

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Comment organiser les services pour mieux soutenir les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDDA) : Principes et stratégies efficaces

Chercheure principale

Dana Anaby, Université McGill

Cochercheurs

Steven Shaw, Université McGill
Jean-Claude Kalubi, Université de Sherbrooke
Chantal Camden, Université de Sherbrooke

Collaborateurs

Lynda Bonneau, Commission scolaire du Val-des-cerfs
Madeleine Bonnard, Agence Ometz
Sheila Bennett, Université Brock
Wenonah Campbell, Université McMaster
Eric Lauzon, Commission scolaire Marguerite Bourgeoys
Cheryl Missiuna, Université McMaster
Caroline Hui, Choose to Learn
Gail Richards Kelso, Commission scolaire Eastern Townships

Nom des partenaires du milieu

Madeline Bonnard (Ometz), Lynda Bonneau (CSVDC), Silvie Corbeille (CSVDC),
Annie Fiset (CSRS), Caroline Hui (Choose to learn), Caroline Doré (CSPI),
Karina Ismail (ETSB), Gail Kelso (ETSB), Éric Lauzon (CSMB), Sophie Lapointe (CSPI),
Julie Martel (CSPI), Silvia Patella (SWLSB), Heather Ann Young (LBPSB)

Établissement gestionnaire de la subvention

Université McGill

Numéro du projet de recherche

2015-AP-187896

Titre de l'Action concertée

Les approches et pratiques favorables à la Persévérance et réussite scolaires

Partenaire(s) de l'Action concertée

Le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES)
et le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC)

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1. Problématique

Le concept d'éducation inclusive est bien établi au Québec; à ce jour, environ 65% des élèves ayant un handicap sont intégrés dans des classes régulières (Gaudreau et al., 2008). Le taux de succès, par contre, demeure alarmant; 48% des élèves avec un handicap ont un retard significatif dans la réussite académique (Kohen, Uppal, Khan, & Visentin, 2001) et, en 2005-2006, le taux de succès aux examens du Ministère était de 69,8% comparé à 86,4% chez les élèves sans handicap (Gaudreau et al., 2008). L'inclusion scolaire a un effet non seulement sur le succès académique, mais également sur la participation sociale et sur la santé des élèves. Les élèves dans des environnements à faible inclusion sont 3.3 fois plus susceptibles d'éprouver des difficultés à interagir avec leurs pairs et ont une moins bonne santé que ceux qui sont dans des environnements ayant un niveau d'inclusion plus élevé (Timmons & Wagner, 2009). Selon l'enquête sur la participation et les limitations d'activités au Canada, au moins 75% des parents d'élèves ayant un handicap âgés de 15 ans et plus croyaient que les écoles ne les poussaient pas à atteindre leur plein potentiel. Presque le tiers des parents ont rapporté des difficultés afin d'obtenir des services d'éducation spécialisée; les barrières les plus communes sont les niveaux insuffisants de services ou de personnel (67%), le manque local de disponibilité de services (48%) ainsi que la difficulté à évaluer adéquatement les élèves (38%) (Kohen et al., 2001). Les élèves qui sont intégrés dans le système scolaire régulier actuel (connus sous l'appellation : élèves handicapés ou en difficulté

d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)), ont des conditions de santé variées. Leurs handicaps sont divers (ex : moteur, visuel ou auditif, retard intellectuel, désordre envahissant du développement, condition psychopathologique, trouble du langage) et ils peuvent avoir des difficultés d'adaptation sociale ou d'apprentissage (ex : troubles sévères de comportement). Les défis rencontrés par les élèves HDAA sont donc multiples et de nature diverse (ex : comportemental, communication). Ceci rend la prestation de services complexe et fait augmenter de façon additionnelle la demande auprès des enseignants et des organisations scolaires afin qu'ils offrent des services de qualité, efficaces et globaux. Les exigences liées au soutien des élèves HDAA augmente le niveau de stress des enseignants et diminue leur performance (Winzer & Mazurek, 2011), ce qui peut, en retour, entraver les résultats académiques des élèves.

Modèles de services scolaires – un focus sur le développement des capacités

Les professionnels des systèmes de l'éducation et de la santé (ex : éducation spécialisée, psychologie, travail social, orthophonie et ergothérapie) ont un rôle à jouer dans l'offre de services éducatifs complémentaires. Bien que le financement et que les systèmes de référence varient entre les régions et les provinces, les mêmes conclusions sont souvent trouvées : il y a de nombreuses barrières à l'accessibilité des services (incluant le temps d'attente), et le transfert des connaissances est parfois peu efficace afin de développer les capacités des acteurs scolaires (Deloitte & Touche, 2010). Les élèves, les familles et le personnel de l'école qui ont besoin de services deviennent frustrés et découragés, et les élèves

HDAA en subissent les répercussions sur leur réussite académique (Missiuna et al., 2012). Étant donné que les ressources sont limitées et que les besoins de services sont élevés, il est nécessaire de repenser l'offre de services. Il faut s'éloigner des interventions individualisées et coûteuses (aussi connues sous le nom d'interventions spécialisées ou de tiers 3), vers des interventions visant le développement des capacités des enseignants et de l'ensemble du personnel de l'école (ex : assistants enseignants). En effet, le transfert des connaissances et les interventions favorisant la prise en charge par les enseignants et les familles sont considérées comme essentiels dans la gestion de maladies chroniques. En mettant l'accent sur le développement des capacités dans le contexte d'un partenariat éducateur-thérapeute solide, les enfants ayant des besoins particuliers pourraient être identifiés et pris en charge plus rapidement par du personnel bien outillé. Un exemple de ce type de modèle est le Partenariat pour le Changement (Missiuna et al., 2012), qui cible les enfants avec un trouble d'acquisition de la coordination. Ce modèle a été implanté dans plusieurs écoles en Ontario par une équipe de recherche interdisciplinaire (incluant Dr. Camden, Missiuna, Campbell et Bennett; co-chercheuses du présent projet). Une autre approche innovatrice similaire a été récemment testée au Québec afin d'offrir du mentorat pour les enseignants, ce qui a permis d'améliorer la gestion des troubles de comportement dus à des conditions comme le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et les troubles du spectre autistique (TSA) (Hui, Snider, & Couture, 2016). Ces approches sont prometteuses et pourraient potentiellement être généralisées afin de faciliter les services

effectifs pour tous les élèves, peu importe leur type de handicap ou difficulté (Bonnard & Anaby, 2016; Missiuna et al., 2012).

Les défis dans l'application des connaissances actuelles afin d'améliorer les services de soutien pour les élèves HDAA

Bien que certains modèles d'organisation des services existent dans les écrits, les composantes qui devraient faire partie d'un modèle d'organisation des services éducatifs complémentaires restent à être synthétisées afin de favoriser l'implantation de politiques visant à supporter une transition dans la vision de l'intégration des élèves, de "l'accès à l'éducation pour tous" vers "le succès pour tous" (MELS, 1997, 1999). La complexité et la diversité des besoins des élèves, le manque de formation du personnel enseignant, les contraintes de temps, l'insuffisance de services spécialisés et les connaissances limitées sur les méthodes efficaces de répartition des ressources et des fonds représentent des défis à surmonter afin d'atteindre cette vision (MELS, 1999, 2008, 2011). Les modèles de développement des capacités sont de nature transformative et impliquent également un changement de direction majeur par rapport à la façon d'organiser les services (Campbell, Missiuna, Rivard, & Pollock, 2012; Missiuna et al., 2012). Plusieurs facteurs influenceront la capacité de transformer l'offre de services, dont notamment des facteurs liés aux caractéristiques des écoles et acteurs scolaires, mais également en lien avec la gestion du changement (Camden, Swaine, Tétreault, & Carrière, 2011; Damschroder et al., 2009). Les quelques synthèses d'évidence qui sont disponibles dans la littérature concernant les facteurs influençant le changement se concentrent

principalement sur l'identification des obstacles pour la prestation des services (Villeneuve, 2011) ou sur des éléments spécifiques, i.e., la collaboration (Hillier, Civetta, & Pridham, 2010; Terranova, 2010), avec aucune exploration en profondeur des stratégies qui pourraient guider une réorganisation des services éducatifs complémentaires au Québec. Une synthèse résumant les évidences existantes sur les modèles d'organisation des services, leurs buts, leurs composantes et leurs retombées fournirait des bases claires pour guider l'organisation des services pour les élèves HDAA.

2. Principales questions de recherche/hypothèses

La question de recherche est: *Qu'est-ce qui est connu concernant les modèles interdisciplinaires d'organisation des services scolaires pour les élèves HDAA intégrés en classe ordinaire?*

Les sous-questions sont:

- Quelles sont les caractéristiques de ces modèles, leurs composantes sous-jacentes et les ingrédients clés pour leur implantation?
- Quelles sont les retombées potentielles et documentées de ces modèles?
- Quels sont les facteurs influençant l'implantation de ces modèles et quelles sont les stratégies d'implantation à favoriser?
- Quelles sont les lacunes dans les écrits scientifiques pour lesquelles de nouvelles recherches sont nécessaires?

3. Objectifs poursuivis

Le but de cette étude est de: 1) Identifier et résumer les connaissances sur les modèles d'organisation des services aux élèves (EHDA) 2) Déterminer les stratégies efficaces pour implanter ces modèles et 3) S'assurer de la

diffusion et l'application des connaissances par les groupes appropriés d'acteurs des milieux scolaires.

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE VOS TRAVAUX

QUESTIONS 1 ET 2. La signification de nos conclusions a été élaborée en fonction des différents types d'auditoire

1. À quels types d'auditoire (décideurs, gestionnaires, intervenants, autres) s'adressent nos travaux ?	2. Que pourraient signifier nos conclusions pour les décideurs, gestionnaires ou intervenants ?
Décideurs politiques	Nos résultats ont des implications afin de revoir les cadres de références sur l'organisation des services produits au niveau ministériel. Nous savons en effet que certains principes d'organisation des services semblent plus efficaces que d'autres, et que différentes stratégies doivent être mises en place afin d'implanter des principes. De plus, nos résultats démontrent qu'il est nécessaire d'expérimenter davantage de modèles d'organisation des services; ce constat pourrait influencer le financement des priorités de recherche (recherche interventionnelle et évaluative, au lieu de descriptive).
Gestionnaires des commissions scolaires	Pour les directeurs des services éducatifs, nos résultats ont des implications pour la formation et le soutien des professionnels non-enseignants. En effet, des orientations claires devraient être données afin de favoriser certaines approches d'intervention, et le personnel devrait être soutenu pour implanter ces approches.
Professionnels non-enseignants	Les 10 composantes de l'organisation des services qui ont été identifiées pour organiser les services aux élèves HDAA ont aussi des implications pour l'offre de services par les professionnels non-enseignants. Par exemple, tous les professionnels non-enseignants pourraient baser leur offre de services sur un modèle de réponse-à-l'intervention. De même, la collaboration et le développement des compétences des enseignants titulaires devraient être intégrées dans les pratiques de soutien.
Directeurs des écoles primaires	Une des composantes d'organisation des services particulièrement importante pour les directeurs des écoles primaires est la coordination des services. En effet, ils ont un rôle central à jouer au sein des écoles afin de s'assurer de la cohérence entre l'approche et les services offerts, autant par les enseignants que les professionnels non-enseignants. Les

	directeurs apparaissent comme ayant un rôle de leadership à jouer afin de maximiser l'utilisation de stratégies favorisant l'implantation des composantes d'organisation des services, notamment via l'utilisation de rencontres de coordination et en favorisant le soutien interne et externe.
Enseignants	Il ressort des composantes d'organisation des services que les enseignants sont au cœur d'une offre de service optimale. Les composantes d'organisation des services liées à la collaboration et à l'intervention en contexte demandent aux enseignants une ouverture à travailler en équipe et à explorer, parfois, de nouvelles façons de faire afin de mieux desservir les élèves ayant un HDAA.
Partenaires des écoles	Bien que la recension des écrits ait portée sur l'organisation des services aux élèves HDAA en contexte scolaire, plusieurs modèles trouvés impliquaient des organismes communautaires ou des établissements de santé dans l'offre de service. Il ressort donc que les principes d'organisation des services doivent être partagés par les collaborateurs externes aux milieux scolaires afin de favoriser un arrimage optimal et une cohérence dans les services offerts.

3. Nous collaborons déjà avec des représentants du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur (MEES) afin de favoriser la diffusion de nos résultats au sein du Ministère, mais également auprès des services régionaux et suprarégionaux de soutien et d'expertise en adaptation scolaire, des services éducatifs complémentaires et des directeurs d'école. À différents niveaux, nous pourrions influencer les façons de faire, notamment en favorisant le développement d'outils (fiches-synthèses) qui pourraient permettre de soutenir le renouvellement des pratiques auprès des élèves ayant un HDAA.

D'ailleurs, la création du comité de consultation a permis d'établir un partenariat unique entre des chercheurs en réadaptation et en éducation, et des directions des services complémentaires et des professionnels non-enseignants. La participation à ce comité a créé un sentiment d'appropriation

de la démarche et des résultats de recherche qui facilitera certainement les changements de pratiques dans les milieux partenaires.

La solide collaboration avec les directions de sept commissions scolaires (en Estrie, en Montérégie et à Montréal) nous a d'ailleurs permis d'obtenir une subvention du FQRSC afin d'optimiser les rôles des acteurs impliqués dans l'implantation d'un modèle de réponse-à-l'intervention auprès des élèves HDAA (étude multi-site visant le développement, l'implantation et l'évaluation de stratégies d'optimisation des rôles). C'est dans le cadre de cette prochaine phase que nous espérons concrètement changer les pratiques éducatives dans 5 écoles de différentes commissions scolaires, et de générer des outils et des connaissances qui pourront être utilisés par l'ensemble des écoles sur le territoire québécois.

