

# L'ergothérapie auprès de personnes ayant un trouble envahissant du développement ou une déficience intellectuelle présentant des troubles graves du comportement

Mélanie PILOTE



L'ergothérapie auprès de personnes ayant un trouble envahissant...

## Mots clés

Ergothérapie, troubles envahissants du développement, déficience intellectuelle, troubles graves du comportement, évaluation, intervention

## Résumé

Les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) présentent des caractéristiques les rendant plus susceptibles de développer des troubles du comportement ayant des conséquences majeures sur leur fonctionnement quotidien et leur entourage. Parmi ceux-ci, environ 10% seront considérés comme des troubles graves du comportement (TGC). Les causes des TGC sont multiples et demandent une évaluation et une analyse approfondie de tous les aspects entourant la personne. Plusieurs professionnels doivent unir leurs expertises pour travailler en équipe et intervenir dans l'amélioration de la qualité de vie non seulement de l'individu, mais également des personnes qui

Mélanie Pilote  
ergothérapeute,  
M.Sc. Coordination TGC  
CRDI de Québec  
7843 Rue des Santolines  
Québec, QC G1G 0G3  
Tel: 418-683-2511  
poste 2295  
Fax: 418-626-6514  
Courriel:  
melanie.pilote@ssss.gouv.qc.ca  
www.crdi.qc.ca

gravitent autour de lui. L'ergothérapeute peut être appelé à jouer un rôle prédominant au sein de cette équipe. Cet article vise dans un premier temps à décrire les troubles graves du comportement chez les personnes ayant une DI et/ou un TED. Dans un deuxième temps, il expose le rôle joué par l'ergothérapeute au sein d'une équipe professionnelle spécialisée auprès de cette population pour évaluer, intervenir et prévenir les TGC.

## 1. Introduction

De part leur formation, les ergothérapeutes sont appelés à travailler auprès de multiples clientèles. Or, de plus en plus il s'avère essentiel d'avoir une expertise pour intervenir auprès de personnes ayant un diagnostic de TED avec ou sans DI. Il est estimé qu'environ 10% des adultes présentant un TED développent des TGC (Tassé, Sabourin, Garcin et Lecavalier, 2010)<sup>1</sup>. En ce qui a trait aux jeunes enfants, il n'y a pas de consensus sur la prévalence de ces troubles (Rivard, 2012)<sup>2</sup>. Pourtant, les besoins de ces enfants sont importants et découlent d'une situation liée à la présence de diagnostics complexes avec comorbidité ainsi que d'habiletés cognitives, sociales et adaptatives limitées, sans oublier un contexte familial bien souvent au bord de l'épuisement. Il importe alors, dans le but de répondre aux besoins de l'enfant et de sa famille, de travailler avec une équipe multidisciplinaire incluant psychologue, psychoéducateur, infirmière, orthophoniste (logopède) et ergothérapeute. Au Québec, les services auprès de cette population sont offerts par les Centres de réadaptation en DI et en TED (CRDITED). Ces centres ont entre autre développé l'expertise pour travailler auprès de jeunes DI/TED ayant un trouble grave du comportement (TGC).

## 2. Qu'est-ce qu'un trouble grave du comportement (TGC)?

Actuellement, il n'existe pas de définition québécoise de ce qu'est un TGC chez les jeunes enfants (Rivard, 2012)<sup>2</sup>. Chez les adultes, ceci réfère à : « *Un trouble du comportement est jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique de la personne, d'autrui ou de l'environnement ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux.* » (Tassé, Sabourin, Garcin et Lecavalier, 2010, p.64)<sup>1</sup>. Dans les écrits scientifiques anglophones, les termes « *challenging behaviors* » et « *disruptive behaviors* » sont utilisés pour aborder ce sujet.

De façon générale, Willaye et Magerotte (2008)<sup>3</sup> divisent les comportements-défis en six catégories :

1. Agressions : frapper, donner des coups de pieds, mordre, tirer les cheveux, pousser,...
2. Automutilation : Se frapper la tête, se mordre, s'arracher les cheveux, se griffer,...

3. Destruction : Briser les objets, déchirer les vêtements, lancer des objets,...
4. Perturbation : crier, fuguer, opposition permanente, menaces, se mettre en colère, se déshabiller en public,...
5. Stéréotypie/autostimulation : Vocalises, balancements, marcher de long en large, mouvements des mains, rocking, etc.
6. Alimentation : se faire vomir, pica, vol de nourriture, hypersélectivité alimentaire, ...

