

CADRES DE RÉFÉRENCE
ET GUIDES TECHNIQUES

ANALYSE ET INTERVENTION
MULTIMODALES EN
TROUBLES GRAVES
DU COMPORTEMENT
GRILLE ET LEXIQUE



SQETGC
SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

UN SERVICE DE LA



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES
CENTRES DE RÉADAPTATION
EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES
ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT



CADRES DE RÉFÉRENCE
ET GUIDES TECHNIQUES

ANALYSE ET INTERVENTION MULTIMODALES EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

GRILLE ET LEXIQUE

ÉLABORÉ PAR LE SQETGC

Guy Sabourin, Ph. D., expert-conseil, SQETGC
André Lapointe, Ph.D., expert-conseil, SQETGC

Avec la collaboration des membres du
Groupe de travail AIMM

Daniel Morin, Pascale Choquette,
Marie-Ève Langevin, Véronique Longtin,
Pierre Sénécal et Marie-Josée Turgeon

Novembre 2014

Publié au Québec en novembre 2014.

Par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement, un service de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.

ISBN – 2-921627-25-6

© FQCRDITED | SQETGC (2014)

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Écrit par Guy Sabourin et André Lapointe.

Avec la collaboration de Daniel Morin, Pascale Choquette, Marie-Ève Langevin, Véronique Longtin, Pierre Sénécal et Marie-Josée Turgeon.

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
1001, rue Sherbrooke Est, bureau 510
Montréal (Québec)
H2L 1L3

Téléphone : 514 525-2734
Télécopieur : 514 525-7075

www.fqcrdited.org/sqetgc

Ce document devrait être cité comme suit : Sabourin, G. et Lapointe, A. (2014). *Analyse et intervention multimodales en troubles graves du comportement – Grille et lexique*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	5
Mise en contexte	7
Concepts préalables	9
Analyse et intervention multimodales (AIMM)	9
Les étapes de l'analyse et de l'intervention multimodales	9
Précisions sur les concepts utilisés dans le processus AIMM et dans la grille d'analyse multimodale contextuelle.....	10
Les buts visés par la Grille d'analyse multimodale contextuelle	11
Définitions des éléments de la grille d'analyse multimodale contextuelle	12
Grille d'analyse multimodale contextuelle.....	15
Références	17

Remerciements

Le modèle d'analyse et d'intervention multimodales (AIMM) et la grille d'analyse multimodale contextuelle constituent le fondement de la démarche clinique recommandée par la Fédération québécoise des CRDITED pour intervenir auprès des usagers qui présentent des troubles graves du comportement.

Dès lors, se lancer dans la mise à jour de la grille AIMM et, forcément, proposer des changements qui arrivent à rallier les utilisateurs et les experts, représentait une entreprise aussi exigeante que délicate et nécessaire. C'est grâce à un effort tenace, et en faisant preuve d'ouverture, que des experts du SQETGC, et des membres de la Communauté de pratique en TGC, sont parvenus à livrer la « Grille d'analyse multimodale contextuelle 2014 », et son Lexique, qui vous sont présentés dans ce document.

La direction du SQETGC tient à exprimer sa gratitude à messieurs Guy Sabourin, Ph.D. et André Lapointe, Ph.D. Alors Directeur du SQETGC, M. Sabourin a démarré ce projet de mise à jour de la grille et du Lexique AIMM, convaincu que cela répondait aux besoins d'un grand nombre d'équipes cliniques intervenant auprès de notre clientèle. Il a pu, pour mener à bien ce processus, compter sur l'appui d'un autre expert chevronné associé de près au SQETGC, M. André Lapointe, qui a généreusement partagé son expérience clinique pour enrichir la réflexion visant la mise à jour des concepts de l'AIMM.

Nous tenons aussi à remercier les membres du groupe de travail responsable de la mise à jour de la formation AIMM. En réalisant ce mandat, ils ont su bonifier et opérationnaliser les concepts proposés dans une Grille d'analyse multimodale contextuelle illustrée, et ainsi contribuer à s'assurer d'un large appui au sein de la Communauté de pratique en TGC. Nos remerciements sont exprimés ici à Daniel Morin, leader du groupe de travail AIMM, Pascale Choquette, Marie-Ève Langevin, Véronique Longtin, Pierre Sénécal et Marie-Josée Turgeon.

Merci enfin à tous les membres de l'équipe du SQETGC qui ont contribué à l'édition de ce document, et plus particulièrement à Marianne Reux, pour sa gestion du processus, et à Diane Touten pour sa relecture attentive et avisée.