4. Puisqu'il s'agissait d'une recension des écrits de type *scoping review*, la qualité des évidences scientifiques n'a pas été évaluée. Nous sommes toutefois en mesure d'identifier qu'une lacune dans les écrits est justement le manque d'évaluation rigoureuse de modèles d'organisation des services qui pourraient être implantés au Québec afin de desservir l'ensemble des élèves HDAA. En effet, les publications scientifiques ayant évalué des modèles d'organisation des services l'ont généralement fait pour une population spécifique (ex. trouble du spectre autistique). Or, la visée du projet était d'identifier un modèle qui pourrait guider l'ensemble des services pour les élèves HDAA, afin de faciliter une approche cohérente des services tout en reconnaissant les interventions spécifiques nécessaires pour les différentes clientèles. **Force est de constater qu'aucun modèle trouvé ne peut être**

utilisé intégralement pour répondre à l'ensemble des besoins de tous les élèves HDAA. Cependant, nous sommes convaincues que les composantes importantes à considérer pour organiser les services aux élèves HDAA pourraient guider une démarche visant à optimiser l'offre de services auprès de ces élèves.

Un des défis auquel nous avons fait face est la difficulté d'identifier ce qui relève de l'organisation des services interdisciplinaires versus ce qui relève d'interventions spécifiques (les références trouvées sur les interventions spécifiques étant exclues). Nous croyons que les composantes d'organisation des services identifiées reflètent bien les composantes qui sont le plus fréquemment discutées dans les écrits; cependant, nous reconnaissons que si nous cherchions maintenant des références documentaires sur chacune des composantes identifiées, nous trouverions beaucoup plus de références que celles que nous avons identifiées. De même, **les composantes identifiées sont celles qui sont les plus fréquemment discutées, mais nous ne pouvons affirmer que ce sont les plus efficaces.**

5. Les messages clés pour différents types d'auditoires ont été présentés dans le tableau ci-haut.

6. Les principales pistes de solution selon les types d'auditoire ont été présentées dans le tableau ci-haut.

1. Description et justification de l'approche méthodologique

Une revue complète de la littérature, autant scolaire que la documentation parallèle sur l'éducation et la réadaptation, a été utilisée en se basant sur les étapes du travail de Arksey and O'Malley (2005) afin d'inclure différents types de documents pertinents. Notre équipe a utilisé une stratégie d'application des connaissances intégrée (ACI) (Tetroe, 2011), dans laquelle les utilisateurs de connaissances sont engagés comme partenaires pendant tout le processus de recherche afin de favoriser l'utilisation des connaissances. Spécifiquement, un comité de consultation a été créé pour développer des stratégies de recherche (raffinement des mots clés, identification des sources de documentation), et fournir des conseils sur l'interprétation et la diffusion de l'information. Ce comité de consultation était composé de onze intervenants au sein de 7 commissions scolaires francophones et anglophones de Montréal, de la Montérégie et de Sherbrooke. Spécifiquement, le comité inclut six directeurs de services complémentaires ainsi que cinq professionnels non-enseignant (un psychologue, une éducatrice spécialisée, une conseillère pédagogique, une orthophoniste et une ergothérapeute).

Deux rencontres de consultation internet de deux heures ont eu lieu. Lors de la première rencontre, le 19 mai 2015, les membres du comité de consultation ont fourni des conseils à l'égard des mots clés à utiliser, des bases de données où chercher, des journaux à réviser ainsi que des experts à consulter. Après cette rencontre, ils ont complété un sondage en ligne

(FluidSurvey) afin de bonifier les suggestions discutées lors de la rencontre. Les suggestions ont été intégrées afin de former une stratégie de recherche globale.

Lors de la seconde rencontre, le 21 mars 2016, les résultats préliminaires ont été présentés et la discussion a porté sur l'interprétation des résultats. Les stratégies de diffusion des connaissances envisagées ont également été abordées, notamment afin de s'assurer que l'information qui sera présentée soit la plus concrète possible. Cette rencontre a également servi à préparer la demande de subvention visant à optimiser les rôles des acteurs des milieux éducatifs dans un modèle de réponse-à-l'intervention (subvention qui a par la suite été obtenue).

2. Description et justification des méthodes de cueillette de données

Une recherche systématique d'articles révisés par les pairs et publiés entre 1998 et juin 2015 a été effectuée en utilisant quatre bases de données : Medline, CINAHL, PsychINFO et ERIC. La date de début, 1998, a été choisie puisqu'elle correspond à l'entrée en vigueur de la loi sur l'instruction publique qui délègue la responsabilité de l'organisation des services aux écoles et commissions scolaires de façon individuelle (Québec, 1998). Des mots clés ont été identifiés en lien avec l'organisation des services éducatifs complémentaires pour les élèves HDAA. Une liste de 44 types de conditions de santé, basée sur le thésaurus de vocabulaire du MeSH (Medical Subject Headings) et utilisée précédemment par notre équipe (Anaby et al., 2013) a été utilisée (voir Annexe 1).

Une recherche en parallèle des dissertations/thèses non publiées a également été conduite en utilisant la base de données ProQuest. Une technique de *snowball*, où les chercheurs et partenaires ont fourni des références pertinentes, a également été conduite.

Les documents ont été inclus s'ils : (1) fournissaient des recommandations spécifiques sur l'organisation des services éducatifs complémentaires, (2) visaient les élèves de 17 ans et moins ayant un HDAA, peu importe le type de difficultés ou le statut socio-économique, en autant qu'ils étaient intégrés dans des classes ordinaires de niveau préscolaire, primaire ou secondaire. Les études étaient exclues si : (1) les services étaient offerts exclusivement hors de l'école, et (2) les interventions proposées concernaient une seule discipline, et donc, les recommandations étaient limitées quant à l'organisation des services. Deux agents de recherche ont sélectionné, de façon indépendante, les articles qui devaient être lus ; toute mésentente a été résolue en discutant avec les chercheurs principaux. Un procédé de validation a ensuite été conduit afin de réviser l'inclusion des articles.

Les données ont été extraites des documents retenus afin d'identifier le type d'évidence (scientifique vs. littérature grise, théorique vs. empirique), la population visée (ex : diagnostic des élèves, âge, niveau scolaire), les types d'écoles (ex : privée, publique, milieu défavorisé), les autres environnements impliqués (maison, communauté), les acteurs clés et les politiques scolaires cités. L'information à propos de l'organisation des services (type d'interventions, services offerts par qui, composantes d'interventions et stratégies d'implantation) et les retombées associées aux modèles ont

également été extraites. L'information a été consignée dans un tableau Excel compilant l'ensemble de l'information à travers les documents retenus.

3. Corpus ou échantillon

La recherche initiale a fait ressortir 11 000 articles cibles. 52 articles répondaient aux critères d'inclusion/exclusion (voir l'annexe 2); de ceux-là, 69% étaient des documents de nature scientifique et 31% étaient issus de la littérature grise. Les raisons les plus communes afin d'exclure les études étaient que les interventions étaient trop spécifiques (27%), aucun service professionnel n'était offert (23%) et que les rôles des professionnels n'étaient pas spécifiés (22%).

4. Stratégies et techniques d'analyse

Une analyse statistique descriptive a été effectuée sur les données numériques (ex. nombre d'articles référant à des écoles publiques vs privées vs en milieu défavorisé; la description des intervenants impliqués).

Les données qualitatives ont d'abord été extraites par deux agents de recherche. Puis, l'extraction de données pour tous les manuscrits inclus ainsi que 20% des articles exclus a été révisée par les deux chercheurs principaux. Afin de faire ressortir les grandes thématiques liées à l'organisation des services et les stratégies d'implantation, une troisième agente de recherche a utilisée l'information extraite des documents. Les mots-clés résumant les caractéristiques du modèle et les stratégies d'implantation ont été soulignées pour chaque document. Puis ces mots-clés ont été relus pour en faire ressortir les thèmes.

PARTIE D - RÉSULTATS

Caractéristiques des études sélectionnées: Parmi les 52 documents qui ont été inclus, 13 étaient de nature conceptuelle ou théorique, 2 des études descriptives empiriques, 20 des études évaluatives empiriques, 3 des revues de littérature, 5 des documents gouvernementaux, 6 des thèses et 3 des documents de type autre (voir la figure à l'annexe 3). Les documents de nature conceptuelle ou autre étaient constants à travers les années (ils représentaient 25% en 1999 et 29% en 2015) tandis que le nombre d'études évaluatives empiriques a augmenté (la moitié des études évaluatives ont été réalisées après 2011, voir l'annexe 4).

La majorité des documents impliquaient le système public d'éducation (92%). Certains documents présentaient des modèles de services visant spécifiquement des écoles primaires (23%), autant des écoles primaires que secondaires (17%), le secondaire seulement (10%) ou d'autres groupes d'âge (ex : prématernelle) (25%). Dix documents (19%) ont inclus des milieux ou des écoles défavorisées. La plupart des documents décrivaient des modèles où les services étaient uniquement offerts en milieu scolaire (75%). Seulement quelques modèles ont adopté une approche plus large (macro) et ont également impliqué la communauté (12%) par exemple le système médical ou les agences de santé externes (Ballard, Sander, & Klimes-Dougan, 2014; Gioia, 2014), ou ont favorisé les interactions entre l'école, le milieu familial et la communauté (10%), par exemple la coordination de services (Puddy, Roberts, Vernberg, & Hambrick, 2012) ou la formation pour tous les individus à l'intérieur de l'environnement immédiat de l'enfant

(Holmes, Levy, Smith, Pinne, & Neese, 2015). En général, plusieurs professionnels étaient impliqués dans la prestation des services, incluant les enseignants/enseignants en éducation spécialisée (65%), des spécialistes de la réadaptation (31%) et du personnel médical (4%). Les tableaux à l'annexe 5 fournissent de l'information détaillée sur les caractéristiques des études sélectionnées. À noter que les documents présentaient des modèles qui visaient différents sous-groupes d'élèves (voir l'annexe 6). Les populations les plus fréquemment ciblées par ces documents étaient des étudiants avec des troubles de comportement (23%), avec un TDA/H (11%) ou avec des difficultés cognitives/intellectuelles (11%). Nous avons identifié que 27% des modèles visaient tous les enfants des écoles, avec ou sans handicaps; ces modèles se concentraient cependant sur l'implantation d'un programme ayant des objectifs spécifiques, tels que des programmes visant à favoriser la santé mentale ou les comportements socialement adaptés, ou l'utilisation de stratégies de co-enseignement (Morocco & Aguilar, 2002; Saxon, 2007).

Dans l'ensemble, plus de 30 modèles différents ont été identifiés. Malgré leurs noms différents, plusieurs modèles avaient des caractéristiques communes. Un modèle qui a été cité à plusieurs reprises est le modèle de Réponse-à-l'intervention (RAI; voir l'annexe 7).

L'analyse thématique a révélé 10 composantes ressortant des modèles d'organisation des services¹: Le design universel² (*universal design*), le soutien aux enseignants/personnel, les interventions collaboratives, les services directs en groupe ou en individuel, les services multi-paliers, la collaboration, les thérapies 'de retrait' en dehors de la classe, les

interventions écologiques (dans la classe ou dans l'environnement naturel de l'enfant) ainsi que l'implication des familles. Le tableau de l'annexe 8 illustre l'étendue auquel chaque composante/élément a été adressé à travers tous les documents¹. Les composantes les plus fréquemment nommées étaient le service direct basé individuel (38%) ou en groupe (31%), la coordination des services (30%), l'intervention collaborative (29%) et le soutien pour les enseignants (29%).

Les retombées des modèles d'organisation des services ont été identifiées pour les 20 études de nature évaluative (i.e. qui ont évalué des modèles d'organisation des services); certaines retombées escomptées ont aussi été nommées dans dix articles non-évaluatifs (voir tableau à l'annexe 9). Les retombées portaient principalement sur les résultats liés à l'élève et incluent, par exemple, les habilités fonctionnelles (comportement, moteur, cognitif). Une attention limitée a été portée sur les résultats liés à l'enseignant (ex : auto-efficacité, utilité des nouvelles connaissances), malgré le fait que le **soutien aux enseignants et au personnel** représentait une des composantes les plus communes dans l'organisation des services et une des plus fréquemment évaluées (50% des recherches évaluatives). Les études ayant évalué les changements de compétences des enseignants indiquaient une amélioration dans les résultats liés à l'enseignant (ex : capacité, (Hui et al., 2016); connaissance, (Barnett, Corkum, & Elik, 2012; Starling & Arciuli,

¹ La fréquence à laquelle chaque élément a été adressé dans la littérature ne reflète l'importance ou l'efficacité de ces éléments.

² À noter que l'utilisation du terme 'design universel' a été préférée à la conception universelle des apprentissages, plus connue au Québec, puisque bien que ces deux concepts soient similaires, certaines différences existent.

2012)) et les résultats liés à l'étudiant, comme l'habileté motrice, le comportement et la réussite académique (Dreiling & Bundy, 2003; Han, Catron, Weiss, & Marciel, 2005; Li-Grining, Raver, Jones-Lewis, Madison-Boyd, & Lennon, 2014; Mishna & Muskat, 2004; Strain, Wilson, & Dunlap, 2011). La formation des enseignants a été identifiée comme une stratégie qui pourrait être associée à des programmes efficaces d'interventions précoces dans les milieux défavorisés (Reynolds & Temple, 2008).

