

## EFFICACITÉ D'UN PROGRAMME DE FORMATION À L'INTERVENTION POUR COMPORTEMENTS AGRESSIFS EN RÉSIDENCE/RÉADAPTATION

Marc J. Tassé, Sophie Méthot, André Bélanger et Claude Bélanger<sup>1</sup>

Cet article présente les résultats d'une étude visant à vérifier l'efficacité d'une formation (ICARE: Invention pour Comportements Agressifs en REsidence/REadaptation) pour parents à l'intervention auprès des comportements agressifs de leurs adolescents présentant une déficience intellectuelle. La formation ICARE a été expérimentée auprès de 24 familles assignées aléatoirement soit au groupe «liste d'attente» ou groupe expérimental. Les participants à la formation ICARE ont rapporté une amélioration significative au niveau des troubles de la conduite, de l'hyperactivité et de la sensibilité/susceptibilité auprès de leurs enfants, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie de l'adolescent et du stress parental. Les points forts et les aspects à améliorer de la formation sont discutés, et certaines pistes de recherche futures sont proposées.

Dans la grande majorité des établissements du Québec, le processus de désinstitutionnalisation est en voie depuis plusieurs années. Ainsi, les personnes ayant un handicap résultant soit d'une déficience intellectuelle, physique ou psychique, sont présentes à 71 % dans la communauté (Projet Défi, 1993). Il y a vingt ans, il était presque impensable de voir une personne vivant avec une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ailleurs que dans un établissement spécialisé. Aujourd'hui, cette personne peut être active dans sa communauté et les désavantages associés à ces déficiences [c.-à-d. : handicap] peuvent ainsi être réduits (CQCIDIH, 1995). Si le processus d'intégration des personnes ayant un handicap a évolué, il reste beaucoup de chemin à parcourir pour intégrer les individus qui, à cause de leurs déficiences et incapacités, peuvent manifester des comportements agressifs. Ainsi, les centres de

réadaptation se voient de plus en plus assujettis à offrir des services de réadaptation et d'hébergement à des personnes qui présentent des troubles de comportements agressifs.

Les comportements agressifs font partie des problèmes les plus difficiles à gérer. Généralement, ils se manifestent par des agressions verbales, des bris de matériels, des agressions physiques et des comportements d'automutilation. Dans bien des cas, la demande de service se fait en catastrophe alors que les parents sont à bout de souffle et ne peuvent plus assurer la

- 
1. La réalisation de ce projet de recherche et la préparation de cet article ont été rendus possibles grâce à une subvention de recherche de l'Office des personnes handicapées du Québec. Nous tenons également à remercier les adolescents et leurs parents d'avoir accepté de participer à ce projet de recherche. Toute correspondance peut être envoyée à Marc J. Tassé, Ph.D., qui est maintenant au Center for Development and Learning UAP, University of North Carolina at Chapel Hill, CB #7255, Chapel Hill, NC USA 27599-7255 ou via courrier électronique à marc.tasse@cdl.unc.edu.

---

Marc J. Tassé et Sophie Méthot, Université du Québec à Montréal; André Bélanger, Société de l'autisme de la Côte-Nord & Centre de réadaptation l'Émergent; Claude Bélanger, Groupe Aide Inc.

sécurité de leur enfant, de la fratrie ou leur propre sécurité. C'est trop souvent avec beaucoup de culpabilité que ces parents confient leur enfant au réseau de la santé et des services sociaux. Face à l'arrivée de ces personnes potentiellement violentes, les centres doivent s'ajuster et former leur personnel tout en apportant un encadrement adéquat afin de répondre aux besoins de ces personnes et assurer la sécurité des autres individus dans le milieu. Au même titre, le milieu scolaire qui doit dispenser des services à ces mêmes personnes, doit également former et encadrer son personnel enseignant et assurer la sécurité du personnel et des élèves. Même avec des ressources en personnel composées de professionnels, d'enseignants et d'éducateurs, les centres de réadaptation et les écoles se sentent souvent dépourvus devant les comportements agressifs de certaines personnes handicapées (FQCRPDI, 1994). Les parents sont évidemment encore plus dépourvus devant les comportements agressifs que ne le sont les intervenants professionnels des réseaux de la santé et scolaire. (Comité zone grise, 1995)<sup>2</sup>.