Précisons que les causes d'un TGC sont souvent multiples. À prime abord, plusieurs caractéristiques de la personne découlent des diagnostics d'autisme ou de DI et ont des conséquences majeures sur son fonctionnement, ce qui la rend plus vulnérable. La DI entraîne des déficits sur le plan cognitif, des difficultés d'abstractions et d'adaptation ainsi que des habiletés sociales et langagières limitées. Chez les personnes autistes, il ressort en plus une grande difficulté à se mettre à la place de l'autre (théorie de l'esprit) et à interpréter les actes sociaux d'autrui. Les intérêts demeurent restreints et l'adaptation aux changements est souvent difficile. Par ailleurs, la présence de troubles sensoriels est également de mieux en mieux documentée. À ce propos, il a été démontré dans des études récentes (Silva et Schalock, 2012<sup>4</sup>; Leekam *et al.*, 2007<sup>5</sup>) que plus de 90% des enfants ayant un TED présentent à divers degrés des problèmes au plan sensoriel.

La comorbidité est également un facteur qui affecte les comportements de la personne et peut favoriser l'apparition de TGC. Il est vrai qu'il est difficile de diagnostiquer la présence de troubles mentaux chez la population ayant une DI ou un TED, mais il n'en demeure pas moins que la prévalence de ceux-ci est trois à quatre fois plus élevée que dans la population normale (American Psychiatric Association, 2003)<sup>6</sup>.

Les problèmes d'ordre médicaux sont un autre facteur sous-jacent à la présence de TGC (Willaye et Magerotte, 2008)<sup>3</sup>. Par exemple, la douleur causée par une otite chez tous les enfants est intense. Les enfants ayant une DI ou un TED, ne peuvent exprimer facilement leur malaise qui peut alors se manifester en agitation, en irritabilité et voire même en agressivité. Des comportements d'automutilation peuvent aussi apparaître (ex. se frapper à la tête). Souvent, étant incapable de s'exprimer verbalement, c'est sa façon d'exprimer sa douleur. C'est pourquoi il est important de toujours vérifier si la cause au TGC est d'origine médicale ou physiologique.

En outre, l'apparition de TGC peut être influencée par le milieu de vie, surtout si ce dernier n'est pas adapté aux caractéristiques de la personne. En effet, il est possible que l'environnement physique ou humain ne réponde pas adéquatement aux besoins particuliers de la personne.

La qualité de vie est rapportée par Fraser et Labbé (1999)<sup>7</sup> comme étant un facteur déterminant dans l'apparition ou non des TGC. Cette notion inclut l'ensemble des facteurs entourant le milieu de vie de la personne : les conditions environnementales, les activités offertes, l'encadrement, les relations avec les autres personnes et les intervenants.

En résumé, la manifestation de TGC est causé par un ensemble de facteurs d'origine biomédicale, environnementale (physiques, humains) et contextuelle. Comme plusieurs éléments doivent être pris en compte pour intervenir adéquatement auprès de l'enfant, il importe de faire une analyse approfondie et attentive de la situation. D'autant plus que ces derniers ont des impacts importants sur le fonctionnement quotidien de la personne. En effet, comme ils entravent le développement de l'enfant, celui-ci sera moins disponible à faire des apprentissages (Rivard, 2012)<sup>2</sup>. Ces facteurs mettent l'enfant à risque d'exclusion des milieux de garde, scolaires, loisirs, etc. (McGill, Tennyson et Cooper, 2006)<sup>8</sup>. Les conséquences peuvent aller vont jusqu'à altérer l'unité familiale qui vivra un haut niveau de stress, une détresse émotionnelle importante et une moins belle qualité de vie (Neece et Baker, 2008)<sup>9</sup>. Les intervenants quant à eux font face, non seulement, à un niveau élevé de stress, mais aussi à de l'épuisement professionnel, sans négliger le fait que les accidents de travail sont plus fréquents (Hasting et Brown, 2002)<sup>10</sup>.

