

Les modalités essentielles d'une supervision clinique en contexte d'intervention comportementale intensive

Intensive behavioural intervention and the essential modalities of clinical supervision

C. Florigan Ménard¹
N. Poirier¹

¹ Université du Québec à
Montréal

Résumé

Les résultats présentés dans cet article proviennent de la banque de données d'une recherche exploratoire portant sur le processus de partenariat entre les parents, les éducatrices à la petite enfance et les intervenantes du CRDITED en contexte d'intervention comportementale intensive (ICI) offerte en milieu de garde éducatif auprès d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). L'analyse des données a fait ressortir l'importance des supervisions cliniques à titre de thème émergent et récurrent selon l'expérience des participants. L'objectif de cet article est d'explorer les modalités qui facilitent et qui nuisent à la mise en place et à l'efficacité des supervisions cliniques dans un contexte d'ICI offerte en milieu de garde éducatif auprès d'enfants ayant un TSA. Pour ce faire, 17 parents, 10 éducatrices et 20 intervenantes ont rempli une fiche signalétique et ont été interrogés lors de groupes de discussion ou d'entrevues individuels. Les données recueillies indiquent qu'aucun cadre ne régit le programme d'intervention au Québec et, par conséquent, la supervision clinique. Ainsi, une variabilité est observée quant à la fréquence des rencontres, en plus de souligner la difficulté pour les parents et les éducatrices de se libérer pour pouvoir participer à ces moments de discussion. Ces résultats occasionnent alors une difficulté importante à répondre au but ultime d'une ICI, soit la généralisation des apprentissages dans les milieux de vie de l'enfant. Pour tenter de remédier à cette problématique, des suggestions sont apportées par les participants pour améliorer la mise en place et l'efficacité des supervisions cliniques.

Mots-clés : trouble du spectre de l'autisme, intervention comportementale intensive, supervision clinique, partenariat, généralisation des apprentissages.

Abstract

The results presented in this article are derived from the database of an exploratory study. This research explores partnership between parents, daycare educators and intervention specialists within the context of intensive behavioural intervention (IBI) among children with an autism spectrum disorder (ASD) in a daycare setting.

Correspondance :

Département de psychologie
Université du Québec à Montréal
C.P. 8888, succursale Centre-Ville
Montréal (Québec) H3C 3P8
Tél. : 514 987-4184
christine_fménard@hotmail.com

Data analysis based on participants' experiences has revealed the importance of clinical supervisions. The main objective of this qualitative study is to explore the elements that facilitate and hinder the implementation and the effectiveness of clinical supervision within the context of IBI provided in daycare to children with an ASD. To achieve this goal, 17 parents, 10 daycare educators and 20 intervention specialists completed a socio-demographic questionnaire and participated in a focus group or an individual interview. Results of this study show a lack of regulation regarding the IBI program and its clinical supervision in Quebec. Therefore, partners perception show variability in the frequency of meetings. They also highlight difficulty for parents and daycare educators to engage in these moments of discussion. These results can then have a considerable impact on the generalization of children's achievements, which is the ultimate purpose of IBI. To try to overcome this issue, participants make suggestions to help improve the implementation and the effectiveness of clinical supervisions.

Keywords: Autism spectrum disorder, intensive behavioural intervention, clinical supervision, partnership, generalization of child's achievements.

Introduction

Trouble du spectre de l'autisme

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est une condition neurodéveloppementale qui se caractérise par une altération persistante des habiletés de communication sociale combinée à la présence de comportements stéréotypés et d'intérêts restreints (American Psychiatric Association [APA], 2015). Des études épidémiologiques montrent que le taux de prévalence de ce trouble s'élève à environ un pourcent de la population et est en constante croissance (Agence de la santé publique du Canada, 2018; APA, 2015; Diallo et al., 2018).

Intégration des enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme en milieu de garde éducatif. De nombreuses recherches démontrent que l'intégration des enfants présentant un TSA dans un milieu de garde avec des enfants typiques engendre des effets positifs notamment sur la diminution des comportements inappropriés et sur leur développement social (Levy et al., 2006; Rivard et al., 2014). En 2017-2018, 9 988 enfants québécois présentant un handicap ont pu bénéficier d'une allocation pour faciliter leur intégration en service de garde éducatif et pour obtenir des équipements spécialisés (Gouvernement du Québec, 2019). Par contre, il faut considérer que certains enfants peuvent continuer à avoir des difficultés importantes à bien fonctionner dans ces milieux même si des ressources supplémentaires leur sont offertes. De même, ce ne sont pas tous les milieux de garde qui savent reconnaître les particularités de ces enfants et qui peuvent s'adapter pour répondre aux attentes et aux besoins des familles. Un milieu de garde éducatif québécois n'a aucune obligation légale de les accueillir (Gouvernement du Québec, 2020), même s'il existe une politique gouvernementale en faveur de l'intégration. Si le service de garde accepte d'accueillir un enfant présentant un TSA, il doit se soumettre aux lignes directrices du *Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde* (Gouvernement du Québec, 2001). L'enquête dirigée par Tougas rapporte toutefois que les services de garde éducatifs ne sont pas toujours guidés dans l'intégration d'un enfant avec des besoins particuliers dans leur milieu,

ainsi que dans le choix des moyens qui permettent de favoriser leur intégration et l'actualisation de leur potentiel développemental. De plus, les équipes des milieux de garde éducatifs n'ont pas toujours les ressources pour offrir des services adaptés aux divers besoins de l'enfant et de sa famille, ce qui expliquerait probablement la faible proportion de fréquentation du milieu de garde éducatif par des enfants ayant un handicap (Tougas, 2002).

En 2003, avec la publication du plan d'action gouvernemental *Un geste porteur d'avenir - Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches*, une réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux a eu lieu, amenant la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED) a adopté une offre de services spécialisés permettant à l'enfant ayant un TSA d'intégrer la communauté et de fréquenter des milieux éducatifs ordinaires (Gouvernement du Québec, 2003). Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED¹) avaient alors reçu le mandat d'offrir un programme d'intervention comportementale intensive (ICI) aux enfants de moins de six ans présentant un TSA, leur permettant ainsi de recevoir jusqu'à 20 heures de services de stimulation précoce par semaine et d'être desservis dans leur milieu naturel, au domicile ou en milieu de garde éducatif (Gouvernement du Québec, 2003, 2012). Ces services de réadaptation permettent ainsi d'apporter un soutien important aux éducatrices² à la petite enfance et aux parents, étant donné une dynamique de partenariat qui peut s'établir entre les intervenantes³ du CRDITED et ceux-ci dans un but commun d'intégrer l'enfant, d'actualiser son potentiel développemental et de travailler en complémentarité des objectifs pour répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille (Cantin, 2010; Hohmann et al., 2007; Saint-Pierre, 2004; Twombly, 2001).

Intervention comportementale intensive

Le programme d'ICI, issu principalement des travaux de Lovaas (1973, 1987), est majoritairement employé par les CRDITED du Québec auprès des enfants d'âge préscolaire et présentant un TSA (Dionne et al., 2014; Gouvernement du Québec, 2003, 2012). Ce programme se base sur les principes fondamentaux d'un modèle comportemental de l'apprentissage, soit l'analyse appliquée du comportement (AAC) (angl. *Applied Behavioural Analysis*, ABA). Ce type d'intervention doit être

¹ Dans cet article, l'acronyme CRDITED sera employé pour faire référence à l'appellation utilisée au moment du projet de recherche pour désigner l'établissement du service de réadaptation. Il est toutefois important de savoir qu'une réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux s'est opérée en 2015 pour harmoniser les pratiques et pour assurer une meilleure fluidité des services offerts. Ainsi, les établissements de santé et de services sociaux au cœur d'un réseau territorial de services, dont les CRDITED, ont fusionné en 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et neuf centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

² Le terme éducatrice est employé dans ce texte pour représenter la proportion importante de femmes travaillant en service de garde éducatif et pour alléger le texte.

³ Le terme intervenante est également employé dans ce texte pour représenter la proportion importante de femmes travaillant en CRDITED et pour alléger le texte.

individualisé suivant la séquence typique du développement, tout en considérant les acquis et le rythme d'apprentissage de l'enfant.

