

IMPACTS DE L'INTERVENTION COMPORTEMENTALE INTENSIVE EN CONTEXTE D'INCLUSION

Claude L. Normand, André C. Moreau, Julie Ruel et Sophie Bergeron

L'objectif de cette recherche vise à décrire les résultats d'un programme d'intervention comportementale intensive (ICI) en contexte d'inclusion sur le développement de l'enfant, sur sa participation sociale et celle de sa famille. Un échantillon de huit enfants entre 3 et 6 ans diagnostiqués TED a participé au programme sur des périodes variant entre 6 et 24 mois. Des mesures de développement et des indices de participation sociale ont été analysés. Les résultats suggèrent entre autres que la variation du développement est davantage en lien avec les caractéristiques de l'enfant avant l'entrée dans le programme que la durée de l'intervention. Également, la description de la participation sociale des enfants et de leurs parents permet de dégager les retombées d'un tel programme.

Depuis 2003, les Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) du Québec ont comme mandat, entre autres, d'offrir des services de réadaptation pour la clientèle qui présente un trouble envahissant du développement (TED). Au cœur des interventions pour cette clientèle se trouve un programme d'intervention comportementale intensive (ICI) qui se doit d'être offert aux enfants de 0-6 ans, à raison de 20 heures par semaine. Tous les CRDI du Québec offrent, selon différents modèles d'organisation de services, ce programme aux enfants de 0 à 6 ans qui présentent un TED. Le Pavillon du Parc, CRDI de la région de l'Outaouais, a fait le choix organisationnel et clinique d'offrir ce programme en contexte éducatif inclusif, soit en service de garde.

Le but de cet article consiste à décrire succinctement le programme ICI tel que déployé dans ce centre de réadaptation et de présenter les premiers résultats d'une recherche qui vise à mesurer les impacts du programme ICI sur les enfants TED ayant participé au programme en contexte d'inclusion. Ensuite, nous relevons certaines limites de l'étude et quelques-unes des questions de recherche à poursuivre dans le futur.

Les enfants avec un TED présentent des caractéristiques particulières dans leur développement sur les plans cognitif, social, affectif, intellectuel, sensoriel et en matière d'acquisition du langage. Ainsi, les enfants ayant un TED sont caractérisés par des déficits dans leurs interactions sociales, leur communication verbale et non verbale ainsi que par leurs intérêts et comportements à caractère restreint, stéréotypé et répétitif. Ces enfants sont reconnus pour leurs difficultés à s'adapter aux changements dans leur environnement et leurs routines (Lord, Risi, Lambrecht, Cook, Leventhal, DiLavore et al., 2000). L'intervention précoce devient une stratégie pour maximiser le développement de ces enfants et augmenter leurs chances d'intégration sociale et scolaire à plus long

Claude L. Normand, Université du Québec en Outaouais, Département des sciences de l'éducation, claudenormand@uqo.ca; André C. Moreau, Université du Québec en Outaouais, Département des sciences de l'éducation, andre.moreau@uqo.ca, Site Internet : w3.uqo.ca/moreau; Julie Ruel, Pavillon du Parc, julie_ruel@ssss.gouv.qc.ca; Sophie Bergeron, Pavillon du Parc, sophie_bergeron@ssss.gouv.qc.ca.

terme. Les enfants qui reçoivent des services avant l'entrée à l'école sont déjà mieux préparés (Wittmer, Doll et Strain, 1996). Cependant, des questionnements persistent sur l'approche à privilégier afin de maximiser le développement de l'enfant. Quelle modalité de service est la plus efficace?

