondre, les institutions concernées ont mis en place des ententes de services entre les différents partenaires œuvrant dans les milieux fréquentés par la personne DI ou TED. Ainsi, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED), créés au milieu des années 1990, ainsi que les centres de santé et des services sociaux (CSSS), issus de la Réforme de

2004, ont uni leurs efforts de communication afin de répondre aux nouveaux besoins de leur clientèle, toujours en mettant l'accent sur les approches collaboratives et partenariales (MSSS et al., 2006). Ces procédures vont dans le même sens que la politique proposée par l'OPHQ en 2007¹ et viennent la renforcer. Ainsi s'agit-il de rechercher des moyens concrets pour augmenter la participation sociale des personnes vivant avec une DI ou un TED.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE ET CADRE CONCEPTUEL

Les objectifs de la recherche, réalisée au courant de l'année 2008, consistaient d'abord à dresser un portrait des pratiques d'intervention professionnelle considérées comme innovantes, dans les champs spécifiques où travaillent les intervenants en DI/TED, en plus de comprendre les représentations de l'innovation et de la pratique. La recherche visait également à comprendre les représentations des intervenants, les finalités déclarées par ces derniers au regard de leur pratique, de leurs besoins et d'autres situations en émergence.

MÉTHODOLOGIE

La recherche a été menée sous la forme méthodologique d'une recension intégrative d'écrits (Smyth, 2002) et avait comme cadre le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979). Les trois angles retenus à partir de ce modèle² nous ont permis de cibler les pratiques jugées intéressantes à observer selon nos objectifs. Lors de la collecte de données, seuls les écrits d'ordre scientifique (c'est-à-dire publiés avec révision ou approbation par les pairs), professionnel ou en provenance d'organismes publics publiés en Amérique du Nord entre les années 1995 et 2008 ont été pris en compte. Ils ont été puisés dans différentes bases de données telles que ERIC, PsychINFO, PSYCLIT, Google, Érudit, Science Direct, Medline et Cinahl ainsi que dans des revues comme *Éducation et Francophonie*, *Revue*

Francophone de la Déficience Intellectuelle, *Revue québécoise de psychologie*, *Santé mentale au Québec*, etc. Une fois sélectionnés, les textes ont été soumis à une lecture critique, analysés puis classés selon une grille de lecture construite en référence au modèle écosystémique et en tenant compte de différents éléments ciblés dans la sphère de l'individu (dépistage, développement, transition de vie, inclusion/intégration, protection), dans la sphère familiale (participation parentale, information, soutien et formation) et dans la sphère des milieux d'intervention (concertation et multidisciplinarité, disponibilité des services et formation des intervenants) (Kalubi et al., 2008). Ce modèle a permis de prendre du recul vis-à-vis des discussions des praticiens, de leurs déclarations sur les pratiques innovantes, de leurs conditions d'apparition, de leurs critères en matière de reconnaissance publique et du caractère distinctif de ces critères, variant d'un contexte à un autre (Kalubi, 2008). En effet, l'innovation n'étant pas perçue, entendue, comprise de la même façon par les différents intervenants et leurs milieux, l'adoption d'un tel modèle a permis de faire progresser le travail de recherche sur les pratiques innovantes et de procéder à l'analyse selon un cadre clair ainsi que des caractéristiques cohérentes.

RÉSULTATS DESCRIPTIFS

Les types de textes

Dans la figure 1, un peu plus de la moitié des 141 textes recensés sont de nature scientifique. Les écrits provenant d'organismes publics ou ceux de nature professionnelle représentent chacun environ le quart des textes pris en compte lors de la recension.

Les types de clientèles

Dans la figure 2, la plupart des textes concernent les pratiques touchant l'individu et ciblant majoritairement les personnes TED.

¹ Aujourd'hui devenue une loi, intitulée *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*.

² Soit l'individu lui-même, l'implication de la famille et de l'entourage de celui-ci ainsi que les différents milieux de vie qu'il fréquente.