À ce jour, l'ICI constitue l'un des programmes d'intervention auprès des enfants présentant un TSA ayant démontré son efficacité (Eikeseth, 2011; Eldevik et al., 2009, 2010; Green, 1996, 2006; Larsson, 2013; Peters-Scheffer et al., 2011; Prior et al., 2011; Reichow, 2012). Les études, généralement réalisées en contexte expérimental, montrent que ce programme permet la diminution des symptômes autistiques, ainsi que l'amélioration du langage, du quotient intellectuel, des compétences socioémotionnelles, des comportements adaptatifs et de la socialisation (Eikeseth et Klintwall, 2014; Eldevik et al., 2009; Howlin et al., 2009; Lovaas, 1987; Makrygianni et Reed, 2010; Peters-Scheffer et al., 2011; Reichow, 2012; Reichow et Volkmar, 2010; Rivard et al., 2014; Virués-Ortega, 2010; Zachor et al., 2007).

Conditions nécessaires pour optimiser l'efficacité de l'intervention comportementale intensive. Selon les recherches de Lovaas (1973, 1987), pour bénéficier pleinement de l'intervention et pour obtenir des résultats optimaux, certaines conditions d'application sont essentielles, telles que la précocité, l'intensité, la durée et l'individualisation du programme d'intervention. En effet, il doit être intensif, c'est-à-dire au moins 40 heures par semaine pour une durée minimale de trois ans, afin d'achever les apprentissages ciblés. D'autres auteurs qualifient l'ICI d'intensive lorsqu'elle est appliquée entre 25 et 40 heures par semaine (Eikeseth, 2011; Makrygianni & Reed, 2010; McGahan, 2001). De façon classique, l'intervention débute par de courtes séances individuelles au domicile de l'enfant et la transition vers des groupes, par exemple, dans des milieux de garde éducatifs, est prévue lorsque l'enfant est jugé prêt à les intégrer pour permettre la généralisation des apprentissages dans tous les milieux de vie de l'enfant, ce qui représente le but ultime d'une ICI (Eikeseth, 2011; Eldevik et al., 2010; Perry et al., 2016). L'effort de généralisation est favorisé par l'implication des parents, mais également par l'équipe d'intervention composée de plusieurs intervenants (Dionne et al., 2014; Eikeseth, 2011; Eldevik et al., 2010; Matson et Konst, 2014) et par le personnel des milieux de garde éducatifs, puisque l'enfant passe plusieurs heures quotidiennement avec ses pairs et l'éducatrice titulaire du groupe. Cette dernière accueille l'enfant présentant un TSA dans son groupe, facilite, du mieux qu'elle peut, son intégration et son fonctionnement au quotidien, l'accompagne dans ses apprentissages, en plus de gérer ses comportements inappropriés. Pour aider les membres de l'équipe d'intervention à appliquer les apprentissages réalisés en ICI dans le quotidien de l'enfant, ceux-ci doivent comprendre le rationnel de ce programme d'intervention et être formés aux diverses méthodes d'intervention et d'application des techniques (Cohen et al., 2006; Hayward et al., 2009; Matson et Konst, 2014; Perry et al., 2008). C'est pour cette raison que des rencontres doivent être fixées pour que les partenaires puissent discuter des besoins de l'enfant et de la famille, réviser les objectifs du plan d'intervention et aborder la façon de mettre en place les outils et d'appliquer les interventions.

Supervision clinique. Le concept de supervision clinique ne semble pas avoir de définition formelle, mais il fait généralement référence, dans le contexte d'une ICI, à un processus qui vise à soutenir l'ensemble des intervenants dans leurs

pratiques et le développement de leurs compétences pour assurer la qualité, la conformité et la continuité des services offerts (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire [CRDITED MCQ-IU], 2013) et à favoriser notamment une responsabilité partagée (National Health Service Lanarkshire, 2010) et l'autonomisation des membres de l'équipe d'intervention. La littérature démontre que des éléments semblent faciliter le processus de supervision, comme la description des rôles et des responsabilités des superviseurs et des personnes de l'équipe d'intervention, la mise en place d'une politique et d'une entente de supervision clinique pour clarifier les attentes et les procédures de supervision, le soutien et le développement des compétences de chacun, ainsi que la création d'une alliance entre les personnes (Carpenter et al., 2012; Livni et al., 2012).

La supervision clinique peut se définir, dans le cadre d'une ICI, par des rencontres lors desquelles l'enfant, ses parents et son intervenante sont présents pour passer en revue les apprentissages, pour revoir le programme d'intervention, pour fixer et réviser des objectifs adaptés aux besoins de l'enfant et de sa famille, pour réviser les procédures afin de réduire les comportements inappropriés, pour introduire et pour démontrer de nouvelles façons d'intervenir ou de nouveaux apprentissages et pour offrir de la rétroaction sur les techniques utilisées (Eikeseth et al., 2002; Eikeseth et al., 2009; Hayward et al., 2009). Ces rencontres se déroulent généralement au domicile de la famille ou sur le lieu d'intervention (Eikeseth et al., 2002; Eikeseth et al., 2009).

Peu de recherches sont publiées sur la supervision clinique et ses modalités en contexte d'ICI. Les données sur la supervision obtenues par l'analyse des dossiers cliniques de 20 enfants d'âge préscolaire dans le cadre d'une étude menée par Eikeseth et ses collaborateurs (2009) ont démontré que l'intensité de la supervision serait positivement corrélée avec les améliorations observées sur le plan du fonctionnement intellectuel chez l'enfant d'âge préscolaire et que la supervision clinique est ainsi une modalité essentielle à l'efficacité de l'intervention. Cependant, la fréquence des supervisions varie considérablement selon l'offre de services et dépend notamment des coûts associés et de la disponibilité des professionnels. Par exemple, deux études rapportent des moments de supervision aux trois mois (Bibby et al., 2002; Magiati et al., 2007), alors que d'autres études notent entre 2,9 et 10 heures de supervision par mois offertes aux enfants. En somme, l'intensité du traitement et de la supervision, la méthode utilisée et le niveau de fonctionnement du jeune avant le début de l'intervention sont des facteurs qui ont un effet sur les résultats observés chez l'enfant. En bref, tous les partenaires devraient être présents aux supervisions afin que les objectifs préconisés soient reliés aux besoins de l'enfant, des parents et du milieu de garde éducatif, que les parents, les éducatrices et les intervenantes participent à ces décisions et qu'ils puissent apprendre et s'approprier la façon adéquate d'intervenir auprès de l'enfant, dans un esprit de complémentarité des services.

Par ailleurs, pour être qualifiée d'ICI, des chercheurs recommandent que l'intervention soit offerte, dirigée et supervisée par des personnes ayant complété un diplôme d'études universitaires leur permettant d'accumuler des connaissances accrues en analyse appliquée du comportement et en ICI auprès d'une clientèle

présentant un TSA pour, par la suite, gravir des échelons en tant qu'intervenant junior, sénior et superviseur (Cohen et al., 2006; Eikeseth et al., 2009; Hayward et al., 2009; Matson et Konst, 2014; Perry et al., 2008). Eikeseth et ses collaborateurs (2009) rapportent que le fait que l'intervention soit supervisée par un clinicien certifié et ayant cumulé des connaissances avancées en analyse appliquée du comportement sur les plans théorique et pratique constitue une variable qui permet d'influencer positivement les changements observés chez l'enfant.

Au Québec, une disparité considérable dans l'implantation et dans l'application d'une ICI amène un manque d'uniformité dans les pratiques des CRDITED des différentes régions. En effet, aucune norme n'est établie quant aux pratiques d'intervention en contexte québécois, faisant en sorte que chaque CRDITED procède différemment (Dionne et al., 2014; Gamache et al., 2011) et que le nombre d'heures de supervision soit très variable (Dionne et al., 2014). De plus, quant aux superviseurs cliniques, ils appartiennent à différentes professions (par exemple, psychoéducateurs, psychologues, travailleurs sociaux) et ils n'ont pas suivi de formation particulière pour exercer cette fonction de travail (CRDITED MCQ-IU, 2013). Dans une étude québécoise (Paquet et al., 2012), seules 5,8% des intervenantes offrant le programme d'ICI en milieu de garde éducatif ont mentionné que les supervisions facilitent la mise en place des interventions dans ce type de milieu, ce qui va complètement à l'encontre des conditions optimales du programme d'intervention proposé par Lovaas.

Des chercheurs québécois ont commencé à s'intéresser à l'évaluation de l'implantation d'une ICI par des dispensateurs de services publics, et à mesurer son efficacité et ses limites (Dionne et al., 2014; Dionne et al., 2017; Rivard et Mercier, 2013). Toutefois, aucune étude québécoise à ce jour ne se penche sur la question des conditions importantes à son efficacité, par exemple, les modalités de la supervision clinique, ainsi que les effets possibles sur la généralisation des apprentissages et sur le partenariat lors d'interventions offertes en milieu de garde éducatif québécois auprès d'enfants présentant un TSA.