Plusieurs recensions des écrits ont traité des études s'intéressant aux effets des programmes d'intervention précoce auprès de cette clientèle (voir Charman et Howlin, 2003; Corsello, 2005; Goldstein, 2002; Rogers, 1996). Sur la base de ces recensions, 59 études sont répertoriées, qui couvrent presque autant de programmes d'intervention différents. Tous les auteurs précités en viennent à la même conclusion : il n'y a pas, à l'heure actuelle, d'évidence qu'il existe un traitement bien établi et efficace pour les TED. Les conclusions de Lovaas (1987) selon lesquelles 47% de son échantillon ne démontraient plus de symptômes d'autisme et entraient à l'école régulière sans soutien particulier à la suite d'un traitement de stimulation intensive à raison de 40 heures ou plus par semaine, pendant 2 ans ou plus, ne respecte pas les critères de rigueur scientifique auxquels on pourrait s'attendre pour justifier de telles conclusions (Goldstein, 2002). D'ailleurs, aucune autre étude n'a pu reproduire ces résultats.

Les études les plus rigoureuses au plan scientifique suggèrent que des progrès peuvent être faits, et que le rythme de développement peut s'accélérer, à la suite d'une intervention comportementale, de la petite enfance à l'adolescence. Mais on ne sait toujours pas pendant combien de temps, avec quelle intensité, quels types de services ou traitements, ni

pour quels enfants (bon jumelage des caractéristiques des interventions avec les caractéristiques des enfants) seront les plus efficaces pour quels effets (développement du langage, des habiletés sociales, des habiletés cognitives, etc.) Aussi, parmi les recherches répertoriées, aucune ne témoigne de l'utilisation d'un modèle d'intervention s'apparentant à celui du Pavillon du Parc.

Le choix du Pavillon du Parc d'assurer les vingt heures en service de garde offre donc un contexte particulier d'intervention qu'il est intéressant d'étudier. Est-il possible de valider la pertinence de ce programme? Est-ce que le programme ICI favorise le développement de l'enfant?

MÉTHODOLOGIE

Devis et échantillon

L'étude des impacts de l'ICI se fait par l'administration, par les intervenantes du Pavillon du Parc, de mesures à l'entrée (pré-test) et à la sortie du programme (post-test), sur tous les enfants inscrits à ce service. Les analyses présentées sont donc faites par les chercheurs universitaires à partir de données secondaires où les participants ne peuvent être identifiés.

Des dix-neuf enfants ayant complété le programme ICI du Pavillon du Parc, des données complètes d'évaluation sont disponibles pour huit sujets. Le tableau 1 présente les caractéristiques de ces participants. L'âge moyen à l'entrée dans le programme était d'un peu plus de quatre ans (51 mois) et tous étaient de sexe masculin.

Tableau 1

Caractéristiques de l'échantillon

Participants	Âge à l'entrée	Sexe	Diagnostic	Présence d'une DI	Services reçus*
S1	48,4	M	Autisme	Oui	A/B/C/D
S2	48,9	M	TED	Oui	A/B/C
S3	55,0	M	TED	Oui	A/B/C
S4	43,7	M	Autisme	Non évaluée	A/B
S5	55,7	M	Autisme	Non	A/B/C
S6	55,9	M	Autisme	Non	A/B/C

S7	56,6	M	Autisme	Non	A/B/C/D
S8	48,9	M	Autisme	Non	A/B/C/D

* Services reçus : A= psychoéducation; B= orthophonie; C= psychologie; D= ergothérapie

Instruments de mesure

Le niveau de développement de l'enfant a été mesuré avec le Profil psycho-éducatif révisé (PEP-R) (Schopler et Reichler, 1994), administré au début et à la fin du programme ICI. Cet outil comporte sept échelles développementales (imitation, perception, motricité fine, motricité globale, coordination oculo-manuelle, performances cognitives et cognitions verbales), et quatre échelles comportementales (relations et affects, jeu et matériel, réponses sensorielles et langage). Par ailleurs, la présence d'une déficience intellectuelle a été mesurée par une psychologue du CRDI à l'aide du Leiter-R (Roid et Miller, 1997) et du WPPSI-III (Wechsler, 2002).