Une autre composante de l'organisation des services qui a fréquemment été évaluée à travers les études (n = 8; 42%) est la **coordination des services**, où un facilitateur pouvait jouer le rôle de coordination (Shippen, Houchins, Calhoon, Furlow, & Sartor, 2006), ou des rencontres continues pouvaient être organisées (McIntosh, Bennett, & Price, 2011) et où des plans d'intervention conjoints pouvaient être arrangés (Hunt, Soto, Maier, Liboiron, & Bae, 2004). L'**intervention collaborative**, quant à elle, pouvait impliquer, par exemple, une collaboration rapprochée entre les familles, les écoles et les agences de santé mentale (Ballard et al., 2014), le travail d'équipe pendant l'intervention (Ratzon et al., 2009) et l'enseignement conjoint (Morocco & Aguilar, 2002); une telle approche, lorsqu'évaluée (n = 8; 26%), était associée avec une amélioration du fonctionnement émotif social des élèves, des habiletés motrices-visuelles ainsi que l'identification des rôles des professionnels. Les aspects du **design universel** ont également été documentés dans la littérature (n = 12) avec une focalisation sur la prévention et la gestion des troubles de comportement. Ceci impliquait les programmes universels de prévention afin de réduire les comportements

problématiques en réformant les environnements physiques et sociaux (Benedict, Horner, & Squires, 2007), en offrant du soutien universel qui répond aux besoins de chaque école (McIntosh et al., 2011), en favorisant l'éducation à la santé basée sur la prévention (Henry, McNab, & Coker, 2005), les programmes universels d'intervention ciblant les habiletés comportementales de toute la classe (Han et al., 2005) ainsi que l'accommodement des besoins physiques et comportementales des élèves (Bagnato et al., 2004).

Les **interventions écologiques** (i.e. dans l'environnement naturel immédiat de l'enfant tel que dans sa classe, à la maison et dans la communauté) sont une autre composante identifiée (n = 12 ; 23%). Cela impliquait, par exemple, offrir des consultations médicales et du soutien comportemental positif "in-vivo" pour les enfants d'âge préscolaire avec des conditions chroniques, dans leur environnement scolaire ou à la maison, à travers un partenariat entre les professionnels médicaux et scolaires ainsi que les agences communautaires (Bagnato et al., 2004). D'autres exemples incluent : la pratique des habiletés dans un environnement de travail réel pour les étudiants avec des désordres émotifs (Nochajski & Schweitzer, 2014), des consultations hebdomadaires à l'interne pour les enseignants (Han et al., 2005; Ratzon et al., 2009), la pratique d'habiletés et d'activités en lien avec la classe d'enseignement, le cursus et l'environnement spécifique de l'école (Laverdure & Rose, 2012), et la conduite de l'évaluation dynamique dans la classe, le terrain de jeu et le gymnase (Missiuna et al., 2015). La prestation de services de santé mentale directement dans le milieu de l'enfant (Ballard

et al., 2014) a été rapporté comme offrant des bénéfices pour soutenir les étudiants autant dans la classe qu'en dehors de celle-ci, ce qui inclut l'heure du dîner ou la récréation (Groom & Rose, 2005). Les études évaluatives (n=5) qui incluent ce principe (trois d'entre-elles impliquaient une collaboration éducateur-Pht/Erg) ont eu du succès dans l'amélioration des habiletés cognitives des élèves (Ratzon et al., 2009), de leurs comportements (Han et al., 2005) ainsi que de leur fonctionnement socio-émotif et le taux de suspensions/présence (Ballard et al., 2014). Plus particulièrement, dans le modèle Pre-K RECAP, une consultation hebdomadaire durant une journée complète pour les enseignants sur la gestion des comportements en classe, en combinaison avec une formation de groupe des parents tout au long de l'année scolaire a contribué à améliorer les habiletés sociales et réduire les comportements problématiques (mesuré par la liste de Comportements des Enfants) des jeunes enfants âgés entre quatre et cinq ans (Han et al., 2005).

L'utilisation de **services multi-paliers** a été rapportée dans 25% des documents; ces documents incluaient l'utilisation de modèles de RAI (réponse-à-l'intervention), d'approche 'tiers' et de services ajustés aux besoins des étudiants, des éducateurs et du personnel. Des exemples incluent du soutien gradué (réponse-à-l'intervention) pour les jeunes enfants avec des conditions chroniques (Bagnato et al., 2004), l'ajustement du soutien lorsque les enfants avec des traumatismes cranio-cérébraux avancent dans le processus de guérison/retour graduel à l'école (Gioia, 2014), et les plans de remédiation des tiers qui sont offerts pour les

étudiants de niveau intermédiaire avec des comportements à risque (Johnson, 2012). Par exemple, un modèle de service multi-paliers en combinaison avec d'autres principes comme la formation des enseignants (via de la formation ou des ateliers), de façon individuelle et en groupes a été prouvé efficace dans l'amélioration de la gestion par l'enseignant du comportement des jeunes enfants, avec une augmentation graduelle de l'intensité des interventions (Li-Grining et al., 2014). Ce principe a été évalué dans six études et cela incluait des modèles 'tiers de services' qui visaient les comportements des étudiants (Benedict et al., 2007), en ajustant le niveau de l'intervention aux besoins des étudiants (tous les enfants, de petits groupes ou de façon individuelle).

L'Implication des familles était évidente dans 23% des articles et pouvait inclure différentes formes de collaborations, notamment : entre les familles, les écoles et les agences de santé mentale (Ballard et al., 2014); du soutien consultatif aux administrateurs des soins à domicile à propos des besoins médicaux et comportementaux de leurs enfants (Bagnato et al., 2004); de la communication continue entre les familles, les administrateurs de soins et l'école afin de faciliter le retour à l'école suivant traumatisme cranio-cérébrale (Gioia, 2014) et du mentorat et de la formation auprès des parents sur la gestion des problèmes de santé mentale (Holmes et al., 2015; Strain et al., 2011). L'implication des parents en tant que membres actifs de l'équipe avec des prestataires de services variés pouvait prendre différentes formes. Les parents avaient parfois un rôle de *leader* de la gestion de cas afin de faciliter et veiller au programme éducatif de l'étudiant (Koskie &

Freeze, 2000), afin de surveiller et évaluer la performance et le fonctionnement de l'étudiant à la maison (Puddy et al., 2012). Certains auteurs ont également recommandé du soutien familial intensif de la part des parents des enfants d'âge préscolaire jusqu'à la troisième année du primaire (Reynolds, Magnuson, & Ou, 2010).

Les **services directs de groupe** ont été documentés dans 31% des articles et comprenaient des interventions de groupe pour les enfants, de la formation de groupe pour les enseignants et les autres professionnels. Ceci impliquait des interventions ciblées en petits groupes pour les enfants; ces groupes faisaient fréquemment partie intégrale des services de type 'tier 2', dans les modèles multi-paliers (Benedict et al., 2007; O'Connor, Bocian, Sanchez, & Beach, 2014; Sayeski & Brown, 2011) et utilisaient parfois l'instruction différenciée (Missiuna et al., 2015). De la supervision du travail en petits groupes par les assistants d'enseignement a également été rapportée (Groom & Rose, 2005). La prestation de sessions basées en groupe pour former les enseignants sur la gestion des comportements (Li-Grining et al., 2014), les interventions de groupe pour les étudiants avec des troubles d'apprentissage ainsi que de la formation de groupe pour le personnel de l'école, les parents et les étudiants pour augmenter la compréhension et l'acceptation des étudiants avec des trouble d'apprentissage (Mishna & Muskat, 2004) ont également été rapportés.

Les **thérapies de retrait** étaient mis en évidence dans 12% des articles dans lesquels les étudiants étaient retirés des classes pendant une période de temps afin de pouvoir recevoir des services de façon individuelle

ou en groupe. Ceci incluait des services pour les troubles de la parole (Bauer, Iyer, Boon, & Fore, 2010) et du soutien en santé mentale pour les étudiants (UCLA, 2001). D'autres exemples incluent des situations où : des professionnels de l'éducation et les assistants d'enseignement travaillaient avec les étudiants de façon individuelle ou en petits groupes afin d'assurer du progrès dans un domaine académique précis (Labon, 1999); des tuteurs travaillant sur les habiletés de lecture avec des groupes d'étudiants, qui ont été retirés d'une classe, en veillant sur le besoin de déplacer d'un tier 2 à un tier 1 (O'Connor et al., 2014); des services directs hebdomadaires d'un ergothérapeute afin d'améliorer les habiletés visuelles-motrices (Ratzon et al., 2009), et une étendue de services hors-classe en petits groupes afin d'améliorer les interactions positives avec les pairs et les enseignants (Saxon, 2007).

Les **services directs individuels** étaient le principe le plus souvent observé dans la littérature (38%). Ceci implique des interventions d'ergothérapeutes spécialisés (Hutton, Tuppeny, & Hasselbuch, 2015), du soutien direct continu fourni tous les jours par plusieurs professionnels pour les étudiants avec des conditions complexes (MELS, 2007) et des interventions individuelles fournies pour les étudiants intervenant au niveau tier 3 (Benedict et al., 2007; Johnson, 2012; NRCLD, 2007; Sayeski & Brown, 2011). D'autres exemples incluent des services directs axés sur les étudiants fournis en classe par un ergothérapeute (Dreiling & Bundy, 2003), l'utilisation d'assistants d'enseignement (Groom & Rose, 2005), des interventions individuelles intensives liées au trauma (Holmes et al., 2015),

de la thérapie individuelle pour les enfants avec des troubles émotifs sévères (Puddy et al., 2012), du tutorat un-à-un (Shippen et al., 2006), des plans individualisés développés à travers une approche d'équipe transdisciplinaire (Koskie & Freeze, 2000), des services directs de consultation sur la santé mentale pour les enfants, et des services de réduction du stress pour les enseignants (Li-Grining et al., 2014). Finalement, des services directs afin de soutenir la transition vers le milieu de travail pour les étudiants de niveau secondaire avec des troubles émotifs/de comportement ont également été rapportés (Nochajski & Schweitzer, 2014).

Il est important de noter que chaque composante d'organisation des services n'a pas été évalué de façon séparée mais plutôt en combinaison avec d'autres composantes. En fait, la majorité des études évaluatives ont utilisé une combinaison d'au moins trois composantes. Afin d'illustrer ceci, un modèle de prestation de services qui ciblait les enfants d'âge préscolaire avec des troubles liés à un traumatisme dans des régions défavorisées impliquait le **soutien** (développement des habiletés en forme de formation) **pour les enseignants** et tout le **personnel de l'école** (ex : conducteurs d'autobus, réceptionnistes, administrateurs) ainsi que la formation pour les **membres de la famille** en combinaison avec **les services multi-paliers** et des **interventions intensives directes basées sur l'individu** : l'étude a démontré des résultats efficaces pour l'étudiant (Holmes et al., 2015) mais il est difficile d'estimer la contribution de chacune des composantes isolément. Un autre modèle incluant de multiples composantes est le Partenariat pour le Changement : ce modèle favorise les **interventions écologiques** et **les**

services multi-paliers incluant le **design universel**; ce modèle a facilité un accès égal et efficace aux services pour les enfants (Missiuna et al., 2015).

L'analyse thématique a révélé sept stratégies d'implantation qui ont été utilisées afin de faciliter la mise en œuvre des modèles identifiés et/ou des composantes liées à l'organisation des services. Le tableau de l'annexe 10 décrit chaque stratégie en détail et le tableau de l'annexe 11 illustre l'étendue jusqu'où chaque stratégie est adressée à travers les études. La stratégie la plus commune était la formation (45%), suivi par la rôle de coordination (27%), des rencontres (23%), du soutien à l'interne (23%), la préparation (14%), du soutien externe (14%) et une évaluation continue (9%). La majorité des documents utilisaient une stratégie unique (68%) alors que quelques-uns ont utilisé de deux à quatre stratégies (32%). La **formation** des enseignants/du personnel scolaire impliquait des modalités variées comme des ateliers (Hyter, 2003), des sessions de mentorat en continu (Hui et al., 2016), des plateformes internet pour l'échange d'information (Barnett et al., 2012), de la formation par vidéo en ligne (Gioia, 2014) et du matériel écrit comme des livres, des graphiques et des fiches signalétiques, entre autres. Le rôle de **coordonnateur** est un rôle de leadership qui peut impliquer des mentors externes (McIntosh et al., 2011) qui fournissent de la communication en continue (Bagnato et al., 2004), qui facilitent la consultation par les pairs (Mishna & Muskat, 2004), des équipes de leadership d'implantation (McIntosh et al., 2011), ou un mécanisme d'utilisation des ressources (UCLA, 2001).

Conclusions

Cette revue a révélé certaines composantes et stratégies d'implantation qui pourraient permettre de développer un modèle d'organisation de services pour les élèves HDAA. Les composantes incluent des approches de services d'interventions multi-paliers et collaboratifs qui favorisent l'échange de connaissances et le développement des capacités pour tous les intervenants impliqués (ex : parents, professionnels de la santé, enseignants, personnel scolaire) avec la formation et l'intégration de partenariats bien coordonnés entre les services d'éducation et de santé et des entités financières.

PARTIE E – PISTES DE RECHERCHE

Les écarts dans les connaissances actuelles existent encore puisqu'il y a que peu d'évidence sur les modèles de services efficaces, en particulier ceux qui sont globaux et qui ciblent tous les élèves, peu importe leurs besoins ou handicap. D'autres évaluations systématiques de modèles sont donc requises; celles-ci devraient également s'attarder aux résultats pour les enseignants, plutôt que de se concentrer seulement sur les résultats pour les élèves. Ceci est particulièrement important, surtout dans la mesure où la revue a révélé une attention marquée portée au soutien aux enseignants et au personnel scolaire à travers diverses stratégies d'implantation, telles que le mentorat, la consultation et la formation. Une telle approche s'avère prometteuse dans le développement des capacités des enseignants et du personnel scolaire et peut mener à des services efficaces qui bénéficieront à tous.