Figure 1

Répartition des textes (selon le type)

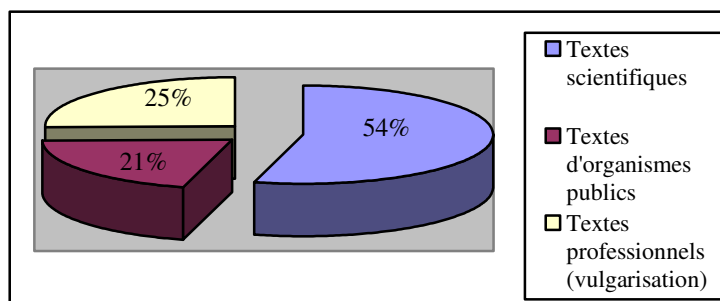
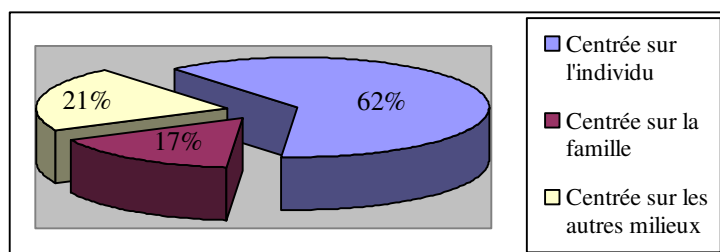


Figure 2

Répartition des textes en fonction du type de clientèle*



N total = 141 textes (99 TED; 21 DI; 19 DI/TED)

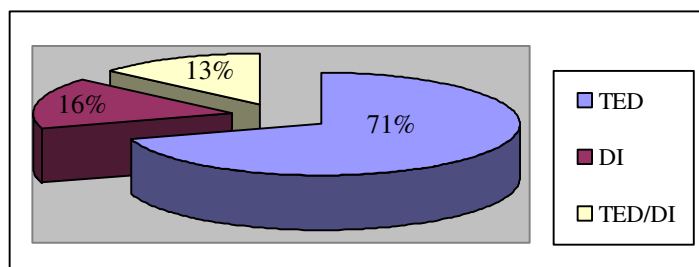
Les cibles d'intervention traitées

Certes, les textes qui traitent de l'individu présentant une DI ou un TED se retrouvent le plus souvent dans

les articles sélectionnés pendant la collecte de données; mais, la plupart des textes touchent aussi un autre aspect de la vie de l'individu tel que sa famille ou ses autres milieux de vie (figure 3).

Figure 3

Nombre de textes en fonction des cibles d'intervention traitées*



*Pour la plupart, les textes ciblent plus d'un aspect.

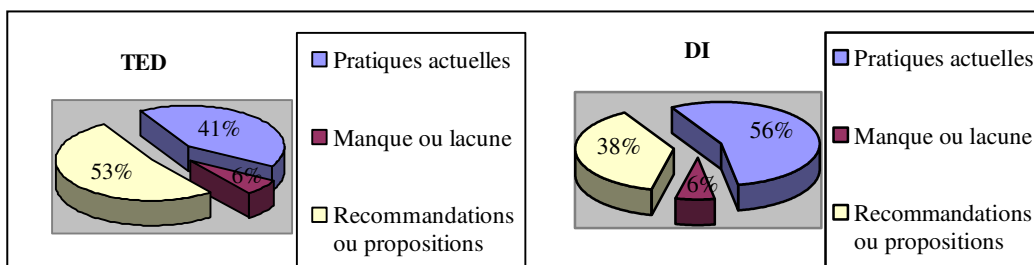
Les types d'énoncés

Le discours tenu dans les écrits recensés est essentiellement centré sur les recommandations et les pratiques actuelles en lien avec les interventions

auprès des personnes TED. Toutefois, en ce qui a trait spécifiquement aux personnes DI, les textes décrivent en majorité les pratiques actuelles (figure 4).

Figure 4

Distribution des citations relevées en fonction du type d'énoncé*



(N TED = 419; N DI = 252)

*Une citation peut se retrouver dans plus d'une catégorie

Afin de respecter le cadre conceptuel ainsi que la méthodologie choisie, une grille d'analyse a été développée en faisant la distinction entre les clientèles DI et TED; ladite grille a permis d'identifier pour chacune de ces clientèles les interventions ciblant les personnes, les proches et les milieux. Les résultats présentés ci-après sont donc répartis en fonction de ces paramètres.

L'INTERVENTION ET LES TED

Cadigan et Estrem (2006-2007) soutiennent que l'élaboration d'un diagnostic doit se baser sur des instruments qui tiennent compte des observations effectuées par tous les acteurs en lien avec la personne TED (ses parents, les spécialistes, les éducateurs) dans plusieurs situations différentes, tels son milieu de vie, son lieu de travail, etc., en plus d'être complétées par une certaine connaissance de l'histoire développementale de l'enfant. La collecte d'informations peut en ce sens prendre la forme d'entretiens menés avec les personnes qui en ont la garde ou qui l'entourent, ce qui justifie l'importance

d'obtenir la collaboration de divers observateurs pour enrichir le diagnostic et le rendre plus cohérent.

