

## LA GESTION DES COMPORTEMENTS AUTOMUTILATOIRES

Raymond Leblanc

L'objectif général de ce texte est de décrire un modèle éducatif d'intervention auprès des personnes handicapées qui manifestent des comportements automutilatoires. Dans un premier temps, nous nous référons à Lovett (1985) pour une conceptualisation qui révèle les motivations sous-jacentes à ces actions excessives. Nous poursuivons par une catégorisation des fonctions des comportements automutilatoires. Enfin, nous exposons la démarche empirique proposée par Meyer et Evans (1989) pour mobiliser un changement positif. Cette philosophie d'intervention mise sur le changement de style de vie, la qualité de vie comme conditions-clé de la résolution de ces situations problématiques.

Tout comportement chez l'être humain doit être perçu comme significatif, d'autant plus s'il est répété ou rejoué de manière fréquente. Il reflète le versant observable des besoins, même si la personne semble agir sans intentionnalité. Les besoins sous-jacents assouvis ou inassouvis, tendent vers une certaine adaptation à la réalité. Ils sont le moteur de son activité. Ainsi, toute adaptation à la réalité est dirigée par les besoins "ces forces motrices, directrices, qui déterminent tout le processus d'adaptation à la réalité" (Vygotski, 1985). Par contre, cet échange entre la personne et le milieu tendant vers une adaptation n'implique pas que cette adaptation soit réussie.

Le besoin le plus fondamental chez l'être humain est un de recherche active de liens à l'autre (processus d'intersubjectivité), co-présence utile, solidaire et valorisée avec des personnes privilégiées dans sa vie. Ce besoin de régulation sociale est incontournable. Si une personne se sent inutile, incomprise, insatisfaite, dévalorisée dans ses transactions avec son milieu, elle réagira fortement

pour manifester son malaise, son mal de vivre. Ainsi, comme l'ont conceptualisé Dreikurs et al., (1982) pour les personnes présentant des troubles de conduite et Lovett (1985) pour les personnes handicapées, la personne dont le réseau de relations à l'autre est pauvre ou insatisfait empruntera de façon presque toujours inconsciente des stratégies de base progressivement plus dérangeantes pour nous signifier son désarroi: recherche d'attention au départ, ensuite recherche de pouvoir ou de contrôle, sinon recherche de vengeance et/ou manifestation d'incompétence générale. Si la personne n'est pas appelée ou formée à jouer un rôle actif et positif dans sa communauté, elle s'y prendra autrement pour être reconnue. Le trouble de conduite reflète donc un besoin d'accéder et de jouir de compétences sociales et d'activités nouvelles pour mieux vivre et exprimer son appartenance à la communauté (Meyer & Evans, 1989).

Dans les situations difficiles de la vie, nous avons tous manifesté, à certains moments, des conduites excessives, insolites ou désinvoltes, et celles-ci, loin d'être gratuites, jouaient un rôle d'adaptation à ces événements. De nombreux comportements de la personne handicapée sévère, tels l'écholalie, l'automutilation ou l'agressivité semblent à première

---

Raymond Leblanc, Professeur agrégé, Université d'Ottawa, Faculté d'éducation, 145, Jean-Jacques Lussier, Ottawa (Ontario), Canada, K1N 6N5.

vue sans signification ou aberrants mais peuvent en effet servir de fonctions de communications importantes (Evans & Meyer, 1985; Schuler & Goetz, 1981, 1981; Favell, McGinsey & Jones, 1978; Carr, 1977). N'ayant pas un répertoire verbal élaboré pour exprimer leurs besoins, des actes excessifs s'y substituent (Carr & Durant, 1985; Carr, Newson & Binkoff, 1980). Chez les handicapés sévères, la majorité des actes communicatifs sont de l'ordre de la protestation et de la requête. Ces actes de communication sont jugés intentionnels lorsqu'il peut être démontré ou inféré que le sujet agit sur l'adulte pour satisfaire un but. Ainsi, une séquence d'actions qui suggère la recherche d'un but, tels ces mouvements ou ces vocalisations alternant entre l'objet et l'adulte, persistants jusqu'à la satisfaction du but et confirmés par l'atteinte du but, peut être jugée comme intentionnelle.

