

LA CRISE COMPORTEMENTALE EN DI-TSA : VERS DE MEILLEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION

BEHAVIORAL CRISIS IN IDD-ASD: TOWARDS BETTER PREVENTION PRACTICES

Guy Sabourin and Germain Couture

Volume 39, Number 2, 2018

LES MEILLEURES PRATIQUES CLINIQUES PRÉCONISÉES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MATIÈRE DE PROBLÉMATIQUES COMPORTEMENTALES
THE RECOMMENDED BEST CLINICAL PRACTICES IN THE HEALTH AND SOCIAL SERVICES SECTOR REGARDING BEHAVIOURAL ISSUES

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1051220ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1051220ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Sabourin, G. & Couture, G. (2018). LA CRISE COMPORTEMENTALE EN DI-TSA : VERS DE MEILLEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION. *Revue québécoise de psychologie*, 39(2), 23–47. <https://doi.org/10.7202/1051220ar>

Article abstract

This article aims to synthesize and update a review on the phenomenon of the crisis in the IDD-ASD which was published in 2015. After a reminder of the context, the concept of Behavioral crisis (BC) is discussed and theoretical and clinical formulations are proposed from the current state of knowledge. Then, drawing on all the documentation collected, a model of preventive interventions on BC situations in IDD-ASD summarizes the best practices identified in the field. In conclusion, the limitations of the proposal are briefly mentioned and some research tracks are mentioned.

LA CRISE COMPORTEMENTALE EN DI-TSA : VERS DE MEILLEURES PRATIQUES DE PRÉVENTION

BEHAVIORAL CRISIS IN IDD-ASD: TOWARDS BETTER PREVENTION PRACTICES

Guy Sabourin¹
*CIUSSS de la Mauricie et du
Centre-du-Québec*

Germain Couture
*CIUSSS de la Mauricie et du
Centre-du-Québec*

Le présent article s'inspire, en grande partie, de la recension narrative des écrits sur l'intervention de crise en déficience intellectuelle (DI) avec ou sans troubles du spectre de l'autisme (TSA) produite à l'Institut universitaire en DI-TSA du CIUSSS-Mauricie-Centre-du-Québec en 2013 et publiée en 2015 (Sabourin, Couture, Morin et Proulx, 2015). Cette recension a été demandée et subventionnée par le ministère de la Santé et des Services sociaux à la suite d'une recommandation d'un comité interministériel impliquant également ministère de la Sécurité publique, dans un rapport sur les interventions policières en situation d'urgence auprès de personnes ayant une DI (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010).

L'article vise, dans un premier temps, à synthétiser les résultats de cette recension, mais aussi à mettre à jour le modèle théorique qui s'en est dégagé avec de nouvelles données et concepts tirés des écrits scientifiques plus récents, en particulier sur la crise comportementale. Dans un second temps, les meilleures pratiques recensées dans les écrits professionnels et scientifiques seront présentées afin d'éclairer le lecteur sur les pratiques les plus susceptibles d'aider à la prévention et à la résolution des crises chez cette clientèle, mais également de prévoir, le plus possible, les interventions les plus efficaces pour prévenir leur apparition ou leur réapparition, le cas échéant.

LE CONCEPT DE CRISE ET SES MULTIPLES FACETTES

Selon le dictionnaire *Le nouveau Petit Robert* (2009), la crise au sens médical est définie comme le moment d'une maladie qui se caractérise par un changement subit ou une aggravation subite d'une maladie chronique. Le concept de crise peut aussi se décrire comme une manifestation brusque et intense, de durée limitée (d'un état ou d'un comportement) pouvant entraîner des conséquences néfastes. L'accent peut être mis sur l'idée de trouble ou de difficulté lorsque l'individu est confronté à des problèmes d'ordre physiologique ou psychologique. Dans les écrits professionnels et scientifiques, le terme de « crise » peut prendre

1. Adresse de correspondance : 1025, rue Marguerite-Bourgeoys, Trois-Rivières (QC), G8Z 3T1. Téléphone : 514-922-3720. Courriel : bureau@guysabourinphd.com

différents sens en fonction de la discipline concernée par ces écrits. Par exemple, en psychologie, ce terme peut également référer à un moment critique du développement qui a des répercussions physiologiques et psychologiques importantes telles que la puberté (Centre national de ressources textuelles et lexicales, 2017). Dans notre recension des écrits concernant les personnes ayant une DI, nous avons pu retrouver au moins six types de crises : psychiatrique, médicale, psychosociale ou développementale, psychotraumatique, délictueuse (p. ex., lors d'une agression sexuelle) et comportementale.

Dans une perspective d'intervention de crise, il est important de pouvoir identifier rapidement à quel type de crises la personne et son entourage font face (Baker, Craven, Albin et Wieseler, 2002; Séguin, Brunet et LeBlanc, 2006). Tout comme chez les personnes sans DI on doit, avant d'intervenir, identifier le contexte personnel et environnemental de la crise, la ou les causes principales et les soutiens requis à court et à moyen termes pour mieux la gérer (Baker *et al.*, 2002). En effet, selon le type de crises qui se manifeste, différentes interventions pourront être nécessaires et seront les mieux adaptées aux causes sous-jacentes de la crise. Dans le contexte où cette recension des écrits a été demandée, le type de crise concerné est principalement la crise comportementale. En effet, chez les personnes présentant une DI, la cause la plus importante mentionnée dans les écrits cliniques et scientifiques est la présence d'un historique de comportements problématiques associé ou non à d'autres causalités considérées comme secondaires (Baker *et al.*, 2002; Initiative pour les soins primaires en déficience intellectuelle, 2012; Reed, 2013).

Chez les personnes présentant une DI avec ou sans TSA, les crises dites comportementales sont aussi parmi les plus fréquentes (Baker *et al.*, 2002; Reed, 2013; Tassé, Havercamp et Thompson, 2006). Lors de ces crises, ces personnes démontrent une désorganisation majeure sous forme de comportements problématiques de plus en plus graves, souvent de façon indifférenciée, et ce, indépendamment des causes ou des événements stressants qui ont provoqué la crise. La désorganisation comportementale peut camoufler un ensemble d'autres symptômes accompagnant la crise et pouvant donner des indications cliniques sur sa ou ses causes principales. Par ailleurs, l'entourage immédiat² n'a souvent pas accès aux informations pertinentes pour discriminer la ou les causes les plus importantes qui sont à l'œuvre et ne peut ainsi choisir les interventions les plus urgentes à réaliser (Baker *et al.*, 2002). Les personnes ayant une DI ont souvent des difficultés de communication, des

2 L'expression « entourage immédiat » dans le présent article inclut aussi bien les proches du milieu familial que des intervenants ou des professionnels. Toutefois, quand un article recensé insiste sur une catégorie très particulière d'intervenants et qui ne s'applique qu'à eux, cette catégorie d'intervenants sera mentionnée.

déficits sensoriels et d'introspection qui les empêchent de pouvoir communiquer efficacement les causes sous-jacentes à leurs désorganisations comportementales, ce qui rend ce type de crise particulièrement déroutant et complexe (Reed, 2013).

Plusieurs auteurs qui ont tenté de définir la crise comportementale, chacun à leur manière. Baker et ses collègues (2002, p. 166) définissent les situations de crise comportementale de la façon suivante :

Toute situation dans laquelle une personne manifeste des comportements qui représentent une menace pour sa santé ou sa sécurité, ou encore celles d'autrui, ou qui peuvent résulter pour la personne d'une perte de sa résidence, de son emploi, l'accès à des activités ou à sa participation dans la communauté.

En Ontario, en 2008, on a défini le concept de crise comportementale nécessitant des mesures exceptionnelles par la présence des conditions cliniques suivantes (Ministère des Services sociaux et communautaires, 2011, p. 12) :

- « La personne présentant une DI manifeste un comportement problématique nouveau ou plus intense par rapport à son comportement antérieur et il n'a pas de plan de soutien du comportement, ou les stratégies décrites dans son plan n'offrent pas de solutions efficaces pour faire face à ce type de comportement;
- Le comportement de la personne risque, dans l'immédiat, de l'amener à se causer du tort ou d'en causer à autrui ou d'endommager des biens;
- Les tentatives de désescalade de la situation se sont révélées inefficaces. »

La mention « dans l'immédiat » dans la définition est déterminante pour caractériser la situation de crise. Elle pourra permettre de justifier, le cas échéant, le recours à des mesures exceptionnelles et de derniers recours tels que de la contention physique.