Aujourd'hui, tous sont d'accord sur l'importance de favoriser le maintien des personnes handicapées dans leur milieu familial ou dans des milieux résidentiels substituts. Pour ce faire, il faut cependant rendre disponibles les ressources et les soutiens nécessaires pour que les familles et les intervenants en communauté puissent gérer les comportements agressifs (Bruininks, Olson, Larson & Lakin, 1994). Ceci est particulièrement vrai puisque la présence de comportements agressifs est fortement corrélée avec des milieux de vie plus restrictifs (Borthwick-Duffy, 1994) et est souvent la cause principale d'institutionnalisation (Lakin, Hill, Hauber, & Bruininks, 1982; Scheerenberger, 1981). Le projet ICARE propose une approche novatrice qui permet d'outiller les intervenants les plus importants, soit les parents afin de favoriser le maintien à domicile des personnes handicapées.

---

2. Le comité zone grise regroupe des parents de personnes présentant une déficience intellectuelle et des troubles graves du comportement/troubles de santé mentale.

Bouchard (Projet Défi, 1995) a mené une vaste étude sur la population présentant une déficience intellectuelle. Un élément rapporté par cet auteur est que les parents d'adolescents moins autonomes affichent un niveau plus élevé de stress. De plus, le niveau d'autonomie est inversement corrélé avec la gravité des comportements problématiques. Les familles ayant un adolescent qui présente des comportements agressifs affichent un niveau plus élevé de stress familial et les parents se montrent plus inquiets des chances de poursuivre une vie familiale équilibrée (Projet Défi, 1995). L'étude de Bouchard a par ailleurs démontré que les adolescents manifestant des comportements problématiques présentent un plus faible niveau d'estime de soi et de bien-être psychologique et un plus haut niveau de stress.

L'objectif principal du projet ICARE (voir : Tassé, Méthot, Bélanger, Bélanger & Forget, 1999) est de fournir des outils aux parents d'adolescents handicapés et agressifs et ainsi leur permettre de mieux intervenir auprès de leur enfant. Le projet ICARE offre aux parents non seulement les outils afin de mieux intervenir psychologiquement et physiquement avec leurs adolescents en situation de crise, mais également une formation leur permettant de devenir de meilleurs observateurs. Le but ultime est de maintenir à domicile ces adolescents handicapés qui présentent des comportements agressifs. Ce maintien sera favorisé en offrant des ressources et des moyens efficaces aux parents afin qu'ils puissent intervenir auprès de leurs adolescents. Ceci permettra de réduire la fréquence et la gravité des comportements agressifs des adolescents, d'améliorer leur qualité de vie, d'augmenter leurs comportements adaptatifs et de contribuer à réduire la détresse parentale face à ces comportements problématiques.

La formation ICARE est décrite plus en détails dans le texte de Tassé *et al.* (1999). Brièvement, cette formation a été conçue pour être donnée en groupe de six à huit parents avec un ou deux animateurs. L'animateur doit bien connaître la déficience intellectuelle et les comportements agressifs, bien maîtriser le contenu et la structure du programme ICARE, ainsi qu'avoir une certaine expérience à mener des groupes.

Le programme ICARE est d'une durée de six jours et est divisée en deux modules, chaque module comprenant trois jours de formation. Le premier module a trait à l'intervention en situation de crise. Dans ce premier module, les parents apprennent comment intervenir psychologiquement et physiquement face à une crise de leur adolescent. Plusieurs sujets sont traités, notamment la définition et les étapes de déroulement d'une crise, les manifestations et indices précurseurs d'une crise, les principes et stratégies d'intervention à respecter lors

d'une crise, la communication verbale et non verbale et les techniques d'intervention physiques non abusives. Le deuxième module porte sur l'apprentissage des facteurs qui peuvent causer et maintenir les comportements agressifs. Les parents apprennent les «fonctions» possibles des comportements problématiques et la démarche d'analyse fonctionnelle du comportement. Le tableau 1 résume le contenu des six jours de la formation ICARE (tiré de Tassé *et al.*, 1999).