Tout compte fait, la conceptualisation du comportement automutilatoire proposée dans ce texte sera fonctionnelle dans le versant analyse, et éducative dans le versant gestion. D'où un questionnement de départ sur le comment est-ce adaptatif? Nous procéderons en nous interrogeant sur le "Comment puis-je aider le sujet à exprimer autrement ce qu'il veut signifier?". D'une analyse du "Qu'est-ce que ça signifie pour toi?", on le formera à "Si tu as besoin d'aide, voici un autre moyen de le signifier".

## LES FONCTIONS DU COMPORTEMENT AUTOMUTILATOIRE

La classification de la diversité des comportements automutilatoires, qui est basée sur les effets que ces comportements produisent sur l'environnement, c'est-à-dire des fonctions que ceux-ci apportent à l'adaptation du sujet à son milieu, permettra non seulement de comprendre les besoins associés à ces comportements mais encore plus d'identifier les compétences alternatives équivalentes qui pourront être suscitées pour permettre au sujet de mieux satisfaire ses besoins.

Quatre fonctions principales semblent associées aux comportements automutilatoires. Une première fonction qu'on pourrait désigner de **contrôle ou de pouvoir** (cette dernière pour reprendre l'expression de Dreikurs) reflète des mécanismes de communication sociaux simples, de fuite ou d'évitement par rapport à une activité ou une demande trop difficile ou incomprise et/ou de recherche d'attention sociale. Ces comportements sont de toute évidence reliés à des contingences sociales.

Une deuxième fonction est de nature **autorégulatoire**; la modulation stimulatoire ne semble pas ajustée à l'état du sujet ou à la situation de la transaction. Il s'agit ici, ou bien du sujet surexcité ou inactif, d'une situation de communication ou du contexte trop chargé ou trop dépouillé ou d'une interaction non synchronisée entre le sujet et le contexte: toutes des conditions pouvant provoquer un déséquilibre régulateur.

D'autres comportements automutilatoires semblent marqués par une **spécificité ludique ou autostimulatoire**. Laissé à lui-même, inoccupé ou non orienté, il s'autorenforce par des actes automutilatoires. L'automutilation à cet égard ressemble aux formes typiques de stéréotypies tels balancements, vocalisations et rires répétitifs ou mouvements insolites des mains ou des doigts. C'est l'absence de contingences sociales significatives qui est associée à cette fonction.

Une quatrième et dernière fonction inférée par l'exclusion des autres fonctions est de nature **interne ou organique**. Si le comportement automutilatoire persiste malgré des changements environnementaux, ou quelles que soient les conditions externes, on se doit d'investiguer des facteurs proprement organiques tels des anomalies structurales et chimiques du cerveau, une déficience mentale profonde causée par des dommages au cerveau, des syndromes génétiques, une sensibilité moindre à la douleur ou des maladies (Lovett, 1985).

## MODELE D'INTERVENTION

Une double tâche nous incombe dans une intervention sur le phénomène de l'automutilation. Il s'agit dans un premier temps de circonscrire l'univers automutilatoire du sujet pour en déterminer la et les fonctions des comportements automutilatoires et dans un second temps d'élaborer un cadre d'intervention riche en relations significatives qui permettront au sujet de développer plus de contrôle sur sa vie. Nous nous inspirons de la procédure élaborée par Meyer & Evans (1989) pour articuler notre démarche méthodologique. Ces deux auteurs proposent sept étapes dans l'intervention pour comportements problématiques. Ces étapes seront d'abord décrites selon l'ordre proposé et ensuite reprises ayant comme point de mire le comportement automutilatoire.

1. Identifier les comportements excessifs prioritaires à l'intervention.
2. Décrire les comportements cibles de façon objective et mesurable.
3. Identifier les conditions et contextes qui semblent associés aux comportements cibles.
4. Générer des hypothèses sur les fonctions des comportements.
5. Identifier les attentes (objectifs à long terme) et les possibilités actuelles (objectifs à court terme) et ce, par l'équipe multidisciplinaire.
6. Elaborer un plan d'intervention individualisé.
7. Identifier des procédures pour évaluer les effets du plan d'intervention.