Plus récemment, Reed (2013, p. 2) mentionne qu'une crise comportementale en DI devrait être comprise : « comme une circonstance dans laquelle les comportements problématiques d'une personne montent en escalade au-delà de leur taux de base jusqu'au point de rupture des habiletés et des compétences du personnel et des ressources qui soutiennent ce client ». En fait, selon lui, une crise comportementale émergerait quand l'entourage immédiat ne peut plus compter sur ses façons de faire habituelles pour intervenir auprès de la personne. De façon encore plus large, une crise comportementale pourrait être considérée comme en émergence quand l'entourage commence à se questionner à savoir si les services cliniques courants sont suffisants ou encore lorsqu'il

se questionne si la personne doit être déplacée vers une autre ressource résidentielle (Reed, 2013).

Pour compléter ce tour d'horizon de la notion de crise en DI, il est intéressant de faire ressortir la définition de la crise dite psychiatrique, celle-ci est d'ailleurs la deuxième plus fréquente en DI (Baker *et al.*, 2002). Dans le domaine de la psychiatrie, la notion de crise est définie comme étant « une perturbation aiguë de la pensée, de l'humeur, du *comportement* ou des relations sociales qui requiert une attention immédiate tel que demandé par la personne elle-même, sa famille ou la communauté (p. ex., son entourage) ». Lorsqu'on parle d'attention immédiate, il est fait référence à une consultation d'urgence en psychiatrie pour déterminer, entre autres, si une hospitalisation est requise à court terme ou à moyen terme, en fonction du niveau de risque appréhendé pour la personne ou pour autrui (Allen, Forster, Zealberg et Currier, 2002). Comme la notion de comportement est également en cause ici, les points qui suivent peuvent tout aussi bien s'appliquer à certaines situations de crise dite psychiatrique. Cependant, dans le texte qui suit, nous nous limiterons à l'unique mention de crise comportementale.

Ainsi, ces différentes définitions font ressortir plusieurs éléments conceptuels importants sur la crise comportementale. Tout d'abord, ce type de crise comporte des risques comportementaux que l'entourage juge de plus en plus importants pour la personne, pour autrui ou pour son environnement. Il y aurait donc une escalade dans la *gravité* des comportements *perçue* par l'entourage. Il y a probablement un *moment clé* dans la crise où il devient évident pour l'entourage que la gravité des comportements de la personne dépasse sa capacité d'y faire face. Les ressources de l'entourage sont alors insuffisantes et il est décidé d'avoir recours à des mesures exceptionnelles (mesures de contrôle) ou à de l'aide extérieure (p. ex., policière, ambulancière ou médicale).

Les auteurs d'un « handbook » sur l'intervention de crise en DI (Reed, Di Gennaro Reed et Luiselli, 2013) mentionnaient par ailleurs que la plupart des spécialistes consultés dans le domaine constataient qu'il n'existe pas de consensus sur la définition de la crise comportementale en DI. Toutefois, il semble se dégager un consensus sur l'importance de l'intervention sur les comportements problématiques eux-mêmes comme méthode de prévention des crises comportementales. À cet égard, il est intéressant de noter qu'une partie de la définition de la crise comportementale de Baker et ses collègues (2002) correspond, tout au moins en termes de conséquences, à la définition d'un trouble grave du comportement (TGC) proposée par Tassé, Sabourin, Garcin et Lecavalier (2010, p. 68), soit : un trouble du comportement est « jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou

psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux ».

Selon Sabourin, Senécal et Paquet (2016), il serait pertinent sur le plan clinique et psychométrique de définir un continuum hiérarchique de gravité pouvant décrire les phénomènes entourant les TGC. Chez les personnes présentant une DI, ces derniers peuvent commencer par la manifestation d'un comportement problématique (CP), si la gravité de leur CP augmente, elles manifesteraient davantage un ou des troubles du comportement (TC). Finalement, si le processus d'aggravation se poursuit, l'appellation de trouble grave du comportement (TGC) pourrait être utilisée. D'ailleurs, lorsque l'appellation de TGC est utilisée la gravité des TC doit être importante et revêtir un caractère de chronicité (Gardner, Dosen, Griffiths et King, 2006). La crise comportementale risque d'être plus probable chez les personnes ayant une DI qui manifestent un TGC, mais elle peut également survenir chez des personnes n'ayant jamais manifesté de TGC. La situation de crise implique à la fois la présence d'un CP, le jugement que l'entourage pose sur les risques appréhendés d'aggravation de la situation et sur sa capacité à gérer ce comportement. Il est important de préciser ici que ce ne sont pas toutes les personnes qui présentent une DI qui sont susceptibles d'être impliquées dans une situation de crise comportementale, pas plus que de manifester un trouble du comportement.

THÈMES IDENTIFIÉS DANS LA RECENSION

Revenant sur le travail de recension réalisé entre 2010 et 2012 (Sabourin *et al.*, 2015), il est important de préciser un minimum de paramètres des recherches effectuées dans les bases de données. Tout d'abord, la période de temps couverte par la recension initiale fut de janvier 1992 à janvier 2012. Les bases de données de type scientifique qui furent consultées sont les bases de PSYINFO, ERIC et MEDLINE. De plus, la littérature dite grise a été consultée (entre autres, par GOOGLE), en particulier les documents produits par des organisations professionnelles ou communautaires concernées par cette clientèle. En l'absence d'un consensus solide sur la définition de la crise comportementale, nous avons dû identifier des thèmes qui permettaient de bien décrire et circonscrire le phénomène de la crise comportementale en DI-TSA. Les thèmes retenus ont été les suivants :

- un cadre conceptuel de la crise (comportementale);
- les facteurs de risque liés à une crise comportementale;
- les interventions spécifiques auprès d'une personne ayant une DI (avant et après la crise);
- les mesures réactives (de désescalade) et de contrôle (pendant la crise);

- les programmes ciblant la famille et tous les intervenants concernés (par la personne en crise ou susceptible d'en présenter);
- et, enfin, les modèles de service en intervention de crise (dans la communauté).

C'est à partir de ces thèmes que les écrits les plus pertinents ont été repérés, tant dans les articles scientifiques que dans la documentation associée à la littérature grise (thèses, guides de pratique). C'est de cette façon que différents types et différentes définitions de crise en DI ont pu être recensés. La notion de facteurs de risque a permis d'identifier certains éléments permettant de rendre davantage prédictibles les situations de crise comportementale. D'ailleurs, Lindsay, Hastings et Beech (2011) considèrent même que les crises comportant des comportements violents peuvent être hautement prédictibles chez les personnes présentant une DI.

La prévention des crises comportementales est apparue alors comme encore plus importante et les mesures proactives sur les vulnérabilités des personnes (entre autres au niveau du stress) sont apparues comme nécessaires et urgentes (Tassé *et al*, 2006). En identifiant les mesures les plus efficaces pour réduire l'apparition des CP, donc le nombre de crises comportementales, nous avons pu constater l'importance du « soutien comportemental positif – multiéléments » de LaVigna et Willis (1992) et les solides démonstrations d'efficacité et d'efficience de cette approche (LaVigna et Willis, 2012).

Dans le processus de gestion d'une crise comportementale, il y a un aspect interactionnel important à considérer entre la personne présentant une DI (ses vulnérabilités) et les capacités de son entourage à y répondre de façon efficace (habiletés de désescalade ou de désamorçage). La recension des mesures réactives et de contrôle a conduit à constater l'importance des soutiens à l'entourage, entre autres sur le plan des connaissances (Crates et Spicer, 2012; Williams, 2010) et de la gestion de leur stress (Singh *et al.*, 2009).

Enfin, l'identification des différents modèles de services d'intervention de crise a permis de constater l'importance de bien distinguer la résolution de la crise à court terme de l'intervention à plus long terme visant la prévention de la réapparition des CP qui ont amorcé la situation de crise comportementale. Finalement, la plupart sinon la totalité des services communautaires d'intervention de crise mettaient en priorité dans les interventions postcrise le développement de l'expertise de l'entourage de la personne pour intervenir efficacement sur les CP de la personne afin de prévenir la réapparition des crises comportementales.

LA CRISE COMPORTEMENTALE COMME PROCESSUS TRANSACTIONNEL ET INTERACTIONNEL

Dans le cadre de la recension des écrits sur la crise en DI, la synthèse des éléments théoriques a permis de faire ressortir un aspect fortement négligé dans la compréhension de ce phénomène, soit l'évolution à court terme de la gravité des CP durant la crise. Pour LaVigna et Willis (2005), la crise devrait être interprétée davantage comme un processus de gestion situationnel et répondant à des déterminants fonctionnels spécifiques.