Description du programme

Grâce à une entente de collaboration et d'achat de service avec l'Association des centres de la petite enfance de l'Outaouais (ACPEO), une accompagnatrice, formée en service de garde à la petite enfance, est embauchée par le CPE, à raison de 20 heures par semaine. Elle intervient directement dans le groupe auprès de l'enfant. Elle est soutenue et formée par une psychoéducatrice du CRDI. L'enfant peut en outre recevoir les services additionnels d'orthophonie, ergothérapie, et psychologie au besoin. Une fois par semaine, la psychoéducatrice du Pavillon du Parc se rend dans le service de garde afin d'évaluer et d'ajuster la programmation de l'enfant, au regard de son évolution. En outre, la psychoéducatrice fournit aux milieux d'accueil (services de garde) un soutien en formation du personnel et un suivi en évaluation et en programmation pour chacun des enfants participants. Les parents sont aussi impliqués dans la gestion des services éducatifs de leur enfant et un soutien éducatif à la maison leur est offert.

Les objectifs visés par la mise en place du programme ICI en service de garde sont de favoriser le développement et l'adaptation de l'enfant, de viser l'intégration sociale de l'enfant, de poursuivre la généralisation des acquis dans divers milieux et enfin, de préparer l'enfant à l'entrée scolaire. Les outils d'intervention employés à ces fins sont variés. Entre autres, ils comprennent des interventions

individualisées structurées, inspirées du programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) de Schopler (Hodgdon, 2002; 2001; Schopler, 1997; Schopler, Reichler et Kensing, 1988), de même que de l'analyse appliquée du comportement (Leaf, McEachin et Harsh, 1999; Lovaas, 2003; Maurice, Green et Luce, 1996; McGahan, 2001). À ceci s'ajoute le système de communication par échange d'images (Frost et Bondy, 1994; Sussman, 2004), de même que l'intégration sensorielle (Ayres, 1972) et l'enseignement de scénarios sociaux ou histoires sociales (Gray, 2000; Gutstein et Sheely, 2005; Reese et Challenner, 2003).

RÉSULTATS

Âge de développement

À l'entrée dans le programme, les sujets avaient tous un âge de développement nettement inférieur à leur âge chronologique. En effet, l'âge de développement moyen à l'entrée dans le programme était de 22,75 mois, alors que l'âge chronologique moyen était de 51 mois. À la fin du programme, l'âge de développement avait augmenté pour chacun des sujets, l'âge de développement moyen se situant alors à 34,13 mois. Cependant, il est important de noter que, bien que les enfants aient tous reçu en moyenne 20 heures par semaine d'ICI, ils n'ont pas participé au programme pendant la même durée. C'est pourquoi les scores individuels sont présentés au tableau 2. On remarque des progrès très variables d'un sujet à l'autre. Les quatre sujets (S1 à S4) qui ont fait le moins de gains ont trois caractéristiques en commun, qui les distinguent des quatre autres (S5 à S8). Ils ont débuté le programme avec un âge de développement moindre (moyenne de 14,75 vs 30,75 mois), ils ont participé au programme moins longtemps (moyenne de 7,25 contre 15,25 mois) et trois d'entre eux présentaient une déficience intellectuelle (DI) en plus du diagnostic de TED. La présence d'une DI n'a pas été évaluée chez le quatrième sujet, mais on peut la soupçonner. Les sujets 5 à 8 n'ont pas de double diagnostic.

Tableau 2

Comparaison de l'âge de développement au début et à la fin du programme

Participants	Âge chronologique au début (en mois)	Âge de développement au début (en mois)	Âge de développement à la fin (en mois)	Gains en mois	Nombre de mois dans le programme	Ratio
Sujets avec une DI						
S1	48,4	14	20	6	8	0,75
S2	48,9	14	16	2	7	0,29
S3	55,0	12	16	4	4	1,00
S4	43,7	19	26	7	10	0,70
Moyennes	49,0	14,75	19,5	4,75	7,25	0,69
Sujets sans DI						
S5	55,7	48	67	19	23	0,83
S6	55,9	29	48	19	9	2,11
S7	56,6	25	44	19	19	1,00
S8	48,9	21	36	15	10	1,50
Moyennes	54,28	30,75	48,75	18	15,25	1,36