Roger Guimond
Directeur du SQETGC

Mise en contexte

S'inspirant des travaux initiaux menés par Dorothy Griffiths (1998) et William I. Gardner (2002), le SQETGC a, depuis une quinzaine d'années, développé et diffusé un modèle clinique d'identification des causes probables des troubles graves du comportement (TGC)¹ chez les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Ce modèle, l'Analyse et l'intervention multimodales (AIMM), intègre les principes de l'approche positive et de qualité de vie de la personne et permet, sur la base des hypothèses causales et globales élaborées, de mettre en branle des stratégies d'intervention ciblées dont on peut ensuite évaluer l'efficacité et la pertinence à travers le monitoring.

La grille d'analyse multimodale contextuelle est l'instrument qui opérationnalise le modèle AIMM. Elle revêt une grande importance car elle structure et guide le processus de réflexion permettant d'analyser les facteurs et dimensions à prendre en compte pour comprendre et intervenir sur le TGC d'un usager.

Après plusieurs années d'utilisation du modèle AIMM par les établissements du réseau DI-TED (TSA), la direction du SQETGC et les membres de la Communauté de pratique en TGC ont senti le besoin de procéder à une mise à jour de la grille multimodale et de proposer une définition de ses principaux concepts, enrichie d'exemples. Cette décision découlait à la fois d'une volonté d'actualisation des concepts, sur la base de données fournies par la littérature, et du désir de faciliter la compréhension de cet outil par les équipes cliniques appelées à l'utiliser.

La grille multimodale contextuelle présentée ici, et le lexique qui en définit les principaux éléments, sont le fruit de ce travail amorcé en 2012 et complété à l'été 2014. La nouvelle grille introduit le concept de vulnérabilité. Ce concept se traduit par l'ensemble des caractéristiques liées à la personne (présentes ou passées), lesquelles sont associées à une plus grande probabilité d'apparition des troubles du comportement (TC) ou des troubles graves du comportement (TGC) ciblés. Les facteurs de vulnérabilité sont regroupés dans les dimensions des conditions internes et peuvent être aussi bien psychologiques que

¹ Bien que le Lexique et les **outils de l'analyse et de l'intervention multimodales** aient été élaborés pour une utilisation auprès d'usagers présentant des troubles graves du comportement (TGC), ils peuvent également être utilisés ou servir de référence pour intervenir de manière préventive auprès d'un usager dont les troubles du comportement (TC) sont susceptibles de prendre de l'ampleur.

biologiques et de nature normale ou pathologique. S'ensuit une clarification des notions de caractéristiques psychologiques de la personne et de traitement de l'information. De plus, les facteurs contextuels se subdivisent en stimuli « contributeurs » et « déclencheurs ».

À la lecture du processus clinique utilisé dans les CRDITED, lequel est déjà bien connu pour sa description en plusieurs étapes des activités à réaliser pour identifier les hypothèses causales de TGC d'une personne, s'ajoute une nouvelle chaîne temporelle des causes des TGC représentée de la façon suivante (Sabourin, 2012) :

Facteurs de vulnérabilité → Facteurs contextuels → Traitement de l'information → TGC → Facteurs de renforcement

Un nouveau plan d'action multimodal (PAMTGC) facilite la mise en œuvre concrète de diverses interventions cliniques visant les aménagements préventifs, la prévention active et l'application de différents traitements des TGC. Dans le but de soutenir les apprentissages des équipes cliniques multidisciplinaires à l'utilisation de la grille d'analyse multimodale contextuelle, une grille déjà remplie d'exemples concrets (grille illustrée) pour chaque facteur et chaque dimension de la grille est également disponible.

Concepts préalables

Analyse et intervention multimodales (AIMM)

L'analyse et l'intervention multimodales (AIMM) réfère à un cadre clinique et théorique intégrateur inspiré des meilleures pratiques fondées sur des données probantes permettant d'expliquer les troubles graves du comportement (TGC) chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Cet effort d'intégration a suscité au SQETGC une évolution du modèle théorique explicatif des TGC. Ce cadre vise donc à soutenir la prise de décision par une analyse des causes probables, des services d'adaptation ou de traitement, mais aussi au plan des services de soutien requis de façon individualisée dans une perspective de prévention des TGC. Ce cadre intègre des méthodologies d'évaluation fonctionnelle des comportements problématiques, des méthodologies d'intervention comportementale, écosystémiques et biopsychosociales ainsi qu'un travail transdisciplinaire le plus efficace et efficient possible auprès de ces personnes. Ce cadre théorique postule que les TGC d'une personne sont généralement multidéterminés par plusieurs causes et que celles-ci interagissent pour générer ou maintenir les TGC.