Partie F - Références et Bibliographie

- Anaby, D., Hand, C., Bradley, L., DiRezze, B., Forhan, M., DiGiacomo, A., & Law, M. (2013). The effect of the environment on participation of children and youth with disabilities: a scoping review. *Disability and Rehabilitation, 35*(19), 1589-1598. doi:10.3109/09638288.2012.748840
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8*(1), 19-32. doi:10.1080/1364557032000119616
- Bagnato, S. J., Blair, K., Slater, J., McNally, R., Mathews, J., & Minzenberg, B. (2004). Developmental healthcare partnerships in inclusive early childhood intervention settings: the HealthyCHILD model. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Early Childhood Intervention, 17*(4), 301-317.
- Ballard, K. L., Sander, M. A., & Klimes-Dougan, B. (2014). School-related and social-emotional outcomes of providing mental health services in schools. *Community Mental Health Journal, 50*(2), 145-149. doi:10.1007/s10597-013-9670-y
- Barnett, B., Corkum, P., & Elik, N. (2012). A web-based intervention for elementary school teachers of students with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychological Services, 9*(2), 227-230. doi:10.1037/a0026001
- Bauer, K. L., Iyer, S. N., Boon, R. T., & Fore, C., III. (2010). 20 Ways for Classroom Teachers to Collaborate with Speech-Language Pathologists. *Intervention in School and Clinic, 45*(5), 333-337.
- Beal, H. A. (1998). *An analysis of achievement and progress of students with learning disabilities and students without learning disabilities in the class-within-a-class (CWC) inclusion model.* (Ed. D.), University of Kansas.
- Benedict, E. A., Horner, R. H., & Squires, J. K. (2007). Assessment and Implementation of Positive Behavior Support in Preschools. *Topics in Early Childhood Special Education, 27*(3), 174-192.
- Bonnard, M., & Anaby, D. (2016). Enabling participation of students through school-based occupational therapy services: Towards a broader scope of practice. *British Journal of Occupational Therapy, 79*(3), 188-192. doi:10.1177/0308022615612807
- Brannan, S. A. (2005). *An exploration of interdisciplinary collaboration when serving students with moderate and severe disabilities at the middle and high school levels: A current snapshot of perceived barriers and opportunities.* (3191212 Ed.D.), West Virginia University, Ann Arbor. ProQuest Dissertations & Theses Full Text database.
- Camden, C., Swaine, B., Tétreault, S., & Carrière, M. (2011). Going beyond the identification of change facilitators to effectively implement a new model of services: Lessons learned from a case example in paediatric rehabilitation. *Developmental neurorehabilitation, 14*(4), 247-260.

- Campbell, W. N., Missiuna, C. A., Rivard, L. M., & Pollock, N. A. (2012). "Support for Everyone": Experiences of Occupational Therapists Delivering a New Model of School-Based Service. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 79*(1), 51-59. doi:10.2182/cjot.2012.79.1.7
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*(1), 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Deloitte, & Touche, L. (2010). Review of school health support services final report.
- Dreiling, D. S., & Bundy, A. C. (2003). A comparison of consultative model and direct-indirect intervention with preschoolers. *The American Journal Of Occupational Therapy: Official Publication Of The American Occupational Therapy Association, 57*(5), 566-569.
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the Classroom: Effective Intervention Strategies. *Theory Into Practice, 50*(1), 35-42.
- Education, D. o. (2000). *To Assure the Free Appropriate Public Education of All Children with Disabilities (Individuals with Disabilities Education Act, Section 618)*. Retrieved from Washington, DC:
- Eskin, A. M. (1999). *A collaborative consultation program model: A study of an educational placement option for teaching middle school students with learning disabilities*. (9927892 Ph.D.), The Union Institute, Ann Arbor. ProQuest Dissertations & Theses Full Text database.
- Everett, K. E. (2013). *Collaborative Behaviors Practiced by Teachers and Their Administrators Resulting in Increased California High School Exit Exam Pass Rates for Students With Learning Disabilities*. (3576676 Ed.D.), University of La Verne, Ann Arbor. ProQuest Dissertations & Theses Full Text database.
- Gaudreau, L., Legault, F., Brodeur, M., Hurteau, M., Dunberry, A., Séguin, S.-P., & Legendre, R. (2008). *Rapport d'évaluation de la politique d'adaptation scolaire au Québec*. Retrieved from Montréal:
- Gioia, G. A. (2014). Medical-School Partnership in Guiding Return to School Following Mild Traumatic Brain Injury in Youth. *Journal Of Child Neurology*.
- Groom, B., & Rose, R. (2005). Supporting the Inclusion of Pupils with Social, Emotional and Behavioural Difficulties in the Primary School: The Role of Teaching Assistants. *Journal of Research in Special Educational Needs, 5*(1), 20-30.
- Han, S. S., Catron, T., Weiss, B., & Marciel, K. K. (2005). A Teacher-Consultation Approach to Social Skills Training for Pre-Kindergarten Children: Treatment Model and Short-Term Outcome Effects. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(6), 681-693. doi:10.1007/s10802-005-7647-1

- Henry, J., McNab, W., & Coker, J. K. (2005). The School Counsellor: An Essential Partner in Today's Coordinated School Health Climate. *Guidance & Counselling, 20*(3-4), 102-108.
- Hillier, S., Civetta, L., & Pridham, L. (2010). A Systematic Review of Collaborative Models for Health and Education Professionals Working in School Settings and Implications for Training. *Education for Health, 23*(3), 393-393.
- Holmes, C., Levy, M., Smith, A., Pinne, S., & Neese, P. (2015). A Model for Creating a Supportive Trauma-Informed Culture for Children in Preschool Settings. *Journal Of Child And Family Studies, 24*(6), 1650-1659.
- Hui, C., Snider, L., & Couture, M. (2016). Self-regulation workshop and Occupational Performance Coaching with teachers: A pilot study. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 83*(2), 115-125.
- Hunt, P., Soto, G., Maier, J., Liboiron, N., & Bae, S. (2004). Collaborative Teaming to Support Preschoolers With Severe Disabilities Who Are Placed in General Education Early Childhood Programs. *Topics in Early Childhood Special Education, 24*(3), 123-142.
- Hutton, E., Tuppeny, S., & Hasselbuch, A. (2015). Making a case for universal and targeted children's occupational therapy in the United Kingdom. *British Journal of Occupational Therapy, 1*(4).
- Hyter, Y. D. (2003). Language Intervention for Children with Emotional or Behavioral Disorders. *Behavioral Disorders, 29*(1), 65-76.
- Johnson, J. H. (2012). *The Implementation of the Full Service School Reform Model and Its Impact on Middle School Climate and Student Achievement: An Investigative Study*. ProQuest LLC. Available from EBSCOhost
- Kohen, D., Uppal, S., Khan, S., & Visentin, L. (2001). *Access and Barriers to Educational Services for Canadian Children with Disabilities*. Retrieved from
- Koskie, J., & Freeze, R. (2000). A critique of multidisciplinary teaming: Problems and possibilities. *Developmental Disabilities Bulletin, 28*(1), 1-17.
- Labon, D. (1999). *Inclusive Education at Work: Students with Disabilities in Mainstream Schools*.
- Laverdure, P. A., & Rose, D. S. (2012). Providing educationally relevant occupational and physical therapy services. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics, 32*(4), 347-354. doi:10.3109/01942638.2012.727731
- Li-Grining, C. P., Raver, C. C., Jones-Lewis, D., Madison-Boyd, S., & Lennon, J. (2014). Targeting Classrooms' Emotional Climate and Preschoolers' Socioemotional Adjustment: Implementation of the Chicago School Readiness Project. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 42*(4), 264-281. doi:10.1080/10852352.2014.943639
- Majeski, K. (2002). *Special education in Ohio public charter schools: An analysis of the efficacy of service delivery to students identified with disabilities*. (3046344 Ph.D.), Cleveland State University, Ann Arbor. ProQuest Dissertations & Theses Full Text database.

- McIntosh, K., Bennett, J. L., & Price, K. (2011). Evaluation of Social and Academic Effects of School-Wide Positive Behaviour Support in a Canadian School District. *Exceptionality Education International*, 21(1), 46-60.
- MELS. (1997). *L'école, tout un programme, énoncé de la politique éducative*. Gouvernement du Québec Retrieved from http://srp.csrs.qc.ca/evaluation/Documents/Lecole_tout_un_programme.pdf.
- MELS. (1999). *Une école adaptée à tous ses élèves - Politique de l'adaptation scolaire*. Gouvernement du Québec Retrieved from http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/politi00F_2.pdf.
- MELS. (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)*. Retrieved from http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/19-7065.pdf.
- MELS. (2008). *Conditions for Greater Success: Action plan to promote success for students with handicaps, social maladjustments or learning disabilities*. Retrieved from http://www.education.gouv.qc.ca/en/references/publications/results/detail/article/conditions-for-greater-success-action-plan-to-promote-success-for-students-with-handicaps-social/?tx_ttnews%5Blang%5D=1.
- MELS. (2011). *Lignes directrices pour l'intégration scolaire des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage*. Retrieved from http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/LignesDirectricesIntScolElvesHand_1.pdf.
- Mishna, F., & Muskat, B. (2004). School-Based Group Treatment for Students with Learning Disabilities: A Collaborative Approach. *Children & Schools*, 26(3), 135-150. doi:10.1093/cs/26.3.135
- Missiuna, Pollock, N., Campbell, W., Dix, L., Whalen, S., & Stewart, D. (2015). Partnering for Change: Embedding universal design for learning into school-based occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 17.
- Missiuna, Pollock, N. A., Levac, D. E., Campbell, W. N., Whalen, S. D. S., Bennett, S. M., . . . Russell, D. J. (2012). Partnering for Change: An Innovative School-Based Occupational Therapy Service Delivery Model for Children with Developmental Coordination Disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 79(1), 41-50. doi:10.2182/cjot.2012.79.1.6
- Morocco, C. C., & Aguilar, C. M. (2002). Coteaching for content understanding: A schoolwide model. *Journal of Educational & Psychological Consultation*, 13(4), 315-347. doi:10.1207/S1532768XJEPC1304_04
- Murawski, W. W., & Hughes, C. E. (2009). Response to Intervention, Collaboration, and Co-Teaching: A Logical Combination for Successful Systemic Change. *Preventing School Failure*, 53(4), 267-277.

- Nochajski, S. M., & Schweitzer, J. A. (2014). Promoting school to work transition for students with emotional/behavioral disorders. *Work (Reading, Mass.), 48*(3), 413-422. doi:10.3233/WOR-131790
- NRCLD. (2007). *Responsiveness to Intervention in the SLD Determination Process*. Retrieved from
- O'Connor, R. E., Bocian, K. M., Sanchez, V., & Beach, K. D. (2014). Access to a Responsiveness to Intervention Model: Does Beginning Intervention in Kindergarten Matter? *Journal of Learning Disabilities, 47*(4), 307-328.
- Odom, S. L., Duda, M. A., Kucharczyk, S., Cox, A. W., & Stabel, A. (2014). Applying an implementation science framework for adoption of a comprehensive program for high school students with autism spectrum disorder. *Remedial and Special Education, 35*(2), 123-132. doi:10.1177/0741932513519826
- Prewett, S., Mellard, D., & Lieske-Lupo, J. (2011). *RTI Scheduling Processes for Middle Schools. Information Brief*. Retrieved from
- Puddy, R. W., Roberts, M. C., Vernberg, E. M., & Hambrick, E. P. (2012). Service Coordination and Children's Functioning in a School-Based Intensive Mental Health Program. *Journal Of Child And Family Studies, 21*(6), 948-962.
- Québec. (1998). *La loi sur l'instruction publique*. Retrieved from <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs16987>.
- Ratzon, N. Z., Lahav, O., Cohen-Hamsi, S., Metzger, Y., Efraim, D., & Bart, O. (2009). Comparing Different Short-Term Service Delivery Methods of Visual-Motor Treatment for First Grade Students in Mainstream Schools. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal, 30*(6-), 1168-1176.
- Reynolds, A. J., Magnuson, K. A., & Ou, S.-R. (2010). Preschool-to-third grade programs and practices: A review of research. *Children and Youth Services Review, 32*(8), 1121-1131. doi:10.1016/j.childyouth.2009.10.017
- Reynolds, A. J., & Temple, J. A. (2008). Cost-effective early childhood development programs from preschool to third grade. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 109-139. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091411
- Sacchetto, J. A. (2014). *The Collaboration Model and Reading Improvement of High School Students With Learning Disabilities: [1]*. (Ph.D.), Walden University, United States -- Minnesota. Retrieved from <http://search.proquest.com.proxy3.library.mcgill.ca/pqdtft/docview/1520186813/abstract/F7E8857C430C4BD6PQ/42>
Available from ProQuest
- Saxon, K. M. (2007). *Integrating students with disabilities into the general education classroom: An ethnographic study on two service delivery models*. Boston College.
- Sayeski, K. L., & Brown, M. R. (2011). Developing a Classroom Management Plan Using a Tiered Approach. *TEACHING Exceptional Children, 44*(1), 8-17.
- Shippen, M. E., Houchins, D. E., Calhoon, M. B., Furlow, C. F., & Sartor, D. L. (2006). The Effects of Comprehensive School Reform Models in Reading for Urban Middle School Students with Disabilities. *Remedial and Special Education, 27*(6-), 322-328.