Le sujet qui a fait le moins de progrès a évolué de 2 mois en âge de développement sur une période de 7 mois en ICI. En contrepartie, les sujets qui ne présentaient pas de DI ont fait des gains en âge de développement équivalents ou supérieurs au nombre de mois auxquels ils participaient à l'ICI, le plus spectaculaire étant un enfant qui a fait un gain de 19 mois en 9 mois d'ICI. À la fin du programme, les sujets avec une DI entraient à l'école avec un âge de développement moyen de 19,5 mois, alors que les sujets sans DI avaient rattrapé une bonne partie de leur retard et affichaient un âge de développement moyen de 48,75 mois au moment de faire la transition vers la maternelle.

Sous-échelles développementales

La grandeur de l'échantillon et la variabilité de la durée de participation dans le programme ne nous permettent pas de distinguer de différences significatives ou de tendances claires dans les

résultats aux sous-échelles développementales du PEP-R.

Sous-échelles comportementales

Parmi les résultats aux sous-échelles comportementales¹ du PEP-R (Schopler et Reichler, 1994), ceux à l'échelle de langage méritent une attention particulière (voir tableau 3). Les scores les plus élevés démontrant une meilleure utilisation sociale du langage, ce sont les enfants ayant un TED sans DI qui ont fait le plus de progrès, même en tenant compte de la durée de leur participation au programme. Inversement, la sous-échelle qui mesure l'utilisation du jeu et du matériel affiche des gains plus marqués chez les sujets qui présentent aussi une DI, malgré une présence moins longue dans le programme.

¹ Les scores pour le sujet 4 ne sont pas disponibles à ces sous-échelles.

Tableau 3**Résultats aux sous-échelles comportementales du PEP-R**

Participants	Score brut* au Langage au début	Score brut Langage à la fin	Gains/Mois en ICI	Score brut Jeu et matériel au début	Score brut Jeu et matériel à la fin	Gains/Mois en ICI
Sujets avec une DI						
S1	16	4	-1,5	9	18	1,13
S2	0	2	0,29	10	14	0,57
S3	14	14	0	12	21	2,25
Moyennes	15	6,66	-0,40	10,33	17,66	1,32
Sujets sans DI						
S5	26	26	0	24	24	0
S6	20	25	0,13	17	20	0,33
S7	16	22	0,32	19	21	0,11
S8	19	26	0,70	12	16	0,40
Moyennes	20,25	24,75	0,29	18	20,25	0,21

* Le score brut correspond au nombre d'items de la sous-échelle, pondérés selon que ces comportements sont adaptés pour l'âge du sujet (X3); légèrement inhabituel (X2) ou sévèrement déviants ou bizarres (X1).

DISCUSSION

En résumé, à l'heure actuelle, sur la base de cet échantillon, des progrès sont observés dans le développement de tous les enfants qui ont participé au programme ICI. Aucun enfant n'a régressé dans son développement global tel qu'évalué par le PEP-R. Cependant, le rythme de développement varie grandement d'un individu à l'autre. Selon nos données, la variation dans le rythme de développement semble associée à deux variables. D'une part, la durée totale de l'intervention (et non son intensité qui ne variait pas d'un individu à l'autre) semble prédire l'ampleur des gains, les sujets ayant profité du programme plus longtemps ayant fait le plus de progrès. Il faudrait vérifier quelles sont les caractéristiques qui distinguent les enfants qui ont profité moins longtemps du programme.

L'autre variable qui semble expliquer les écarts dans les gains de développement est la présence d'une

déficience intellectuelle, associée au diagnostic de TED. Il n'est pas surprenant de constater que les enfants sans DI sont plus susceptibles de bénéficier de l'intervention comportementale intensive. Par contre, ceci pourrait indiquer qu'il y a lieu de varier l'intensité du programme selon la présence ou non de DI, les enfants avec une DI nécessitant peut-être une intervention plus intensive dans certains domaines.