Généralement, ces causes sont personnelles et environnementales et entrent en jeu dans une chaîne causale temporelle du TGC. Ce cadre clinique cible l'atteinte de plusieurs buts simultanés dont, entre autres, la réduction de la gravité des TGC et l'amélioration de la qualité de vie des personnes.

Les étapes de l'analyse et de l'intervention multimodales

Cette série d'étapes cliniques séquentielles à réaliser et relativement standardisées permet d'enrichir un processus clinique reproductible et applicable à toutes les personnes présentant un ou des TGC associés à une DI ou à un TSA.

Ce processus comporte sept grandes étapes :

1. Décrire le ou les troubles du comportement
2. Recueillir et organiser l'information pertinente sur les causes
3. Formuler des hypothèses globales et causales
4. Élaborer des interventions sur mesure
5. Organiser le suivi de ces interventions en planifiant les moyens et en définissant les responsabilités
6. Intervenir
7. Faire le suivi des interventions

Chacune de ces étapes comporte des méthodologies particulières et explicites de l'AIMM. Ces méthodologies sont notamment décrites dans des guides techniques et des outils recommandés par le SQETGC (ex. : Guide technique - Le suivi des interventions en TGC (Buisson, Rondeau et Sabourin, 2012), PAMTGC, Plan de transition en TGC, Inventaire des causes probables des TGC chez les adolescents et les adultes présentant une déficience intellectuelle légère à modérée).

On trouve dans le lexique les définitions générales des colonnes et des cellules de la grille d'analyse multimodale contextuelle. Ces définitions sont fondamentales pour comprendre les douze concepts de base (éléments de l'analyse multimodale). Elles présentent les caractéristiques essentielles des concepts, leurs liens fonctionnels avec les troubles graves du comportement (TGC) et quelques exemples permettant de mieux en délimiter les contours de chacun.

Précisions sur les concepts utilisés dans le processus AIMM et dans la grille d'analyse multimodale contextuelle

Dans le modèle de l'AIMM, dans l'axe vertical de la grille, nous référons au concept de « facteur », pour décrire les principaux éléments qui se situent dans la chaîne temporelle des causes entourant l'apparition d'un TGC. Ceux-ci seraient fortement liés sur le plan distal et proximal aux occurrences de TGC spécifiques, soit avant et après le TGC ciblé dans une analyse fonctionnelle. Ces facteurs sont les suivants :

- les facteurs de vulnérabilité en regard d'un TGC spécifique,
- les facteurs contextuels qui se subdivisent en facteurs contributeurs et en facteurs déclencheurs, et
- les facteurs de renforcement probables.

Les trois premiers se conjuguent à l'étape « traitement de l'information » pour enclencher le trouble du comportement tandis que le quatrième facteur vient, comme son nom l'indique, expliquer ce qui contribue à maintenir le trouble du comportement.

La chaîne temporelle des causes pourrait être représentée de la façon suivante :

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ → FACTEURS CONTEXTUELS → TRAITEMENT DE L'INFORMATION → TGC → FACTEURS DE RENFORCEMENT

Les dimensions, que l'on retrouve dans l'axe horizontal de la grille réfèrent à la catégorisation des principaux éléments qui se situent dans chacun des facteurs de la grille d'analyse multimodale contextuelle, particulièrement ceux de vulnérabilité, contextuels et de renforcement. Par contre, le traitement de l'information (cognition vs émotion/motivation) ne comporte pas de subdivisions.

Le contexte externe comporte trois dimensions distinctes :

- Environnement physique,
- Environnement social, et
- Habitudes et style de vie.

Le contexte interne comporte cinq dimensions :

- Caractéristiques psychologiques,
- Habilités déficitaires,
- Santé physique,
- Santé mentale, et
- Caractéristiques des atteintes neurologiques/neuropsychologiques.

Les facteurs contextuels sont plus facilement observables et mesurables par un observateur que le traitement de l'information et les facteurs de renforcement. Ces deux derniers doivent donc être déduits (ils ne peuvent pas être observés directement ou alors plus difficilement) des facteurs de vulnérabilité et contextuels, du moins en partie, mais ils peuvent aussi être relevés ou observés chez la personne ou dans son environnement. Pour une meilleure intégration des informations pertinentes à la compréhension des TGC de la personne, le traitement de l'information et les facteurs de renforcement doivent refléter le point de vue de la personne et non le point de vue de son entourage immédiat. Cela permet d'intégrer un point de vue empathique à la compréhension des comportements problématiques de la personne et d'obtenir une ou des hypothèses explicatives plus globales et intégratives. Enfin, il importe que les informations cliniques importantes relevées dans la grille multimodale soient analysées par une équipe interdisciplinaire.