LaVigna et Willis (2005) proposent divers processus théoriques d'ordre fonctionnel et situationnel pour décrire ce qui se passe durant une crise comportementale pour moduler la probabilité d'augmentation ou de diminution de la gravité des CP de la personne. Ces auteurs exposent trois processus d'escalade et trois processus de résolution de la crise ou de désescalade possible. Lorsque des CP apparaissent chez une personne, il peut y avoir la présentation réactive par l'entourage d'un stimulus (escalade de type 1; p. ex., introduction d'une demande) ou le retrait d'un stimulus (escalade de type 2; p. ex., annulation d'une activité) qui fait augmenter la probabilité d'une aggravation des CP. Aussi, il pourrait y avoir un processus d'escalade après résolution (escalade de type 3), c'est-à-dire qu'après que la gravité des CP ait diminué chez la personne, l'entourage fait apparaître ou retire un stimulus qui fait augmenter la gravité des CP de la personne. Au contraire, il y aurait un processus de résolution positive (désescalade) à la suite de l'ajout d'un stimulus (p. ex., commentaire humoristique) qui fait diminuer la probabilité d'aggravation des CP ou une résolution négative à la suite du retrait d'un stimulus (p. ex., retrait d'une demande). Enfin, il pourrait y avoir une résolution après escalade lorsque la personne a manifesté une aggravation de ses CP, l'entourage retire un stimulus (p. ex., retrait d'une exigence ferme en offrant plutôt un choix d'activités) qui amène une diminution des CP.

Sur le plan théorique, il y a, par ailleurs, plusieurs raisons permettant d'expliquer l'existence de tels processus situationnels d'escalade et de désescalade chez des personnes présentant une DI. Il y a, en effet, une série de vulnérabilités potentielles chez plusieurs de ces personnes, dont la présence d'une sensibilité plus grande au stress, de difficultés de régulation des émotions et des difficultés d'attachement. Le fait de considérer ces vulnérabilités permettrait de mieux comprendre les processus sous-jacents à une crise comportementale situationnelle.

En ce qui a trait au stress, il faut tout d'abord mentionner que les personnes présentant une DI sont plus susceptibles que la population en générale d'être exposées à des facteurs environnementaux négatifs qui peuvent nuire à leur santé et à leur bien-être (Emerson, 2013). Le stress psychologique est généralement défini comme l'expérience subjective

associée à tout défi au bien-être psychologique d'une personne ou à son homéostasie (Janssen, Schuengel et Stolk, 2002). Le niveau de stress ressenti par une personne serait avant tout lié à l'appréciation que celle-ci fait d'une situation qui est perçue comme une menace ou une difficulté importante qui excède ses capacités à y faire face (Mitchell, 2007; Séguin *et al.*, 2006; Tassé *et al.*, 2006). Il est généralement reconnu, par ailleurs, que plus une personne possède de bonnes capacités d'adaptation au stress, moins elle risque de manifester des désorganisations psychologiques et comportementales relativement à diverses situations difficiles. Ces capacités d'adaptation sont d'ordre affectif, cognitif et comportemental (Lazarus et Folkman, 1984; Séguin *et al.*, 2006). Pour des personnes ayant une DI, le défi de faire face au stress peut être d'autant plus grand qu'elles y seraient plus sensibles que la population en général (Levitas et Gilson, 2001; Levitas et Hurley, 2007; Tassé *et al.*, 2006). D'autre part, les personnes présentant une DI peuvent manifester des multiples déficits au niveau des fonctions exécutives qui entraveraient leurs capacités de régulation émotionnelle (Nader-Grosbois, 2012), plus particulièrement d'autorégulation. Ces difficultés sont souvent présentes chez les personnes manifestant des TC, en particulier les fonctions exécutives de base telles que la mémoire de travail, l'inhibition et la flexibilité cognitive (Schuiringa, van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro et Matthys, 2016; Sinclair, Blencowe, McCaig et Misch, 2013) qui sont des composantes essentielles à l'autorégulation (Barkley, 2012). De plus, les personnes présentant une DI auraient également moins de contrôle sur leur vie quotidienne, ce qui augmenterait chez elles l'impact du stress (Scott et Havercamp, 2014).

Les personnes présentant une DI se montrent donc plus vulnérables au stress et y sont exposées plus fréquemment (Lunsky, 2008), en particulier dans leurs interactions sociales (Hartley et MacLean, 2008). Aussi, plus ces personnes vivent des situations difficiles dans leur vie quotidienne, plus elles seraient susceptibles de présenter des troubles psychologiques ou comportementaux (Hulbert-Williams et Hastings, 2008).

Toute personne qui manifeste une désorganisation psychique ou comportementale vit préalablement une période de stress qui va en augmentant jusqu'à un niveau critique (Rosen, 2007; Séguin *et al.*, 2006). Une crise comportementale comporte généralement plusieurs phases. Il y a tout d'abord une *phase de fragilisation* (phase 1) où la personne passe d'un état d'équilibre à une phase où elle devient plus vulnérable. Puis, si la personne ne réussit pas à gérer adéquatement son stress dans la situation (d'elle-même ou avec l'aide de son entourage), son état de stress pourrait augmenter et la pousser vers un état de désorganisation plus importante, soit la *phase d'escalade* (phase 2). Cette période de transition où la personne peut devenir plus anxieuse ou même confuse ou plus hostile

envers autrui. Chez les personnes ayant une DI, il peut y avoir manifestation de CP de gravité variable, qui ne sont pas toujours faciles à décoder comme étant des réponses émotionnelles à une situation stressante. Selon Rosen (2007), certaines personnes peuvent devenir plus rigides et opposantes durant cette phase d'escalade. Puis, si la tension continue d'augmenter, la désorganisation peut s'aggraver et se transformer en une désorganisation majeure (phase 3 *de la crise aiguë*) avec des signes aigus, soit sur le plan psychique (p. ex., crise de panique ou décompensation psychotique - Rosen, 2007) et comportemental (p. ex., agressivité physique ou automutilation – Weiss, Slusarczyk et Lunsy, 2012). Cette phase intense aura habituellement une durée limitée suivie par une *phase de résolution* (phase 4). La nature de cette résolution sera fonction soit de la personne elle-même (par épuisement, une redirection de son attention, la fuite de la situation ou la manifestation d'agressivité physique) ou par l'entourage (par des moyens physiques de contrôle ou des moyens psychologiques de désescalade). Cette phase sera suivie par une *période de récupération* (Phase 5) permettant à la personne de retrouver progressivement son calme et un certain état d'équilibre (Rosen, 2007; Séguin *et al.*, 2006).

La présence d'événements difficiles suscitant plus de stress ne peut pas expliquer, à elle seule, l'apparition d'une crise comportementale chez une personne présentant une DI. La crise résulterait plutôt de l'interaction entre un événement spécifique (un déclencheur) et l'appréciation (*Appraisal*) qu'en fait la personne (Lazarus et Folkman, 1984; Lupien, 2010). Cet événement est alors perçu comme une menace ou une difficulté qui surpasse nettement les capacités de la personne (Mitchell, 2007; Séguin *et al.*, 2006; Tassé *et al.*, 2006). Ceci est d'autant plus probable chez les personnes présentant une DI que plusieurs d'entre elles peuvent avoir des difficultés de communication réceptive ou expressive suscitant des mésinterprétations de la part de l'entourage et qui vont éventuellement conduire ce même entourage à ne pas voir d'issue à la situation et à vivre de l'impuissance (Bradshaw, 2011). Il faudrait donc bien distinguer les vulnérabilités préexistantes chez une personne (p. ex., présence de déficits particuliers, présence d'événements difficiles passés ou récents), des contextes et stimuli présents pendant l'escalade. Lorsqu'une personne devient plus fragile (Phase 1), il est fort possible qu'elle interprète la situation comme étant de plus en plus insoluble durant la phase d'escalade (phase 2) et qu'elle ait besoin de l'aide de son entourage pour se réguler, autant au niveau de ses émotions qu'au niveau comportemental.

Or, il faut que l'entourage soit en mesure de lui fournir le *soutien nécessaire* dans cette période critique. Selon l'ensemble des écrits recensés, plusieurs variables ou facteurs présents dans l'entourage de la

personne ont pu être identifiés comme pouvant affecter le type de soutien offert par l'entourage. Chez certaines personnes ayant une DI dont les capacités d'autorégulation sont plus limitées, des mécanismes de régulation extrinsèque peuvent être nécessaires pour faire face à la situation (Thompson, 2014). Relativement à une escalade comportementale, LaVigna et Willis (2005) vont alors parler de mesures réactives de désescalade. Certaines de ces variables présentes dans l'entourage sont associées à la connaissance sur les CP (compréhension et intervention à privilégier), à leurs attitudes et croyances envers les CP des personnes, à leurs capacités de gérer leur propre stress (voir Sabourin *et al.*, 2015).