L'adaptation du curriculum aux besoins de l'enfant pourrait justement expliquer les progrès plus importants au niveau du jeu et de l'utilisation du matériel chez les enfants qui ont débuté avec un âge développemental inférieur et avec un double diagnostic de DI-TED. Le jeu étant plus concret, il peut servir de levier ou de porte d'entrée à la socialisation et au langage. Pour ces enfants, cet aspect du comportement (i.e. comment jouer et comment utiliser le matériel de façon adaptée) a peut-être été plus travaillé, alors que le langage était une priorité pour les enfants plus avancés dans leur

développement et ayant des habiletés cognitives supérieures à l'entrée dans le programme, d'où leurs gains plus grands à cette sous-échelle.

Limites de l'étude

Bien que cette recherche regroupe en fait huit sujets (études de cas), une des limites est liée à la portée des résultats qui doivent se restreindre à ces sujets. Une deuxième limite est reliée au devis de recherche à deux temps, avant et après sans groupe témoin. En fait, ce protocole assure une forte validité interne des variables liées au contexte d'intervention et l'effet sur le développement (variable mesurée). Toutefois, il ne permet pas de contrôler diverses variables dont la maturité et les autres effets externes liés à l'environnement qui peuvent être contrôlés par d'autres devis dont celui avec un groupe contrôlé.

Succinctement, cette étude nous suggère l'importance de vérifier si les différences des résultats observés entre les deux types d'enfants ayant un diagnostic TED avec ou sans DI demeurent, ou si elles étaient l'effet du hasard. Maintenant, d'autres devis de recherche doivent être utilisés dans les études futures avec un groupe de comparaison, soit d'enfants avec un diagnostic TED qui ne participeraient pas au programme ICI, soit d'enfants qui bénéficieraient du programme ICI à divers degrés d'intensité (par exemple, 5 vs 20 vs 40 heures par semaine), ou dans des contextes différents (par exemple, en milieu de garde vs à domicile).

Une autre limite est l'emploi d'un seul instrument de mesure, le PEP-R, pour évaluer le développement des enfants. Il aurait été intéressant, par exemple, d'obtenir une mesure des comportements adaptatifs et de la généralisation des acquis dans divers contextes. Enfin, l'abondance et la diversité des interventions au sein même du programme ICI permettent difficilement d'isoler quels éléments sont les plus déterminants pour le bon développement de l'enfant, et pour quels enfants.

Une dernière limite de l'étude à souligner est qu'elle mesure uniquement l'effet du programme sur le développement des enfants. D'autres recherches doivent être réalisées afin d'évaluer les différents impacts de ce type de programme inclusif ICI, entre autres, concernant l'impact sur l'écologie de l'enfant et sa famille (attitude, perception, rôle parental,

relations sociales, participation sociale et travail) et l'impact éducatif sur les services de garde qui accueillent l'enfant.

Perspective future

Au cours de cette étude, il nous a été donné d'observer différents effets inattendus et bénéfiques non considérés par nos instruments de mesure. Ces observations sont dignes d'être mentionnées parce qu'elles suggèrent plusieurs pistes de recherche à réaliser dans le futur. À titre d'illustration, le contexte d'intervention en milieu éducatif de l'enfant (service de garde) a permis d'observer des attitudes positives à l'égard de l'enfant ayant un TED, tant chez les pairs que chez le personnel des services de garde. Également, les intervenants de ces services de garde ont exprimé leur intérêt à intervenir auprès de cette clientèle et ils ont demandé de répéter l'expérience de sorte que ces milieux sont connus de la communauté pour accueillir les enfants avec des besoins spéciaux. Ce programme a permis de respecter l'écologie des milieux, relations entre l'enfant et ses milieux naturels, sinon de préserver et de soutenir les rapports entre l'enfant, ses parents et ses milieux éducatifs.