Les buts visés par la Grille d'analyse multimodale contextuelle

Cette grille permet essentiellement de formuler des hypothèses exhaustives des causes d'un TGC, tout en faisant ressortir les interactions entre les différents éléments pertinents de causalité probable et d'en tenir compte dans les hypothèses globales. L'ensemble des éléments de causalité possibles permet aussi de déduire la présence d'autres éléments de causalité qui ne sont pas apparus pertinents dans un premier temps. Cette grille doit être mise à jour régulièrement afin de décrire les éléments de causalité sur lesquels l'équipe clinique s'appuie pour formuler ses hypothèses de travail et recommander des interventions.

Définitions des éléments de la grille d'analyse multimodale contextuelle

N ^o	ÉLÉMENTS DE LA GRILLE	DÉFINITIONS
1	Facteurs de vulnérabilité	<p>Ce sont toutes les caractéristiques (présentes et passées) liées à la personne, et qui sont associées à une plus grande probabilité d'apparition des TGC ciblés. Ces facteurs de vulnérabilité peuvent être aussi bien psychologiques que biologiques et de nature normale ou pathologique.</p> <p>Dans le contexte interne sont regroupés, entre autres, les diagnostics, les déficits, les opinions professionnelles ou les autres tendances personnelles documentées.</p>
2	Facteurs contextuels	<p>Ce sont des stimuli antérieurs ou simultanés au(x) TGC (causes immédiates ou lointaines probables) qui augmentent la probabilité d'apparition d'un TGC spécifique ou d'un épisode de plusieurs TGC ou qui modulent son niveau de gravité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contributeurs : ce sont des stimuli dont la présence débute généralement longtemps avant le comportement problématique et qui peuvent se poursuivre après son apparition. Ils ont un début et une fin plus vagues que les déclencheurs. • Déclencheurs : ces sont des stimuli qui ont généralement un début et une fin plus nets que les facteurs contributeurs. Ils se produisent immédiatement avant l'émission du comportement.
3	Traitement de l'information	<p>Processus d'interprétation de la personne découlant des stimuli antérieurs et des facteurs de vulnérabilité et qui justifie, du point de vue de la personne, l'adoption d'un trouble du comportement.</p> <p>Ces processus devraient bien refléter les derniers phénomènes cognitifs et subjectifs que la personne vit et qui l'amènent à interpréter ces divers stimuli contextuels, et ce, juste avant l'émission des comportements associés au TGC.</p>

N°	ÉLÉMENTS DE LA GRILLE	DÉFINITIONS
4	Facteurs de renforcement	<p>Ces facteurs réfèrent ici à des événements qui surviennent après l'apparition du comportement (conséquences) et qui, selon les principes de l'apprentissage, pourraient rendre plus probable la réapparition de ce comportement dans des conditions semblables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcement par l'addition d'un stimulus jugé agréable par la personne après l'émission du comportement; • Renforcement par la soustraction d'un stimulus jugé désagréable par la personne après l'émission du comportement.
5	Dimension de l'environnement physique	<p>Catégorie d'éléments qui relèvent du monde physique qui nous entoure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit du monde matériel inanimé (ex. : environnement résidentiel, sons et lumière ambiants ou soit des éléments d'ordre architectural (un lieu, une caractéristique d'un lieu); • soit au plan dynamique (ex. : mouvement, circulation, densité humaine). <p>Tous les stimuli de cette dimension réfèrent à toutes formes de stimulations sensorielles n'ayant pas un caractère social.</p>
6	Dimension de l'environnement social	<p>Tous les éléments de cette catégorie sont liés à des interactions entre personnes. Ces stimuli ont une connotation positive ou négative pour la personne (ex. : présence d'une personne autoritaire ou d'un intervenant en particulier).</p>
7	Dimension d'habitudes et style de vie	<p>La dimension d'habitudes et de style de vie regroupe un ensemble d'activités qui ne correspondent pas aux valeurs de la personne, à ses besoins et aux choix qu'elle aimerait exercer.</p> <p>De plus, elle s'adresse au type de soutien incomplet ou inadéquat (au plan physique, matériel, technologique, humain, social et professionnel) offerts spécifiquement à la personne en lien avec le développement et le maintien de son autonomie et de son bien-être personnel. Cette catégorie de stimuli ferait obstacle à la qualité de vie de la personne telle qu'évaluée par celle-ci ou par ses proches.</p>
8	Dimension des caractéristiques psychologiques	<p>Ensemble des caractéristiques personnelles (ex. : tempérament, caractère), des motivations, des émotions, des cognitions, du bagage d'expériences (souvenirs, mémoires d'apprentissage, répertoire comportemental) et des processus psychologiques (ex. : gestion particulière du stress et de l'anxiété) qui relèvent du fonctionnement normal de la personne et qui peuvent être actuellement en lien causal avec un TGC.</p>