**Tableau 1**

**Programme de formation ICARE**

<b><i>Intervention en situation de crise</i></b>	
<b>Jour 1</b>	Cette journée porte sur la crise comportementale : les manifestations, les étapes de déroulement et les indices précurseurs associés à chacune des étapes du développement d'une crise. Les stratégies d'intervention, afin de prévenir ou stopper une crise.
<b>Jour 2</b>	La communication non verbale et l'intervention psychologique lors d'une crise sont abordées. Présentation de l'ensemble des techniques de protection personnelle sont présentées et pratiquées par les parents (techniques de blocage, dégagement d'un étranglement, dégagement de prise aux cheveux, dégagement de morsures, etc.).
<b>Jour 3</b>	Mise en pratique des techniques de protection personnelle (techniques de blocage, dégagement d'un étranglement, dégagement de prise aux cheveux, dégagement de morsures, etc.).
<b><i>Fonction du comportement agressif</i></b>	
<b>Jour 4</b>	Cette journée porte sur la qualité de vie. Elle permet aux parents d'identifier les principaux facteurs susceptibles de faciliter l'apparition des comportements agressifs, mais aussi de définir les étapes de la démarche de prévention face à ces comportements, dans une optique d'amélioration de la qualité de vie. Introduction aux fonctions possibles des comportements agressifs.
<b>Jour 5</b>	Suite de l'apprentissage des concepts comportementaux liés à l'apparition et au maintien des comportements agressifs et début de l'apprentissage du processus d'évaluation fonctionnelle du comportement (c.-à-d. cibler le comportement et le définir de manière opérationnelle; analyser les circonstances; analyser la fonction du comportement; analyser les coûts et bénéfices du comportement).
<b>Jour 6</b>	Cette dernière journée de formation vise à identifier les principes d'intervention. C'est ainsi que les parents peuvent apprendre à utiliser certains types de conséquences pour moduler la fréquence et l'intensité du comportement problème, mais aussi l'émergence de nouvelles compétences (p. ex. le façonnement, l'imitation, l'enchaînement, etc.).

## MÉTHODOLOGIE

### Participants

Les parents d'un groupe initial de 27 adolescents ont participé à l'expérimentation de la formation ICARE. Trois participants ont été supprimés de l'échantillon avant les analyses pour les raisons suivantes: deux participants avaient des données (pré-test ou post-test) incomplètes et un parent n'a pas assisté (en raison de conflits familiaux) à toute la formation ICARE. Toutes les analyses présentées dans cette section ont été menées sur l'échantillon final de 24 participants (13 lors de la première année du projet, et 14 lors de la deuxième année).

La formation ICARE a été donnée aux parents des 24 participants. À l'exception de trois couples, les parents des participants qui ont reçu la formation ICARE étaient des mères. Les 24 participants de ce projet sont les adolescents-adultes qui présentent une déficience intellectuelle avec ou sans trouble autistique et qui présentent également des comportements agressifs. Les données descriptives des participants sont présentées dans le tableau 2. Des tests *t* démontrent qu'il n'avait aucune différence statistiquement significative au niveau du QI, âge ou sexe entre les participants des deux groupes.

Tableau 2

**Données signalétiques des adolescents des parents participants (N = 24)**

ÂGE	Moyen : ..... 15,3 ans Écart type : ..... 2,4 ans Minimum : ..... 13 ans Maximum : ..... 20 ans
SEXE	Filles : ..... n=6 (25 %) Garçons : ..... n=18 (75 %)
GROUPE ETHNIQUE	Canadien : ..... 23 (96 %) Antillais : ..... 1 ( 4 %)
QI	Moyen : ..... 38,3 Écart type : ..... 16,0 Minimum : ..... 17 Maximum : ..... 71
NIVEAU DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE	Léger : ..... n=4 (17 %) Moyen : ..... n=9 (37 %) Grave : ..... n=4 (17 %) Profond : ..... n=7 (29 %)
SYNDROMES ASSOCIÉS	AUTISME : ..... 7 (29 %) TRISOMIE 21 : ..... 2 (8 %) X FRAGILE : ..... 1 (4 %) CRI-DU-CHAT ..... 1 (4 %)

## **Procédure**

Le recrutement des parents pour la formation ICARE a débuté à l'automne 1997 et s'est poursuivi jusqu'à l'hiver 1999. Ce recrutement s'est fait par l'intermédiaire de plusieurs centres: les centres de réadaptation en déficience intellectuelle, CR Gabrielle Major, Centre Lisette-Dupras, CR l'Intégrale, CR Ouest de l'île, CR Normand-Laramée, CLSC des Seigneuries, CLSC St-Michel, ainsi que l'Association de Montréal pour la déficience intellectuelle, l'Association de parents pour l'enfance en difficulté de la Rive-Sud de Montréal, Solidarité de parents de personnes handicapées, la Société de l'autisme pour la région de Montréal Métropolitain et la Société québécoise de l'autisme.

Les parents des participants ont été aléatoirement assignés soit au groupe expérimental (parents qui allaient recevoir la formation ICARE immédiatement) ou au groupe contrôle qualifié de «liste d'attente». Les parents assignés au groupe contrôle «liste d'attente» étaient informés qu'un grand nombre de participants étaient recrutés et qu'ils allaient recevoir la deuxième série de la formation ICARE, deux mois tard.