Compte tenu des capacités d'autorégulation qui sont souvent défaillantes chez les personnes ayant une DI, et plus particulièrement chez celles manifestant des CP (Nader-Grosbois, 2012), les aptitudes de l'entourage deviendraient déterminantes pour prévoir l'issue d'un épisode de fragilisation annonciateur d'une désorganisation comportementale majeure. En fait, l'entourage immédiat d'une telle personne doit être en mesure d'interpréter si les CP de la personne dans la phase d'escalade menacent la sécurité d'autrui ou de la personne elle-même. S'il conclut dans l'affirmative, l'entourage aura habituellement tendance à prendre des mesures réactives impératives pour faire cesser les CP menaçants (p. ex., mesure d'isolement, contention humaine ou physique, appel à la police ou à de l'aide extérieure). Dans la négative, l'entourage prendra divers moyens pour aider à la désescalade des comportements et à la régulation extrinsèque des émotions de la personne ayant une DI.

POUR L'UTILISATION DE PROCESSUS DE DÉSESCALADE

La synthèse des écrits professionnels a permis d'identifier toute une série de stratégies de désescalade qui ont été utilisées avec succès auprès de personnes présentant une DI (McClellan et Grey, 2007; McDonnell, Waters et Jones, 2002; Russell, 2011). Malheureusement, il n'existe que peu ou pas de données probantes concernant les effets de ces stratégies d'intervention situationnelle. À l'exception de quelques rares études de cas, aucune recherche systématique portant sur ces différentes stratégies n'a pu être retrouvée dans la documentation scientifique.

Ces stratégies reposent cependant, à notre avis, sur des bases cliniques ou théoriques solides. Il y a tout d'abord les stratégies que l'on pourrait associer plus directement à la communication. Mc Donnell et ses collègues (2002) préconisent une approche de diminution de la stimulation (*Low arousal*). Celle-ci serait à utiliser en premier lieu et consiste à faire d'abord des ajustements sur le plan verbal et non verbal dans les interventions auprès de la personne. Il faudrait, entre autres, lui parler plus

lentement et calmement lorsqu'elle est plus fragile émotionnellement. De plus, il serait pertinent d'éviter les contacts visuels soutenus et les contacts physiques, car ceux-ci pourraient être mal interprétés par la personne et jugés comme hostiles, entrant dans son espace vital. Une autre stratégie se rapporte au contrôle des instructions, c'est-à-dire le fait soit de diminuer les instructions et consignes à la personne, soit de les changer ou encore de carrément les retirer (Russell, 2011). En effet, les instructions ou consignes de l'entourage sont souvent rapportées comme des stimuli déclencheurs de CP. Le fait de les moduler permettrait à court terme de prévenir l'escalade. Il serait aussi judicieux d'utiliser des techniques d'écoute active telles que proposées par McLaughlin et Carr (2005). Celles-ci pourraient se résumer de la façon suivante :

- Reconnaître toute tentative de communication que ce soit de façon verbale ou non verbale (p. ex., Ok, tu veux me dire quelque chose; Ok, je vois que ça ne va pas; Ok, qu'est-ce qui se passe?);
- Utiliser le contexte pour évaluer la fonction de communication possible (p. ex., tu veux rester assis; tu ne veux pas continuer, tu es fatigué?);
- Tenter d'identifier, de formuler et de mettre en action le but poursuivi par la personne.

Ces moyens devraient permettre à la personne à risque de manifester une aggravation des CP de se sentir plus en sécurité et en confiance. Elle devrait se sentir écoutée et être comprise sans être jugée. Ces diverses stratégies de soutien de l'entourage devraient l'aider à retrouver son calme (mieux se réguler émotionnellement) et à ne pas augmenter la probabilité d'une escalade dans la situation critique.

Dans un second temps, il existe diverses stratégies de redirection de l'attention avec des procédures variées, avec ou sans contrôle des instructions, avec l'offre de choix d'activités et même avec l'offre de renforçateurs potentiels. Pour Russell (2011), c'est cette dernière stratégie qui serait la plus efficace. Elle consisterait à interrompre la chaîne comportementale d'escalade, par exemple en proposant à la personne de faire quelque chose qu'elle aime, si possible une activité favorite.

On rapporte aussi des stratégies plus élaborées telles que des moyens de communication facilitée ou de résolution de problèmes facilitée par l'entourage (McClean et Grey, 2007). Ces deux stratégies consistent à utiliser des moyens de communication définis préalablement, c'est-à-dire connus de la personne (p. ex., mots clés, photos, pictogrammes) pour aider la personne à formuler une demande ou une solution à un problème. Ces stratégies peuvent rendre plus efficace le processus de régulation comportementale ou émotionnelle. À titre d'exemple, il pourrait s'agir de demander une pause, de changer de tâche, de se retirer dans un endroit calme, etc. Toutefois, ces stratégies exigent souvent un apprentissage

initial afin de s'assurer de la compréhension adéquate de la personne ayant une DI. Pour augmenter leur efficacité en situation d'escalade, les intervenants appelés à les utiliser devraient avoir été sensibilisés et même entraînés à l'emploi efficace de ces moyens de communication, en situation de jeux de rôle avec la personne ou en situation simulée ou peu stressante.

Quelques auteurs ont mentionné d'autres stratégies allant de la relaxation facilitée (McClellan et Grey, 2007) à l'interposition physique (Russell, 2011) en passant par de la capitulation stratégique (LaVigna et Willis, 2002) ou même de l'incitation physique au calme (McVilly, 2009). Ces stratégies requièrent que l'entourage ait reçu une formation spécifique pour pouvoir les utiliser adéquatement et ainsi recourir, le moins possible, à des méthodes plus contraignantes telles que de l'isolement ou de la contention physique (Williams, 2010).

Williams (2010) considère que les formations les plus efficaces destinées à l'entourage ont comme contenu soit l'enseignement de l'utilisation de méthodes préventives (mesures de désescalade) ou des méthodes de gestion du stress. Ces dernières sont inspirées, entre autres, par les approches de pleine conscience (*mindfulness*). Par exemple, une équipe de chercheurs (Singh *et al.*, 2006a) a offert à des parents d'enfants autistes âgés de 4 à 6 ans et manifestant des TC (agressivité et automutilation), des sessions de méditation, d'entraînement à la pleine conscience et de résolution de problème pour les aider à gérer leur stress. Ils n'ont pas du tout enseigné les meilleures stratégies à utiliser auprès de leur enfant quant à leurs difficultés comportementales. Leur étude s'est étalée sur une période de 52 semaines et comportait trois études de cas contrôlées avec des taux de base (observations de la fréquence des CP), un entraînement de 12 semaines et une période de pratique prolongée suivant la formation. Les auteurs rapportent, après la période prolongée, une diminution des CP variant de 51 % à 88 % selon les enfants et les comportements ciblés.

Chez des adultes, des résultats tout aussi intéressants ont pu être mis en évidence dans des milieux résidentiels pour des usagers présentant des TGC (Singh *et al.*, 2006b; Singh *et al.*, 2009). L'étude de Singh et ses collègues (2009), en particulier, a offert un programme de formation à la pleine conscience à une vingtaine d'intervenants ($n = 23$) œuvrant auprès d'usagers manifestant des TGC, répartis dans quatre milieux résidentiels différents. Cette formation comportait des sessions de 2 heures sur une période de 12 semaines. Après une période de 24 à 26 semaines de pratique, les résultats de l'étude ont mis en évidence des diminutions croissantes et substantielles dans l'utilisation des mesures réactives de contrôle (isolement et contention physique) par le personnel et des CP des

usagers, particulièrement au niveau des comportements agressifs. Il est important de rappeler à nouveau qu'aucune intervention particulière n'a été réalisée sur les interventions les plus pertinentes à privilégier par rapport aux CP de la clientèle. Selon Singh et ses collègues (2006), la formation de pleine conscience favoriserait l'acceptation inconditionnelle des individus et des émotions de soi et d'autrui qui permettrait le développement d'une alliance très positive entre le personnel et les usagers. Par conséquent, les attitudes de tolérance de l'entourage et leurs meilleures capacités à gérer leur stress ont été suffisantes pour réduire la fréquence et la gravité des CP chez leurs usagers.