N ^o	ÉLÉMENTS DE LA GRILLE	DÉFINITIONS
9	Dimension des habiletés déficitaires	Déficit qui empêche la personne de répondre adéquatement à ses besoins (ex. : déficit au plan de la communication expressive observable lorsqu'elle doit crier fort pour attirer l'attention visant à répondre à un besoin) ou qui l'empêche de s'adapter à une situation perçue comme étant difficile (ex. : déficit au plan de la capacité de résolution de problème).
10	Dimension de la santé physique	Problèmes de santé physique diagnostiqués par un médecin ou toutes autres sensations physiques jugées agréables (ex. : sensation de la peau agréable) ou désagréables (ex. : sensation de picotement, de douleur) pouvant contribuer à augmenter la probabilité d'apparition ou de maintien du TGC ciblé.
11	Dimension de la santé mentale	Problèmes de santé mentale diagnostiqués et symptômes documentés tels que reconnus dans le DSM-5 ou dans le DM-ID, et pouvant contribuer à augmenter la probabilité d'apparition ou de maintien du TGC.
12	Dimension des caractéristiques des atteintes neurologiques/ neuropsychologiques	<p>Problèmes neurologiques ou neuropsychologiques diagnostiqués (ex. : dysarthrie, dyspraxie, dysphasie, traumatisme crânien, épilepsie et atteintes sensorielles) et les phénomènes associés pouvant contribuer à augmenter la probabilité d'apparition.</p> <p>Les éléments retenus dans cette dimension affectent de manière particulière le fonctionnement du système nerveux central (SNC) et le traitement de l'information en ayant, par exemple, un impact sur le niveau d'énergie, la vigilance, l'attention, les fonctions exécutives (ex. : capacités de planification, d'organisation, d'inhibition).</p>



Grille d'analyse multimodale contextuelle

GRILLE D'ANALYSE MULTIMODALE CONTEXTUELLE

© SQETGC (2014)



		FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ 💡 Caractéristiques personnelles/diagnostic Déficits présents/passés	FACTEURS CONTEXTUELS		TRAITEMENT DE L'INFORMATION Interprétation induite 💡 par la personne	TROUBLE DU COMPORTEMENT	FACTEURS DE RENFORCEMENT 💡 Augmente la probabilité Addition (+) / Soustraction (-)
			CONTRIBUTEURS 💡 Stimuli lointains Début et fin vagues	DÉCLENCHEURS 💡 Stimuli immédiats Début et fin nets			
CONTEXTE EXTERNE	ENVIRONNEMENT PHYSIQUE 💡 Stimuli de l'environnement (architecturaux et dynamiques)					Description du trouble du comportement ciblé :	
	ENVIRONNEMENT SOCIAL 💡 Interactions humaines						
	HABITUDES ET STYLE DE VIE 💡 Activités et soutien inappropriés						
CONTEXTE INTERNE	CARACTÉRISTIQUES PSYCHOLOGIQUES 💡 Caractéristiques personnelles non pathologiques						
	HABILITÉS DÉFICITAIRES 💡 Manque d'habiletés fonctionnelles						
	SANTÉ PHYSIQUE 💡 Diagnostics Autres sensations physiques						
	SANTÉ MENTALE 💡 Diagnostics (DSM/DM-ID) Symptômes documentés						
	CARACTÉRISTIQUES DES ATTEINTES NEUROLOGIQUES/NEUROPSYCHOLOGIQUES 💡 Diagnostics affectant le système nerveux central						