L'objectif du groupe «liste d'attente» était principalement de permettre de contrôler l'effet de maturation comme variable contraignante aux effets attribuables à notre variable indépendante (c.-à-d.: participation à la formation ICARE). La période d'attente pour ce groupe était de deux mois, soit le temps requis pour mener la formation ICARE avec le groupe expérimental. Ainsi, les parents des groupes «expérimental» et «liste d'attente» ont complété toutes les mesures (GÉCEN, PSI, ÉQCA, J8T) au même moment. Les participants du groupe expérimental ont ensuite reçu la formation ICARE qui s'est échelonnée sur une période de six semaines. À la fin de la formation ICARE, les parents du groupe expérimental ont reçu une deuxième série des mesures initiales (GÉCEN, PSI, ÉQCA, J8T) et ont été invités à les compléter de nouveau et à les retourner par la poste dans une enveloppe timbrée et préadressée. Les parents du groupe «liste d'attente» ont été contactés au même moment et ont été invités à remplir à nouveau

les mêmes protocoles (GÉCEN, PSI, ÉQCA, J8T) en préparation du début de la formation ICARE. Cette procédure a été répétée pendant l'année 1 et l'année 2 du projet ICARE. Après la période d'attente, la formation ICARE a été offerte et acceptée par tous les parents du groupe «liste d'attente».

## **Instruments d'évaluation**

### **Échelle québécoise de comportements adaptatifs (Maurice, Morin & Tassé, 1993)**

L'Échelle québécoise des comportements adaptatifs (ÉQCA) est une mesure développée et validée auprès d'une population québécoise qui permet l'évaluation des habiletés adaptatives et les comportements problématiques. L'ÉQCA comporte 225 items à la partie *Comportements adaptatifs* qui se répartissent selon les sept domaines suivants: autonomie, habiletés domestiques, communication, habiletés sociales, santé et sensori-moteur, habiletés scolaires et habiletés de travail. La deuxième partie comporte 99 items pour former un score total de comportements problématiques.

### **Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger (Tassé, Girouard & Morin, 1999)**

La Grille d'évaluation des comportements pour enfants Nisonger (GÉCEN) permet une évaluation globale des enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle. Cette mesure a été développée aux États-Unis et ensuite traduite et validée au Québec (Tassé, Morin & Girouard, 2000). Le GÉCEN comporte deux parties: une évaluation des compétences sociales et une évaluation des comportements problématiques. Il compte 10 énoncés à la partie «compétences sociales» et 66 énoncés à la partie «comportements problématiques». Les énoncés de la partie «compétences sociales» sont cotés de 0 «pas du tout vrai» à 3 «entièrement ou toujours vrai». Un score élevé est donc indicatif d'une meilleure compétence sociale. Cette partie comprend deux sous-échelles: accommodant/calme et adaptation sociale. Les énoncés de la partie «comportements problématiques» sont cotés selon une évaluation multidimensionnelle composée de la fréquence et de l'appréciation de

l'impact du comportement dans cet environnement (c.-à-d. représente un problème ou non). La cotation de ces énoncés varie de 0 «ne s'est pas produit/n'était pas un problème» à 3 «s'est produit beaucoup/était un problème grave». Un score élevé mérite une investigation plus poussée afin d'infirmer ou de confirmer une psychopathologie ou un trouble grave du comportement. La partie des comportements problématiques comprend six sous-échelles:

- trouble des conduites;
- anxiété;
- hyperactivité;
- automutilation/stéréotypé;
- auto-isollement/rituels;
- susceptibilité/sensibilité.

#### **Indice de stress parental (Bigras, LaFrenière & Abidin, 1996)**

L'Indice de stress parental (ISP) a été développé aux États-Unis et ensuite traduit et validé au Québec. L'ISP permet l'évaluation des caractéristiques du tempérament les plus révélatrices à long terme. Chaque énoncé comprend une intégration de la perception du parent, de l'impact sur ce dernier d'un tempérament donné et d'une référence à un comportement de l'enfant. Cette mesure offre une appréciation de l'impact du niveau d'activité excessif des comportements de l'enfant sur son environnement familial. L'ISP comporte un total de 101 énoncés.