En fait, plusieurs travaux de recherche avec des méthodes qualitatives tendent à démontrer de façon de plus en plus claire que les CP des usagers sont en étroite interaction avec le comportement du personnel qui intervient auprès d'eux (Grey, McClean et Barnes-Homes, 2002; Hastings, 2005). Le comportement de l'entourage immédiat serait influencé par de nombreuses variables, dont leurs réactions émotionnelles, leurs croyances concernant les CP des usagers (attributions) ainsi que par leur niveau de stress. De façon plus générale, l'ensemble des ressources psychologiques (p. ex., estime de soi, formation, expérience) d'un intervenant peut contribuer à moduler ses réactions émotionnelles et sa capacité de gestion du stress. Il faut également reconnaître que les facteurs liés à la culture du service et de l'organisation pourraient jouer un rôle important dans la capacité des intervenants à gérer leur stress, mais aussi influencer sur leurs croyances (Grey *et al.*, 2002; Hasting, 2005; Lambrechts, Kuppens et Maes, 2009).

À la lumière des données recensées sur la crise comportementale chez les personnes présentant une DI avec ou sans TSA, on ne peut que constater le caractère fortement interactionnel du phénomène. À savoir que les comportements d'un usager, lors de l'apparition d'une phase de fragilisation perçue par un membre de son entourage, pourraient donc dépendre en très grande partie des comportements et des attitudes de son entourage immédiat. La suite des processus d'escalade ou de désescalade postulés par LaVigna et Willis (2005) dépendra étroitement des changements de comportements de chacune des parties impliquées (personne ayant une DI versus entourage) et de leur évolution dans le temps (Cudré-Mauroux, 2010).

D'autre part, les deux parties ont à gérer des émotions intenses et sont susceptibles de vivre des moments de stress important dans ce processus interactionnel. Or, leur interprétation respective de la menace perçue à un moment ou à un autre va déterminer, en très grande partie, l'issue de leurs interactions. À un moment critique, l'une ou l'autre des parties en cause va conclure soit qu'il n'y a plus d'issue possible (la personne se désorganise),

soit que l'escalade ou la désorganisation majeure a assez duré et nécessite des moyens exceptionnels pour résoudre à court terme la situation de crise appréhendée (utilisation de mesures de contrôle : isolement ou contention physique). On constate ainsi qu'il s'agit d'un processus transactionnel, car il serait fortement dépendant de l'évolution de l'interprétation et des attributions, moment par moment, de chacune des parties en cause.

PROPOSITION D'UNE DÉFINITION DE LA CRISE COMPORTEMENTALE

À partir de ces différents constats, il est possible de décrire la crise comportementale en DI selon une perspective psychologique, mais axée sur des postulats transactionnels (fonctionnement intrapersonnel) et interactionnels (fonctionnement interpersonnel). Ainsi, le processus de crise comportementale en DI se caractériserait par : un épisode de fragilisation psychologique et d'escalade de CP à la suite d'un événement déstabilisant et qui est perçu comme pouvant dégénérer en une désorganisation comportementale majeure chez une personne vulnérable si son entourage immédiat ne peut pas lui offrir le soutien pour se réguler, émotivement et sur le plan comportemental. On constate donc une dépendance probable de la personne présentant une DI par rapport à son entourage immédiat lorsqu'elle rencontre un événement qui la déstabilise de manière importante. Cet événement est vécu d'une façon hautement personnelle et possède un caractère idiosyncrasique qui peut rendre difficile, pour l'entourage immédiat, de le reconnaître comme un événement déstabilisant chez une personne présentant une DI. En outre, la présence d'une crise comportementale aiguë implique que l'entourage n'arrive pas à gérer les CP manifestés par la personne dans cette situation.

Si cette définition peut aider à la compréhension psychologique des crises comportementales chez cette clientèle, elle pourrait cependant s'avérer peu utile dans un contexte où on voudrait mesurer les effets de programmes ou d'interventions visant la prévention des crises comportementales. Si l'on désire diminuer le nombre de crises comportementales des personnes dans une région sanitaire donnée, il faudrait utiliser une définition plus objective du phénomène permettant d'établir quelques indicateurs les plus significatifs possible.

La présente recension a permis de mettre en évidence la complexité du phénomène et la possibilité de le considérer sous l'angle de l'échec du processus interactionnel où des moyens exceptionnels et extrêmes de résolution de la crise appréhendée ont été utilisés. Il semble que, jusqu'à présent, il a été trop complexe d'étudier, en temps réel, le phénomène à

partir de la phase de fragilisation jusqu'aux tentatives de désescalade pour résoudre pacifiquement la crise. Par contre, les études existantes sur l'échec de ce processus sont plus nombreuses et permettent de formuler une définition plus opérationnelle dans ce sens.

La définition d'une situation de crise aiguë serait la suivante : un épisode pendant lequel une personne manifeste des comportements problématiques tels qu'ils mettent en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, de son entourage ou de son environnement. Cet épisode nécessiterait, d'après le jugement de l'entourage immédiat, des interventions exceptionnelles, à très court terme, telles que des mesures de contrôle ou de l'aide extérieure (p. ex., intervenants de crise, policier, ambulancier); ou un déplacement vers une ressource autre que le milieu habituel de la personne (p. ex., résidence de crise, urgence psychiatrique, emprisonnement).

La diminution du nombre de mesures de contrôle utilisées, le nombre de recours à de l'aide extérieure ou de déplacement en urgence pour faire face à une crise comportementale, pourraient alors constituer des indicateurs permettant de mesurer l'efficacité de diverses mesures de prévention des crises comportementale dans une région donnée (Bigras, Hamel, Robin, Beaulieu et Sabourin, 2016; Sabourin, 2014).

Cette façon de faire favoriserait l'émergence d'un consensus sur la mesure des résultats, dans les futures recherches sur la crise comportementale en DI. Cette définition a aussi l'avantage d'être très similaire à la définition des TGC de Tassé et ses collègues (2010) sauf qu'elle ne retient que les composantes extrêmes de la définition de TGC, soit la menace à l'intégrité physique ou psychologique de la personne ou de l'environnement et les conséquences réelles utilisées à court terme pour y faire face. Elle exclut la notion de nuisance à ses relations sociales ou à son niveau d'intégration communautaire. Par conséquent, la crise comportementale aiguë pourrait donc, en termes de gravité relative, être considérée comme plus grave sur le plan situationnel que la simple présence d'un TGC, étant donné qu'elle implique que l'environnement a dû utiliser, à court terme, des mesures exceptionnelles (fortement contraignantes) pour résoudre la situation de crise, donc arrêter la désorganisation comportementale afin contrôler les risques majeurs appréhendés.

POUR UNE MEILLEURE PRÉVENTION DES CRISES COMPORTEMENTALES

À la suite des résultats de la recension des écrits sur la crise comportementale, il est possible de présenter diverses pratiques pouvant être reconnues comme les meilleures (fondées sur des données

probantes) et dans certains domaines, au mieux, les plus fortement recommandées par les experts. Nous aborderons successivement les pratiques liées à la prévention des situations de crise puis les pratiques à mettre en œuvre lorsqu'une situation de crise se produit.

Au-delà des impacts majeurs pour la personne ayant une DI et son entourage, l'intervention en situation de crise peut engendrer des coûts importants pour l'ensemble de la société. Par exemple, dans leur étude sur la fréquentation des urgences psychiatriques ontariennes, Lunsky et ses collègues (2011) ont constaté que la clientèle des personnes présentant une DI avec ou sans problème de santé mentale concomitant, était fortement surreprésentée comparativement au reste de la population présentant des problèmes de santé mentale. Ceci est d'autant plus significatif dans le domaine des services de santé et des services sociaux où il y a souvent des contraintes budgétaires importantes amenant des restrictions dans l'accès aux services et qu'en plus les unités d'urgence semblent mal préparées pour accueillir cette clientèle (Lunsky, Gracey et Gelfand, 2008). Il y a donc lieu de mettre les énergies nécessaires pour agir de façon préventive dans ce domaine.

Une première étape serait d'agir sur les facteurs de risque chez cette clientèle. Plusieurs études tendent à démontrer qu'il est possible avec des outils existants de prédire avec beaucoup de précision les risques de violence et de récidive chez des personnes ayant une DI (Barry-Walsh, Daffern, Duncan et Ogloff, 2009; Lyndsay *et al.*, 2011; Steptoe, Lyndsay, Murphy et Young, 2008). Il serait très pertinent d'évaluer les risques de CP graves ou de crises comportementales chez la clientèle afin d'identifier les usagers les plus à risque et d'intervenir de façon préventive auprès d'eux. Des efforts en ce sens sont faits actuellement à l'institut universitaire en DI et en TSA du CIUSSS-MCQ pour mettre au point un instrument d'évaluation de risques de crise comportementale ou de TGC chez les personnes DI vivant dans la communauté (Sabourin, Hamel et Beaulieu, 2016; Sabourin et Moreau, 2017). Ce type d'évaluation permettrait de mettre en place un plan préventif d'intervention individualisé afin de minimiser les risques de désorganisation majeure, d'agir sur les vulnérabilités et d'utiliser de façon optimale des stratégies de désescalade (Sabourin *et al.*, 2015).