Références

- Allen-Burge, R., Stevens, A. B. et Burgio, L.D. (1999). Effective behavioral interventions for decreasing dementia-related challenging behavior in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(3), 213-228.
- Applegate, H., Matson, J. L., et Cherry, K. E. (1999). An evaluation of functional variables affecting severe problem behaviors in adults with mental retardation by using the Questions About Behavioral Function Scale (QABF). *Research in Developmental Disabilities*, 20, 229-237.
- Baker, D.J., Blumberg, R. et Freeman, R. (2002). Considerations for functional assessment of problem behavior among persons with developmental disabilities and mental illness. Dans J. Jacobson, J. Mulick et S. Holburn (Éds.). *Programs and services for people with dual developmental and psychiatric disabilities*. Kingston, NY: NADD Press.
- Banks, R., Bush, A., Baker, P., Bradshaw, J., Carpenter, P., Deb, S., Joyce, T., Mansell, J. et Xenitidis, K. (2007). *Challenging Behavior: A Unified Approach. Clinical and Service Guideline for Supporting People with Learn Disability who are at risk of receiving abusive or restrictive practices*. London, UK: Royal College of Psychiatrists et British Psychological Society and Royal College of Speech and Language Therapists.
- Bihms, E. M., Poindexter, A. R. et Warren, E. R. (1998). Aggression and psychopathology in persons with severe or profound mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 19, 423-438.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994a). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62, 17-27.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994b). Prevalence of destructive behaviors: A study of aggression, self-injury, and property destruction. Dans T. Thompson et D. B. Gray (Éds.), *Destructive Behavior in Developmental Disabilities. Diagnosis and Treatment*. Thousand Oak, CA: Sage.
- Borthwick-Duffy, S. A. et Eyman, R. K. (1990). Who are the dually diagnosed? *American Journal on Mental Retardation*, 94, 586-595.

- Callahan, K., S. Shukla-Metha, S. Magee et M. Wie (2010). ABA Versus TEACCH : The case for Defining and Validating Comprehensive Treatment Models in Autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 40(1), 74-88.
- Chaplin, E. (2009). Mental health services for people with intellectual disability: challenges to care delivery. *British Journal of Learning Disabilities*, 37(2), 157-164.
- Charlot, L. C., Abend, S., Ravin, P., Mastis, K., Hunt, A. et Deutsch, C. (2011). Non-psychiatric health problems among psychiatric in patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(2), 199-209.
- Charlot, L. R. (1997). Irritability, aggression, and depression in adults with mental retardation: A developmental perspective. *Psychiatric Annals*, 27, 190-197.
- Connor, M. (1999). Children on the Autistic Spectrum : Guidelines for Mainstream. *Practice. Support for Learning*, 14(2), 80.
- Conroy, M. A., Dunlap, G., Clarke, S. et Alter, P. J. (2005). A Descriptive Analysis of Positive Behavioral Intervention Research With Young Children With Challenging Behavior. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25(3), 157-166.
- Deb, S. (1998). Self-injurious behaviour as part of genetic syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 172, 385-388.
- Dettmer, S., Simpson, R.L., Myles B. et Ganz J.B. (2000). The Use of Visual Supports to Facilitate Transitions of Students with Autism. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 15(3).
- Duff, E. (2006). Challenging behaviour in Mental Health Services: Combining psychological perspectives. *Journal of Mental Health*, 15(4), 475-490.
- Dykens, E. M., Hodapp, R. M. et Finucane, B. M. (2000). *Genetics and Mental Retardation Syndromes. A New Look at Behavior and Interventions*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.

- Embregts, P., Didden, R., Huitink, C., & Schreuder, N. (2009). Contextual variables affecting aggressive behaviour in individuals with mild to borderline intellectual disabilities who live in a residential facility. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(3), 255-264.
- Emerson, E. (2001). *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Difficulties*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Esbensen, A. et Benson, B. (2006). A prospective analysis of life events, problem behaviours and depression in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(4), 248-258.
- Frost, L et A. Bondy (2002). *Le système de communication par échanges d'images* (2^e éd.). Newark, DE : Pyramid Education Consultants.
- Ganz, J.B. (2007). Classroom Structuring Methods and Strategies for Children and Youth with Autism Spectrum Disorders. *Exceptionality*, 15(4), 249-260.
- Gardner, W. I. (2002). *Aggression and other disruptive behavioral challenges: Biomedical and psychosocial assessment and treatment*. Kingston, NY: NADD Press.
- Gardner, W.I., Dosen, A., Griffiths, D.M. et King, R. (2006). *Practice Guidelines For Diagnostic, Treatment and Related Support Services for Persons with Developmental Disabilities and Serious Behavioral Problems*. Kingston, NY: NADD Press.
- Gardner, W. I., & Moffat, C. W. (1990). Aggressive behavior: Definition, assessment, treatment. *International Review of Psychiatry*, 2, 91-100.
- Gardner, W. I., & Sovner, R. (1994). *Self-injurious Behaviours Diagnosis and Treatment*. Willow Street, PA: VIDA.
- Gedye, A. (1998). *Behavioral Diagnostic Guide for Developmental Disabilities*. Vancouver, Canada: Diagnostic Books.
- Goel N. et Keefe R. (2003) Medicaid managed care meets developmental disabilities: proceed with caution. *Journal of Health & Social Policy*, 16(3), 75-90.
- Griffiths, D., Gardner, W. et Nugent, J. (1998). *Behavioral Supports: Individual Centered Interventions, A Multimodal Functional Approach*. Kingston, NY: NADD Press.