### **3. L'analyse multimodale, le plan d'action multimodal et le monitoring**

L'approche multimodale a été développée par Gardner (2002)<sup>11</sup>. Basée sur le modèle biopsychosocial, elle permet de procéder à une analyse permettant de comprendre la fonction du comportement problématique par la mise en commun des différentes connaissances dans les domaines suivants : psychologie, santé physique, santé mentale et neurologie. À prime abord, le comportement doit être défini de façon objective et mesurable.

Ensuite, il faut documenter la fréquence, la durée et l'intensité de ce comportement. L'étape suivante consiste à observer le comportement pour déterminer ce qui se passe avant, pendant et après le comportement.

Cette analyse permet ensuite d'émettre des hypothèses quant aux causes possibles des troubles du comportement de la personne. Par la suite, un plan d'action est développé et implanté dans le milieu. Il comprend des aménagements préventifs, des stratégies de prévention actives et un plan de traitement.

Le monitoring est un processus de suivi des interventions tant sur le plan clinique que de la gestion. Il assure, en équipe, le suivi de l'application du plan d'action multimodal. Il permet, par le biais de grilles d'observations complétées quotidiennement par l'équipe terrain, de mesurer l'efficacité du plan d'action, de valider les hypothèses quant aux fonctions du ou des comportements, d'ajuster les interventions en conséquence. Cette étape de l'approche multimodale prend la forme de rencontres régulières réunissant les éducateurs spécialisés impliqués auprès de la personne et les professionnels (Buisson, Rondeau, et Sabourin, 2012)<sup>12</sup>.

## 4. Le rôle de l'ergothérapeute

Au Québec, ce sont les centres de réadaptation en DI et en TED (CRDITED) qui accueillent les personnes ayant ces diagnostics. Le CRDITED de Québec possède une équipe de professionnels spécialisés en trouble grave du comportement qui est composée de psychologues, psychoéducateurs, infirmier, orthophoniste et ergothérapeute. Lors de la réception d'une demande de service d'une référence, c'est le psychologue qui coordonne l'analyse multimodale. Selon les besoins de la personne, il sollicitera l'expertise d'autres professionnels pour compléter l'analyse. Il est possible que l'ergothérapeute soit appelé à intervenir tout au long du processus. Il y apportera son expertise dans l'évaluation des habiletés fonctionnelles en considérant les aspects sensoriels, moteurs, perceptuels et cognitifs, de même que leurs influences sur la manifestation des TGC. Il participera à l'élaboration et au suivi du plan d'action, soit par des interventions agissant directement auprès de l'enfant, soit en formant les membres de l'équipe régulière ou de la famille sur les différentes modalités d'interventions à mettre en place (ex : diète sensorielle, aménagements préventifs, etc). Il peut également être appelé à jouer un rôle de soutien-conseil.

Son travail se fait de concert avec les membres de l'équipe TGC, mais également avec les personnes qui gravitent autour de l'enfant, soit les parents, l'éducateur spécialisé, l'enseignant, etc.

### 3.1 L'évaluation

Comme il fut mentionné plus tôt, les problèmes sensoriels sont fréquents chez les enfants ayant un TED, et ce, à différents niveaux. Bien souvent, ces particularités ont des impacts significatifs sur les comportements de ces enfants. Face à ce constat, il est primordial de bien évaluer le profil sensoriel de l'enfant car il peut s'agir d'une cause sous-jacente aux troubles du comportement. L'évaluation de l'aspect sensoriel peut se faire à partir de questionnaires, tels que le Profil Sensoriel (Dunn, 1999)<sup>13</sup> ou l'Inventaire de l'intégration sensorielle de la personne ayant un trouble du développement (Reisman et Hanschu, 1997)<sup>14</sup>. Une fois que les résultats à ces questionnaires sont analysés, il importe de poursuivre par des observations dans les différents milieux de vie. En plaçant la personne dans divers contextes et en proposant des stimulations variées, il est possible d'évaluer comment elle réagit. Les observations dans les milieux permettent également de déterminer les éléments dérangementés liés à l'environnement et de planifier quels aménagements préventifs peuvent être mis en place.