- Smith, V. K., & Prelock, P. A. (2002). A Case Management Model for School-Age Children with Multiple Needs. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 33*(2), 124-129.
- Starling, M. T., & Arciuli. (2012). Training secondary school teachers in instructional language modification techniques to support adolescents with language impairment: a randomized controlled trial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 43*, 474-495.
- Strain, P. S., Wilson, K., & Dunlap, G. (2011). Prevent-Teach-Reinforce: Addressing Problem Behaviors of Students with Autism in General Education Classrooms. *Behavioral Disorders, 36*(3), 160-171.
- Terranova, T. G. (2010). *Using collaborative planning and teaching practices to improve the academic achievement of students with disabilities: A case study of inclusive classrooms in two schools.* (Ed.D.), Teachers College, Columbia University, United States - New York. Retrieved from <http://search.proquest.com.proxy3.library.mcgill.ca/pqdtft/docview/756399265/abstract/54BD4822DE13460FPQ/15>
Available from ProQuest
- Tetroe, J. (2011). *Integrated knowledge translation at CIHR: An update.* Retrieved from
- Timmons, V., & Wagner, M. (2009). *Inclusive Education Knowledge Exchange Initiative: An Analysis of the Statistics Canada Participation and Activity Limitation Survey.* Retrieved from <http://www.cclcca.ca/CCL/Research/FundedResearch/201009TimmonsInclusiveEducation.html>
- UCLA. (2001). *Mental Health in Schools: Guidelines, Models, Resources, & Policy Considerations.* Retrieved from <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/policymakers/cadreguidelines.pdf>
- Villeneuve, M. (2011). *Learned together: Applying socio-cultural activity theory to collaborative consultation in school-based occupational therapy.* (PhD), Queen's University, Kingston, Ontario, Canada.
- Winzer, M., & Mazurek, K. (2011). Canadian Teachers' Associations and the Inclusive Movement for Students with Special Needs. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy, 116*, 1-24.

ANNEXES

Annexe 1. Services basés à l'école pour les élèves avec des handicaps – Mots clés de la littérature (données probantes)

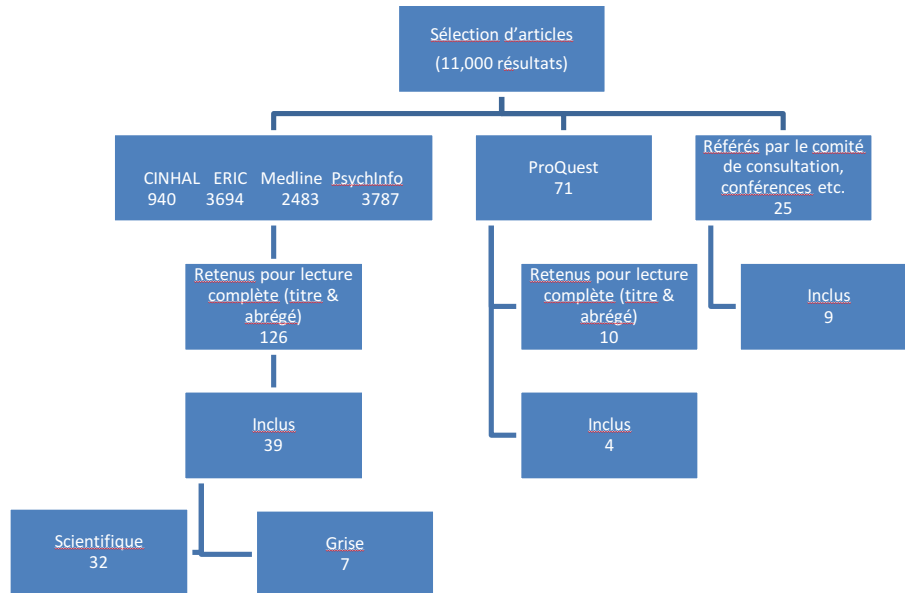
Année: 1998- Juin 2015

Service Delivery Model		Childhood Disability		School Setting		Age
TI (Model* OR Framework* OR collaborat* OR "capacity building" OR "consult*" OR partnership OR mentoring OR "professional development" OR "response to intervention" OR "RTI" OR service* OR guideline*) OR AB(Model* OR Framework* ORcollaborat* OR "capacity building" OR "consult*" OR partnership OR mentoring OR "professional development" OR "response to intervention" OR "RTI" OR service* OR guideline*)	And	disabilit* OR "developmental disease*" OR "disabled child*" OR "at-risk" OR "special needs" OR(44 disorders*) <i>*see list below and use list below in databases</i>	And	TI ("class*" OReducati* OR school* OR academic OR "Regular class*" OR "mainstream education system" OR "inclusi* education" OR "integrati* education" OR "School based") OR AB ("class*" OReducati* OR school* OR academic OR "Regular class*" OR "mainstream education system" OR "School based" OR "inclusi* education" OR "integrati* education")	And	TI (Pupil* OR learner* OR preschool* OR "school-age child*" OR school* N2 student*) OR AB (Pupil* OR learner* OR preschool* OR "school-age child*" OR school* N2 student*)

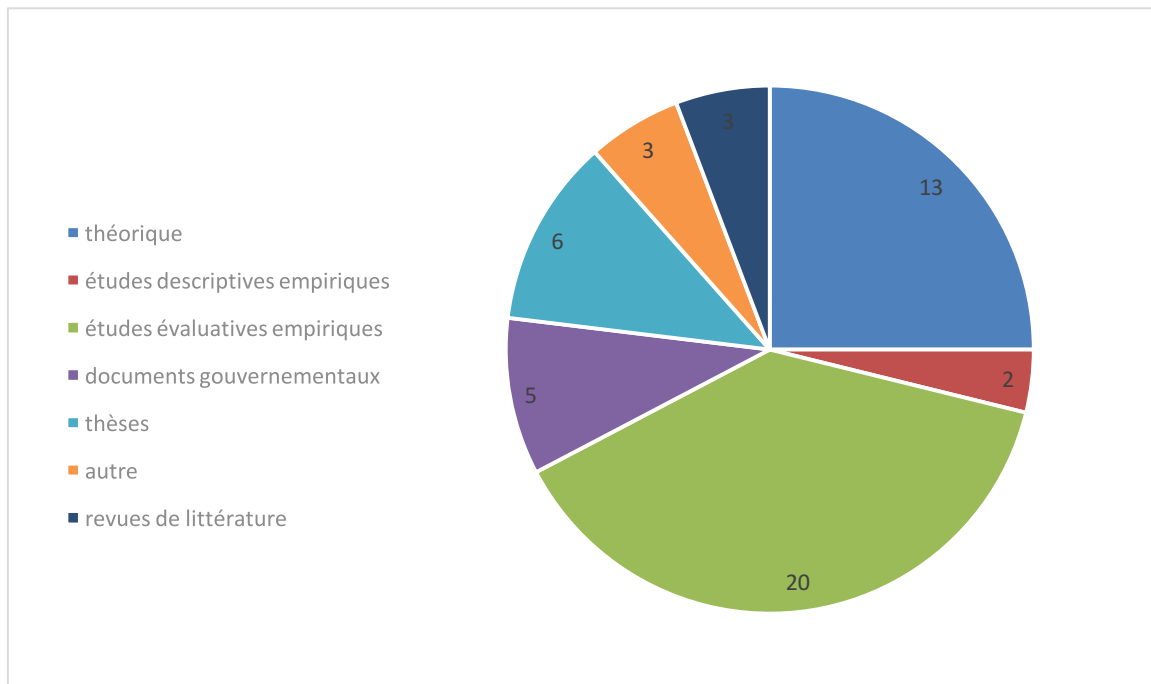
List of 44 disorders and childhood disability to enter in databases:

disabilit* OR "developmental disease*" OR "disabled child*" OR "Cerebral Palsy" OR "Spina Bifida" OR myelomeningocele OR meningocele OR "Down syndrome" OR "Attention Deficit Disorder" OR ADD OR "Attention Deficit/hyperactivity disorder" OR ADHD OR "Developmental Coordination Disorder" OR "Communication Disorder" OR "language disorder" OR DCD OR "developmental dyspraxia" OR "Motor coordination disorder" OR "clumsy child* syndrome" OR "Eating disorder" OR "disordered eating" OR "Orthopaedic Muscular Dystroph*" OR "Duchenne muscular dystrophy" OR "Spinal Muscular Atrophy" OR "Congenital deformit*" OR "Brachial Plexus injur*" OR Epilepsy OR "seizure disorder" OR "Movement disorder" OR Autism OR "autistic disorder" OR "Autism spectrum disorder" OR ASD OR "Pervasive Developmental Disorder" OR PDD OR PDD-NOS OR "Sensory disintegrative disorder" OR "sensory defensiveness" OR "sensory processing disorder" OR Anxiety OR "Global developmental delay" OR "Fine motor dysfunction" OR "Acquired brain injury" OR "traumatic brain injury" OR "brain injury" OR "head injury Learning Disability" OR "Non-verbal learning disability*" OR "Non-verbal learning disorder" OR "Cleft lip and palate" OR "cleft lip" OR "cleft palate" OR "orofacial cleft" OR "Juvenile arthritis" OR Dyslexia OR "Intellectual disability*" OR "Mental health" OR phobia* OR "severe behavioural issue*" OR "at-risk" OR "special need*"

Annexe 2. Processus de sélection des articles



Annexe 3. Caractéristiques des documents sélectionnés (n=52)



Annexe 4. Types d'articles en fonction de la date de publication

		n	%
Phase 1 (1999-2004)	Conceptuel/théorique/opinion	3	25,0
	Descriptif empirique	2	16,7
	Évaluatif empirique	3	25,0
	Revue	0	0
	Documents gouvernementaux	1	8,3
	Thèses/dissertation	0	0
	ONG	2	16,7
	Autre	1	8,3
Phase 2 (2005-2010)	Conceptuel/théorique/opinion	3	20,0
	Descriptif empirique	1	6,7
	Évaluatif empirique	4	26,7
	Revue	3	20,0
	Documents gouvernementaux	1	6,7
	Thèses/dissertation	2	13,3
	ONG	1	6,7
	Autre	0	0,0
Phase 3 (2011-2016)	Conceptuel/théorique/opinion	7	29,2
	Descriptif empirique	0	0,0
	Évaluatif empirique	12	50,0
	Revue	0	0,0
	Documents gouvernementaux	2	8,3
	Thèses/dissertation	3	12,5
	ONG	0	0,0
	Autre	0	0,0

ONG = Organisations Non Gouvernementales

Annexe 5. Caractéristiques des études et des documents sélectionnés

		n	%
Âge/Niveau scolaire	Non spécifié	13	25,0
	Primaire	12	23,1
	Secondaire	5	9,6
	Primaire et secondaire	9	17,3
	Autre (pré-maternelle, école intermédiaire)	13	25,0
Environnement	École	39	75,0
	Communauté	0	0,0
	Maison	0	0,0
	École et communauté	6	11,5
	École et maison	1	1,9
	École, communauté et maison	5	9,6
	Autre	1	1,9
Type d'école	Publique*	38	73,1
	Privée	0	0,0
	Régions défavorisées publiques	10	19,2
	Autre	4	7,7
Partenaires clés	Programme d'intervention rapide (EI)	1	1,9
	Départ Rapide (Head Start)	4	7,7
	Système de la santé	2	3,8
	Système scolaire	3	5,8
	Ministère/ Département de l'Éducation (excluant Départ Rapide)	4	7,7
	Université	1	1,9
	Non spécifié	37	71,2
Qui est impliqué**	Enseignant	22	42
	Enseignant en éducation spécialisée	12	23
	Profession non spécifiée (professionnel, thérapeute, clinicien)	10	19
	Ergothérapeute	9	17,3
	Orthophoniste	8	9,6
	Autre (pht, conseiller, médecin de famille, candidat au doctorat, clinicien en santé mentale, élèves)	8	23
	Personnel scolaire (personnel, administrateur, entraîneur en athlétisme)	7	5,8
	Psychologue	5	3,8
	Travailleur social	5	13
	Assistant enseignant (éducateur, assistant enseignant/à l'éducation/instructeur)	5	19
	Enfant/Famille	3	15
	Personnel médical (infirmière, médecin)	2	3,8

*N'inclut pas les régions défavorisées publiques

** il y a plus d'un code par article, donc, le total ≠ 100%

Annexe 6. Types de handicaps qui ont été décrits dans les articles retenus*

Types de populations (par handicap/problématiques)		n	%
1	Comportement / santé mentale	12	23
2	Physique / motrice	4	8
3	Langage / parole	5	10
4	TDA/H / apprentissage	6	11
5	Cognitive / intellectuelle / TSA	6	11
6	Non spécifié	11	21
7	Tous (avec ou sans incapacité)	14	27

*Parfois, il y a plus d'un code par article, donc, le total \neq 100%

Annexe 7. Liste des modèles identifiés

- Réponse à l'Intervention (RtI) (6x)
- Enseignement conjoint (4x)
- Partenariat pour le changement (P4C) (2x)
- Consultation collaborative (2x)
- Intervention directe (2x)
- Soutien du comportement positif (PBS) (2x)
- Soutien du comportement positif dans toute l'école (SWPBS) (2x)
- ENFANT en santé
- Modèle de Santé Mentale Élargi de l'École (ESMH)
- Éducation inclusive
- RÉCAP préscolaire
- Modèle de Santé Coordonné de l'École
- École avec Services Complètes (FSS)
- Système de Soins (SOC)
- Interventions et Soutien de Comportement Positif (PBIS)
- Approche d'équipe transdisciplinaire
- Éducation inclusive
- Modèle pour les services éducatifs connexes
- Chicago School Readiness Project (CSR)
- Collaboration de l'Agence de santé mentale et de la commission scolaire
- Programme de Transition de l'École au Travail (STWTP)
- Programme du Centre de l'Éducation Secondaire pour les Enfants avec le TSA (CSESA)
- Programme Intensif de Santé Mentale (IMHP)
- 1- Carolina Abecedarian Project (ABC), 2- Head Start/Follow Through (FT), 3- Chicago Child-Parent Center and Expansion Program (CPC), 4-National Head Start/Public-School Early Childhood Transition Demonstration Project
- Modèle de collaboration
- Succès pour tous (SFA)
- Modèle de coordination de soins
- Modèle préscolaire d'expériences d'apprentissage et programmes alternatifs pour les enfants d'âge préscolaire et leurs parents (LEAP)
- Planification collaboratrice et pratiques d'enseignement
- Mentorat de la Performance de l'Occupation (OPC)
- Base de travail du système équilibré
- Approches basées sur les système