Objectif de recherche

Les données proviennent de la banque de données d'une recherche exploratoire plus vaste portant sur le partenariat entre les parents, les éducatrices à la petite enfance et les intervenantes du CRDITED en contexte d'ICI offert en milieu de garde éducatif auprès d'enfants présentant un TSA (Florigan Ménard et Poirier, 2020). L'analyse des données recueillies a fait ressortir l'importance des supervisions cliniques comme un thème émergent et récurrent selon l'expérience des participants. Cette étude qualitative a comme objectif spécifique d'explorer les modalités qui facilitent et qui nuisent à la mise en place et à l'efficacité des supervisions cliniques dans le contexte d'une ICI, selon la perspective des parents, des éducatrices à la petite enfance et des intervenantes en CRDITED. Ces données permettront de suggérer des balises dans le but d'optimiser les rencontres entre les partenaires et d'établir un partenariat optimal entre la famille, le milieu de garde éducatif et les services de réadaptation.

Méthode

Cette section décrit les caractéristiques des participants recrutés dans le cadre de cette étude, les instruments utilisés pour recueillir les données, la procédure ayant permis le recrutement et l'expérimentation, ainsi que la méthode privilégiée pour analyser les données.

Participants

Les 47 participants recrutés pour cette étude sont 17 parents qui ont un enfant présentant un TSA et recevant ou ayant reçu de l'ICI en milieu de garde éducatif, 10 éducatrices à la petite enfance et 20 intervenantes d'un CRDITED effectuant ce type d'intervention auprès d'enfants en service de garde éducatif. Il s'agit d'un échantillonnage de convenance et aucun pairage n'a eu lieu entre les parents, les éducatrices à la petite enfance et les intervenantes.

Parents. Les participants, soit 15 mères et deux pères, résident dans plusieurs régions administratives du Québec : Montérégie ($n = 6$), Montréal ($n = 5$), Mauricie ($n = 3$), Capitale-Nationale ($n = 2$) et Chaudière-Appalaches ($n = 1$). Plusieurs parents travaillent à temps partiel ($n = 6$) ou à temps plein ($n = 3$), alors que d'autres sont aux études ($n = 3$), sont en congé de maternité ($n = 2$) ou sont sans emploi ($n = 3$).

Les enfants, âgés en moyenne de cinq ans et sept mois au moment de l'entrevue ($\sigma = 1,73$), rencontrent tous les critères diagnostiques d'un TSA, diagnostic qui a été émis par un psychiatre ($n = 10$), par une équipe multidisciplinaire ($n = 6$) ou par un psychologue ($n = 1$). Ils ont reçu des services d'intervention de la part du CRDITED en moyenne pendant 16 mois en milieu de garde éducatif, à raison d'une moyenne de 15,4 heures par semaine ($\sigma = 7,07$).

Éducatrices. Les 10 participantes recrutées possèdent en majorité un diplôme d'études collégiales ($n = 6$), alors que les autres détiennent un baccalauréat ($n = 3$) ou un diplôme d'études secondaires ($n = 1$). Elles ont en moyenne 13,2 années d'expérience en tant qu'éducatrice à la petite enfance ($\sigma = 4,92$) et elles travaillent, en moyenne, 40,5 heures par semaine dans un centre de la petite enfance (CPE) ($n = 7$) ou dans un service en milieu familial rattaché à un bureau coordonnateur ($n = 3$). La majorité des éducatrices ($n = 9$) participent à des formations et à des conférences après leur embauche pour satisfaire aux exigences de leur employeur. Dans cet échantillon, sept éducatrices en sont à leur première expérience de partenariat au moment de l'étude, c'est-à-dire que c'était la première fois qu'elles travaillaient en partenariat avec un professionnel externe à leur milieu de travail pour aider au développement et au fonctionnement d'un enfant qui présente un TSA.

Intervenantes. Les 20 intervenantes recrutées, soit 10 provenant d'un CRDITED de la Montérégie et 10 travaillant dans un CRDITED de Montréal, ont entre trois et 35 ans d'expérience en CRDITED ($\bar{x} = 10,7$; $\sigma = 9,67$). Les intervenantes possèdent en majorité un diplôme d'études collégiales ($n = 15$), alors que les autres détiennent un baccalauréat ($n = 5$). Elles travaillent, en moyenne, 34,9 heures ($\sigma = 4,55$) par semaine au programme d'ICI auprès de plusieurs enfants. Ces

dernières continuent de participer à des formations, principalement pour parfaire leurs connaissances sur le TSA, après leur embauche. Dans cet échantillon, seules quatre intervenantes en sont à leur première expérience de partenariat au moment de l'étude. Les autres intervenantes ont cumulé entre une et 20 situations de partenariat avec les parents et le milieu de garde éducatif.

Instruments

Deux instruments ont été utilisés pour la cueillette de données : une fiche signalétique et des schémas d'entretien pour les groupes de discussion.

Fiche signalétique. La fiche remplie par les parents comprend 51 questions d'ordre sociobiographique concernant leurs caractéristiques ainsi que celles de leur famille, de leur enfant et des services reçus. Pour leur part, les éducatrices ont répondu à 12 questions et les intervenantes à 10 questions d'ordre sociobiographique sur elles-mêmes et sur leur expérience auprès de la clientèle présentant un TSA.

Schémas d'entretien pour les groupes de discussion. Des schémas d'entretien originaux ont été créés pour répondre aux objectifs poursuivis par cette étude en l'absence de protocole d'entretien disponible et déjà utilisé sur le thème du partenariat en contexte d'ICI offerte en milieu de garde éducatif québécois auprès des enfants présentant un TSA. Ils ont été créés à partir des écrits du contexte théorique, et selon les objectifs de la recherche et des commentaires de six experts qui ne sont pas les auteurs de cet article (psychologue ayant une expertise en TSA, intervenante en CRDITED, superviseure clinique en CRDITED, directrice d'un service de garde éducatif, éducatrice en milieu de garde éducatif et spécialiste en partenariat à la petite enfance et en analyse qualitative).

Le schéma d'entretien semi-structuré destiné aux parents comporte 12 questions et aborde notamment leurs connaissances et leur compréhension du TSA et de l'ICI, l'intégration de leur enfant en milieu de garde éducatif, les principes essentiels pour un partenariat optimal, les éléments qui ont facilité ou entravé le partenariat vécu, ainsi que leur perception de celui-ci.

Le schéma d'entretien semi-structuré pour les éducatrices comprend 10 questions et explore leurs connaissances et leur compréhension du TSA et de l'ICI, une journée type en milieu de garde éducatif, ainsi que des questions sur le partenariat avec les parents et les services de réadaptation.

Enfin, la grille d'entretien semi-structurée développée pour les intervenantes comprend 11 questions et vise à recueillir des informations relatives à leurs connaissances à l'égard du diagnostic et des particularités du TSA, ainsi que sur le processus administratif pour entrer en contact avec le milieu de garde éducatif. De même, le contenu du programme appliqué aux enfants, la généralisation possible en milieu de garde éducatif et le partenariat sont des sujets abordés dans ce schéma d'entretien.

Le tableau 1 illustre les questions auxquelles ont répondu les participants pour recueillir des informations quant au processus de partenariat vécu en contexte d'ICI en milieu de garde éducatif. Certaines sous-questions ont servi à préciser leurs discours pendant les groupes de discussion. Dans les trois schémas d'entretien, aucune question spécifique ne portait sur la supervision clinique. Par ailleurs, comme le schéma d'entretien est semi-structuré et que la discussion entre les participants a été préconisée pour respecter la thématique du projet, certaines données ont été obtenues lors des réponses à une autre question. En effet, au cours de la discussion relative aux questions sur le processus de partenariat, le thème de la supervision clinique a été soulevé et longuement discuté par les participants des différents groupes de discussion ou lors des entretiens individuels.

Tableau 1. Questions des schémas d'entretien relatives aux objectifs de l'étude

Questions

Pour vous, en quelques mots, que représente un partenariat optimal avec les autres partenaires? Quels éléments sont nécessaires?

Aviez-vous des inquiétudes au départ quant au partenariat avec les divers partenaires? Si oui, parlez-moi des inquiétudes que vous aviez.

Parlez-moi des éléments qui ont facilité le partenariat avec les partenaires actuels.

Parlez-moi des obstacles qui ont été rencontrés pour la mise en œuvre du partenariat actuel avec les autres partenaires.

Parlez-moi des relations (positives ou négatives) que vous avez créées avec les autres partenaires.