Dans le domaine de la petite enfance, la stimulation précoce a démontré son efficacité auprès des enfants présentant un TED. En effet, plusieurs ouvrages mentionnent l'apport positif de la stimulation précoce non seulement à l'égard des facultés d'apprentissage, mais également pour prévenir l'aggravation et l'accumulation des troubles au cours du développement (Cadigan et Estrem, 2006-2007; Matson et Smith, 2008). Il est ainsi prescrit de stimuler les sens des enfants TED et de les éveiller à leur environnement en utilisant du matériel varié afin de solliciter leurs sens tout en les incitant à explorer leur environnement (Motttron, 2007).

O'Neil (2006-2007) mentionne que, dans le milieu de l'intervention avec les personnes TED, deux courants se distinguent : l'approche behavioriste et l'approche médicale (basée sur les psychotropes). Une troisième approche, de nature alternative, est cependant en développement : la *positive behavioral support*. Se référant à Koegel, Koegel et Dunlap (1996), O'Neil (2006-2007) explique que cette

dernière observe principalement l'influence positive exercée par les changements de comportement sur les relations de la personne TED avec son entourage lorsque celle-ci reçoit le support nécessaire (O'Neil, 2006-2007).

Pour l'enfant d'âge scolaire, les intervenants doivent collaborer avec les parents afin d'effectuer un arrimage, trop souvent négligé, entre leurs objectifs et leurs méthodes d'intervention (Cheatham, 2006-2007). Au centre de leurs préoccupations doit se trouver le développement des habiletés scolaires et de communication de l'enfant, celles-ci étant nécessaires pour garantir sa qualité de vie. De plus, les intervenants et les parents ont pour mission d'accompagner l'enfant TED dans sa préparation à la vie adulte en tentant de développer son potentiel au maximum. Les CRDITED peuvent leur fournir à cet effet un certain soutien grâce à des services (ponctuels et limités dans le temps) conçus pour répondre aux besoins spécifiques des personnes TED lors des périodes critiques de leur vie. L'utilisation du plan intégré de continuité (PIC) en milieu scolaire est préférée au plan d'intervention adapté (PIA) puisqu'il encourage l'élève à être actif dans les décisions qui définiront son avenir. Selon Berger (2003), cela a pour effet de rendre l'élève plus optimiste et plus engagé dans la réussite de son insertion sociale. Le *person-centered planning* (PCP), de plus en plus utilisé dans les autres milieux de vie de la personne TED (Grey et Hastings, 2005), favorise lui aussi l'inclusion et la participation sociale tout en améliorant la qualité de vie de la personne TED. De plus, malgré des problèmes d'équité et d'accessibilité sur le plan de la distribution des services, ces deux plans favorisent l'accès aux services communautaires qui répondent aux besoins de la personne TED.

Il convient de souligner qu'en plus des centres de réadaptation, l'OPHQ contribue elle aussi à l'insertion et la participation sociale des personnes TED. En effet, cet organisme joue le rôle de promoteur et de défenseur de leurs droits, en tenant compte des situations particulières de vie dans la communauté (Berger, 2007). Les CRDITED quant à eux jouent un rôle essentiel dans l'établissement de l'offre des services qui visent la participation des personnes TED à long terme et la promotion de leur droit à une qualité de vie égale à celle de tout citoyen

(Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle [FQCRDI], 2005).

Les membres de la famille de la personne TED sont les personnes qui la connaissent le mieux. Ils sont détenteurs d'une expertise profitable à une collaboration avec les différents milieux de vie qu'elle fréquente. Il leur est donc nécessaire de recevoir de l'information et un soutien continu et adapté à leur réalité. Pour répondre à ce besoin, Cheatham (2006-2007) souligne qu'une attention particulière doit être portée aux rapports entretenus avec les familles afin de favoriser un climat positif d'échange et établir une collaboration précieuse dans le but d'enrichir les interventions faites par les intervenants et assurer leur continuité. La présence d'un intervenant pivot qui guide l'enfant et sa famille tout au long des étapes de vie prend alors tout son sens (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2005). Bien que l'enfant et ses besoins restent au cœur des préoccupations de tous, les parents ont aussi des besoins spécifiques, entre autres sur le plan psychosocial. Des services permettant d'alléger les tâches domestiques peuvent prévenir l'épuisement des familles qui sont trop souvent débordées tout en réduisant les coûts sociaux qu'elles peuvent engendrer (Autisme et troubles envahissants du développement Montréal [ATEDM], 2007).