#### **Inventaire de bien-être J8-T (Lachance, Pilon, Arseneault & Ouellet, 1990)**

L'inventaire de bien-être J8-T est une mesure de satisfaction ou qualité de vie. Cet outil a été développé au Québec pour une population présentant une déficience intellectuelle et est complété par une tierce personne (témoin) concernant la qualité de vie de la personne évaluée. Le J8-T comprend six dimensions:

- habitation (par exemple : température, ambiance, etc.);
- environnement (par exemple : liberté de déplacement, tranquillité, etc.);
- personnes (par exemple: personnes intimes, voisins, etc.);
- soi-même, (par exemple : condition physique, apparence soignée, etc.);
- nourriture (par exemple : possibilité de choisir, qualité et quantité, etc.);
- activités (par exemple: loisir, sommeil, etc.).

Cet instrument permet une mesure du bien-être de l'enfant tel qu'observé par le parent. Le score total permet une appréciation globale de la satisfaction/bien-être de la personne.

### **RÉSULTATS**

Les analyses de données ont été effectuées à partir du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 1999) pour Windows version 10. Les chercheurs ont estimé l'effet de la variable indépendante (Intervention ICARE) sur les variables dépendantes (GÉCEN, PSI, ÉQCA, J8T) à l'aide de tests «*t*» comparant les résultats entre le groupe expérimental et le groupe «liste d'attente». Les résultats de nos analyses sont présentés dans le tableau 3.

Des analyses à l'aide du test «*t*» sur les variables dépendantes avant le début de la formation ICARE a confirmé que les participants assignés aléatoirement aux deux groupes (expérimental et liste d'attente) étaient comparables. Les participants des deux groupes ne présentaient donc pas de différences significatives (tableau 4) aux mesures de comportements problématiques (GÉCEN & ÉQCA), comportements adaptatifs (ÉQCA), compétences sociales (GÉCEN), stress parental (ISP) et bien-être/qualité de vie (J8T), ni aux mesures descriptives telles que le QI ou le sexe.

**Tableau 3**

**Résultats des analyses à l'aide du test «t» pour le groupe «liste d'attente» et le groupe expérimental**

VARIABLES / FACTEURS	GROUPE «LISTE D'ATTENTE»		GROUPE EXPÉRIMENTAL	
	Test t	Changement	Test t	Changement
<b>ÉQCA</b>				
Autonomie	.817		-1.360	
Domestiques	.249		-1.168	
Santé et sensori-moteur	-3.183*	53,2 - 56,0	-.796	
Communication	-1.669		-1.075	
Scolaire	-1.549		-.114	
Sociale	-.868		-1.156	
Travail	-.847		-1.000	
Score global	-1.778			247,4 - 255,1
Comportements problématiques	3.048*	74,2 - 59,9	2.496*	55,0 - 40,1
			-2.651*	
<b>J8T</b>				
Habitation	-1.585			
Environnement	-1.585		1.133	
Personnes	-.889		-.802	
Sociale	.762		-1.042	
Nourriture	-.225		-.904	
Activité	-.589		-1.939	
Score total	-.832		-.078	
			-1.708	
<b>GÉCEN</b>				
Calme (compétences sociales)	-1.483		-1.906	
Sociale (compétences sociales)	1.232		-1.465	
Troub. conduite (comp. problém.)	1.179		2.437*	20,5 - 14,9
Anxiété (comp. problém.)	.081		1.584	
Hyperactivité (comp. problém.)	1.064		2.385*	11,1 - 8,5
CAM/stéréotypés (comp. problém.)	.861		1.830	
Rituels (comp. problém.)	-.904		1.345	
Sensibilité (comp. problém.)	.030		2.765*	7,3 - 5,2
<b>ISP SCORE TOTAL</b>	<b>3.433*</b>	<b>326,5 303,3</b>	<b>3.876*</b>	<b>296,8 - 272,8</b>

\* = valeur  $p < ,05$

**Tableau 4**

Résultats aux mesures temps 1 et temps 2 pour  
le groupe d'attente et le groupe expérimental