Parlez-moi de votre satisfaction en lien avec ce partenariat (en lien avec vos attentes de départ). Quels aspects pourraient être améliorés?

Quelle perception gardez-vous de ce partenariat?

Procédures

Les participants ont été sollicités par le biais d'associations de parents, d'organismes spécialisés en TSA et de réseaux sociaux. De plus, certains regroupements des centres de la petite enfance, des directions des milieux de garde éducatifs et quelques coordonnateurs des services de réadaptation Enfance 0-5 ans des CRDITED ont été contactés afin qu'ils distribuent une lettre de sollicitation expliquant les objectifs du projet aux parents ou à leurs employés. Les personnes souhaitant participer à l'étude étaient invitées à contacter la chercheuse. Cette dernière les a ensuite assignées à un des groupes de discussion.

Tableau 2. Répartition des groupes de discussion

Participants	Répartition des groupes de discussion	Endroit du groupe de discussion
Parents	Trois groupes de quatre participants Deux groupes de deux participants	Montréal, Québec et par SKYPE Capitale-Nationale et Mauricie
Éducatrices à la petite enfance	Un groupe de deux participants Un groupe de trois participants	Saguenay-Lac-Saint-Jean Montréal
Intervenantes	Quatre groupes de cinq participants	Montréal (2) et Québec (2)

À cause de difficultés de recrutement, des entretiens individuels (Parents : $n = 1$; Éducatrices : $n = 5$) ont aussi été réalisés. Les groupes de discussion ont duré entre 90 et 120 minutes et les entretiens individuels ont été d'une durée de 20 à 60 minutes. Tous les entretiens ont été dirigés par la chercheuse principale et ils ont été enregistrés sous format audionumérique pour faciliter la transcription intégrale, l'analyse et la validité du contenu.

Analyse des données

La méthode qualitative a été privilégiée dans le cadre de cette étude parce qu'elle permettait de relever un contenu riche et détaillé difficilement accessible par l'utilisation de questionnaires ou d'échelles quantitatives. Les verbatim ont fait l'objet de plusieurs lectures et d'une thématisation continue dans le but de synthétiser l'information obtenue et de la cerner sous des thèmes représentatifs du corpus analysé (Miles et Huberman, 2003; Paillé et Mucchielli, 2012). La chercheuse a d'ailleurs créé une grille de codification reliée à la revue de littérature effectuée et les différents thèmes principaux ressortant des lectures préliminaires. Le logiciel NVivo 10 (QSR International, 2014) a été utilisé pour la réalisation de la codification, de l'analyse et de l'interprétation des données. La catégorisation a été révisée par un étudiant au baccalauréat en psychologie afin de valider l'attribution des unités de sens aux catégories de la grille de codification et d'obtenir un accord interjuges. Après une discussion qui a amené à un consensus, la moyenne des coefficients de Kappa de Cohen uniquement pour les catégories reliées au thème de cet article est de 0,9971 ($\sigma = 0,007$) pour le groupe des parents, de 0,9765 ($\sigma = 0,03$) pour le groupe des éducatrices à la petite enfance et de 0,9746 ($\sigma = 0,03$) pour le groupe des intervenantes.

Résultats

Les parents, les éducatrices à la petite enfance et les intervenantes rapportent que la communication est un élément essentiel au bon déroulement du processus de partenariat lorsqu'ils sont questionnés sur les conditions essentielles pour maintenir un bon partenariat. Par contre, les partenaires s'entendent pour dire qu'ils ont peu de moments où ils peuvent discuter ensemble de leurs besoins, de leurs questionnements et de l'application des interventions, comme lors des supervisions cliniques. Les résultats obtenus, à la suite de l'analyse thématique, en lien avec la perception de l'efficacité des moments de supervision en ICI seront présentés en trois volets, soit la fréquence des supervisions, la participation des membres de l'équipe d'intervention à ces rencontres, pour terminer avec la perception des participants quant à l'efficacité de ces moments de communication et de l'effet sur la généralisation des apprentissages.

Fréquence des supervisions

Un consensus se dégage quant à l'absence de cadre qui semble régir les moments de communication entre les membres de l'équipe d'intervention, à un tel point que la fréquence des supervisions semble dépendre notamment de l'offre de services du CRDITED, des décisions des personnes impliquées au dossier, et de la complexité du profil clinique de l'enfant et de ses besoins. En effet, la fréquence des supervisions est variable, allant de deux rencontres mensuelles à une révision du plan d'intervention tous les trois mois, faisant en sorte que certains parents et certaines éducatrices reçoivent peu d'informations sur l'évolution de l'enfant. En effet, des parents rapportent que « [...] *On s'est vues chaque deux semaines. Donc, c'était comme une grosse équipe qui travaillait sur un enfant. Ça c'était le gros bénéfice que tout le monde savait quoi faire.* » et « *Une fois par deux semaines, c'est quand même beaucoup pendant deux heures à discuter* ». Par contre, d'autres parents mentionnent que la supervision clinique se déroule après quelques mois : « *Chaque fois que l'on remettait à jour le plan d'intervention, à chaque supervision aux trois mois.* » et :

Un moment donné, après un certain nombre de mois, je pense que c'est après deux ou trois mois, on se revoit et là on ressort le bilan de trois mois avant [...] », « [...] j'ai une rencontre peut-être aux quatre à six semaines à peu près.

Les partenaires rapportent également que le nombre d'heures d'intervention directe est diminué quand le moment de supervision coïncide avec une plage horaire habituellement allouée à une période d'intervention avec l'enfant. Bien que certaines intervenantes profitent de ce moment pour montrer aux parents les techniques d'intervention et les prochains objectifs à travailler avec l'enfant, la rencontre est généralement un lieu de discussion, faisant en sorte que l'enfant ne reçoit pas ses heures d'intervention prévues et que le parent ne pratique pas les techniques d'intervention discutées lors de cette rencontre.

Participation aux supervisions

Les intervenantes insistent sur le fait que les parents ont une place importante dans le cadre des interventions du programme d'ICI et, plus particulièrement, lors des supervisions cliniques, puisque ces derniers offrent des informations supplémentaires et nomment les difficultés qu'ils rencontrent à la maison. Par contre, les intervenantes se rendent compte que les CRDITED obligent généralement les parents à se présenter à toutes les supervisions cliniques, ce qui amène un inconvénient pour ceux qui ont un emploi et qui doivent s'absenter pour participer aux supervisions cliniques et aux autres rendez-vous nécessaires au bien-être de leur enfant : « *Les parents veulent, mais ils sont limités par leur employeur. Ça fait que des fois le parent [...] voudrait s'impliquer, mais il ne peut pas.* » Elles observent aussi que plus les séances de supervision sont fréquentes, moins les parents ont envie de collaborer : « *Par contre, des parents semblent tannés [...] quand les supervisions sont aux deux semaines, ils ont l'impression de toujours voir la même chose puis on dirait qu'il y a une perte d'intérêt.* »

Pour leur part, les éducatrices à la petite enfance nomment qu'il leur arrive rarement de participer à une rencontre avec les parents, la direction de la garderie, la superviseure du programme d'ICI et les intervenantes pour planifier l'intégration de l'enfant dans le milieu de garde éducatif avant le début des interventions. De plus, au cours du processus de partenariat, les éducatrices sont rarement remplacées pour assister aux supervisions cliniques, même lorsque celles-ci se déroulent dans un local du milieu de garde éducatif. Des raisons sont soulevées pour expliquer cette absence, notamment le budget du milieu de garde éducatif empêchant de payer un remplaçant pendant que l'éducatrice se présente à la supervision, le moment de cette rencontre et la programmation de l'enfant. En effet, si les thérapies avec l'enfant se déroulent dans le groupe, les intervenantes trouvent moins nécessaire que l'éducatrice soit présente lors de la supervision clinique pour discuter des objectifs de cet enfant, considérant qu'elle peut échanger avec l'intervenante et observer les techniques d'intervention lors des thérapies dans le groupe. Par contre, les éducatrices ajoutent qu'elles doivent partager leur attention entre les explications de l'intervenante et la surveillance auprès des autres enfants, ce qui limite l'efficacité de cette discussion. En ce qui concerne les éducatrices qui travaillent dans un milieu familial, elles peuvent décider de participer à ces moments de supervision, mais elles doivent le faire à leur frais, étant donné qu'elles doivent payer les honoraires de leur remplaçant. Dans d'autres contextes, certaines éducatrices rapportent même qu'elles ne sont pas mises au courant du calendrier de ces rencontres ou il peut arriver que la direction oublie de demander un remplacement pour pouvoir les libérer.