En plus d'évaluer le profil sensoriel, il importe d'évaluer les habiletés cognitives afin de déterminer le processus d'apprentissage et le niveau de fonctionnement de la personne. L'ergothérapeute peut utiliser la grille d'analyse d'activité *Percive Recall Plan Perform* (PRPP) de Chapparo et Ranka, (2006)<sup>15</sup> qui s'avère un outil pertinent à utiliser avec cette clientèle car elle est facilement adaptable à plusieurs tâches. De plus, elle apporte un complément

intéressant aux évaluations neuropsychologiques. Ainsi, en observant comment la personne réalise ses tâches au quotidien, il est possible de voir des éléments qui peuvent contribuer à l'apparition des TGC (ex.: déficit d'attention, problème d'inhibition, manque d'initiative, persévération, difficulté à planifier les étapes, manque de jugement, capacité d'abstraction limitée, incapacité à résoudre un problème, etc.)

Les habiletés sociales sont évaluées conjointement avec l'orthophoniste, le psychologue et le psychoéducateur<sup>1</sup>. L'observation du jeune dans son milieu ou dans un contexte d'activités structurées ou non-structurées met en lumière la façon dont il entre en interaction avec son entourage, comment il réagit devant de nouvelles personnes, comment il gère ses comportements face aux contraintes et aux demandes.

L'évaluation des habiletés motrices peut parfois être pertinente, et ce, selon les incapacités de l'enfant. Toutefois, il existe très peu d'outils qui soient adaptés et normés aux personnes DI et TED. Plus les déficits cognitifs sont importants, plus ils limitent les outils pouvant être utilisés. Ainsi, il sera plus complexe d'utiliser des évaluations standardisées, telles que la batterie *Miller Function and Participation Scales* (Miller, 2006)<sup>17</sup> ou la batterie *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, 2<sup>e</sup> édition* (Bruininks et Bruininks, 2005)<sup>18</sup>. Dans ce cas, il sera nécessaire d'observer l'enfant à la tâche. L'impact des déficits moteurs peut sembler moindre. Il faut cependant en tenir compte pour ajuster les exigences et les demandes du milieu. Si les demandes ne tiennent pas compte des difficultés au plan moteur, l'enfant se sentira en échec pourra se montrer moins collaborant, davantage en opposition et même devenir agressif.

### 3.2 L'intervention

La résolution des problèmes de comportement se basera d'une part sur l'application de techniques centrées sur les conséquences liées aux comportements.

Nous parlons ici des stratégies punitives (Willaye et Magerotte, 2008)<sup>3</sup>. Or, les interventions doivent davantage être préventives, tenir compte du potentiel de la personne et viser à améliorer la qualité de vie. Le *Positive Behavior Support* ou approche positive suit cette ligne de conduite. «*Il s'agit d'une science appliquée qui utilise, d'une part, les méthodes éducatives pour développer le répertoire comportemental de l'individu et qui, d'autre part, utilise les méthodes de changement de système pour redessiner un environnement de vie personnalisé susceptible de réaliser d'abord la mise en valeur de la qualité de vie et deuxièmement, de réduire au minimum le comportement problématique.*» (Carr, Dunlap, Horner et al., 2002, p.4)<sup>19</sup> En résumé, cette approche offre une vision holistique de l'individu. Dans cette optique, il est préférable

<sup>1</sup> Selon l'Ordre des psychoéducateurs du Québec, le psychoéducateur est formé pour intervenir dans l'action auprès de la personne aux prises avec des difficultés d'adaptation se manifestant sur le plan comportemental. ([http://www.ordrepesd.qc.ca/Psychoeducateur.aspx?sc\\_lang=fr-CA](http://www.ordrepesd.qc.ca/Psychoeducateur.aspx?sc_lang=fr-CA))<sup>16</sup>

que les interventions ne mettent pas l'emphase sur le comportement problématiques, mais qu'elles soient davantage centrées sur l'individu, tout en offrant un soutien personnalisé. Elles doivent viser le développement d'habiletés, l'aménagement de l'environnement et favoriser l'autodétermination<sup>2</sup> (Fraser et Labbé, 1993)<sup>20</sup>. En ce qui concerne plus concrètement l'ergothérapie, il n'y a pas d'approche spécifique pour intervenir auprès des personnes ayant un TGC. L'ergothérapeute fait appel à un ensemble de connaissances en lien avec ses champs d'expertises.