### Première étape: choix de comportements cibles prioritaires

Certains comportements excessifs sont à tel point graves qu'on doit intervenir de toute urgence pour les éliminer ou les désamorcer. Meyer & Evans

(1989) ont produit une étude portant sur les critères jugés prioritaires par des enseignants, des éducateurs et des psychologues. Le tableau 1 présente ces critères.

**Tableau 1**

### **Ordre de priorité des critères**

	<b>ENSEI- GNANTS (N=36)</b>	<b>AIDES (N=101)</b>	<b>PSYCHO- LOGUES (N=21)</b>
Dangereux pour l'enfant	1	5	1
Dangereux pour les autres	2	3	2
Interfère à l'apprentissage	3	2	7
Remplace les comportements négatifs	4	7	4
Améliore l'autonomie	5	4	9
Immédiatement fonctionnel	6	9	8
Préalable à d'autres comportements	7	8	5
Améliore l'acceptation	8	1	6

Les comportements urgents qui exigent une attention immédiate sont ceux qui portent atteinte à la santé ou à la vie du sujet, tel se cogner la tête, se mordre, se frapper le corps, se blesser une partie du corps, la rumination ou le vomissement continu... Pour ces comportements graves, notre plan d'intervention doit comprendre un objectif immédiat de décélé-

ration tout en incluant un objectif d'enseignement d'une compétence alternative positive qui remplacera le comportement problème.

D'autres comportements jugés un peu moins graves, car de faible intensité, tel se mordre sans dommages tissulaires, se taper légèrement le visage, se pincer...pourront être modifiés par le seul développement de compétences alternatives. Tout compte fait, une attention formelle à ces comportements potentiellement dangereux devra être accordée.

### **Deuxième étape: description topographique des comportements automutilatoires**

Il s'agit d'établir un protocole d'analyse fonctionnelle des comportements automutilatoires en déterminant leur fréquence, leur durée, leur histoire et leur intensité dans les différents contextes d'apparition, c'est-à-dire le "où", le "quand", et le "comment" de ces comportements. Nous cherchons à comprendre la logique sous-jacente à ces comportements de la perspective du sujet d'une part et, d'autre part, de la structure et la fonction de ceux-ci afin de développer et d'enseigner des compétences alternatives. L'analyse fonctionnelle est donc un processus d'évaluation des relations entre les comportements et l'environnement (O'Neil et al., 1990).

L'analyse topographique comprend ainsi:

- une description opérationnelle des comportements cibles et une identification des contextes qui les déclenchent;
- une identification de l'efficacité des comportements cibles (effets produits);
- une prédiction des moments et des situations où les comportements cibles se manifestent ou non dans les routines quotidiennes typiques;
- une identification des autres comportements excessifs ou déficitaires et des situations qui y

sont associées.

Trois stratégies permettent la collection de ces informations: 1) une entrevue des personnes clés dans l'entourage du sujet; 2) ensuite, une observation directe du sujet dans les contextes et les situations problématiques, et 3) s'il y a lieu, des manipulations systématiques des contextes d'apparition de ces comportements. Un formulaire utile à cette analyse a été élaboré par O'Neil et al., (1990).

### **Troisième étape: analyse motivationnelle des comportements automutilatoires**

À cette étape, le cadre d'analyse s'élargit pour considérer d'une part les variables contextuelles distales c'est-à-dire les activités, les problèmes médicaux, les conditions environnementales, les objectifs curriculaires et les conditions de vie qui semblent associées aux comportements problèmes et, d'autre part, les préférences et aversions du sujet.

On s'intéresse ainsi à l'information qui pourrait provoquer un changement positif comme, par exemple, l'information liée à certaines activités ou à des objets préférés disponibles qui suscitent des comportements proactifs (Rincover & Koegel, 1977a; 1977b).

### **Quatrième étape: élaboration d'hypothèses sur les fonctions des comportements automutilatoires**

Deux questionnements sont appréciés: quelles semblent être les fonctions de ces comportements? et ces fonctions peuvent-elles être obtenues par d'autres moyens?