Les éducatrices pensent, par contre, que leur présence est essentielle lors de ces rencontres, étant donné qu'elles passent beaucoup de temps avec l'enfant et qu'elles observent de nombreux comportements dans différentes situations. De plus, celles qui ont participé à des supervisions cliniques considèrent qu'elles peuvent apprendre de nouvelles interventions pour faciliter le quotidien de l'enfant ou pour généraliser certains acquis, en plus de savoir ce que le jeune travaille lors des périodes d'intervention individuelles. Bien que quelques intervenantes et leur équipe du CRDITED ne voient pas nécessairement la pertinence d'inviter les

éducatrices aux moments de supervision, la majorité de celles-ci désirent obtenir leurs observations et faire des ajustements des interventions, si nécessaire, lors des supervisions. De plus, les éducatrices sont des spécialistes du développement chez un enfant typique et elles peuvent aider les intervenantes à choisir les objectifs à travailler et à nuancer avec les comportements qui sont généralement attendus chez un enfant :

Qu'est-ce que je vois du CRDITED, ils apprennent à [...] lire et ce n'est pas ça que l'enfant a besoin parce qu'il n'a pas l'âge pour apprendre à lire. Il a besoin d'être capable de se débrouiller, il doit être capable d'attacher ses chaussures, à se moucher le nez, les choses importantes qu'il vit chaque jour, à s'essuyer, à aller à la toilette, c'est ça, pas apprendre à lire [...]

Pour pallier ces difficultés, les intervenantes rapportent que, dans certains milieux, elles invitent personnellement les éducatrices ou que la supervision se fait en présence de la conseillère pédagogique du milieu de garde éducatif. Dans le cas où les éducatrices ne sont pas libérées pour assister aux supervisions, une triangulation de l'information est grandement observée. Ainsi, une rétroaction est offerte à l'éducatrice en lui communiquant les informations et en lui remettant le plan d'intervention, seulement si les parents y consentent. Cet intermédiaire peut, bien évidemment, amener des bris de communication et une compréhension limitée des objectifs et des techniques à privilégier auprès de l'enfant. Ainsi, les participants insistent sur l'importance de la présence de tous les partenaires aux rencontres et proposent spontanément de trouver un arrimage pour que tous puissent discuter ensemble et d'avoir une communication fluide. Pour cela, ils recommandent que des rencontres soient planifiées mensuellement pour ajuster les interventions et les objectifs de l'enfant, ainsi que des rencontres trimestrielles pour pouvoir parler des modalités du partenariat.

Lorsque les manifestations du TSA sont plus sévères et que le profil de l'enfant se complexifie, les moments de supervision sont plus fréquents et les parents se sentent soutenus par la présence de tous les membres de l'équipe d'intervention : « *Dans le milieu, la plupart des rencontres multidisciplinaires avaient lieu au CPE justement pour [...] que l'éducatrice puisse être présente [...] tout le monde était là.* » Des parents ajoutent que la présence de toutes les personnes offre une fenêtre d'observation aux superviseurs du programme d'ICI et facilite l'évolution de l'enfant : « *[...] ça a vraiment permis à la superviseure d'observer le milieu de vie, d'observer comment ça pouvait être adapté, comment nous pouvions modifier certains trucs pour venir en aide à ma fille.* » et :

Il y avait toujours moi, l'équipe ICI, le superviseur de l'ICI, l'aide-éducatrice, les éducatrices du groupe régulier et l'éducatrice spécialisée. [...] Donc c'était comme une grosse équipe qui travaillait sur un enfant. Ça c'était le gros [...] bénéfice que tout le monde savait quoi faire.

Par ailleurs, la présence de tous les membres de l'équipe d'intervention permet que les besoins et les demandes de chaque milieu soient pris en compte pour l'élaboration du plan d'intervention. Cela amène une meilleure implication de tous et une cohérence dans les interventions, autant à la maison que dans le milieu

de garde : « *Tout le monde embarque dans le même bateau, puis nous allons dans la même direction.* » Par contre, l'expérience d'une éducatrice à la petite enfance et d'un parent est différente parce que l'implication de plusieurs partenaires lors des moments de supervision leur amenait un certain inconfort parce qu'ils ne se sentaient pas reconnus dans leur rôle et qu'ils percevaient une hiérarchie entre les individus. Un parent, pour sa part, se sentait attaqué et grandement visé lorsqu'il y avait de nombreux professionnels autour de la table :

Un moment donné, j'ai demandé à ce qu'il y ait des gens qui se retirent de ces discussions-là parce que pour moi, c'était trop impliquant. Quand je me suis retrouvée autour de la table avec l'éducatrice spécialisée de la garderie, les deux éducateurs du CRDITED, la coordinatrice du CRDITED qui venait faire la supervision, la travailleuse sociale du CLSC, l'éducatrice et moi, puis que là je faisais seulement raconter comment tout allait mal à la maison et que tout allait donc bien au CPE, c'était trop pour moi. C'était vraiment attaquant comme parent [...] je trouvais que j'étais ma vie privée à trop de monde.

En somme, la participation des partenaires principaux (parent, éducatrice et intervenante) est clairement essentielle lors des supervisions cliniques afin que les besoins de chaque milieu soient pris en compte, que les techniques d'intervention soient bien appliquées par les membres de l'équipe d'intervention et que les apprentissages soient généralisés dans tous les milieux de vie de l'enfant. Par contre, d'après les recommandations des participants, ces moments de discussion devraient être fixés mensuellement et seuls les partenaires principaux devraient être invités et libérés pour y assister afin que chacun s'implique et sente que sa participation est reconnue par les autres.

Perception de l'efficacité des supervisions et de l'effet sur la généralisation des apprentissages

La présence de tous les membres de l'équipe d'intervention aux supervisions cliniques permet d'apprendre et d'enrichir leurs méthodes d'intervention, de favoriser la généralisation des apprentissages dans les divers milieux de vie de l'enfant et de développer un lien important entre ceux-ci. En effet, si les parents et les éducatrices participent à ces rencontres, ils ont l'occasion de discuter des besoins et des objectifs de l'enfant et de mieux saisir les techniques d'intervention, faisant en sorte qu'ils se sentent plus outillés pour intervenir dans le quotidien de l'enfant. Par exemple, un parent nomme : « *J'avais des problématiques avec [mon enfant]. Je les ai nommées et on a essayé de trouver des façons de faire avec [l'intervenante ICI]* ». Ainsi, les intervenantes peuvent transférer leur expertise pour que ces derniers puissent poursuivre le travail quand celles-ci sont absentes ou quand les enfants intégreront le milieu scolaire. Ces rencontres servent aussi pour discuter de leurs inquiétudes et de leurs incompréhensions.

Par contre, deux obstacles sont souvent rencontrés : le manque d'informations transmises aux parents et aux éducatrices à la petite enfance sur le rationnel du programme d'ICI et le manque de connaissances sur les techniques d'intervention. Par exemple, si le concept de la généralisation des acquis n'est pas

bien compris par les parents et les éducatrices à la petite enfance, il se peut fort bien que cette dernière ne soit pas effectuée au quotidien avec l'enfant ou qu'elle ne soit pas réalisée de façon optimale. Un parent mentionne à cet effet que :

Nous voulons ajouter que, la plupart du temps, c'était un langage technique qui était utilisé. De plus, ça prenait presque la totalité du temps pour faire des échanges d'informations et tout ça, ce qui ne laissait vraiment pas le temps de demander des explications. [...] Nous n'avions vraiment pas le temps d'essayer de comprendre exactement qu'est-ce qu'ils allaient faire. [...] En fait, nous autres, nous nous sentions comme des invités en conversation entre eux.

Les parents et les éducatrices doivent s'impliquer et se responsabiliser pour poursuivre l'application des interventions dans les différents milieux de vie de l'enfant, et ce, avec l'aide des intervenantes qui invitent, par exemple, les parents à assister à des thérapies. Par contre, elles nomment avoir peu d'attentes relativement à la généralisation à la maison et au milieu de garde, sachant que les apprentissages sont rarement généralisés dans le quotidien de l'enfant. De plus, lorsqu'un enfant reçoit de l'intervention à raison de cinq jours par semaine et que plusieurs intervenantes du CRDITED sont présentes dans le dossier, la généralisation est plutôt pratiquée entre les différentes intervenantes, ce que rapportent deux intervenantes :

Dans une de nos garderies, nous avons de la difficulté à avoir une communication avec l'éducatrice qui est responsable de l'enfant parce qu'elle ne peut pas se libérer, ce qu'on comprend aussi. Elle n'est pas vraiment au courant de ce que nous faisons puis ce qu'on travaille auprès de l'enfant n'est pas travaillé nécessairement avec cette même éducatrice dans la garderie.