L'évaluation en ergothérapie permettra de déterminer si un problème de modulation ou de traitement de l'information sensorielle peut être une cause sous-jacente au TGC. Si tel est le cas, les modalités d'interventions seront basées sur une approche sensorielle inspirées de la théorie de l'intégration sensorielle de J. Ayres (1979)<sup>21</sup>. Depuis les travaux de J. Ayres en 1979<sup>21</sup>, les connaissances à ce sujet se sont considérablement multipliées et raffinées. À ce propos, Miller et al. (2007)<sup>22</sup> propose une taxonomie révisée des troubles sensoriels. D'autres ergothérapeutes, tels que Winnie Dunn (2007)<sup>23</sup> ou Tina Champagne (2011)<sup>24</sup>, et bien d'autres ont développé des interventions. De façon concrète, l'ergothérapeute peut suggérer des moyens pour aider l'enfant à réguler son niveau d'énergie, en diminuant l'anxiété et l'agitation motrice. Ces stratégies peuvent provenir d'une diète sensorielle intégrée aux activités quotidiennes de l'enfant. D'autre part, il peut recommander des aménagements dans le milieu et enseigner à l'entourage des attitudes à adopter pour prévenir les comportements problématiques. À titre d'exemple, si l'enfant présente des défenses tactiles, il pourra souligner aux parents l'importance de toujours utiliser un toucher ferme plutôt que léger. L'approche *READY* (Clopton, 2012)<sup>25</sup> développée sur plusieurs années par Bonnie Hanschu découle de la théorie de J. Ayres et s'adresse plus particulièrement aux personnes ayant des comportements excessifs, tels que l'automutilation et l'hyperréactivité sensorielles. Cette approche a pour but de préparer le système nerveux à s'engager dans des activités fonctionnelles en offrant au préalable des stimulations sensorielles tactiles, proprioceptives et vestibulaires (Baker, 2006)<sup>27</sup>.

Certes, l'ergothérapeute ne fait pas qu'intervenir sur l'aspect sensoriel. Il apporte également des recommandations sur comment adapter les tâches aux plans moteur et cognitif de l'enfant. Dans certains cas, il offrira un suivi individuel auprès de l'enfant pour travailler des habiletés plus spécifiques et développer son niveau d'indépendance fonctionnelle.

Certaines interventions doivent considérer certains aspects éthiques. C'est le cas dans la prescription de mesure de contention. En effet, l'ergothérapeute peut, dans des cas extrêmes, déterminer la nécessité d'avoir des contentions, comme les harnais dans les transports. Chaque situation doit cependant être analysée avec soins en considérant tous les conséquences

<sup>2</sup> Le concept d'autodétermination est utilisé dans le but de promouvoir l'autonomie et la liberté de choix des personnes ayant une déficience quelconque (Lachapelle, Lussier-Desrochers et Grégoire, 2010)<sup>26</sup>.

pouvant découler d'une telle recommandation. Au CRDITED de Québec, ce sont les psychologues qui prescrivent les mesures d'isolement. Les mesures de contentions humaines pour escorter les usagers sont, pour leur part, prescrites par les infirmiers. Par contre, l'ergothérapeute peut collaborer à la mise en place des mesures alternatives qui éviteront de se rendre jusqu'à l'isolement.

Les caractéristiques de la clientèle TGC impliquent qu'il est préférable d'intervenir dans le milieu de vie de la personne. Il vaut mieux former les intervenants et la famille dans le milieu de vie de l'enfant. Bien souvent, il sera nécessaire de procéder à des essais de modalités et de stratégies d'interventions auprès de l'enfant. Le monitoring permettra ensuite de valider l'efficacité des recommandations et de les ajuster au besoin. Le travail le plus important de l'ergothérapeute se fera de façon indirecte par des discussions avec les autres professionnels et intervenants et la rédaction de documents qui expliquent étape par étape les procédures et les activités à mettre en place auprès de l'enfant. Il doit, par la suite, s'assurer que toutes les personnes qui gravitent autour de l'enfant soient informées de ces interventions.

## 5. Les défis

L'ergothérapeute qui travaille auprès des enfants qui présentent des TGC fait face à plusieurs défis.

En effet, il s'agit d'une clientèle complexe présentant une variabilité d'atteintes. Il est parfois difficile de bien comprendre la nature des comportements problématiques. Par chance, le travail en équipe multidisciplinaire facilite cette compréhension. Les progrès se font sur une longue période de temps. Il faut faire preuve de patience et d'optimisme.