De plus, il faudrait offrir à l'entourage immédiat de ces personnes des sessions de formation sur le Soutien comportemental positif (SCP) (*Positive behavioral support*) ou sur l'Analyse et intervention Multimodale (AIMM) afin de les outiller pour pouvoir intervenir efficacement (Sabourin *et al.*, 2015; Sabourin et Lapointe, 2018, dans ce numéro). En fait, des travaux de LaVigna et Willis (2012), accumulant des données sur plus de 600 participants en provenance de plusieurs équipes de recherche

différentes, ont permis de démontrer de façon très convaincante que leurs modalités de SCP multiéléments sont efficaces et efficaces pour réduire les CP auprès de personnes présentant une DI avec ou sans TSA. De plus, pour permettre à l'entourage immédiat d'utiliser ces nouvelles compétences de manière optimale, il serait judicieux de leur offrir l'accès des sessions de pleine conscience (Singh *et al.*, 2016a; Singh *et al.*, 2009) ou tout autre programme de gestion du stress qui aurait démontré son efficacité, telle qu'une formation sur l'optimisme appris (Durand, Heineman, Clarke, Wang et Rinaldi, 2013).

Par ailleurs, comme l'ont démontré plusieurs études sur l'implantation du SCP (Crates et Spicer, 2012; McClean *et al.*, 2005), l'entourage immédiat de la personne à haut risque de crises comportementales devrait recevoir de la supervision sur l'implantation d'un plan d'intervention de type SCP ou AIMM, et ce, pendant une période variant de 6 à 9 mois, après leur formation de base. Cette supervision devrait leur permettre de bien intégrer les stratégies d'intervention dans l'action à partir d'une situation clinique réelle.

Afin de mieux prévenir les récurrences de crises comportementales, il faut en outre prévoir comment utiliser adéquatement des mesures exceptionnelles. Par exemple, lorsque des mesures de contrôle (mesures réactives d'isolement ou de contention) sont requises, elles ne devraient être autorisées et utilisées uniquement que par du personnel formé et supervisé par une équipe multidisciplinaire spécialisée (APBA, 2010; Luisselli, 2012), dont au moins un membre est formé en approche cognitivocomportementale (Hassiotis *et al.*, 2009). Ce type de mesure doit toutefois être intégré dans un plan global d'intervention positif (SCP ou AIMM) et suivi de façon intensive (APBA, 2010; Luisselli, 2012) pour maximiser la prévention de la récurrence de crises comportementales et des conséquences négatives qui y sont associées.

En ce qui concerne les services d'intervention en situation de crise, l'analyse de plusieurs expériences nord-américaines (Sabourin *et al.*, 2015) a permis de mettre en évidence un certain nombre de caractéristiques essentielles à ce type de services communautaires. Ces caractéristiques ont été relevées à partir de résultats d'évaluations de programme et de points de vue d'experts. Ces services ont été mis en place pour éviter le plus possible le recours à l'hospitalisation en psychiatrie et, éventuellement, l'institutionnalisation de la clientèle impliquée dans des crises comportementales. De plus, les modèles de services recensés mettent l'accent sur le fait d'éviter la récurrence de la crise par le développement continu des capacités et de l'expertise des milieux naturels et professionnels concernés. Ici, le postulat de base est à l'effet qu'il est largement préférable de maintenir le plus possible la personne

dans son milieu naturel afin de favoriser son inclusion sociale tout en offrant les services requis dans ce milieu, autant sur le plan de la santé mentale que de l'adaptation/réadaptation (Sabourin *et al.*, 2015).

Ces modèles de services visent aussi à améliorer les compétences et la rétention du personnel de même que la complémentarité et la coordination interservices ou des programmes. Leurs services sont généralement hiérarchisés pour offrir des interventions d'intensité variable et des expertises particulières, selon les besoins et les ressources spécifiques des milieux de vie des personnes.

Sur la base des travaux de plusieurs auteurs (Bering, 2010; Dean, Lynch, Gordham, Craven et Duerscheidt, 2007; FQCRDITED, 2010; Frawley et Vecchione, 2002; Wagner, 2002; Wieseler, Hanson et Oslund, 2002), les services de soutien et d'intervention de crise devraient avoir les caractéristiques suivantes pour être efficaces :

- des disponibilités d'assistance d'urgence 24 heures par jour/7 jours par semaine;
- une équipe mobile d'intervention de crise utilisant des approches de désamorçage ou de désescalade de la crise afin de permettre de gérer la situation avec un minimum de mesures intrusives ou de contrôle;
- si nécessaire, l'accès à des lieux alternatifs de répit à court terme, selon la gravité de la situation ou selon le plan d'intervention établi au préalable;
- l'identification et l'implantation de stratégies d'intervention proactives et réactives pour faire face à l'escalade et pour prévenir la réapparition des CP;
- si requis, l'accès rapide aux services psychiatriques.

De plus, ces services devraient être en mesure d'offrir des services d'accueil et d'orientation, des services d'évaluation fonctionnelle effectuée par une équipe professionnelle multidisciplinaire, des services de planification individualisée, de la formation, l'accès à des services spécialisés et surspécialisés et offrir un suivi sur une période de 6 à 12 mois suivant une première intervention. Cette dernière modalité est importante, car elle vise à s'assurer du maintien des acquis de la personne et de son entourage immédiat (Rubin, Fahs et Beasley, 2007).

Le mandat prioritaire d'un service de soutien et de crise axé sur le développement des capacités et de l'expertise devrait s'étendre à l'ensemble du dispositif de services offerts aux personnes pouvant présenter des CP susceptibles d'entraîner des crises comportementales. Ainsi, tous les partenaires du réseau de services requis par ces personnes, entre autres, la psychiatrie, les services policiers, le système juridique, peuvent avoir besoin de sensibilisation, de formation et de

soutien (Baker *et al.*, 2002; Došen, Gardner, Griffiths, King et Lapointe, 2007; Royal College of Psychiatrists, British Psychological Society et Royal College of Speech and Language Therapists, 2007). De plus, ce mandat est d'autant plus pertinent que le développement d'un partenariat avec ces différentes parties prenantes est nécessaire pour assurer une continuité des services auprès de ces personnes. Un mandat dans ce sens devrait sans doute être confié à une équipe professionnelle régionale de soutien et d'intervention de crise, pouvant jouer un rôle de facilitateur et de liaison avec l'ensemble des partenaires pertinents (Royal College of Psychiatrists, 2003). Ce partenariat devrait être de type coopératif, valorisant l'expertise de chacun des partenaires et être fondé sur des méthodologies et des valeurs partagées (Bering, 2010; Carver *et al.*, 2010).

Enfin, une dernière recommandation issue des travaux de Sabourin et ses collègues (2015) mérite d'être mentionnée, soit la nécessité de mettre en place des mesures de résultat du système de services et d'intervention de crise (Gardner *et al.*, 2006; Royal College of Psychiatrists *et al.*, 2007; Wieseler *et al.*, 2002). Ceci est essentiel pour permettre des ajustements dans l'organisation des diverses composantes des services mentionnés plus haut pour pouvoir répondre aux besoins réels des personnes, de leur entourage immédiat et des partenaires.

CONCLUSION

En ce qui concerne les recommandations relatives aux interventions préventives et cliniques, le niveau de qualité des études qui sont mentionnées dans le présent article est généralement satisfaisant sur le plan scientifique (études expérimentales, quasi expérimentales, corrélationnelles bien contrôlées ou des études de cas uniques avec un bon contrôle des biais possibles). Toutefois, en ce qui concerne les recommandations relatives à l'organisation des services en intervention de crise, les données probantes sont plus rares. La documentation consultée comporte davantage de recensions d'écrits d'organisations professionnelles et des opinions d'experts. Il s'agit davantage de données dites expérientielles que nous considérons tout de même de bonne qualité.

Il reste donc beaucoup de travail à faire sur le plan de la recherche pour pouvoir conclure avec plus de certitude sur les meilleures pratiques à recommander dans la prévention et dans l'intervention en situation de crise en DI-TSA. La présente synthèse devrait cependant pouvoir orienter les décideurs et les cliniciens dans les pistes d'action les plus prometteuses, compte tenu de l'état des connaissances actuelles.