Nous avons des milieux [...] où l'éducatrice n'est jamais présente. C'est certain que nous essayons de donner une rétroaction, mais, à ce moment-là, elle est quand même moins au courant du plan d'intervention. La généralisation est moins faite. Je pense que c'est tout ce qui est de la communication, surtout au niveau des supervisions, c'est vraiment un moment propice pour ça qui va faire en sorte qu'il y a de la généralisation ou pas.

Enfin, les intervenantes mentionnent que l'environnement et la structure des milieux de garde éducatifs peuvent limiter la généralisation des apprentissages que l'enfant réalise en séances individuelles, étant donné que celui-ci connaît déjà la routine établie dans son groupe et que la possibilité que de nouvelles situations se présentent est plutôt rare.

Discussion

L'objectif de cette étude qualitative, qui s'inscrit dans une recherche plus vaste, était de recueillir des données sur les éléments qui facilitent et qui nuisent à l'efficacité des moments de supervision en contexte d'ICI. Les réponses obtenues

lors des groupes de discussion et des entretiens individuels ont permis d'explorer trois facteurs qui influencent ces moments, soit la fréquence des supervisions et la participation des parents, de l'éducatrice et de l'intervenante à ces rencontres, en plus de la perception des participants sur l'efficacité des moments de supervision et de l'effet sur la généralisation des apprentissages. De plus, les participants suggèrent des améliorations quant aux modalités de la supervision afin de créer un cadre précis et compris par les membres de l'équipe d'intervention dans le but de démontrer l'importance de la supervision pour répondre notamment au but ultime d'une ICI, soit la généralisation des apprentissages en contexte de vie naturel.

Le point central qui ressort de cette analyse est le manque d'uniformité dans les offres de services proposées par les CRDITED à leurs partenaires, notamment les pratiques liées à la supervision. Sur ce point, il appert qu'aucune définition de la supervision clinique dans le contexte d'une ICI au Québec n'est établie, faisant en sorte que les intervenantes réalisent ces moments de discussion au meilleur de leurs connaissances. Par ailleurs, les rôles de chaque membre de l'équipe d'intervention lors des supervisions ne sont pas clairement définis, ce qui amène de la confusion et de l'incompréhension chez ceux-ci. Pour tenter d'optimiser l'offre de services proposée par les CRDITED, la collecte de données a aussi permis de recueillir des recommandations que les participants jugeaient importantes à mettre en place dans l'unique but d'établir un partenariat optimal entre la famille, le milieu de garde éducatif et les services de réadaptation. Tout d'abord, il apparaît primordial que le programme d'intervention offert au Québec soit réglementé en établissant, notamment, un cadre précis quant à la définition de la supervision, aux modalités de celle-ci, aux mandats et aux objectifs de ces moments de discussion et aux rôles de chaque membre de l'équipe d'intervention, tout en précisant qui coordonne et anime les supervisions cliniques, ce qui permettrait de répondre à la définition de la supervision clinique.

Dans le contexte d'une intervention auprès d'un enfant présentant un TSA, une des conditions essentielles et le but recherché pour garantir son évolution est la généralisation des acquis réalisés lors des thérapies individuelles dans son milieu de vie, à l'instar des activités avec ses parents ou avec son éducatrice au milieu de garde éducatif. Comme les parents et les éducatrices à la petite enfance ne sont pas présents lors de ces séances, c'est lors des moments de supervision qu'ils doivent apprendre les objectifs travaillés avec l'enfant et les techniques d'intervention pour pouvoir l'amener à mettre en application ses apprentissages dans ses milieux de vie, ce qui représente le but ultime d'une ICI et ce qui sous-tend l'importance de la participation de tous les individus aux supervisions cliniques. Afin que cette généralisation soit possible et optimale, les membres de l'équipe d'intervention doivent avoir des rencontres planifiées et régulières pour discuter des acquis et des défis de l'enfant, des objectifs à travailler avec lui et des moyens à préconiser pour garder une cohérence dans les interventions. Ainsi, les moments de supervision deviennent la façon de mettre en place et de répondre à la condition de la généralisation. Les données de la recherche démontrent que la fréquence de ces moments est semblable à celle décrite dans les écrits. En comparant les données de cette étude avec celles d'autres études (Bibby et al., 2002; Eikeseth et al., 2002; Eikeseth et al., 2009; Magiati et al., 2007), une variabilité quant à la fréquence des rencontres est constatée sans raison apparente, allant de deux

rencontres mensuelles à une rencontre de révision tous les trois mois. Il est alors évident qu'aucune norme ne régit les programmes d'intervention au Québec auprès des enfants présentant un TSA, ce qui corrobore les différences rapportées dans la description des participants rencontrés dans diverses régions par rapport aux services reçus ou offerts, mais aussi entre des participants offrant le même type de services dans une même région. Dans cet ordre d'idées, bien que la fréquence des supervisions était retenue comme un facilitateur à l'implantation du programme d'intervention dans une autre étude québécoise (Dionne et al., 2014), aucun cadre ne supporte les équipes des CRDITED quant au nombre d'heures de supervision à offrir à chaque enfant ni pour la fréquence des rencontres, ce qui peut avoir une incidence négative sur les améliorations perçues chez l'enfant d'après les propos de Eikeseth et de ses collaborateurs (2009).

Les données de cette étude démontrent également qu'il peut être difficile de libérer et de remplacer les éducatrices pour qu'elles puissent assister à ces rencontres, bien que leur rôle soit nécessaire pour s'assurer du bon développement de l'enfant, ce qui appuie les résultats obtenus par Deschatelets et Poirier (2016), où seulement six éducatrices sur 13 rapportaient pouvoir participer aux supervisions. D'ailleurs, il n'est pas toujours évident pour les parents de manquer des heures de travail pour participer à ces rencontres, qui se déroulent en semaine et généralement pendant la journée, sachant qu'ils doivent aussi souvent s'absenter pour se présenter aux nombreux rendez-vous pour leur enfant, ce qui nécessite beaucoup de leur temps. Cette donnée corrobore les résultats obtenus par des Rivières-Pigeon et ses collaboratrices (2015) qui rapportent que cette situation crée de graves problèmes de conciliation famille-travail. Cette absence d'un des membres de l'équipe d'intervention à ces rencontres va à l'encontre des conditions proposées par Lovaas et par le CRDITED dans son programme d'intervention, ainsi que celles documentées dans les écrits (Chrétien et al., 2003; Dionne et al., 2014; Eikeseth, 2011; Eldevik et al., 2010; Levy et al., 2006; Matson et Konst, 2014; McClannahan et Krantz, 2000; McGahan, 2001; Perry et al., 2008; Sabourin et al., 2011). De plus, cette situation amène que les individus se parlent principalement en dyade (parent-éducatrice, parent-intervenante, éducatrice-intervenante), faisant en sorte que celui qui est absent ne reçoit pas, par exemple, les informations pertinentes sur l'évolution de l'enfant et sur les nouveaux objectifs, en plus d'encourager une triangulation de l'information qui n'est pas souhaitable. Pour ce faire, les participants jugeaient essentiel que les supervisions soient fixées minimalement une fois par mois à un moment de la journée où tous les individus pourraient se libérer, et ce, dès le début du programme d'intervention, pour s'assurer de la disponibilité et de la participation de tous à chaque rencontre. Certaines éducatrices et quelques parents nommaient l'importance de créer un ordre du jour à chaque supervision clinique dans le but de respecter les sujets abordés et d'éviter que la rencontre devienne uniquement un lieu de discussion au détriment de l'introduction des nouveaux objectifs et de l'apprentissage de nouvelles techniques d'intervention. Enfin, ils proposaient également que seuls les membres de l'équipe d'intervention (nombre restreint de participants) soient présents lors des supervisions afin qu'une confiance et un respect mutuels puissent se développer et pour s'assurer que chaque membre de l'équipe d'intervention se sente reconnu dans ce processus de partenariat.