L'ergothérapeute doit également s'adapter aux caractéristiques du milieu de vie de l'enfant. Lorsqu'il est placé dans un milieu résidentiel du CRDITED, il peut y avoir beaucoup de changements au sein du personnel. L'ergothérapeute doit alors adapter ses interventions aux réalités de ces milieux de vie et s'assurer que les recommandations soient transmises à tous les intervenants.

Lorsque l'enfant est dans son milieu familial naturel, d'autres défis surviennent. Les parents, souvent épuisés par la situation problématique, peuvent avoir de la difficulté à mettre en place les recommandations. L'équipe TGC et l'éducateur spécialisé doivent s'assurer que les parents ont toutes les ressources nécessaires pour vivre le succès des interventions et observer une diminution des comportements problématiques. Enfin, un autre défi à lequel l'ergothérapeute doit faire face au moment actuel est le manque de données probantes sur lesquelles il peut baser son travail et ses interventions.



## 6. Travailler en prévention

Le CRDITED de Québec a placé parmi ses priorités l'intervention précoce et l'intervention des personnes ayant un TGC. Dans le cas de problèmes de comportement, il s'avère essentiel de travailler en prévention et le plus tôt possible afin d'éviter que les comportements problématiques se cristallisent. Pour ce faire, il faut savoir dépister les jeunes qui pourraient potentiellement développer des TGC plus tard dans l'enfance. Des comportements qui peuvent sembler anodin ou être considérés comme des caprices chez un petit enfant deviennent beaucoup plus lourds et difficiles à modifier au fur et à mesure qu'il grandit (Rivard, 2012)<sup>2</sup>. Actuellement, il n'existe pas d'outils qui permettraient de mieux dépister les enfants à risque, mais un psychologue clinicien du CRDITED de Québec et une chercheuse de l'Université du Québec à Montréal travaillent sur ce projet (Rivard 2012)<sup>2</sup>.

## 7. Conclusion

Les personnes ayant une déficience intellectuelle ou de trouble envahissant du développement sont plus à risque de développer des troubles graves du comportement. Ces personnes présentent souvent un tableau clinique complexe composé d'un ensemble de facteurs (biomédicaux, environnementaux, physiques, humains et contextuels) dont les conséquences sont lourdes. L'évaluation et le traitement des TGC exigent une expertise spécialisée et un travail en équipe multidisciplinaire. Avec l'aide des autres professionnels, l'ergothérapeute peut contribuer à la compréhension et au traitement des TGC. Il peut proposer des aménagements qui permettront de minimiser l'impact des TGC sur le fonctionnement quotidien de l'enfant tout en favorisant la participation sociale à la maison, à l'école et dans les loisirs. Il importe également de travailler en amont avant que les problèmes de comportement ne deviennent graves. À ce propos, il pourrait s'avérer pertinent de voir si l'utilisation d'une approche plus basée sur le jeu telle *Floortime* (Greenspan et Wieder, 2006)<sup>28</sup> permettrait de réduire les troubles du comportement chez les enfants et ainsi de prévenir l'apparition de TGC. Il n'en demeure pas moins que dans les CRDITED du Québec, l'apport de l'ergothérapeute et des autres professionnels de la réadaptation au sein des équipes spécialisées en TGC en est à ses premiers balbutiements. L'exploration de nouvelles approches et la recherche de données probantes doivent se poursuivre. De cette façon, l'ergothérapeute travaillant auprès des enfants DI/TED ayant des troubles du comportement continuera de développer son expertise et pourra apporter des solutions pour travailler à prévenir les TGC.