- Hamilton, D. T. (2005). Further examination of relationships between life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(11), 839-844.
- Hastings, R., Hatton, C., Taylor, J. et Maddison, C. (2004). Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(1), 42-46.
- Hemmings, C., Tsakanikos, E., Underwood, L., Holt, G., et Bouras, N. (2008). Clinical predictors of severe behavioural problems in people with intellectual disabilities referred to a specialist mental health service. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(10), 824-830.
- Holden, B. et Gitlesen, J. P. (2003). Prevalence of psychiatric symptoms in adults with mental retardation and challenging behaviour. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 323-332.
- Horner, R., Carr, E., Strain, P., Todd A. et Reed, H. (2002). Problem Behavior Intervention for Young Children with Autism: A research Synthesis. *Journal of Autism and Developmental Disorder*. 32(5), 423-446.
- Hulbert-Williams, L. et Hastings, R. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: a critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 883-895.
- Hulbert-Williams, L., Hastings, R., Owen, D., Burns, L., Day, J., Mulligan, J. et Noone, S. (2014). Exposure to life events as a risk factor for psychological problems in adults with intellectual disabilities: a longitudinal design. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(1), 48-60.
- Lin, J.D., Yen, C.F., Li, C.W. et Wu, J.L. (2005) Health, healthcare utilization and psychiatric disorder in people with intellectual disability in Taiwan. *Journal of intellectual Disability Research*, 49(1), 86-94.
- Kennedy, C.H. et Haring, T.G. (1992) Reducing the serious behavior problems of people with developmental disabilities living in the community. *Behavioral Residential Treatment*, 7(2), 81-98.

- Kern, L. G. (2002). Assessment-Based Antecedent Interventions Used in Natural Settings to Reduce Challenging Behavior: An Analysis of the Literature. *Education & Treatment of Children, 25*(1).
- LaVigna, G.W. et Willis, T.J. (2005). A positive Behavioural Support Model for Breaking the Barriers to Social and Community Inclusion. *Learning Disability Review, 10*(2).
- LaVigna, G.W. et Willis, T.J. (2012). The efficacy of positive behavioural support with the most challenging behaviour: The evidence and its implications. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 37*(3), 185-195.
- Lennox, N. G., Diggins, J. N. et Ugoni, A. M. (1997). The general practice care of people with intellectual disability: barriers and solutions. *Journal of Intellectual Disability Research, 41*, 380–390.
- Lindsay, W. F. (2012). Brief report: The sexual and physical abuse histories of offenders with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 56*(3), 326-331.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. E. M., Craig, E. M., Coulter, D. L., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., et Tassé, M. J. (2003). *Retard mental : définition, classification et systèmes de soutien. Cahier (10e éd.)* (D. Morin, trad.). Eastman, Canada : Éditions Behaviora inc.
- Maitland, C. (2006). Mental health service provision for adults with intellectual disability: sources of referrals, clinical characteristics and pathways to care. *Primary Care Mental Health, 4*(2), 99-106.
- Marineau, N., St-Maur, M., et Renaud, N. (1995). La prévalence des problèmes de comportement chez les personnes déficientes intellectuelles. Dans A.S.M.C. et Association des médecins psychiatres du Québec (Éds.), *Synthèse des communications. 2^e congrès de l'ASMC sur les troubles de santé mentale chez les personnes déficientes intellectuelles* (p. 35-39). Longueuil, Canada.
- Matson, J., M. Sipes, J. Fodstad et M. Fitzgerald (2011). Issue in Management of Challenging Behavior of Adult with Autism Spectrum Disorder. *CNS Drugs, 25*(7), 597-606.