Instrument / Sous-échelles	Groupe liste d'attente			Groupe expérimental		
	M Temps 1	M Temps 2	Change- ment (%)	M Temps 1	M Temps 2	Change- ment (%)
<b>GECEN – compétences Accommodant/calme</b>	7,08	7,91	↑ 12 %	8,58	10	↑ 17 %
Adaptation sociale	5,83	5,17	↓ 11 %	5,33	5,92	↑ 11 %
<b>GECEN - comp. Prob. Troubles de conduite</b>	21,92	20,00	↓ 9 %	20,50	14,92	↓ 27 %
Anxiété	13,67	13,58	↓ 1 %	9,92	7,67	↓ 23 %
Hyperactivité	14,67	13,58	↓ 7 %	11,08	8,50	↓ 23 %
Automutilation/stéréotypé	4,67	4,25	↓ 9 %	5,33	4,17	↓ 22 %
Auto-isolement/rituels	7,50	8,08	↑ 8 %	9,42	7,33	↓ 22 %
Sensibilité/susceptibilité	7,19	7,17	0 %	7,25	5,17	↓ 29 %
<b>J8T – qualité de vie Habitation</b>	7,17	8,90	↑ 24 %	8,46	7,27	↓ 14 %
Environnement	1,88	3,40	↑ 81 %	2,90	4,40	↑ 52 %
Personnes	5,94	6,88	↑ 16 %	6,82	8,55	↑ 25 %
Sociale	4,25	3,17	↑ 25 %	1,75	4,00	↑ 129 %
Nourriture	8,08	8,58	↑ 6 %	6,46	9,05	↑ 40 %
Activité	3,19	4,17	↑ 31 %	5,23	5,34	↑ 2 %
<b>ÉQCA - comp. Adaptatifs Autonomie</b>	77,83	76,42	↓ 2 %	67,58	70,83	↑ 5 %
Habilités domestiques	12,08	11,67	↓ 3 %	9,42	10,00	↑ 6 %
Santé/sensori-moteur	53,33	56,00	↑ 5 %	51,33	52,83	↑ 3 %
Communication	52,00	54,92	↑ 6 %	50,08	50,83	↑ 1 %
Habilités scolaires	16,75	18,83	↑ 12 %	17,33	17,42	↑ 1 %
Socialisation	51,33	53,08	↑ 3 %	49,33	50,58	↑ 3 %
Habilités de travail	4,25	5,25	↑ 24 %	2,25	2,58	↑ 15 %
SCORE GLOBAL	267,58	276,17	↑ 3 %	247,33	255,08	↑ 3 %
Comportements inadéquats	74,17	59,92	↓ 19 %	55,00	40,08	↓ 27 %
<b>ISP – stress familial SCORE TOTAL</b>	326,50	303,25	↓ 7 %	296,83	272,75	↓ 8 %

Des résultats intéressants sont à noter suite à la comparaison des participants du groupe expérimental avant et après leur participation à la formation ICARE en ce qui a trait aux mesures de Stress Parental, comportements adaptatifs, compétences sociales et comportements problématiques de l'enfant. En effet, les participants ayant reçu la formation ICARE rapportent une amélioration significative au niveau des TROUBLES DE LA CONDUITE, de l'HYPERACTIVITÉ et de la SENSIBILITÉ/SUSCEPTIBILITÉ auprès de leurs enfants.

Ces trois sous-échelles au GÉCEN mesurent des comportements problématiques tels que: «se dispute avec ses parents», «détruit intentionnellement le matériel», «attaque physiquement les autres», «surexcité», «suractif», «facilement frustré», «s'accroche aux parents». De plus, leurs scores totaux ont augmenté de façon significative suite à la formation ICARE.

Les participants du groupe contrôle, tout comme les participants du groupe expérimental, rapportent une amélioration significative au Score Global des comportements problématiques de l'ÉQCA et à l'Indice de Stress Parental. Les membres du groupe «liste d'attente» ont également rapporté une augmentation au niveau des habiletés adaptatives du domaine santé et sensori-moteur à l'ÉQCA. Ces effets bénéfiques sont possiblement dus à un effet *placebo*, à un phénomène de maturation ou encore au simple passage du temps.

## **DISCUSSION**

La formation ICARE a été élaborée en réponse aux besoins criants de parents d'adolescents ayant une déficience intellectuelle et des comportements agressifs (Tassé *et al.*, 1999). Les deux volets de la formation — intervention en situation de crise et analyse fonctionnelle des comportements — avaient pour objectif de mieux outiller les parents face aux comportements agressifs de leur enfant. L'aspect novateur du projet ICARE réside dans le fait d'offrir la formation à ces parents, puisqu'ils constituent généralement les intervenants de première ligne lors des crises de leur enfant. L'étude avait donc pour objectif de pallier à une absence importante de

programmes d'intervention en situation de crise pour les parents, programmes qui étaient historiquement offerts aux intervenants des centres de réadaptation, des centres hospitaliers à vocation psychiatrique, des milieux scolaires, de travail ou des centres de jour. L'objectif était donc d'adapter divers programmes de formation existant à la réalité et au vécu des parents en milieu résidentiel.