## 8. Références

1. Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N., & Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle [Definition of Severe Problem Behavior in Individuals with Intellectual Disability]. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42, 62-69.
2. Rivard, M. (2012) *Dépistage et évaluation des troubles de comportements chez les enfants*. Présentation de la journée de la Chaire DITC, 20 mars 2012. [http://www.chaire-ditc.uqam.ca/upload/files/presentation\\_Melina\\_Rivard.pdf](http://www.chaire-ditc.uqam.ca/upload/files/presentation_Melina_Rivard.pdf)
3. Willaye, É. et Magerotte, G. (2008) *Évaluation et interventions auprès des comportements-défis : Déficience intellectuelle et/ou autisme*. De Boeck.
4. Silva, L.M.T. et Schalock, M. (2012). Sense and Self-Regulation Checklist, a Measure of Comorbid Autism Symptoms: Initial Psychometric Evidence. *The American Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 177-186.
5. Leekam, S. R., Nieto, C., Libby, S. J., Wing, L., et Gould, J. (2007). Describing the Sensory Abnormalities of Children and Adult with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 37, 894-910.
6. American Psychiatric Association (2003). DSM-IV-TR. Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson.
7. Fraser et Labbé (1999). Michel's Story: We Needed Only to Listen to Him. In J. R. Scotti & L. H. Meyer, *Behavioral intervention. Principles, models and Practices* (pp. 291-303). Baltimore: Paul H. Brookes.
8. McGill, P. and Tennyson, A. and Cooper, V. (2006) *Parents whose children with learning disabilities and challenging behaviour attend 52-week residential schools: their perceptions of services received and expectations of the future*. *British Journal of Social Work*, 36 (4). 597-616.
9. Neece, C et Baker, B. (2008). Predicting maternal parenting stress in middle childhood: the roles of child intellectual status, behaviour problems and social skills. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 52(12): 1114-1128.
10. Hastings R. P. et Brown T. (2002) Behavioural knowledge, causal beliefs, and self-efficacy as predictors of special educators' emotional reactions to challenging behaviours. *Journal of Intellectual Disability Research* 46, 144-50.
11. Gardner, W. I. (2002) *Agression and Other Disruptive Behavioral Challenges*, NADD Press.
12. Buisson, Rondeau, et Sabourin, (2012). *Le suivi des interventions en troubles graves du comportement (TGC) pour les personnes ayant une Di ou un TED*. © FQCRDITED/SQETGC.

13. Dunn, W. ( 1999). *The Sensory Profile*. San Antonio, TX : PsychCorp.
14. Reisman, J. E. et Hanschu, B. ( 1997). *Sensory Integration Inventory – Revised - for Individuals With Developmental Disabilities. User's Manual*. PDP Press.
15. Chapparo, C. and Ranka, J. ( 2009) *The PRPP System of Task Analysis: User's Training Manual Course*, Research Edition.
16. Ordre des psychoéducateurs du Québec, ( consulté le 26 octobre 2012). *La profession*. [http://www.ordrepesd.qc.ca/Psychoeducateur.aspx?sc\\_lang=fr-CA](http://www.ordrepesd.qc.ca/Psychoeducateur.aspx?sc_lang=fr-CA)
17. Miller, L.J. ( 2006) *Miller Function and Participation Scales M-FUN*, Pearson.
18. Bruininks, R.H. et Bruininks, B.D. ( 2005 ) *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, 2<sup>nd</sup> edition*, Pearson.
19. Carr E.G, Dunlap G, Horner R.H, Koegel R.L, Turnbull A.P, Sailor W, et al. ( 2002 ) Positive behavior support : Evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 4, 4–16.
20. Fraser et Labbé ( 1993 ). *L'approche positive de la personne. Une conception globale de l'intervention*. Ottawa : Éditions Agences d'Arc.
21. Ayres, A. J. ( 1972 ). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services.
22. Miller, L. J., Anzalone, M. E, Lane, S. J., Cermak, S. A. et Osten, E., T. ( 2007 ). Concept Evolution in Sensory Integration : A Proposed Nosology for Diagnosis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.
23. Dunn, W. ( 2007 ). Supporting Children to Participate Successfully in Everyday Life by Using Sensory Processing Knowledge. *Infant and Young Children*, 20(2). 84-101.
24. Champagne, T. ( 2011 ). *Sensory Modulation and Environment : Essential Elements of Occupation*, 3<sup>rd</sup> edition, PsyCorp.
25. Clopton, H. ( consulté le 4 juillet 2012 )  
<http://www.developmental-delay.com/page.cfm/288>
26. Lachapelle, Y., Lussier-Desrochers, D. et Grégoire, M. ( 2010 ). Aspect théoriques et pratiques associés à l'émergence de l'autodétermination chez les adolescents. Dans Haelewyck, M.C et Gascon, H. *Adolescence et retard mentale*. pp 111 à 122. Bruxelles : Éditions De Boeck.
27. Baker, L. ( 2006 ) *The Ready Approach. Evaluation & Treatment of Sensory Processing Disorders* ( Note de cours ). Making Connection Inc.
28. Greenspan, S. I. et Wieder, S. ( 2006 ). *Engaging Autism*. Cambridge : Da Capo Press.