- Matson, J.L., Wilkins J. et Macken J. (2008). The relationship of challenging behaviors to severity and symptoms of autism spectrum disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*; 2, 29-44.
- Maurice, C., Green, G. et Foxx, R.M. (2001). *Making a Difference: Behavioral Intervention for Autism*. Austin, TX: Pro-Ed, Inc.
- McClean, B. et Grey, I. (2012). A component analysis of positive behaviour support plans. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(3), 221-231.
- Mc Clintock, K., Hall, S., et Oliver, C. (2003). Risk markers associate with challenging behaviours in people with intellectual disabilities: A meta-analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 405-416.
- McGill, P. (1999). Establishing operations: Implications for the assessment, treatment, and preventions of problem behavior. *Journal of applied behavior analysis*, 32, 393-418.
- McVilly, K., Webber, L., Paris, M., Sharp, G. (2013). Reliability and utility of the Behaviour Support Plan Quality Evaluation tool (BSP-QEII) for auditing and quality development in services for adults with intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(8), 716-727.
- Mesibov, G. et Shea, V. (2010). The TEACCH Program in the era of evidence-based practice. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(5), 570-579.
- Moss, S., Bouras, N. et Holt, G. (2000). Mental health services for people with intellectual disability: a conceptual framework. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44(2), 97-107.
- Moss, S., Emerson, E., Kiernan, C., Turner, S., Hatton, C. et Alborz, A. (2000). Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 452-456.
- Nyhan, W. L. (1994). The Lesch-Nyhan disease. Dans T. Thompson et D. B. Gray (Éds.), *Destructive Behavior in Developmental Disabilities: Diagnosis and Treatment*. Thousand Oak, CA: Sage.

- Olgetree, B.T. (2007). What Makes Communication Interventions Successful with Children with Autism Spectrum Disorders ? *Focus on Autism & Other disruptive Disabilities*, 22(3), 190-192.
- Panerai, S., Ferrante, L. et Zingale M. (2002). Benefits of the Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) program as compared with a non-specific approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(4), 318-327.
- Pilling, N. V. (2007). Characteristics and experiences of children and young people with severe intellectual disabilities and challenging behaviour attending 52-week residential special schools. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(3), 184-196.
- Raghavan, R. N. (2009). A Randomized Controlled Trial of a Specialist Liaison Worker Model for Young People with Intellectual Disabilities with Challenging Behaviour and Mental Health Needs. *Journal of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 22(3).
- Reid, D.H. et Parsons, M.B. (2002). *Working with Staff to Overcome Challenging Behavior Among People Who Have Severe Disabilities. A Guide for Getting Support Plans Carried Out. Vol. 1*. Pennsylvania: Habilitative Management Consultants, Inc.
- Repp, A. C., Felce, D., et Barton, L. E. (1988). Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behaviors on hypotheses of their causes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 21, 281-289.
- Riva, D., Nichelli, F., Vago, C. et Bulgheroni, S. (2005) The cognitive/behavioural phenotype in autism. Dans D. Riva, U. Bellugi, U. et M.B. Denckla (Éds) *Neurodevelopmental Disorders : Cognitive/Behavioural Phenotypes*. Montrouge, France: Éditions John Libbey Eurotext.
- Sabourin, G. (2004). *Étude des relations entre les comportements « maladaptatifs » et le profil Reiss de motivation chez les personnes présentant un retard mental*. Thèse doctorale inédite, Université du Québec à Montréal.
- Schloper, E., Mesibov G.B. et HEARSEY K. (1995). Structured teaching in the TEACCH System. Dans E. Schloper & G.B. Mesibov (Éds), *Learning and cognition in autism*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.

- Scior, K. (2004). Service Provision for Young People with Intellectual Disabilities and Additional Mental Health Needs: Service-providers' Perspectives. *Journal of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 17(3), 173-179.
- Spiller, M. (2007). Consumption of Mental Health Services by People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 20(5), 430-438.
- Tassé, M. J., G. Sabourin, N. Garcin et L. Lecavalier (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42(1), 62-69.
- Thompson, T. (2009). *Freedom from meltdowns: Dr. Thompson solutions for children with autism*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Tréhin, C. (2011). *Causes possibles des troubles du comportement chez une personne atteinte d'autisme ou de syndrome d'Asperger*. Récupéré de : <http://trehinp.dyndrs.org/formations/texte.htm>.
- Tsakanikos, E., Bouras, N., Costello, H. et Holt, G. (2007). Multiple exposure to life events and clinical psychopathology in adults with intellectual disability. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 24-28.
- Van Bourgondien, M.E. et Mesibov, G.B. (1989). *The Environmental Rating Scale*. Document édité par l'auteur principal.



UN SERVICE DE LA



1001, rue Sherbrooke Est
Bureau 510
Montréal (Québec)
H2L 1L3

Téléphone : (514) 525-2734
www.fqcrdited.org/sqetgc