Quatre sous-questions devraient être investiguées dans l'identification des fonctions.

1. Est-ce une réponse à une stimulation ou à un manque de stimulation?
2. Quels sont les renforcements qui sont disponibles?

3. Est-ce une recherche d'attention, une tentative d'éviter une tâche ou une tentative d'éviter une demande dirigée à son égard?
4. Est-ce que la réponse varie en terme de situations?

Au terme de l'identification d'une ou de plusieurs hypothèses concernant la fonction des comportements problèmes, on identifie des comportements alternatifs qui servent les mêmes fonctions que les comportements cibles et qui s'avèreraient aussi efficaces que les comportements cibles. On doit aussi identifier les événements, les actions et les objets potentiels qui sont renforçants pour ces nouveaux comportements alternatifs.

La cueillette d'informations à ces questionnements complémentaires peut se faire par l'instrumentation suivante: un journal quotidien, une observation des comportements spécifiques à différents moments de la journée, une échelle d'observation, un rapport sur des incidents problématiques. De plus, il est important d'encourager tous les intervenants qui connaissent bien le sujet de fournir des suggestions sur les fonctions possibles des comportements problématiques.

### Cinquième étape: Identification des attentes

#### **Objectif à long terme**

L'identification d'un objectif à long terme nous incite à envisager l'automutilation comme un moyen d'ajustement au monde dans un cadre plus global du style et de la qualité de vie. Tous admettront que l'apport d'un style et d'une qualité de vie riches en relations significatives avec les objets et les personnes de l'entourage est primordial. Donc, de prime abord, le style de vie de la personne qui s'automutile doit être accueillant, positif et socialement riche.

Se référant aux stratégies de base de Lovett (1985), 1) la personne **en quête d'attention** se voit accorder un contexte social de vie positif, c'est-à-dire un

cadre prévisible d'expériences plaisantes quotidiennes médiatisé par une attention sociale positive; 2) la personne **en quête de pouvoir** est invitée continuellement à coopérer dans des activités diverses favorisant prises de décisions et apports d'aides à des partenaires; 3) la personne **révoltée qui se venge** d'être incomprise ou délaissée se voit offrir une gamme d'activités qui lui permettront de s'affirmer tout particulièrement dans des activités où elle pourra afficher ses compétences; 4) la personne **se sentant incompétente** par manque d'attention sociale positive et de contrôle sur sa vie sera formée à des compétences significatives nouvelles. En somme, l'objectif à long terme est de favoriser une qualité de vie qui apporte un contrôle progressif de la personne sur ses choix quotidiens de vie. Heureuse serait la personne qui répondrait "oui" aux questions suivantes formulées par Meyer et al. (1986).

1. Puis-je décider de ce que je mange aux repas, à la collation, ou dois-je manger ce que quelqu'un décide pour moi?
2. Puis-je décider de ce que je porterai comme vêtements? Mes vêtements sont-ils choisis par quelqu'un chaque jour? Suis-je consulté au sujet de l'achat de mes vêtements?
3. Lors d'une journée de congé ou de temps libre, puis-je décider de ce que je veux faire? Où dois-je suivre un horaire régulier?
4. Est-ce que je peux choisir mes émissions télévisuelles préférées plusieurs fois par semaine?
5. Est-ce qu'on m'accorde une allocation monétaire hebdomadaire? Si oui, puis-je en disposer à ma guise?
6. Est-ce que je peux décider si je veux ou non participer à une activité de groupe?
7. Est-ce que je peux téléphoner à quelqu'un quand je le décide?

(Extrait du questionnaire de Meyer, St. Peter, and Park Lee, 1986).