Par ailleurs, des chercheurs recommandaient que le programme d'intervention soit offert et supervisé par des personnes ayant complété un diplôme d'études universitaires leur permettant d'accumuler des connaissances accrues en analyse appliquée du comportement et en ICI auprès d'une clientèle présentant un TSA (Cohen et al., 2006; Eikeseth et al., 2009; Hayward et al., 2009; Matson et Konst, 2014; Perry et al., 2008). Au Québec, dans la présente étude, ainsi que dans celle de Dionne et de ses collaborateurs (2014), les intervenantes détiennent majoritairement un diplôme d'études collégiales, ce qui ne remplit pas les conditions émises par les chercheurs. Bien qu'un plan national de formation en TED (certificat sur mesure en intervention sur le trouble envahissant du développement) ait été créé pour les intervenantes et pour les superviseurs pour s'assurer de la formation spécifique sur le TSA et sur les interventions possibles auprès de cette clientèle, peu d'intervenantes y participent, même si cette formation est payée par l'employeur. Dans un autre registre, le fait que les intervenantes possèdent un diplôme d'études collégiales peut également créer un malaise envers les éducatrices à la petite enfance lorsque celles-ci doivent les accompagner dans les interventions avec l'enfant, étant donné qu'elles ont le même niveau d'études, mais qu'une certaine hiérarchie semble s'installer entre les deux partenaires dans le processus de partenariat.

À cet effet, on peut se demander si les parents, les éducatrices à la petite enfance et les intervenantes vivent réellement un processus de partenariat. Celui-ci s'appuie sur une communication bidirectionnelle, il inclut un ensemble d'activités de collaboration et il implique un partage de pouvoir et la reconnaissance de l'expertise de l'autre (Cantin, 2004; Coutu et al., 2005; Moreau et Boudreault, 2002; Prezant et Marshak, 2006) dans l'optique d'atteindre un objectif commun. Par contre, d'après la triangulation des points de vue des participants, un rapport d'autorité (superviseur-supervisés) semble s'installer dans certaines situations et serait en contradiction avec la notion de partenariat, mais tout de même en adéquation avec la définition de la supervision clinique. Il est possible de noter que les moments et la fréquence des supervisions cliniques sont décidés par le personnel du service de réadaptation qui est impliqué au dossier de l'enfant, ayant comme conséquence que certains parents et certaines éducatrices à la petite enfance ne sont pas en mesure de se libérer pour assister à ces rencontres. De plus, même si les parents et les éducatrices peuvent partager leurs connaissances et leurs besoins, une inégalité est nommée puisque les intervenantes sont responsables des supervisions cliniques et de la mise en place des objectifs, en plus de dicter le choix des interventions. Certains participants ne se sentent alors pas reconnus dans leurs rôles. Les intervenantes rapportent aussi qu'elles n'ont pas d'attentes relativement à la généralisation des acquis, démontrant que les participants ne coordonnent pas leurs efforts pour atteindre le même objectif. De plus, cette lacune ne répond pas à un des buts de la supervision clinique, soit d'assurer la continuité des services à l'extérieur des thérapies individuelles. Ces obstacles suggèrent que les parents, les éducatrices à la petite enfance et les intervenantes ne semblent pas vivre une situation de partenariat répondant à la définition.

Cette étude qualitative comporte certaines limites dont il est nécessaire de tenir compte dans l'interprétation des résultats et des conclusions. Tout d'abord, l'échantillon de cette recherche est petit, ce qui ne permet pas de généraliser les

résultats à l'ensemble des programmes d'ICI du Québec, même si cela n'est pas le but d'une étude qualitative, d'autant plus que leur participation était volontaire. De plus, il a été difficile de recruter des éducatrices à la petite enfance en dépit du fait que le recrutement s'est effectué sur plus de deux ans par l'entremise de regroupements des centres de la petite enfance, de directions de milieux de garde éducatifs, de cliniques privées et des réseaux sociaux. De nombreuses éducatrices souhaitaient participer à cette étude parce qu'elles avaient intégré un enfant présentant un TSA dans leur groupe, par contre, elles n'avaient jamais vécu de partenariat avec les services de réadaptation.

Par ailleurs, comme les données recueillies correspondent à la perception des participants, l'exactitude des informations ne peut être vérifiée. Leur perception n'est pas une mesure exacte, mais elle demeure pertinente pour connaître les facteurs qui facilitent ou qui nuisent à leur participation aux supervisions cliniques afin de proposer des ajustements vers le développement d'un cadre précis pour régir ces moments de discussion, ainsi que de meilleures pratiques en matière de services offerts aux familles d'enfants présentant un TSA. De plus, c'est l'auteure qui a réalisé les groupes de discussion et les entretiens individuels et qui a aussi procédé aux analyses, ce qui constitue une autre limite de cette recherche. Enfin, lors de la création des schémas d'entretien, aucune question n'avait été formulée sur le sujet des supervisions cliniques, ce qui aurait pu permettre d'obtenir davantage de données pour mieux comprendre ces moments de discussion. Ainsi, une future recherche plus exhaustive sur les modalités et sur les objectifs de la supervision clinique serait souhaitable.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2018, mars). *Trouble du spectre de l'autisme chez les enfants et les adolescents au Canada 2018 – Un rapport du Système national de surveillance du trouble du spectre de l'autisme* (publication no HP35-100/2018F-PDF). <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder-children-youth-canada-2018/trouble-spectre-autisme-enfants-adolescents-canada-2018.pdf>.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Bibby, P., Eikeseth, S., Martin, N.T., Mudford, O. et Reeves, D. (2002). Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive intervention. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 425-447.
- Cantin, G. (2004). *Établir une relation de partenariat avec la famille...ça s'apprend*. Cégep de Saint-Jérôme.
- Cantin, G. (2010). Établir des ponts avec les familles – Une démarche d'autoévaluation pour rapprocher les SGE et les familles. Dans G. Cantin, N. Bigras et L. Brunson (dir.), *Services de garde éducatifs et soutien à la parentalité – La coéducation est-elle possible?* (p. 121-166). Presses de l'Université du Québec.
- Carpenter, J., Webb, C., Bostock, L. et Coomber, C. (2012, octobre). *Effective Supervision in Social Work and Social Care*. Social Care Institute for Excellence. <http://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing43/>.

- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire. (2013). *Supervision clinique. Modèles démontrant une efficacité pour l'adoption de meilleures pratiques*. Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire.
- Chrétien, M., Connolly, P. et Moxness, K. (2003). Trouble envahissant du développement : un modèle d'intervention précoce centrée sur la famille. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 151-168.
- Cohen, H., Amerine-Dickens, M. et Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA model in a community setting. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27(2), S145-S155.
- Coutu, S., Lavigueur, S., Dubeau, D. et Beaudoin, M.-E. (2005). La collaboration famille-milieu de garde : ce que nous apprend la recherche. *Éducation et francophonie*, 33(2), 85-111.
- Deschatelets, J. et Poirier, N. (2016). Accueillir un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme en contexte d'intervention comportementale intensive en centre de la petite enfance. *Journal on Developmental Disabilities*, 22(1), 68-88.
- des Rivières-Pigeon, C., Courcy, I., Boucher, C., Laroche, G., Poirier, N. et Galerand, E. (2015, juin). *Le travail domestique et de soin réalisé par les mères et les pères d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) au Québec*. Office des personnes handicapées du Québec. https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Etudes_analyses_et_rapports/Finances_par_l'Office/RAP_Travail_domestique_aide_parents_TSA_juin_2015.pdf.
- Diallo, F. B., Fombonne, E., Kisely, S., Rochette, L., Vasiliadis, H.-M., Vanasse, A., Noiseux, M., Pelletier, É., Renaud, J., St-Laurent, D. et Lesage, A. (2018). Prevalence and correlates of autism spectrum disorders in Quebec. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(4), 231-239.
- Dionne, C., Joly, J., Paquet, A., Rivard, M. et Rousseau, M. (2014). *L'intervention comportementale intensive (ICI) au Québec : Portrait de son implantation et mesure de ses effets chez l'enfant ayant un trouble envahissant du développement, sa famille et ses milieux*. Fonds de recherche Société et Culture. http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DionneC_rapport+2013_ICI+portrait+implantation/275e6161-0c12-46ae-a246-aac58a7c9e65.
- Dionne, C., Paquet, A., Joly, J., Rousseau, M. et Rivard, M. (2017). *L'intervention comportementale intensive (ICI) au Québec : Portrait de son implantation et mesure de ses effets chez l'enfant ayant un trouble envahissant du développement, sa famille et ses milieux. Phase 2 : Mesure des effets*. Fonds de recherche Société et Culture. http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DionneC_rapport-annexes_ICI_.pdf/debf9727-4b63-4532-aca4-dfbec54c27b5.
- Eikeseth, S. (2011). Intensive Early Intervention. Dans J. L. Matson et P. Sturmey (dir.), *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (p. 321-338). Springer.
- Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E. et Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4-7-year-old children with autism: A 1-year comparison controlled study. *Behavior Modification*, 26, 49-68.
- Eikeseth, S., Hayward, D., Gale, C., Gitlesen, J.-P. et Eldevik, S. (2009). Intensity of supervision and outcome for preschool aged children receiving early and intensive behavioral interventions: A preliminary study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 67-73.
- Eikeseth, S. et Klintwall, L. (2014). Educational Interventions for Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Comprehensive Guide to Autism*, 2101-2123.