Annexe 8. Caractéristiques et principes qui sous-oeuvre les modèles de prestation de services

Auteurs	Design universel (prévention, dépistage)	Soutien aux enseignants/personnel (formation, mentorat, consultation, monitoring, aucune intervention d'un thérapeute)	Intervention collaborative (travail d'équipe durant l'intervention, expertise partagée, enseignement conjoint, intervention conjointe)	Services directs : groupes (+intervention professionnelle avec toutes les classes)	Services directs : individuel	Services multi-paliers (incluant RAI, ajustement du niveau des services pour les besoins de l'enfant/son évolution)	Coordination des services (rencontres régulières, rôle de coordination, plan d'intervention)	Thérapie de retrait	Interventions écologiques	Implication des familles (support to caregiver)
Ballard et al, 2015			x	X					x	x
Barnett et al, 2012		x								
Bauer et al., 2010			x					x	x	
Benedict et al, 2007	x			X	X	x	x			
California University, 2001	x			X	X			x		
Department of Education, 2000		x								
Dreiling et al, 2003		x	x		X		x			
DuPaul et al, 2011			x							
Gioia, 2014					X	x	x			x
Groom et al, 2005				X	X				x	
Han et al, 2005		x							x	
Henry et al, 2005	x			X			x			
Holmes et al, 2015		x			X	x				x
Hunt et al, 2004							x			
Hyter, 2003			x				x		x	
Johnson, 2012					X	x				
Koskie et al, 2000					X		x			x
Labon et al, 1999	x	x		X	X		x	x		
Laverdure et al, 2012			x				x		x	
Li-Grining et al, 2014		x		X	X	x				
McIntosh et al, 2011	x					x	x			
Mishna et al, 2004		x		X						
Morocco et al, 2002			x							
Murawski et al, 2009			x			x				

Auteurs	Design universel (prévention, dépistage)	Soutien aux enseignants/personnel (formation, mentorat, consultation, monitoring, aucune intervention d'un thérapeute)	Intervention collaborative (travail d'équipe durant l'intervention, expertise partagée, enseignement conjoint, intervention conjointe)	Services directs : groupes (+intervention professionnelle avec toutes les classes)	Services directs : individuel	Services multi-paliers (incluant RAI, ajustement du niveau des services pour les besoins de l'enfant/son évolution)	Coordination des services (rencontres régulières, rôle de coordination, plan d'intervention)	Thérapie de retrait	Interventions écologiques	Implication des familles (support to caregiver)
National Research Center on Learning Disabilities, 2007	x			X	X	x				
Nochajski et al., 2014					X				x	
O'Connor et al., 2014				X		x		x		
Odom et al., 2014		x		X	X					
Prewett et al., 2011	x			X	X	x				
Puddy et al., 2012				X	X		x			x
Ratzon et al., 2009			x				x	x	x	
Reynolds et al., 2008	x	x								x
Reynolds et al., 2009					X					x
Sacchetto et al., 2014			x							
Sayeski et al., 2011	x			X	X	x				
Shippen et al., 2006					X		x			x
Smith et al., 2002							x			x
Strain et al., 2011		x					x			x
Pearl, 2004			x							
Saxon, 2007			x	x				x	x	
Simonovski, 2015			x							
Terranova, 2010										
Hilier et al., 2010										
Hui et al., 2016		x								
Hutton et al., 2016	x				X					
MELS, 2007					X		x		x	
MELS, 2011										
MELS, 2008										
Missiuna et al., 2015		x				x				

Auteurs	Design universel (prévention, dépistage)	Soutien aux enseignants/personnel (formation, mentorat, consultation, monitoring, aucune intervention d'un thérapeute)	Intervention collaborative (travail d'équipe durant l'intervention, expertise partagée, enseignement conjoint, intervention conjointe)	Services directs : groupes (+intervention professionnelle avec toutes les classes)	Services directs : individuel	Services multi-paliers (incluant RAI, ajustement du niveau des services pour les besoins de l'enfant/son évolution)	Coordination des services (rencontres régulières, rôle de coordination, plan d'intervention)	Thérapie de retrait	Interventions écologiques	Implication des familles (support to caregiver)
Missiuna, 2015	x	x	x	x		x			x	x
Starling et al.,2012		x								
	12	15	15	16	20	13	16	6	12	12
**	23,1%	28,8%	28,8%	30,8%	38,4%	25,0%	30,8%	11,5%	23%	23,1%

* En jaune : articles évaluatifs, en bleu: École/environnement défavorisé, en vert : évaluatif et désavantagé

**Pourcentage de tous les articles (/52)

Annexe 9. Résultats identifiés*

Résultats		n	%
1	Élèves (académique, fonction)	21	40
2	Enseignants (efficacité personnelle, connaissances, satisfaction)	5	10
3	Élèves et enseignants	3	6
4	École (ex. rétention)	4	8
5	Non applicable	22	42

*Parfois, il y a plus d'un code par article, donc, le total ≠ 100%

Annexe 10. Description des thèmes - stratégies d'implantation

Stratégie	Description
Formation (atelier, plateforme internet, livre, vidéo, PPT)	Il s'agit d'un thème utilisé pour les modèles qui utilisaient une sorte de formation ou d'entraînement formel pour faciliter l'implantation de leurs principes. Cela pouvait prendre des formes variées, par exemple des ateliers en personne ou en ligne ou encore l'accès à un manuel ou à des présentations multimédia (vidéo, PowerPoint).
Soutien externe (provenant d'autres agences ou écoles)	Le soutien externe réfère aux études qui ont eu accès à des ressources de l'extérieur de l'école ou à des ressources habituellement non-disponibles pour implanter le nouveau modèle. Par exemple, si des intervenants d'une autre école ou d'une agence de santé étaient mobilisés pour aider à l'implantation du modèle. Le soutien externe peut prendre des formes semblables au soutien interne décrit ci-bas, mais fait ressortir que des ressources ou des connaissances supplémentaires sont nécessaires pour bien implanter un nouveau modèle.
Soutien interne (Consultation dans l'école, rétroaction)	Le soutien interne réfère à l'aide disponible à l'intérieur de l'école pour répondre aux questions des intervenants dans l'application du modèle. Une personne est disponible pour

	répondre aux questions des intervenants et peut même, dans certains cas, aller observer directement l'implantation dans le milieu et donner du feedback aux intervenants de façon formelle ou informelle
Rencontres d'équipe (planification, discussion avec les enseignants)	L'utilisation des rencontres d'équipe peut prendre différentes formes : il peut s'agir de rencontres de planification où l'on discute des changements à apporter pour l'implantation des modèles ou de discussions sur la façon dont les personnes voient le changement qui sera apporté par l'implantation du nouveau modèle.
Coordinateur (leadership/équipe d'implantation, définition des rôles)	Le thème de coordination réfère aux stratégies utilisées pour assurer que l'implantation soit bien coordonnée. Cela est habituellement fait en désignant une personne ou une équipe responsable de l'implantation, de la transmission de l'information entre les intervenants et de l'explication des rôles à chacun.
Préparation (développement du matériel/ ressources communes/règles claires ou procédé)	Certaines études ont souligné l'importance de préparer à l'avance du matériel commun (outils d'évaluation, brochures) ou des procédures. Ce matériel est ensuite distribué à toutes les personnes impliquées dans l'implantation pour faciliter la transition.
Evaluation continue (plan d'implantation)	Certaines études incluait un processus d'évaluation formel de l'implantation souvent basé sur un plan d'implantation et des indicateurs de performance. Le fait d'avoir de l'information sur différents paramètres visait à ajuster les procédures d'implantation pour favoriser au maximum l'implantation du modèle.

Annexe 11. Stratégies d'implantation identifiés dans et au travers les modèles (n=22)

Auteur(s)	Formation (atelier, plateforme internet, livre, vidéo, PPT)	Soutien Externe (autres agences ou écoles)	Soutien Interne (Consultation dans l'école, rétroaction)	Rencontres d'équipe (planification, discussion avec les enseignants)	Coordinateur (leadership/ équipe d'implantation, définition des rôles)	Préparation (développement du matériel/ ressources communes/ procédé)	Évaluation continue (plan d'implantation)	
Bagnato et al, 2004		x		x	x			3
Barnett et al, 2012	x							1
Benedict et al, 2007			x	x				2
UCLA, 2001				x	x			2
Gioia, 2014	x					x		2
Han et al, 2005			x					1
Henry et al, 2005						x		1
Hunt et al, 2004				x				1
Hyter, 2003	x							1
McIntosh et al, 2011	x	x			x		x	4
Mishna et al, 2004	x		x		x			3
Morocco et al, 2002				x				1
O'Connor et al., 2014						x		1
Odom et al., 2014		x			x		x	3
Prewett et al., 2011					x			1
Reynolds et al., 2008	x							1
Shippen et al., 2006			x					1
Strain et al, 2011	x							1
Pearl, 2004	x							1
Saxon, 2007			x					1
Simonovski, 2015	x							1
Hui et al.,2016	x							1
Total (%*)	10 (45.4%)	3 (13.6%)	5 (22.7%)	5 (22.7%)	6 (27.2%)	3 (13.6%)	2 (9%)	

*Pourcentage de 22 articles (42%) incluait au moins un thème d'implantation

Type of article:
 1= Conceptual/theoretical/opinion; 2= empirical descriptive; 3= empirical evaluative; 4=review; 5= governmental documents; 6=Thesis/dissertation; 7=NGO; 8=other

Article	Type of article	Study purpose	Targeted population (include n)	Models/ specific principles/ interventions	Targeted outcomes (comments)	Formal evaluation - if yes, describe how	Main findings
Bagnato et al (2004)	1	Presentation of HealthyCHILD (Collaborative Health Interventions for Learners with Differences)	Children with developmental delays/ disabilities, chronic medical conditions and challenging behaviors	HealthyCHILD : partnerships among educational/ healthcare professionals & agencies ; direct and consultative interventions for young children, teachers, parents, and team ; in vivo in school, agency, and home settings ; modify helping routines of caregivers & physical environment of home and classroom ; promote children’s healthy development, social behavior, functional capabilities, and overall wellness			
Bauer et al. (2010)	1	Practical strategies for classroom teachers and SLP to collaboratively meet the needs of the individual students in the least restrictive environment	Students with speech language difficulties	20 strategies: 1- Solicit administration support; 2-Set time to meet; 3-Work as professional colleagues; 4-Set goals for student; 5-Keep therapy register; 6- Consistent therapy schedule; 7-Be honest with SLP; 8- Be flexible in implementing collaborative approach; 9-Use SLP to improve academic skills; 10-Be creative; 11-Incorporate carryover techniques in classroom; 12-SLP as ally; 13-Share expertise; 14-Use SLP as resource; 15- Be supportive of SLP; 16-Open communication; 17-Be an active listener; 18-Provide feedback; 19-Locate information focused on collaboration; 20-Meet student needs	Meet the ends of the individual student (academic grades, speech-language skills)		
DuPaul et al. (2011)	1	Describe school-based intervention strategies for children with ADHD	Children with ADHD in the school system	Collaborative consultation: "an equal partnership between two partners (e.g., school psychologist and classroom teacher) to define a problem and develop interventions."	Behavioural, academic, social		

Gioia (2014)	1	Examine the school return program materials for pediatric neurologic and medical disorders to implement proper management following mild traumatic brain injury	Primary and high school students with mild traumatic brain injury (TBI)		Symptom management, academic reintegration, social-emotional needs		6 themes : 1) formal education & training of school personnel; 2) definition of the roles of school personnel, family, and student ; 3) preparation of school environment ; 4) use of standardized forms to guide teaching staff; 5) development & use of student-specific medical management plan; 6) ongoing communication between the medical provider, school, student, and family
Henry et al. (2005)	1	Explore literature to identify activities the school counsellor, health professionals, staff, and volunteers can pursue to improve coordination of student health promotion	Primary and high school students with social, emotional, educational, and health related problems	Coordinated School Health Model: an integrated set of policies, procedures, and activities : 1- comprehensive school health education; 2- psychological and social services; 3- school health services; 4- school nutrition services; 5-physical education; 6-family and community involvement in school health; 7-school health promotion for staff			-
Hutton et al. (2016)	1	To encourage increasing impact of children's OT through inclusion of universal and targeted services alongside specialist provision	School-aged children from disadvantaged areas	Balanced System Framework : inclusion of universal , targeted and specialist occupational therapy interventions. Emphasis on relationship between population, intervention and workforce.			