Les partenaires et les différents services partagent un même but : subvenir aux besoins de la personne présentant un TED. Malgré cela, force est de constater que le milieu de la réadaptation arrive difficilement à effectuer un arrimage entre eux (CSSS de La Petite-Patrie et Villeray, 2005). Villeneuve (2006) mentionne que :

l'exercice de l'interdisciplinarité réside dans le respect et la reconnaissance des compétences et du champ d'exercice de chaque profession concernée. Elle repose bien sûr sur l'ouverture de chaque professionnel, mais également sur la volonté et les pratiques des organisations qui doivent mettre en place des mécanismes en facilitant l'exercice (p. 2).

Il est donc possible d'envisager le manque d'arrimage entre les différents milieux d'intervention comme la conséquence d'une rigidité ou d'un

manque d'effort de la part des intervenants. Pourtant, les avantages que procurent ces échanges entre les partenaires sont nombreux. Parmi ceux-ci, notons une plus grande cohésion ainsi qu'une continuité entre les services, ce qui augmenterait la qualité des services offerts à la personne TED ainsi qu'à sa famille.

Pour la réussite de l'intégration des personnes TED, le MSSS encourage, au moyen d'investissements monétaires, la formation des intervenants issus des organismes publics. Cependant, plusieurs lacunes sont relevées à ce niveau, ce qui mine la qualité des services offerts (Berger, 2007; ATEDM, 2007; CSSS de La Petite-Patrie et Villeray, 2005). L'organisme Autisme et troubles envahissants du développement Montréal (ATEDM) (2007) fait état des ressources trop souvent mal adaptées aux besoins spécifiques de la clientèle.

L'INTERVENTION ET LA DI

Afin de mieux intervenir auprès de l'enfant, il est souhaitable d'effectuer un diagnostic précoce en plus de tenir compte de certaines conditions pouvant nuire à l'évaluation et ainsi limiter la performance aux tests (Deschênes et Dufour, 2005). Parmi ces conditions pouvant faire entrave aux résultats, mentionnons la langue maternelle, le contexte socioculturel, un trouble sensoriel ou moteur, un trouble de la communication, un problème de comportement ou de santé mentale, etc. De plus, il est nécessaire que le diagnostic précoce soit obtenu à partir des résultats par l'utilisation de différents outils d'évaluation afin de rendre un portrait de la personne DI le plus complet et juste possible.

Pour toute personne intervenant auprès d'un individu ayant une DI ou un TED, une formation est essentielle pour accéder à une compréhension du PIA qui est obligatoire pour l'élève DI, tel que stipulé par la *Loi sur l'instruction publique*. Il est cependant regrettable de constater que le PIA n'est pas systématiquement implanté dans les différents milieux de vie de ce dernier, à l'exception des CRDITED. Toutefois, « sa mise en place et son utilisation dépendent principalement des ressources disponibles » (MSSS, 2006, p. 15).

Permettre aux personnes DI de « participer à part entière à un projet de société qui fait appel à la solidarité et à l'engagement de tous » (FQCRDI, 2005, p.7) passe par des mesures d'aide adaptées; celles-ci doivent être rendues disponibles dans les différents milieux fréquentés par la personne DI. C'est en ce sens que les CRDITED offrent des services à l'entourage des personnes et dispensent également des mesures de soutien afin de créer des milieux de vie adaptés à leurs besoins et à leurs intérêts, tout en favorisant le développement de leur réseau social et en mettant à profit un partenariat entre les différents milieux.

L'entrée dans l'âge adulte apporte d'autres changements dans l'intervention auprès de la personne DI. En effet, les intervenants doivent travailler de concert avec elle afin de développer son potentiel et son autonomie. Les parents, quant à eux, doivent être préparés au départ de leur enfant afin de faciliter la transition (Proulx, Dumais, Caillouette et Vaillancourt, 2006). Cette préparation peut s'effectuer au moyen de l'information acheminée par les intervenants, les organismes ainsi que les regroupements de parents. De plus, l'atteinte du marché du travail est souhaitable pour la personne DI afin de la faire cheminer vers son insertion sociale tout en valorisant ses rôles sociaux; en ce sens, tous les intervenants doivent la soutenir lors de cette transition. Aussi au moment de sa retraite, une plus grande attention doit être accordée à la personne âgée vivant avec une DI (Richard et Maltais, 2007).