Le projet ICARE peut ainsi permettre des économies significatives aux réseaux scolaire et de la santé et des services sociaux, en réduisant le besoin de services professionnels pour les parents d'adolescents handicapés, en augmentant la probabilité de maintien à domicile des adolescents, et en augmentant les chances d'intégration de ces derniers en milieu scolaire, résidentiel et de travail. Le projet vise aussi à augmenter l'efficacité du parent comme intervenant et comme source d'information pour les plans de services individualisés et les plans d'intervention appliqués. Le parent pourrait aussi devenir un agent multiplicateur de formation pour d'autres parents. Les parents ont été impliqués à tous les niveaux du projet ICARE. Tout d'abord lors de la conception du projet. En effet, l'idée initiale de ce projet est venue de parents aux prises avec cette problématique. Certains de ces parents ont participé au comité d'experts (en collaboration avec plusieurs intervenants du milieu communautaire et universitaire) dans le but de réviser et commenter la première version du programme de formation. Suite aux commentaires et suggestions du comité d'experts, le programme de formation ICARE a été modifié et bonifié. Le rôle des parents comme partenaires dans le cadre de la recherche ICARE a donc été crucial.

Les résultats de l'étude indiquent que la formation ICARE permet d'améliorer la qualité de vie des familles (jusqu'à 129 % pour la sphère sociale de l'instrument). De plus, les connaissances acquises par les parents au cours de la formation ont aussi des retombées sur les comportements de leur enfant, en réduisant la fréquence et l'intensité des comportements problématiques (troubles de la conduite, hyperactivité, sensibilité). Toutefois, les participants du groupe contrôle, tout comme les participants du groupe expérimental, ont rapporté une amélioration

adaptatifs (amélioration de 3 % pour les deux groupes) et à l'Indice de stress parental (diminution de 7 % pour le groupe contrôle, et de 8 % pour le groupe expérimental). Ces effets bénéfiques non attendus pour le groupe contrôle sont possiblement dus à un effet placebo, phénomène souvent rencontré lorsque les participants sont informés qu'ils feront partie d'une expérimentation pouvant avoir un impact sur leur situation. Ces résultats peuvent aussi être liés à un phénomène de maturation ou au simple passage du temps. Les retombées de l'étude sur les comportements adaptatifs sont d'autant plus importantes qu'elles ont une influence importante sur le développement des comportements problématiques graves, dans un contexte où ces derniers constituent la cause principale de placement en institution.

Par contre, plusieurs recommandations ont été proposées par les parents d'une part, et par les formateurs d'autre part. Lors d'une évaluation informelle de la session suite aux six jours de formation, les participants ont rapporté trouver difficile la formule d'une journée complète de formation par semaine. Par ailleurs, certaines difficultés en termes de niveaux d'entrée (hétérogénéité des niveaux de connaissances et expériences des parents) ont été rencontrés par les formateurs. Mais de façon générale, la formation ICARE a répondu aux attentes des participants (taux de satisfaction de 87 %). Les parents ont apporté plusieurs pistes d'amélioration de la formation ICARE, notamment un allègement du vocabulaire utilisé, un nombre accru d'exemples concrets issus de leur réalité, l'utilisation de vidéos,

l'inclusion d'un chapitre sur l'automutilation, ainsi que permettre la participation à la formation des intervenants travaillant avec la famille, dans le but de maximiser la cohérence des interventions résidentielles.

L'amélioration de la qualité de vie des familles et des compétences des adolescents ciblés indique que ce programme de formation répond adéquatement aux besoins d'aide des parents. Mais il est possible de penser que le jumelage entre parents et professionnels lors des sessions de formation favoriserait une plus grande constance et complémentarité dans leurs interventions respectives. Il s'agit d'une avenue devant être favorisée et explorée. Sur le plan de la recherche, il serait intéressant et pertinent de pouvoir mesurer la durée de l'impact positif engendré par la formation, puisqu'aucune mesure d'effet à long terme n'a été prise. Il pourrait aussi être intéressant de voir l'impact de cette formation sur d'autres variables comportementales non mesurées lors du projet ICARE, tels l'effet de la formation sur l'anxiété vécue par les adolescents, ou encore sur les compétences parentales en ce qui a trait à l'observation des contingences liées à l'apparition et au maintien des comportements problématiques. Pour ces raisons, les auteurs rappellent l'importance de parler non pas du «programme» ICARE, mais du «projet» ICARE, ce qui laisse supposer que la formation est encore en chantier et sera constamment améliorée. ICARE doit demeurer en mouvement pour faire face aux besoins changeants de la communauté, demeurer en lien étroit avec les utilisateurs, et continuer de progresser dans son contenu clinique et pédagogique.