Koskie et al. (2000)	1	Examine contradictions between beliefs and practices in teaming and propose an alternative model (transdisciplinary team approach) that addresses some limitations associated with the professional bureaucratic model	Students with complex disabilities	Transdisciplinary team approach : team members working together and sharing information, knowledge, and skills across traditional disciplinary boundaries. Involves team members taking each other's roles while allowing the needs of the child/family to dictate the team's goals. Parents and students are actively involved throughout the process involving 4 phases : 1-determining team membership, 2-assessment, 3-program development 4- program implementation			
Laverdure et al. (2012)	1	Share perspectives on educationally relevant occupational and physical therapy practice and address challenges of understanding the nature of educationally relevant service	Children with physical therapy (PT) and occupational therapy (OT) needs	Model for educationally relevant services : requires a synthesis of health-related parameters of student's educational trajectories. OT and PT assume roles in facilitating activity engagement, building collaborative partnerships with students, families, and school teams, and fostering family connections within school context. Therapy objective is that students can access and participate effectively in school activities			
Missiuna (2015)	1	Describe the P4C program and the positive effects	All types of elementary school student	See P4C above			P4C facilitates equal access to services, eliminates waitlists, and serves large numbers of children with a diverse array of special needs
Murawski et al. (2009)	1	Provide educators with practical understanding of what Response to intervention (RTI) looks like in the classroom and how co-teaching can make RTI more efficient, effective, and realistic	All children in inclusive schools	Collaboration, co-teaching, Response to intervention (RtI)			

Odom et al. (2014)	1	Describe the Center on Secondary Education for Students With Autism Spectrum Disorder (CSESA) program, an approach that could support the adoption of a complex, comprehensive high school program for adolescents with ASD.	Adolescents with Autism spectrum disorder (ASD)	CSESA program : covers autism in adulthood, transition planning, problem solving, and risks to adult independence. Includes : 1- peer and social competence (peer-mediated approach) 2- Social Competence Intervention–High School (SCI-HS), a social skills training program. 3- Promoting responsibility, independence, and self-management (PRISM). 4- School team members create maps of school and community resources and include family & students in planning work-based learning experiences			
Sayeski et al. (2011)	1	RTI framework that special & general education teachers can use in evaluating existing class structures and develop comprehensive classroom management plans for challenging behaviors	Primary school children	Response-to-intervention (RTI) : Multi-levelled (3 tiered) approach to classroom behavioral support (prevention and intervention)			
Smith et al. (2002)	1	Describe how speech language pathologists (SLP) should handle the care coordination role in a school-based setting	Students whose primary area of need is communication	Care coordination model : Include 4 steps 1-listen to family, 2- meet with community, 3- meet, 4- ongoing support. Important skills to develop: Knowledge and coordination of community resources (family-centered practice and systematic planning), knowledge of significant context (professional competency, teaming skills, cultural competence)			

Groom et al. (2005)	2	Identify factors contributing to effective practice by TAs in supporting the inclusion of pupils with social, emotional, behavioural difficulties (SEBD)	Primary students aged 7-11 with social, emotional, behavioural difficulties (n= 94 schools)	Inclusive education	Inclusion of students with SEBD in mainstream classes	Questionnaires and interviews	For most if not all, TA involvement was essential to have inclusive educational practices for students with SEBD.
Hyter (2003)	2	Describe Head Start setting:collaborative, prevention-focused, classroom-based intervention model with two children at risk for developing EB/D and communication difficulties	Children at risk for emotional/ behavioural disorders/ communication impairments in disadvantaged area (n=2)	Collaboration	Emotional, behavioural, and communication skills		
Mishna et al (2004)	2	Describe a collaborative project that brought together mental health and education to provide services in schools for at-risk students with learning disabilities.	Primary and high school students with learning disabilities at risk and in need of social, emotional, and behavioral support (n=21)	Mental health agency & school board collaboration : used both direct services of school-based group treatments consisting of students with learning disabilities and psychosocial problems and indirect interventions such as staff development and consultation	Socio-emotional functioning (self, parent, and teacher ratings), intervention	Child Behavior Checklist, Teacher Report Form, School Self-perception Questionnaire, Individual interviews with group members	It is likely that the combination of group treatment and the interventions to increase the understanding of parents and teachers about learning disabilities was effective.

Ballard et al. (2015)	3	Examine the potential impact of Expanded School Mental Health (ESMH) Model on students' school-related and social-emotional outcomes	Emotional and behavioural problems in general primary school population, labelled "high risk" (n= 307 including control group)	Expanded School Mental Health Model (ESMH): conventional pupil services provided by school psychologists, social workers, and counselors and close collaboration between families, schools, and mental health agencies. It allows a range of services to be available for larger numbers of youth in both general and special education.	Academic and social-emotional functioning	School archive database of suspension and attendance rates, Strengths and Difficulties Questionnaire for parents and teachers	Significant reduction in suspension and increase in attendance rates; significant decrease in SDQ Total Difficulties and Emotional Problems (for teachers), Total Difficulties, Emotional Problems, Conduct Disorder and Prosocial Behaviour (for parents)
Barnett et al. (2012)	3	Pilot a web-based ADHD intervention aimed at improving teachers knowledge and attitudes about ADHD as well as behaviour and competency	Elementary school teachers using program for children with ADHD (n=19)		System efficiency, teacher knowledge/ attitudes/ behaviours/ usability of the web-based tool	Self-reported Questionnaire	Positive and significant changes in teachers' knowledge, teacher's attitudes in terms of their perceived control in classroom as well as teachers' competence were observed pre-post intervention
Benedict et al. (2007)	3	Determine to what extent preschool programs are implementing the core elements of PBS consultation and if it is associated with changes in universal PBS practices, and child problem behaviors	Children with challenging behaviours ; A- preschool classrooms (Community of special classroom, n=15) ; B- lowest implementation (n=4)	Positive behaviour support (PBS) : School-based consultation	Implementation of PBS, children's problem behaviours	Preschool-wide Evaluation Tool, observation, Consultation questionnaire to evaluate teacher's perception of the services	Between pre- and post-consultation in all 4 selected classrooms: Increase in presence of PBS features, increase in teacher use of PBS practices, no changes in problem behaviors. Teachers reported the PBS was excellent and that they would recommend it

Dreiling et al. (2003)	3	Compare outcomes for students with motor delays who were served through either direct–indirect intervention or consultation to parents and preschool staff	Children with motor delays : at least 1 SD below norm, with IEP for occupational therapy and no other medical diagnoses (n=22)	Consultation or direct intervention	Motor skills	Measures attainment of goals determined for each child	No statistical difference between goal attainment in motor skills whether consultation or direct intervention
Han et al. (2005)	3	Evaluate the effects of the pre-K RECAP program on children’s behavior, as an initial investigation of the value of an intensive teacher-consultation intervention model.	Children aged 4–5 years (n=149)	Pre-K RECAP (Reaching Educators, Children, and Parents) universal intervention program	Social skills and behavior problems	Child Behavior Checklist (CBCL), Social Skills Rating System, Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF), Teacher version of the Social Skills Rating System (SSRS)	Significant treatment effects were found for teacher but not for parent : treatment group children improving significantly more than comparison group children in their teacher-rated social skills and internalizing and externalizing problems.
Holmes et al. (2015)	3	Develop a model to create a trauma-informed culture to meet the needs of young children in a preschool setting.	Children with experiences of trauma in disadvantaged area; (n=150) (trauma-related issues : n=81)	Training to develop skills of all individuals involved with the child's immediate environment on a daily basis ; intensive individual intervention; classroom consultation; parent/staff peer mentoring	Diagnostic mental health problems, quality of relationships in classroom (emotional and instructional support, classroom organization)	Achenbach system (Child Behavior Checklist, Teacher Report), Classroom Assessment Scoring System	intensive services: statistically significant improvements in teacher ratings of attention, externalizing behaviour, oppositional defiance; parent ratings of externalizing problems, attention/hyperactivity, internalizing behaviours; positive classroom relationships

Hui et al. (2016)	3	Explore how a one day training and 8 follow-up Occupational Performance Coaching sessions impacted elementary school teacher's perceived performance/satisfaction with their use of strategies for students with disruptive behaviours and teacher self-efficacy regarding classroom management	Regular classroom elementary school teachers (n=11)	Occupational Performance Coaching (OPC) is a school-wide service delivery model for children with developmental coordination disorder (DCD) provided by an occupational therapist who "used a client centered approach along with their knowledge of student behaviours and diagnosis to enable the teachers in solution-focused thinking". One day Workshop: The goal was to provide participant theory behind attention and self-regulation and brief overview of the Alter Program	Classroom management, teachers' perception of performance and satisfaction, teachers' self-efficacy	Goal attainment scale (GAS); Teacher's Sense of Efficacy Scale - Classroom management Factor (TSES-CM); Canadian occupational performance measure (COPM)	1) Themes were transitions, attention and engagement of students, emotional and self-regulation. 2) Clinically significant improvements were reported by COPM 3) TSES-CM results clinically significant regarding classroom management. 4)Gains were maintained for teachers' perception of their performance 5) "Significant progress occurred in all participants in at least one outcome area
Hunt et al. (2004)	3	Investigate the effectiveness of a collaborative teaming process designed to unify and integrate educational, communication, and social supports for young children with significant disabilities	Children with significant disabilities in general preschool settings (n=6)		Communication and interaction	Interaction and Engagement Scale	Improvements in interaction and participation

Li-Grining et al. (2014)	3	Provide a descriptive portrait of the Chicago School Readiness Project's (CSRP) implementation using an RCT design	Children beginning school in primary disadvantaged schools participating in CSRP (n= 543) and teachers (n=90)	Chicago School Readiness Project (CSRP) : project aimed to enhance low-income children's school readiness and reduce children's disruptive behaviors. It includes 4 components : 1- training of teachers in classroom behavior management (Incredible Years Teacher Training), 2- Mental health consultant (MHC) coaching teachers, 3- MHCs' leading of a stress reduction workshop for teachers, and (4) MHCs' offering of direct services to children.	Implementation of teacher training and coaching (fidelity, dosage and quality), Child behaviour management by teachers	Number of participants in training, questionnaires (Likert scale), Number of hours devoted to classroom visits, Service provision form	CSRP team detected greater intervention impacts on children's self-regulation, math, and literacy skills with higher levels of dosage, measured in terms of teacher training attendance, classroom visits, and individualized mental health consultation services.
McIntosh et al. (2011)	3	Demonstrate the creation and use of a district School-wide Positive Behaviour Support (SWPBS) evaluation plan to measure systems, implementation and student outcomes	All primary and high school students enrolled in the school district (app n = 15000 students)	School-wide Positive Behaviour Support (SWPBS) : Framework used to select interventions to help each school prevent problem behaviour. Based on a three-tier model of prevention (universal support provided to all students; targeted support provided to those at-risk for challenges; intensive, individualized support for those with significant challenges) : Support behaviour and learning at the whole-school level by creating a positive school environment and providing increasing levels of support (small group and individual) for students with more intensive needs.	Process, fidelity of implementation, student outcomes	Questionnaires, Implementers' Blueprint and Self-Assessment, List of coaches and administrators with time spent on project, School-wide Evaluation Tool, Office discipline referrals, Foundation Skills Assessment	Most of the schools were implementing SWPBS with moderate to high fidelity. Evaluation of student outcomes showed a decrease in the level of office discipline referrals and the percentage of students requiring additional behaviour support. In general, students at moderate to high fidelity SWPBS schools had higher academic achievement and rated their schools as more safe than students at low fidelity schools

Missiuna et al. (2015)	3	Synthesize the effects of a One-year P4C pilot project.	Schools (n=11)	Partnering for change (P4C) Goal: "early identification of children with special needs; build capacity of educators and families to manage children's challenges; prevent secondary developmental, academic and health problems". <u>The model is built on 4 C</u> : building capacity (of teachers and parents to support children) through collaboration (with therapists) and coaching in context (of the student). The interventions of therapist is supported by relationship building and knowledge translation. P4C is based on a <u>response to intervention (RtI) pyramid with 3 types of tiered services</u> : Universal design for learning, differentiated instruction and accomodation.		Questionnaires	This model of service delivery was viewed as highly successful from the perspective of educators, parents, school board administrators and the health-care system. Services were perceived as more equitable, supportive and accessible to all children, not just to the few who had been referred to school health support services.
Morocco et al. (2002)	3	To determine the school's vision and model of co-teaching and how it is put into practice, and identify how co-teaching can engage students in understanding rigorous content	Inclusive primary and high school classrooms including students with mild to moderate disabilities in disadvantaged area (n= 11 teachers)	Co-teaching : a restructuring of teaching procedures in which two or more educators possessing distinct sets of skills work in a coordinated fashion to jointly teach academically and behaviorally heterogeneous groups of students in an integrated educational setting	Implementation and roles of professionals in co-teaching practices	Observation	Co-teaching works when teacher and special education teacher work as team in planning and delivering instruction to whole class.