Par ailleurs, les personnes DI possèdent des droits spécifiques et inaliénables qui doivent être protégés afin de répondre à leurs besoins. Il est donc nécessaire, à tout âge, de les exercer, si besoin est, afin de prévenir toutes formes d'abus. Pour ce faire, plusieurs organismes offrent de la formation aux différents acteurs engagés dans des services à la personne DI et à son entourage (OPHQ, 2006).

Dans plusieurs régions québécoises, des ententes de collaboration entre les différents établissements fréquentés par la personne DI ont cours. Bien qu'il ne soit pas toujours évident d'atteindre une vision commune dans ce type de collaboration, différents acteurs adhèrent néanmoins à cette entente et en reconnaissent les avantages. Afin d'augmenter la qualité, l'efficacité et la rapidité d'organisation dans l'offre des soins et des services, il est nécessaire que

les organismes concernés dépassent les zones grises existant dans le partage des responsabilités, en définissant les rôles de chacun et en coordonnant leurs services. Il ressort de ces différents documents que tous les intervenants se sentent responsables de l'innovation en matière d'intervention; ils en souhaitent, au sein de leur communauté, une plus grande reconnaissance de cet aspect spécial de leur service aux personnes DI ou TED.

CONCLUSION

Depuis quelques décennies, les interventions ainsi que les services offerts à la clientèle DI/TED ont augmenté, la formation se fait de plus en plus présente et la mentalité des acteurs et de la société dans son ensemble semble aussi évoluer. Les intervenants innovent dans leur pratique en tentant d'en améliorer la qualité. En s'inspirant du modèle

écossystémique de Bronfenbrenner (1986), une recension d'écrits a permis d'analyser les cibles décrites ci-haut et d'identifier des pratiques déclarées « innovantes » dans différents milieux d'intervention auprès de la personne présentant une DI ou un TED. Comme le domaine de la DI est largement sous-représenté dans différentes catégories écrites à caractère sérieux, il serait urgent que les intervenants de tous les milieux développent une culture de publication de leurs actes professionnels, de diffusion de leurs savoirs et savoirs-faire, ainsi que d'explicitation des conditions particulières dans lesquelles leurs pratiques ont été perçues comme innovantes. Une telle orientation centrée sur les stratégies de diffusion pourrait avoir comme avantages d'enrichir les pratiques collectives et de susciter de nouvelles formes de partenariats, afin de mieux répondre aux besoins toujours évolutifs de la clientèle DI/TED en matière d'intégration et de participation sociale.

INNOVATION AND PRACTICES IN INTELLECTUAL DISABILITY AND PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS' INTERVENTION : A REVIEW OF THE LITERATURE

The evolution of the intervention practices for users living with intellectual disability or pervasive developmental disorders is characterized by the reorganization of services, the identification of ways to improve the quality of help and address users specific needs, as well as the research of points of reference, both adaptation and innovation. In order to illustrate the professional intervention practices considered as innovative, a research has been conducted based on the integrative review methodology of works produced between 1995 and 2008. The results show the importance of preoccupations associated with the pervasive developmental disorders field, while the intellectual disability field stays generally underrepresented. These results bring numerous questions about the nature of the factors that determine the recognition of innovative practices in the fieldwork.

BIBLIOGRAPHIE

ABRIC, J. C. (1994). Les représentations sociales: aspects théoriques. In J.C. Abric (dir.), *Pratiques sociales et représentations* (p. 1-23). Paris : Presses Universitaires de France.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. (2005). *Le continuum d'intervention « déficience intellectuelle et troubles envahissants du*

développement ». Québec : Gouvernement du Québec.

ANDREWS, J., LUPART, J. (2000). *Inclusive Classroom: Educating Exceptional Children*. Scarborough : Nelson.

AUTISME ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT MONTRÉAL. (2007). *À part... égale. Avis dans le cadre de la consultation en vue de l'élaboration d'une*

proposition de politique pour accroître la participation sociale des personnes handicapées. Montréal : ATEDM.