RÉFÉRENCES

- Allen, M. H., Forster, P., Zealberg, J. et Currier, G. (2002). *Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services: a review and model program descriptions*. Récupéré de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.473.167&rep=rep1&type=pdf>
- APBA - Association of Professional Behavior Analysts (2010). *Position statement on the use of restraint and seclusion as interventions for dangerous and destructive behaviors: supporting research and practice guidelines*. Récupéré de https://cdn.ymaws.com/www.apbahome.net/resource/collection/1FDDBDD2-5CAF-4B2A-AB3F-DAE5E72111BF/Support_for_APBA_Pos_Stmt_-_Restraint_&_Seclusion.pdf
- Baker, D. J., Craven, K., Albin, R. W. et Wieseler, N. A. (2002). Training and technical assistance strategies to prevent and respond to behavior-related crises. Dans R. H. Hanson, N. A. Wieseler, K. C. Lakin et D. L. Braddock (dir.), *Crisis: prevention and response in the community* (p.165-197). Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. New York, NY : The Guilford Press.
- Barry-Walsh, J., Daffern, M., Duncan, S. et Ogloff, J. (2009). The prediction of imminent aggression in patients with mental illness and/or intellectual disability using the Dynamic Appraisal of Situational Aggression instrument. *Australian Psychiatry*, 17(6), 493-496.
- Bering, S. (2010). Facing the commissioning challenge: responding effectively to people whose behaviour is challenging. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 4(2), 4-12.
- Bigras, M., Hamel, G., Robin, G., Beaulieu, Y. et Sabourin, G. (2016). *Intervention de crise auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : une revue critique des écrits en consultation avec les parties prenantes-Résumé exécutif*. CIUSSS-MCQ.
- Bradshaw, J. (2011). Communication and challenging behaviour. Dans S. Hardy et T. Joyce (dir.), *Challenging behaviour and people with learning disabilities: a handbook* (p. 49-56). Brighton, Angleterre : Pavilion Publishing Ltd.
- Carver, J. et collaborateurs (2010). Dual diagnosis : collaborating for solutions. Forum summary. Récupéré de <http://www.torontocentrallhin.on.ca/~media/sites/tc/New%20media%20folder/Community%20Engagement/Reports/DualDiagnosisForumSummaryFINAL.pdf?la=en>
- Centre national de ressources textuelles et lexicales (2017). *Définition de crise*. Récupéré de : <http://www.cnrtl.fr/définition/crise>
- Crates, N. et Spicer, M. (2012). Developing behavioural training services to meet defined standards within an Australian statewide disability service system and the associated client outcomes. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(3), 196-208.
- Cudré-Mauroux, A. (2010). Staff attributions about challenging behaviours of people with intellectual disabilities and transactional stress process: a qualitative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(1), 26-39.
- Dean, J., Lynch, B., Gordham, K., Craven, K. et Duerscheidt, D. (2007). *Building Oregon's capacity to serve individuals with complex support needs: recommendations for action*. Récupéré de <http://reinventingquality.org/docs/DTurner10-handout3.pdf>
- Došen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R. et Lapointe, A. (2007). *Practice guidelines and principles: assessment, diagnosis, treatment, and related support services for persons with intellectual disabilities and problem behaviour*. Gouda, Netherlands : Centre of Consultation and Expertise.
- Durand, V. M., Hieneman, M., Clarke, S., Wang, M. et Rinaldi, M.L. (2013). Positive family intervention for severe challenging behavior I: a multisite randomized clinical trial. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 15(3), 133-143.
- Emerson, E. (2013). Commentary: childhood exposure to environmental adversity and the well-being of people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 589-600.

- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (2010). *Guide de pratique. Le service d'adaptation et de réadaptation auprès des personnes ayant des troubles graves du comportement (TGC)*. Récupéré de <http://fqcrdited.org/wp-content/uploads/2013/01/GUIDE-TGC1.pdf>
- Frawley, P. et Vecchione, E. (2002). The Vermont crisis intervention network: nine years of prevention. Dans R. H. Hanson, N. A. Wieselers, K. C. Lakin et D. L. Braddock (dir.), *Crisis: prevention and response in the community*. (p. 49-77). Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Gardner, W. I., Došen, 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.
- Grey, I. M., McClean, B. et Barnes-Homes, D. (2002). Staff attributions about the causes of challenging behaviours: Effects of training in multi-element behaviour support. *Journal of Intellectual Disabilities*, 6(3), 297-312.
- Hartley, S. L. et MacLean, W. E. Jr. (2008). Coping strategies of adults with mild intellectual disability for stressful social interactions. *Journal Mental Health in Intellectual Disabilities*, 1(2), 109-127.
- Hassiotis, A., Robotham, D., Canagasabey, A., Romeo, R., Langridge, D., Blizard, R.,... King, M. (2009). Randomized, single-blind, controlled trial of a specialist behavior therapy team for challenging behavior in adults with intellectual disabilities. *The American Journal of Psychiatry*, 166(11), 1278-1285.
- Hastings, R. P. (2005). Staff in special education settings and behaviour problems: towards a framework for research and practice. *Educational Psychology*, 25(2-3), 207-221.
- Hulbert-Williams, L. et Hastings, R. P. (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.
- Initiative pour les soins primaires en déficience intellectuelle (2012). Outils portant sur les soins primaires auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle (1re édition). Toronto, Ontario : MUNS Guideline Clearinghouse.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C. et Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6), 445-453.
- Lambrechts, G., Kuppens, S. et Maes, B. (2009). Staff variables associated with the challenging behaviour of clients with severe or profound intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(7), 620-632.
- LaVigna, G. W. et Willis, T. J. (1992). A model for multielement treatment planning and outcomes measurement. Dans D. E. Berkell (dir.), *Autism: identification, education, and treatment* (p. 135-149). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- LaVigna, G. W. et Willis, T. J. (2002). Counter-intuitive strategies for crisis management within a non-aversive framework. Dans D. Allen (dir.), *Ethical approaches to physical interventions: Responding to challenging behaviour in people with intellectual disabilities* (p. 89-103). Kidderminster, Angleterre : BILD Publications.
- LaVigna, G. W. et Willis, T. J. (2005). A positive behavioural support model for breaking the barriers to social and community inclusion. *Tizard Learning Disability Review*, 10(2), 16-23.
- 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.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY : Springer.
- Le nouveau Petit Robert (2009). *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris, France : Dictionnaires Le Robert.
- Levitas, A. S. et Gilson, S. F. (2001). Predictable crises in the lives of people with mental retardation. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 4(3), 89-100.
- Levitas, A. et Hurley, A. D. (2007). Adjustment disorders. Dans R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki et M. First (dir.), *Diagnostic manual – intellectual disability: a clinical guide for diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability (DM-ID)* (p. 301-311). Kingston, NY : NADD Press.