Nochajski et al. (2014)	3	Develop a program based on identified best practice to facilitate successful school to work transition for students with emotional or behavioral disorders (EBD)	High school students with emotional or behavioral disorders (n=47)	School to Work Transition Program (STWTP) has 4 phases : 1- School-Based Learning, 2- Community involvement, 3- Work-Based learning and 4- Independent employment in the local community. It is used as a model for developing, implementing, and evaluating transition services and included the following components: student development, student-focused planning, family involvement, and collaboration.	Employment		30% were hired competitively and maintained employment through the ten-week follow-up period. Recommendations for refinement of the model : The transition programming needs to begin early, clearly defined strategy for increasing family involvement + intensify services
O'Connor et al. (2014)	3	Explore when to begin using Response to Intervention (RtI) with students who have reading difficulties by comparing outcomes of beginning access to Tier 2 RtI interventions in kindergarten or first grade on end-of-grade-2 reading achievement for native english speakers and for english language learners, along with placement in special education	Poor readers and English language learners from primary school of disadvantaged area (n=819)	Response to Intervention (RTI)	Reading competence	Woodcock reading mastery test, Gray oral reading test.	Beginning RtI in K gave students a boost that lasted through the beginning of Grade 2, but this advantage diminished between the treated samples over the second grade year. The statistics suggest that earlier intervention shrinks the proportion of students who remain in high-risk groups for reading difficulties.
Puddy et al. (2012)	3	"1)Determine if service coordination and children's functioning changed over the course of treatment in the Intensive Mental Health Program (IMHP). 2) Examine wheter service coordination activities	Primary school children with serious emotional disturbances (n=51)	Intensive Mental Health Program (IMHP) : Children participate in the model half day and are included in the regular school the other half. Main goal is to improve the functioning of each child so that they can function independently following treatment. Program is guided by : 1- maintain placement in the child's home and neighborhood school, 2-	Service coordination and behavior functioning	Retrospective CAFAS score, Daily points sheets based on target behaviors across the IMHP, neighborhood school, and home	1)Service coordination predicted decreases in disruptive behaviors at 6, 12 months, and at discharges when incorporating multiple methods of assessing both service coordination and behaviors. 2) Service

		were related to indicators of children's adaptive functioning over time.		empirical approach to guide interventions, 3- cognitive behavioral skill development, 4- attend to cross-setting linkages and events, 5- emphasize generalization and maintenance on treatment outcomes, 6- view assessment and diagnosis as an ongoing process, 7- maintain a developmental focus, and 8- cultivate an authoritative parenting style.			coordination has a beneficial effect on disruptive behaviors 3) It reveals the benefits of service coordination during implementation and at future time points.
Ratzon et al. (2009)	3	Evaluate the efficacy of various short-term service delivery methods on the visual-motor skills of first grade students in mainstream schools	1st grade students who scored below the 21st percentile on the Visual-Motor integration test (VMI) in disadvantaged area (n=147)	3 services delivery models were compared : 1) Direct treatment (DT) : direct intervention. 2) Collaborative-Consultation (CC) : treatment in the classroom by the teacher and the school occupational therapist. They met once a week and try to integrate occupational therapy treatment principles, techniques and activities for improving visual-motor integration into that context. 3) Combined Treatment (CT) : combination of DT and monitoring provided by school teachers after consultation with and experienced Occupational therapy.	Visual integration and perception	Visual-Motor Integration (VMI); Developmental Test of Visual Perception (DTVP-2);	All 3 service delivery modalities in the present study significantly improved children's visual-motor skills in comparison to the control group who received no treatment. Although the 3 service delivery methods had similar effect, teachers seem to be more satisfied from the CT and CC methods.
Shippen et al. (2006)	3	Compare the effects of two models (Success for All and Direct Instruction) in reading for urban middle school students with disabilities.	Primary and high school students with disabilities performing 2 or more years below grade level in reading	Success for All (SFA) model compared to Direct Instruction (DI) model	Reading	Woodcock Reading Mastery Tests–Revised (WRMT-R), Gray Oral Reading Test–Fourth Edition (GORT-4)	The results of the repeated measures MANOVA did not indicate a significant difference for the time between the pre- and posttests for the three measures, or a significant main effect for type of treatment, or a significant interaction between time and type of treatment

Starling et al. (2012)	3	To determine whether, by facilitating changes to mainstream secondary school teachers' oral and written instructional language by means of a sustained on-site training program, SLPs can provide effective support to adolescents with language impairments	Teachers (n=13) and 43 primary school students with language impairments (n=43)	Systems-based approach : secondary school teachers received training by a speech language pathologist	Academic, Implementation	Comprehensive Assessment of Spoken Language (CASL), Test of Non-Verbal Intelligence (TONI-3)	The results validate a systems-based approach to supporting secondary school students with language impairments through the use of professionally collaborative intervention in the mainstream classroom
Strain et al. (2011)	3	Determine if differential child outcomes occur across study groups after 2 years of Learning experience and alternative program for preschoolers and their parents (LEAP) implementation.	Autism spectrum disorder (ASD). Inclusive preschool classrooms (n=194 children)	Learning Experiences and Alternative Program for Preschoolers and Their Parents (LEAP) preschool model : a formation for preschool staff with LEAP's intervention manuals, videos, and training presentation materials for (a) family skill training, (b) social skills training, and (c) design and operation of the inclusive classroom. LEAP features include (a) teaching typical children to facilitate the social and communicative competence of their class peers with ASD, (b) teaching Individualized Education Plan objectives within routine class activities, and (c) providing extensive skill training for family members.	1- Severity of autistic symptoms 2- Visual reception, fine motor, general intelligence 3- Receptive and expressive language 4-Social skill development and problem behavior 5- Implementation	Childhood Autism Rating Scale (CARS), Mullen Scales of Early Learning, Preschool Language Scale (PLS-4), Social Skills Rating System (SSRS), Social validity measure.	Experimental class children were found to have made significantly greater improvement than their comparison cohorts on measures of cognitive, language, social, and problem behavior, and autism symptoms. Intervention classes reached a very high level (mean of 87%) of implementation.

Hilier et al. (2010)	4	A systematic review to find what are the reported models of best practice to support the collaboration between education and health staff and what are the implications for training strategies at an undergraduate and postgraduate level to affect these models?	Inclusion of article: reported on a multiple agency or disciplinary team setting; the interface involved both education and health professionals; school-age children				There are many models of interaction between disciplines within the domains of health and education. However, no evaluations offered any guidance for recommendations. The literature represents expert opinion, while the values and preferences of consumers (students and families) remain unclear
Reynolds et al. (2008)	4	Summarizes evidence on the effects and cost-effectiveness of programs and services from ages 3 to 9.	Mostly for primary children at risk in disadvantaged area	Strategies are high in quality following the key principles of effectiveness found in the most cost-effective programs. Among these are the provision of services that (a) are of sufficient length or duration, (b) have high intensity, (c) have low class sizes and ratios of children to teachers, (d) are comprehensive in scope, and (e) are implemented by well-trained and well-compensated staff. Although adhering to these principles increases program costs, the benefits that follow in improved child well-being can be considerable	Return on investment		Participation in all 3 programs was associated with lower rates of special education services. Preschool programs positively impact cognitive skills, school achievement as well as educational attainment, employment, and later social behavior.

Reynolds et al. (2009)	4	Review and compare the effectiveness of preschool-to-third grade intervention programs and practices for young children making the transition to school.	Preschool to third grade in disadvantaged areas	1- Carolina Abecedarian Project (ABC), 2- Head Start/Follow Through (FT), 3- Chicago Child-Parent Center and Expansion Program (CPC), 4-National Head Start/Public-School Early Childhood Transition Demonstration Project			<p><u>Characteristic of successful programs:</u></p> <p>1) language-based school readiness skills 2) multiple years of services 3) schools as the single delivery system 4) intensive family-support 5) adding teachers aides and reducing class sizes or student-teacher ratios.</p> <p><u>Effects of programs:</u></p> <p>1) The accumulation of multiple components of the PK-3 program implies better scores on indicators of school success. 2) Most programs showed economic returns that exceed costs.</p>
Department of Education (2000)	5	To report on implementation of IDEA in USA	Primary and high school students with disabilities, behaviour problems	Positive Behaviour Support	Frequency of problem behaviours, lifestyle outcomes (e.g., peer relations, family functioning, community mobility)	Formal evaluation in individual studies/schools - exact results and methodologies are not reported	Functional Behaviour Assessment is useful in reducing problem behaviours.
MELS (2007)	5	Describe and explain concepts and method implementation of school based services	School-based services				

MELS (2011)	5	Present a guideline for integration of students with handicaps, social maladjustments or learning disabilities	Elementary and high school students with handicaps, social maladjustments or learning disabilities				
MELS (2008)	5	Present an action plan to promote success for students with handicaps, social maladjustments or learning disabilities	Students with handicaps, social maladjustments or learning disabilities				
National Research Center on Learning Disabilities (2007)	5	"Provide a conceptual overview of responsiveness to intervention (RTI) - including hypothetical examples of how RTI might operate within a school setting and for particular student - and to discuss its role within the larger context of specific learning disabilities (SLD) determination"	All students, students at-risk and specific learning disabilities (SLD)	RTI has 3 levels: Prediction of at-risk students (screening starting in pre-k); intervention (10-12 weeks) for students with academic or behavioral difficulties; and as a component of SLD determination interventions are provided to students who are not learning as fast as their peers. Core requirements of a strong RTI model: High-quality, research-based instruction and interventions; Universal screening; Continuous progress monitoring			

Prewett et al. (2011)	5	Help practitioners make sense of existing practices at other schools and using a guide or checklist during Response to Intervention (RtI) implementation.	School professionals	Response to Intervention (RTI) : integrate assessment and intervention within a multi-level prevention system to maximize student achievement and to reduce behavior problems. Schools identify students at risk for poor learning outcomes, monitor student progress, provide evidence-based interventions, adjust the intensity and nature of those interventions depending on a student's responsiveness, and identify students with learning disabilities.			
Johnson (2012)	6	"Evaluate the implementation and effects of the Full Service School reform model, particularly its' positive behavioral interventions and supports (PBIS), strategic design for student achievement (SDSA) and systems of care (SOC) elements, on middle school student achievement, and student and staff perceptions of school climate."	All children of disadvantaged schools (n= 11 schools)	Full Service Schools (FSS) : puts all services that children and their families need together, most of them in a school building. Placing academic coaches and other mental health professionals within the school to support teachers and students on a daily basis; Response to Intervention (RtI) : integration of assessment and intervention within a multi-level prevention system to maximize student achievement and reduce behavioral problems; Systems of Care : partnerships with both school-based and community services and supports for students to create a broad, integrated process for meeting families' multiple needs – based on the principles of interagency collaboration; individualized, strengths-based care practices; cultural competence; community-based services; accountability; and full participation of families and youth; Positive Behavior Interventions and Supports (PBIS) : establishing a positive whole-school culture that involves systematic and individualized behavior support strategies for achieving social and learning outcomes while preventing problem behavior for all students.	Academic success of students, implementation of FSS model, satisfaction with results of implementation	Disctrict of Columbia Comprehensive Assessment System (student achievement), DC Public Schools Stakeholder's Survey (satisfaction with results of implementation), FSS Implementation Rubric (implementation of model)	Improved student achievement measures; no difference in student/staff perception of school climat; no difference in implementation of model across sites but difference in implementation within site over time

Pearl (2004)	6	1/Identify differences in implementation of co-teaching model practices in Grade 6 & 7 math classrooms 2/ Measure impact of implementation of practices on math achievement of students with learning disability	Co-teaching team dyads-regular teacher & special education teacher (n=4) and Students with learning disability Grade 6 (n=42) Grade 7 (n=19)	1/ Co-teaching implies: a) involvement of general and special education teachers b)co-planning c)co-instruction d)heterogeneous groups e) shared space. 3 workshops for co-teacher dyads to provide a model of roles and responsibilities for collaborative teachers: a) sharing of labour and existing practices b) accommodating c) enhancing strategies into existing practices.	Math achievement	Grading records (math performance on Florida comprehensive assessment test); Co-teacher interaction observation recording form; Co-teacher roles and responsibilities inventory; Colorado assessment of co-teaching	There was a statistically significant difference between grades of students with learning disability from classrooms of "hi/low" implementers of co-teacher role sharing. These results indicate high degree of role sharing in co-teaching may support greater math achievement of students with learning disability.
Sacchetto et al. (2014)	6	Determine if inclusion classrooms that used the collaboration model for high school students with specific learning disability (SLD) were more effective than those that did not.	Specific learning disabilities (reading) due to an auditory processing disorder in high school students(n=45)	Collaborative model	Reading performance	California Standards Tests (CST)	The result implies that the collaboration model understudy actually had a significant effect on the post test scores in the opposite direction from the desired effect.
Saxon (2007)	6	Explore integration of grade 4 students with disabilities in classrooms for 2 different service delivery models : co-teaching and pull-out ressource room.	Primary school students	Co-teaching: General and special education teachers (with paraprofessional for support) plan lessons, teach and assess students together. General education with pull-out for special education in resource room: Students spend majority of time in general education classroom and are removed for special education instruction.			Students can be successfully integrated into general education classrooms regardless of type & severity of special needs as long as classroom and school have the capacity to allow teachers to utilize instructional methods and accommodations proven to improve academic achievement and students are actively participating in class and interacting academically and socially with peers.

Simonovski (2015)	6	Determine how co-teaching model affects academic achievement of students with disabilities	High school students with disabilities (Autism, emotional disturbance, hard of hearing, orthopedic impairment, learning disability, speech, language, or visual impairment) (n=367)	Co-teaching -5 steps include: 1-Heterogeneous setting 2-Dyads co-plan instruction 3-Each dyad member provides substantive instruction to heterogeneous group 4-Collaborative assessment of instruction delivered 5-Both members of dyad reflect on co-taught instruction	Academic gains in English Language Arts	A) California Standards Test B) California modified assessment	Greater academic gains for students with disabilities receiving co-taught instruction compared to those of students with disabilities receiving regular instruction, statistically significant for the following groups: Students with autism, Students with other health impairments, and English language learners.
Terranova (2010)	6	Present a case study of inclusive classrooms using collaborative planning and teaching practices to improve the academic achievement of students with disabilities in two schools	Students with disability	Collaborative planning and teaching practices	Academic achievement		
UCLA (2001)	8	To provide guidelines and models for the delivery of mental health services for school children	All children	Delivery mechanisms of services: school-financed student support services, school-district mental health unit, formal connections with community mental health services, classroom-based curriculum and special "pull-out" interventions, comprehension and multifaceted and integrated approaches			
Labon et al. (1999)	8	Provide comprehensive and detailed account of inclusive policies and practices	Primary and high school students with disabilities	Inclusive education	Implementation of inclusive education		N/A