- BERGER, P. (2003) *La transition de l'école à la vie active. Rapport du comité de travail sur l'implantation d'une pratique de la planification de la transition au Québec.* Québec : Office des personnes handicapées.
- BERGER, P. (2007). Les services aux enfants ayant un TED âgés de 5 à 12 ans. *TED sans frontière*, 1(1), 31-33.
- BROFENBRENNER, U. (1979) *The Ecology of Human Development*, Cambridge : Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1986) Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-42.
- CADIGAN, K., ESTREM, T. (2006-2007). Identification and assessment of autism spectrum disorder. *Impact*, 19(3), 4-5.
- CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA PETITE-PATRIE ET VILLERAY. (2005). *Projet d'organisation clinique. Phase 1.* Montréal : CSSS de La Petite-Patrie et Villeray.
- CHEATHAM, G. A. (2006-2007). Providing culturally and linguistically appropriate services for students with ASD. *Impact*, 19(3), 10-11.
- De GRANDMONT, N. (2004). Acceptation de la différence dans la société. Perspective historique et éléments réflexifs. In N.C. Rousseau et S. Bélanger (dir.), *La pédagogie de l'inclusion scolaire* (p. 5-20). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- DESCHÊNES, A., DUFOUR, C. (2005). L'évaluation de la déficience intellectuelle, c'est bien plus qu'un test d'intelligence. *Psychologie Québec*, janvier, 37-39.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE. (2005). *Offre de services. Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement... 40 ans de présence.* Montréal : Fédération québécoise des CRDI.
- GREY, I. M., HASTINGS, R. P. (2005). Evidence-based practices in intellectual disability and behaviour disorders. *Current opinion in psychiatry*, 18, 469-475.
- KALUBI, J.-C. (2008). Construire des «relations positives» pour réussir un partenariat famille-école-association : Préface. In G. Pithon, C. Asdhi et S. J. Larivée (dir). *Le partenariat familles-associations-écoles-universités.* Bruxelles : De Boeck.
- KALUBI, J.-C., BEAUREGARD, F., HOUDE, S. (2008). *Pratiques d'intervention et pratiques novatrices en déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Recension d'écrits.* Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- KOEGEL, L. K., KOEGEL, R. L., DUNLAP, G. (1996). *Positive behavioral support: Including people with difficult behavior in the community.* Baltimore : Paul H. Brookes.
- LAMARRE, J. (1998). *Vers une meilleure participation sociale des personnes qui présentent une déficience intellectuelle. Une étude sur les implantations des orientations ministérielles de 1988 en matière de déficience intellectuelle.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- MATSON, J. L., SMITH, K. R. M. (2008). Current status of intensive behavioral interventions for young children with autism and PDD-NOS. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 2, 60-74.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (1988). *Orientations ministérielles en matière de déficience intellectuelle*. Québec : Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2006). *Les services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches. Bilan de la mise en œuvre 2004-2005 du plan d'action*. Québec : Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES EN RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX. (2006). *Cadre de référence nationale pour la conclusion d'ententes de services entre les centres de santé et de services sociaux et les centres de réadaptation en déficience intellectuelle*. Québec : Gouvernement du Québec.
- MOTTRON, L. (2007). Une autre intelligence. *TED sans frontière*, 1(1), 10-13.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES. (1984). *À part...égale. L'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous*. Québec : Gouvernement du Québec.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES. (2006). *Prendre part...Module formation et information*. Québec : Gouvernement du Québec. Document téléaccessible à l'adresse : <<http://www.ophq.gouv.qc.ca/activites/formation/>>.
- OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES. (2007). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*. Document téléaccessible à l'adresse : <<http://www.ophq.gouv.qc.ca/apartentiere/>>.
- O'NEIL, R. (2006-2007). Supporting children and youth with ASD who exhibit challenging behavior. *Impact*, 19(3), 26-27, 30.
- PROULX, J., DUMAIS, L., CAILLOUETTE, J., VAILLANCOURT, Y. (2006). *Les services aux personnes ayant des incapacités au Québec : Rôle des acteurs et dynamiques régionales*. Montréal : Université du Québec à Montréal.
- RICHARD, M-C., MALTAIS, D. (2007). *Le vieillissement des personnes présentant une déficience intellectuelle : bref rapport*. Montréal : Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS)/UQAM.
- SMYTH, R. L. (2002). Systematic reviews: What are they and how can they be used? In J.V. Craig et R.L. Smyth (dir.), *Evidence-Based Practice for Nurses* (p. 164-183). London : Churchill-Livingston.
- VILLENEUVE, C. (2006). Relever le défi de la complexité : allier compétences, collaboration et complémentarité. En pratique. *Exercice professionnel de l'orientation*, 5, 2.
- WOLFENBERGER, W. (1972). *Normalization : The principle of normalization in human services*. Toronto : National Institute on Mental Retardation.
- WOLFENBERGER, W. (1983). Social Role valorization. A proposal new term for the principle of normalization. *Mental Retardation*, 21, 234-239.