Dans ce sens, alors que les résultats de l'*Enquête sur la participation et la limitation d'activités* (EPLA) de Statistique Canada (2003) indiquent que les enfants qui présentent des incapacités sont limités dans leurs activités de loisirs et leur accès à la garderie, le programme ICI inclusif développé au Pavillon du Parc met en place des conditions pour soutenir les milieux de garde, favoriser le développement de l'expertise dans les milieux éducatifs (services de garde) et promouvoir l'ouverture face à la clientèle TED. La participation au programme ICI signifie donc la fréquentation, comme la majorité des enfants québécois sans incapacités, d'un milieu de garde. Par conséquent, l'accueil de l'enfant permet aux deux parents de se positionner sur le marché du travail. Ceci nous offre la possibilité de mesurer un autre impact de l'ICI en milieu de garde sur l'enfant et ses parents : celui de leur participation sociale.

Notre hypothèse est que l'enfant qui reçoit 20 heures/semaine d'accompagnement en contexte inclusif et profite concurremment du programme ICI augmente sa participation sociale non seulement par sa présence dans un groupe de pairs plusieurs heures

par semaine, mais de plus, développe de nouvelles habiletés lui permettant d'avoir accès à diverses activités sociales, sportives ou culturelles. En janvier 2008, le CRDI a donc ajouté à la collecte de données pré et post-ICI un questionnaire visant à mesurer la fréquentation de milieux normatifs par les enfants d'âge préscolaire, et quelques effets des incapacités liées au diagnostic de TED de ces enfants sur les parents. Ce questionnaire est inspiré de *l'Enquête sur la participation et la limitation d'activités* effectuée par Statistique Canada en 2001. Les questions portent sur le type et le nombre d'heures de fréquentation d'un milieu de garde par l'enfant, l'étendue de sa participation à des activités de loisirs (sociaux, sportifs ou culturels) et les raisons qui auraient pu limiter sa participation à de telles activités. Enfin, les parents précisent si la condition de leur enfant a eu un impact sur leur participation active en milieu de travail, leur participation à des loisirs, et le degré de fréquentation d'amis et de proches.

CONCLUSION

Cette recherche visait à préciser l'impact d'un programme ICI en contexte éducatif inclusif (programme intégré en service de garde) sur le développement d'enfants ayant un diagnostic TED avec ou sans DI. L'un des principaux résultats suggère que tous les sujets réalisent des gains dans

leur développement et que les différences des résultats entre les sujets semblent être davantage liées au type de diagnostic qu'aux autres variables. Les sujets ayant un diagnostic TED associé à une DI obtiennent des résultats inférieurs. Cette recherche a permis également de valider un programme ICI en contexte éducatif inclusif dont les principaux paramètres de réussite sont connus : entre autres, assurer un nombre minimal de 20 heures/semaine de stimulation, avoir une entente formelle de partenariat entre les services rééducatifs et les services de garde, fournir aux milieux d'accueil (services de garde) un soutien en formation du personnel et un suivi en évaluation et en programmation pour chacun des enfants participants, impliquer les parents dans la gestion des services éducatifs de leur enfant et leur offrir un soutien éducatif à la maison.

Cette étude a également permis d'observer des impacts non mesurés par de projet de recherche qui méritent d'être soulignés. D'autres études doivent être réalisées afin de mieux connaître les impacts de ce type de programme ICI inclusif au niveau de l'enfant au regard de sa participation sociale, au niveau des parents et de la famille, au niveau des milieux éducatifs qui accueillent les pairs, les intervenantes et les gestionnaires de ces services. Le Pavillon du Parc et les chercheurs de l'UQO poursuivent leur collaboration en ce sens.

EARLY INTERVENTION IN DAYCARE SETTINGS FOR CHILDREN WITH PERSISTENT DEVELOPMENTAL DISORDERS : IMPACTS ON CHILDREN AND THEIR PARENTS

This study describes outcomes on children with pervasive developmental disorders (PDD) of an intensive early intervention program implemented in a daycare setting. The outcomes measured are children's developmental rate, their social participation as well as their parents' social participation. Our sample consists of eight children between 3 and 6 years of age diagnosed with PDD. They had taken part in the early intervention program for at least 6 months and up to 24 months. Measures of development and social participation were taken before and after the intervention. Results suggest that variations in rates of development are linked to child characteristics before entry, rather than duration of the intervention program. Outcomes on social participation of children and their parents are also discussed.