- Eldevik, S., Hastings, R.P., Hughes, J.C., Jahr, E., Eikeseth, S. et Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(3), 439-450.
- Eldevik, S., Hastings, R.P., Hughes, J.C., Jahr, E., Eikeseth, S. et Cross, S. (2010). Using participant data to extend the evidence base for intensive behavioral intervention for children with autism. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(5), 381-405.
- Florigan Ménard, C. et Poirier, N. (2020). Le partenariat entre les parents, les éducatrices à la petite enfance et les intervenantes en contexte d'intervention comportementale intensive auprès d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Journal on Developmental Disabilities*, 25(2).
- Gamache, V., Joly, J. et Dionne, C. (2011). La fidélité d'implantation du programme québécois d'intervention comportementale intensive destiné aux enfants ayant un trouble envahissant du développement en CRDITED. *Revue de psychoéducation*, 40(1), 1-23.
- Gouvernement du Québec. (2001). *Guide pour faciliter l'action concertée en matière d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde du Québec* (publication ISBN : 2-550-37470-3). Comité provincial sur l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde. https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF_guide_integration_enfants_handicapes.pdf.
- Gouvernement du Québec. (2003, février). *Un geste porteur d'avenir. Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches* (publication no 02-820-01). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-820-01.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (2012, décembre). *Bilan 2008-2011 et perspectives – Un geste porteur d'avenir. Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leurs familles et à leurs proches* (publication no 12-724-01F). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-724-01F.pdf>.
- Gouvernement du Québec. (2019). *Rapport annuel 2018-2019 – Ministère de la famille* (publication ISBN : 978-2-550-85073-1 (PDF)). Ministère de la Famille. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/famille/publications-adm/rapport-annuel-de-gestion/MFA_rag_2018-2019.pdf?1570565910.
- Gouvernement du Québec. (2020). *Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance*. Publications Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.1.1?&digest=>.
- Green, G. (1996). Early Behavioral Intervention for Autism: What Does Research Tell Us? Dans C. Maurice, G. Green et S.C. Luce (dir.), *Behavioral Intervention for Young Children with Autism* (p. 29-44). Pro-ed.
- Green, G. (2006). L'intervention comportementale précoce. Que nous apprend la recherche? Dans C. Maurice, G. Green et S.C. Luce (dir.), *Intervention comportementale auprès des jeunes enfants autistes* (p. 17-34). Chenelière Éducation.
- Hayward, D.W., Gale, C.M. et Eikeseth, S. (2009). Intensive behavioural intervention for young children with autism: A research-based service model. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(3), 571-580.
- Hohmann, M., Weikart, D.P., Bourgon, L. et Proulx, M. (2007). *Partager le plaisir d'apprendre : Guide d'intervention éducative au préscolaire*. Gaétan Morin éditeur.
- Howlin, P., Magiati, I. et Charman, T. (2009). Systematic review of early intensive behavioral interventions for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(1), 23-41.

- Larsson, E.V. (2013). *Is Applied Behavior Analysis (ABA) and Early Intensive Behavioral Intervention (EIBI) an Effective Treatment for Autism? A Cumulative Review of Impartial Reports*. Lovaas Institute. <https://www.behavior.org/resources/649.pdf>.
- Levy, S., Kim, A.-H. et Olive, M.L. (2006). Interventions for young children with autism: A synthesis of the literature. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(1), 55-62.
- Livni, D., Crowe, T.P. et Gonsalvez, C.J. (2012). Effects of supervision modality and intensity on alliance and outcomes for the supervisee. *Rehabilitation psychology*, 57(2), 178-186.
- 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.
- Lovaas, O.I., Koegel, R., Simmons, J.Q. et Long, J.S. (1973). Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6(1), 131-165.
- Magiati, I., Charman, T. et Howlin, P. (2007). A two-year prospective follow-up study of community-based early intensive behavioural intervention and specialist nursery provision for children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 803-812.
- Makrygianni, M.K. et Reed, P. (2010). A meta-analytic review of the effectiveness of behavioural early intervention programs for children with Autistic Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(4), 577-593.
- Matson, J.L. et Konst, M.J. (2014). Early intervention for autism: Who provides treatment and in what settings. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 1585-1590.
- McClannahan, L.E. et Krantz, P.J. (2000). Behavior Analysis and Intervention for Preschoolers at the Princeton Child Development Institute. Dans J.S. Handleman et S.L. Harris (dir.), *Preschool Education Programs for Children with Autism*, second edition (p. 191-213). Pro-ed.
- McGahan, L. (2001, septembre). *Interventions comportementales chez les enfants d'âge préscolaire atteints d'autisme* (publication ISBN : 1-894620-21-6). Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé. https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/105_autism_tr_f.pdf.
- Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Université.
- Moreau, A.C. et Boudreault, P. (2002). *Stratégies d'inclusion : guide pour les parents et le personnel du préscolaire, visant à favoriser l'émergence d'une communauté inclusive*. Université du Québec à Hull. http://w3.uqo.ca/moreau/documents/guide_fra.pdf.
- National Health Service Lanarkshire. (2010). *Professional/Clinical Supervision Handbook for Allied Health Professionals*. http://www.careerframework.nhs.scot.nhs.uk/media/50523/prof-clini-super-ahps_2_nhs_2010.pdf.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, troisième édition*. Armand Colin.
- Paquet, A., Dionne, C., Clément, C., Balmy, B. et Rivard, M. (2012). L'intervention comportementale précoce et intensive en milieu de garde ordinaire : perception des défis et des conditions nécessaires à son succès. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 17(1), 20-32.
- Perry, A., Cummings, A., Dunn Geier, J., Freeman, N.L., Hughes, S., LaRose, L., Managhan, T., Reitzel, J.-A. et Williams, J. (2008). Effectiveness of intensive behavioral intervention in a large, community-based program. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(4), 621-642.

- Perry, A., Koudys, J. et Blacklock, K. (2016). Early Intensive Behavioral Intervention. Dans N. N. Singh (dir.). *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual Developmental Disabilities, Evidence-Based Practices in Behavioral Health* (pp.511-535). Springer International Publishing.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., Korzilius, H. et Sturmey, P. (2011). A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 60-69.
- Prezant, F.P. et Marshak, L. (2006). Helpful actions seen through the eyes of parents of children with disabilities. *Disability and Society*, 21(1), 31-45.
- Prior, M., Roberts, J.M.A., Rodger, S., Williams, K. et Sutherland, R. (2011). *A Review of the Research to Identify the Most Effective Models of Practice in Early Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders*. Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/10_2014/review_of_the_research_report_2011_0.pdf.
- Reichow, B. (2012). Overview of meta-analyses on early intensive behavioral intervention for young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(4), 512-520.
- Reichow, B. et Volkmar, F.R. (2010). Social skills interventions for individuals with autism: Evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 149-166.
- Rivard, M. et Mercier, C. (2013). Recherche sur l'offre de services aux jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme.
- Rivard, M., Terroux, A. et Mercier, C. (2014). Effectiveness of early behavioral intervention in public and mainstream settings: The case of preschool-age children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 1031-1043.
- Sabourin, G., des Rivières-Pigeon, C. et Granger, S. (2011). L'Intervention Comportementale Intensive, une affaire de famille? Analyse du regard que posent les mères d'enfants autistes sur leurs intervenantes. *Revue de psychoéducation*, 40(1), 51-70.
- Saint-Pierre, M.-H. (2004). *L'intégration des enfants handicapés dans les services de garde*. Recension et synthèse des écrits (publication ISBN : 2-550-41824-7). Ministère de l'emploi, de la solidarité sociale et de la famille. <https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/SF-recension-enfants-handicapes-03-03-2004.pdf>.
- Tougas, J. (2002). *La restructuration des services éducatifs et de garde à l'enfance au Québec : les cinq premières années*. Université de Toronto, Childcare Resource and Research Unit. <https://childcarecanada.org/sites/default/files/op17FR.pdf>.
- Twombly, E. (2001). Screening, assessment, curriculum planning and evaluation: Engaging parents in the process. *Zero to Three*, 21(4), 36-41.
- Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, meta-regression and dose-response meta analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 387-399.
- Zachor, D.A., Ben-Itzhak, E., Rabinovich, A.-L. et Lahat, E. (2007). Change in autism core symptoms with intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1, 304-317.