- Lindsay, W. R., Hastings, R. P. et Beech, A. R. (2011). Forensic research in offenders with intellectual and developmental disabilities 1: prevalence and risk assessment. *Psychology, Crime & Law*, 17(1), 3-7.
- Luiselli, J. K. (2012). Therapeutic implementation of physical restraint. Dans J. K. Luiselli (dir.), *The handbook of high-risk challenging behaviors in people with intellectual and developmental disabilities* (p. 243-256). Baltimore, MD : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Lunsky, Y. (2008). The impact of stress and social support on the mental health of individuals with intellectual disabilities. *Salud Publica de Mexico*, 50(2), 151-153
- Lunsky, Y., Gracey, C. et Gelfand, S. (2008). Emergency psychiatric services for individuals with intellectual disabilities: perspectives of hospital staff. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(6), 446-455.
- Lunsky, Y., Lin, E., Balogh, R., Klein-Geltink, J., Bennie, J., Wilton, A. S. et Kurdyak, P. (2011). Are adults with developmental disabilities more likely to visit EDs? *American Journal of Emergency Medicine*, 29(4), 463-465.
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Montréal, QC : Les Éditions au Carré.
- McClellan, B., Dench, C., Grey, I., Shanahan, S., Fitzsimons, E., Hendler, J. et Corrigan, M. (2005). Person focused training: a model for delivering positive behavioural supports to people with challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(5), 340-352.
- McClellan, B. et Grey, I. (2007). Modifying challenging behaviour and planning positive supports. Dans A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh et J. McEvoy (dir.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (p. 643-684). New York, NY : Routledge.
- McDonnell, A., Waters, T. et Jones, D. (2002). Low arousal approaches in the management of challenging behaviour. Dans D. Allen (dir.), *Ethical approaches to physical interventions: Responding to challenging behaviour in people with intellectual disabilities* (p. 104-113). Kidderminster, Angleterre : BILD Publications.
- McLaughlin, D. M. et Carr, E. G. (2005). Quality of rapport as a setting event for problem behavior: Assessment and intervention. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 7(2), 68-91.
- McVilly, K. R. (2009). *Physical restraint in disability services: current practices, contemporary concerns, and future directions*. Récupéré de http://www.dhs.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/607708/osp_physicalrestraintindisabilityservicescurrentpractices_300309.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Comité interministériel MSP-MSSS sur les interventions policières en situation d'urgence auprès des personnes ayant une déficience intellectuelle*. Québec, Québec : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère des Services sociaux et communautaires (2011). *Directives à l'intention des Organismes de Services. Loi de 2008 sur les services et soutiens favorisant l'inclusion sociale des personnes ayant une déficience intellectuelle. Pour la prestation des services aux adultes ayant une déficience intellectuelle*. Récupéré de http://www.mcscs.gov.on.ca/documents/fr/mcscs/publications/developmental/policy_service_frdirective/Policy%20Directives_FR_DS.pdf
- Mitchell, J. T. (2007). *Group crisis support: Why it works, when & how to provide it*. Ellicott City, MD : Chevron Publishing Corp.
- Nader-Grosbois, N. (2012). Régulation des émotions chez l'enfant à développement atypique. Dans M. Mikolajczak et M. Desseilles (dir.), *Traité de régulations des émotions* (p.459-472). Louvain-La-Neuve : De Boeck.
- Reed, D. D. (2013). Introduction. Dans D. D. Reed, F. D. DiGennaro Reed et J. K. Luiselli (dir.), *Handbook of crisis intervention and developmental disabilities* (p. 1-4). New York, NY : Springer.
- Reed, D. D., DiGennaro Reed, F. D. et Luiselli, J. K. (2013). Préface. Dans D. D. Reed, F. D. DiGennaro Reed et J. K. Luiselli (dir.), *Handbook of crisis intervention and developmental disabilities* (p. v-vii). New York, NY : Springer New York.

- Rosen, A. (2007). *Crisis management in the community*. Récupéré de <http://pandora.nla.gov.au/nph-wb/20000131130000/http://www.mja.com.au/public/mentalhealth/course/08rosen.pdf>
- Royal College of Psychiatrists (2003). *Meeting the mental health needs of adults with a mild learning disability: Council Report CR115*. Récupéré de <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr115.pdf>
www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr115.pdf
- Royal College of Psychiatrists, British Psychological Society et Royal College of Speech and Language Therapists (2007). *Challenging behaviour: a unified approach. Clinical and service guidelines for supporting people with learning disabilities who are at risk of receiving abusive or restrictive practices: College Report CR144*. Récupéré de <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr144.pdf>
- Rubin, I. L., Fahs, J. J. et Beasley, J. B. (2007). Delivery of health care for people with "dual diagnosis": from the person to the policy. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 10(3), 1-11.
- Russell, L. (2011). Reactive management strategies. Dans S. Hardy et J. Joyce (dir.), *Challenging behaviour and people with learning disabilities: a handbook* (p. 65-72). Brighton, Angleterre : Pavilion Publishing Ltd.
- Sabourin, G. (2014). *État des pratiques en intervention de crise : les écarts entre les pratiques actuelles dans le réseau de la santé et des services sociaux et les meilleures pratiques identifiées dans la recension des écrits*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (Document interne).
- Sabourin, G., Couture, G., Morin, D. et Proulx, R. (2015). *Intervention de crise auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : une recension critique des écrits en consultation avec les parties prenantes*. Les collections de l'Institut universitaire en DI et en TSA. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Sabourin, G., Hamel, G. et Beaulieu, Y. (2016). *Grille de repérage des facteurs de risque de crises comportementales et de TGC*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec/Institut universitaire. Document de travail.
- Sabourin, G. et Lapointe, A. (soumis). Deux modèles d'intervention en trouble grave du comportement (TGC) : comparaisons et améliorations possibles. *Revue québécoise de psychologie*, article soumis pour publication.
- Sabourin, G. et Moreau, I. (2017). *Étude de validation de contenu de la grille de repérage des facteurs de risque de crises comportementales et de TGC*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec/Institut universitaire. Document de travail.
- Sabourin, G., Sénécal, P. et Paquet, M. (2016). *EGCP-II-R - Échelle d'évaluation des comportements problématiques II, révisée (Manuel de l'utilisateur)*. Montréal, Canada. SQETGC | CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B. et Matthys, W. (2016). Executive functions and processing speed in children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior problems. *Child Neuropsychology*, 23(4), 442-462.
- Scott, H. M. et Haverkamp, S. M. (2014). Mental health for people with intellectual disability: the impact of stress and social support. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 119(6), 552-564.
- Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Sinclair, M., Blencowe, A., McCaig, L. et Misch, P. (2013). Neuropsychological findings from a forensic neuropsychology clinic at a South East London tier 4 CAMHS. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7(2), 93-107.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Curtis, W. J., Wahler, R. G. Sabaawi, M.,... McAleavey, K. (2006a). Mindful staff increase learning and reduce aggression in adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 27(5), 545-558.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Fisher, B. C., Wahler, R. G., McAleavey, K.,... Sabaawi, M. (2006b). Mindful parenting decreases aggression, noncompliance, and self-

- injury in children with autism. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(3), 169-177.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, A. N., Adkins, A. D. et Singh, J. (2009). Mindful staff can reduce the use of physical restraints when providing care to individuals with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 194-202.
- Stephens, L. R., Lindsay, W. R., Murphy, L. et Young, S. J. (2008). Construct validity, reliability and predictive validity of the Dynamic Risk Assessment and Management System (DRAMS) in offenders with intellectual disability. *Legal and Criminological Psychology*, 13(2), 309-321.
- Tassé, M. J., Havercamp, S. M. et Thompson, C. (2006). *Practice guidelines in working with individuals who have developmental disabilities*. Concord, NC : PBH.
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N. et Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(1), 62-69.
- Thompson, R. A. (2014). Socialization of emotion and emotion regulation in the family. Dans J. J. Gross (dir.), *Handbook of emotion regulation* (2^e éd.) (p. 173-186). New York, NY : The Guilford Press.
- Wagner, G. A. (2002). Behavioral and crisis services in California. Dans R. H. Hanson, N. A. Wieselers, K. C. Lakin et D. L. Braddock (dir.), *Crisis: prevention and response in the community* (p. 79-94). Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Wieselers, N. A., Hanson, R. H. et Oslund, J. M. (2002). The Minnesota crisis system: a public-private collaboration. Dans R. H. Hanson, N. A. Wieselers, K. C. Lakin et D. L. Braddock (dir.), *Crisis: prevention and response in the community* (p. 63-78). Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Weiss, J. A., Slusarczyk, M. et Lunsy, Y. (2012). Individuals with intellectual disabilities who live with family and experience psychiatric crisis: who uses the emergency department and who stays home? *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 4(3), 158-171.
- Williams, D. E. (2010). Reducing and eliminating restraint of people with developmental disabilities and severe behavior disorders: an overview of recent research. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1142-1148.

RÉSUMÉ

Le présent article vise à synthétiser et à mettre à jour une recension sur l'intervention de la crise en DI-TSA qui a été publiée en 2015. Après un rappel du contexte, le concept de crise comportementale est discuté et une formulation théorique et clinique de ce phénomène est proposée à partir de l'état des connaissances actuelles. Puis, en s'appuyant sur l'ensemble de la documentation recueillie, un modèle d'interventions préventives sur les situations de crise en DI-TSA regroupe de façon succincte les meilleures pratiques recensées dans le domaine. En terminant, les limites de la démarche sont évoquées brièvement et des pistes de recherche sont mentionnées.

MOTS CLÉS

crise comportementale, déficience intellectuelle, interventions préventives, recension des écrits

ABSTRACT

This article aims to synthesize and update a review on the phenomenon of the crisis in the IDD-ASD which was published in 2015. After a reminder of the context, the concept of Behavioral crisis (BC) is discussed and theoretical and clinical formulations are proposed from the current state of knowledge. Then, drawing on all the documentation collected, a model of

preventive interventions on BC situations in IDD-ASD summarizes the best practices identified in the field. In conclusion, the limitations of the proposal are briefly mentioned and some research tracks are mentioned.

KEY WORDS

behavioral crisis, intellectual disability, preventive interventions, literature review.