BIBLIOGRAPHIE

AYRES, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

CHARMAN, T., HOWLIN, P. (2003). Research into early intervention for children with autism and related disorders: methodological and

- design issues. *Autism: The International Journal of Research & Practice*, 7(2), 217.
- CORSELLO, C. M. (2005). Early Intervention in Autism. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Special Care Practices*, 18(2), 74-85.
- FROST, L. A., BONDY, A. S. (1994). *The Picture Exchange Communication System Training Manual*. Cherry Hill, NJ: PECS Inc.
- GOLDSTEIN, H. (2002). Communication Intervention for Children with Autism: A Review of Treatment Efficacy. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 32(5), 373.
- GRAY, C. (2000). *The new social story book, illustrated edition*. Arlington, TX: Future Horizons Inc.
- GUTSTEIN, S. E., SHEELY, R. K. (2005). *Relationship development intervention with young children. Social and emotional development activities for Asperger syndrome, autism, PDD and NLD*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- HODGDON, L. A. (2001). *Visual strategies for improving communication*. Troy, MI: QuirkRoberts Publishing.
- HODGDON, L. A. (2002). *Solving behaviour problems in autism*. Troy, MI: QuirkRoberts Publishing.
- LEAF, R., McEACHIN, J., HARSH, J. D. (1999). *A work in progress: Behavior Management Strategies & A Curriculum for Intensive Behavioral Treatment of Autism*. New York, NY: Drl Books.
- LORD, C., RISI, S., LAMBRECHT, L., COOK, E. H., LEVENTHAL, B. L., DiLAVORE, P. C., et al. (2000). The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 205-233.
- LOVAAS, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.
- LOVAAS, O. I. (2003). *Teaching individuals with developmental delays: Basic intervention techniques*. Austin, TX: Pro-Ed.
- MAURICE, C., GREEN, G., LUCE, S. C. (1996). *Behavioral intervention for young children with autism*. Austin, TX: Pro-Ed.
- McGAHAN, L. (2001). *Interventions comportementales chez les enfants d'âge préscolaire atteints d'autisme*. Ottawa, ON: Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS)
- REESE, P. B., CHALLENGER, N. C. (2003). *Autism and PDD. Expanding social options*. East Moline, IL: LinguiSystems.
- ROGERS, S. J. (1996). Brief Report: Early Intervention in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(2), 243-246.
- ROID, G. H., MILLER, L. J. (1997). *Leiter international performance scale-revised: Examiners' manual*. Wood Dale, IL: Stoelting Co.
- SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., LANSING, M. (1988). *Stratégies éducatives de l'autisme et autres troubles du développement*. Paris: Masson.
- SCHOPLER, E. (1997). Implementation of TEACCH philosophy. Dans D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Dir.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (2 ed., pp. 767-795). New York: John Wiley and Sons.
- SCHOPLER, E., REICHLER, R. J. (1994). *Profil psycho-éducatif (PEP-R): Évaluation et intervention individualisée pour enfants autistes ou présentant des troubles du*

- développement (C. Tréhin, Trad.). Bruxelles: De Boeck.
- STATISTIQUE CANADA (2003). *Les enfants handicapés et leurs familles - Tableaux*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada.
- SUSSMAN, F. (2004). *More than words: Helping parents promote communication and social skills in children with autism spectrum disorder*. Toronto: National Library of Canada.
- WECHSLER, D. (2002). *Wechsler preschool and primary scale of intelligence - Third edition. Canadian manual*. San Antonio, TX: PsychCorp.
- WITTMER, D., DOLL, B., STRAIN, P. (1996). Social and emotional development in early childhood : The identification of competence and disabilities. *Journal of Early Intervention* 20(4), 299-318.