### **PROGRAM EFFICIENCY OF TREATMENT TRAINING FOR AGGRESSIVE BEHAVIORS IN RESIDENCE/REHABILITATION**

This paper presents the results of a study of the efficiency of a training program (ICARE : Intervention for aggressive behaviors in a readaptation residence) for parents intervening on aggressive behaviors with their mentally retarded adolescents. The training program ICARE was experimented with 24 randomized families which were attributed to a «waiting list» group or the experimental group. The participants reported a significant improvement in behavior disorders, hyperactivity and sensitivity / susceptibility of the adolescents and an improvement of the quality of life of the adolescents and the parental stress. The high points and various aspects to improve the program are discussed and certain research avenues are preposed.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- BIGRAS, M., LAFRENIÈRE, P. J. & ABIDIN, R. R. (1996) *Indice de stress parental: manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto, ON : Multi Health Systems Inc.
- BORTHWICK-DUFFY, S. A. (1994) Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 17-27.
- DANGEL, R. F. & POLSTER, R. A. (1984) *Parent training*. New York : Guilford Press.
- GROSSMAN, H. J. (ed.) (1983) *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington, DC : American Association on Mental Deficiency.
- GROUPE HÉLÈNE QUEVILLON (1991) *Intervention psychologique et physique non abusive*. Montréal, QC: Auteur.
- KOEGEL, R. L., GLAHN, T. J. & NIEMINEN, G. S. (1978) Generalization of parent-training results. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 95-109.
- L'ABBÉ, Y., MORIN, D. (1999) *Les comportements agressifs: compréhension et intervention chez les personnes qui présentent un retard mental*. Eastman, QC : Éditions Behavioira.
- LACHANCE, R., PILON, W., ARSENAULT, R. & OUELLET, L., (1990) *Inventaire de bien-être J8T*. Beauport, QC: Module de recherche psychosociale: Centre de recherche de l'Université Laval - Robert-Giffard.
- LAKIN, K. C., HILL, B. K., HAUBER, F. A. & BRUININKS, R. H. (1982) Changes in age at first admission to residential care for mentally retarded people. *Mental Retardation*, 20, 216-219.
- LOVAAS, O. I. (1987) Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Clinical and Consulting psychology*, 55, 3-9.
- MAURICE, P., MORIN, D. & TASSÉ, M. J. (1993) *Manuel technique: Échelle québécoise de comportements adaptatifs*. Département de psychologie: Université du Québec à Montréal.
- MCAHON, R. J. & WELLS, K. C. (1989) Conduct Disorders. In: E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds), *Treatment of childhood disorders* (pp. 73-132). New York: Guilford Press.
- REISS, S. (1994) *Handbook on challenging behavior : mental health aspects of mental retardation*. Worthington, OH: IDS Publishing Corporation.
- ROJAHN, J. & TASSÉ, M. J. (1996) Psychopathology in mental retardation. Dans: J. W. Jacobson & J. A. Mulick (Eds), *Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation*. Washington, DC: American psychological Association.
- SCHEERENBERGER, R. C. (1981) Deinstitutionalization : Trends and difficulties. Dans: R. H. Bruininks, C. E. Meyer, B. B. Sigford & K. C. Lakin (Éds.), *Deinstitutionalization and community adjustment of mentally retarded people*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- SPSS (1999) *Statistical Package for the Social Sciences for Windows version 10* [Computer Software]. Chicago, IL: SPSS, Inc.
- TASSÉ, M. J., AMAN, M. G., HAMMER, D. & ROJAHN, J. (1996) The Nisonger CBRF: Age and gender differences and normative data. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 59-75.
- TASSÉ, M. J., GIROUARD, N. & MORIN, I. (1999) *La Grille d'évaluation comportementale pour enfants Nisonger*. Département de psychologie: Université du Québec à Montréal.
- TASSÉ, M. J., MÉTHOT, S., BÉLANGER, A., BÉLANGER, C. & FORGET, J. (1999) Formation pour parents d'adolescents présentant une déficience intellectuelle et des comportements agressifs. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 10, 101-108.
- TASSÉ, M. J., MORIN, I. N. & GIROUARD, N. (2000) Traduction et validation canadienne-française du Nisonger Child Behavior Rating Form. *Canadian Psychology*, 41, 116-123.
- WEBSTER - STRATTON, C. (1984) Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 666-678.