Ce climat général positif d'intervention dans le projet éducatif à long terme vise aussi à susciter chez la personne des états émotionnels positifs ou, plus spécifiquement, une humeur générale positive. Meyer et Evans (1989) suggèrent quelques stratégies qui favorisent un ajustement harmonieux à des changements. Les principales stratégies sont: 1) l'usage continu d'un moyen de communication pour informer la personne sur tout changement à son horaire de vie, soit par stimuli imagés, calendriers, ou discussions préalables; 2) des témoignages d'encouragement continus; 3) l'entraînement à la relaxation; 4) une désensibilisation systématique aux peurs; 5) la pratique de comportements incompatibles aux habitudes nocives, ceci en présence des stimuli qui suscitent ces habitudes; 6) la pratique régulière de la conversation sociale; 7) un apprentissage de comportements appropriés en termes de situations (discrimination zonale).

### Objectif à court terme

Deux visées doivent être poursuivies simultanément: **une visée écologique** de prévention par un contrôle des conditions qui sont associées à l'automutilation et **une visée circulaire** qui favorise l'apprentissage de compétences alternatives.

La perspective écologique est une mesure temporaire qui vise à rendre le comportement automutilatoire non fonctionnel pour le sujet.

En réaménageant ou en modifiant l'environnement par des mesures telles qu'une réduction de la difficulté d'une tâche, un changement d'horaire, le choix de tâches préférées, la prévention de situations antécédentes qui annoncent une situation problème et même une procédure qui empêche le sujet de s'automutiler en situation de crise, l'intervenant cherche à contrôler les situations que provoquent les actes automutilatoires.

Gaylord-Ross (1982) propose une procédure en trois

temps pour apprécier les conditions susceptibles de provoquer le comportement automutilatoire. Dans une première phase, on examine si le comportement problème et la tâche covarient. Si le sujet s'automutilerait quelles que soient la tâche ou la situation, il y a lieu d'envisager que l'automutilation répond à une fonction interne organique résistant aux contingences sociales. Alors, une mesure autorestrictive pourrait s'avérer fructueuse (Isley et al., 1991). L'autorestriction peut être définie comme tout comportement qui prévient ou bloque le mouvement impliqué d'une ou de plusieurs parties du corps dans l'acte automutilatoire. Trois catégories d'autorestriction peuvent être différenciées: 1) la restriction par des objets inanimés (par exemple: gants); 2) la restriction d'une partie du corps par une autre (par exemple: bras croisés); 3) la restriction symbolique (par exemple: tenir un objet). En arriver à ce que le sujet qui s'automutiler adopte une stratégie d'autorestriction permettant d'éviter sinon d'arrêter l'amorce de l'acte automutilatoire d'une part, et d'autre part introduire un stimulus discriminant qui contrôle les situations susceptibles d'être associées à activer un acte automutilatoire (Rojahn et al., 1978).

Par contre, si le comportement problème varie d'une situation à l'autre, il y a lieu dans une seconde phase de modifier les tâches ou les activités qui pourraient être trop difficiles. En réduisant le niveau de difficulté de la tâche ou de l'activité par une analyse de la tâche ou activité qui assurerait une pédagogie de la réussite, y aura-t-il un changement positif? Si le comportement problème persiste, il y a lieu de procéder à une troisième phase, celle-ci orientée sur l'identification d'une tâche plus agréable. Il est possible que la tâche n'intéresse pas le sujet et que le choix d'une autre tâche, d'un autre matériel ou d'une mise en situation plus ludique soit mobilisateur de changement positif.

Dans le cas où cette procédure de prévention n'est pas efficace et que le comportement problème persiste, il faut envisager d'utiliser des mesures d'interruption ou d'arrêt des actes automutilatoires par contentions (restrictions manuelles) ou vêtements

protecteurs (par exemple: courroies, mitaines, casques), sinon de directives telles les indices verbaux ("Mets tes mains sur la table"). Ces mesures protectrices devraient être employées jusqu'au moment où l'impact de l'intervention curriculaire aurait eu le temps de s'installer.

### **Objectif intermédiaire: intervention curriculaire**

L'intervention curriculaire du plan d'intervention vise à enseigner des compétences nouvelles qui se substitueront aux comportements automutilatoires. L'acquisition de compétences nouvelles est essentielle à un changement durable. Trois domaines de compétences importants sont à envisager de manière simultanée: compétences sociales et autorégulatoires, communicatives et de loisirs. Nous veillons à ce que le sujet arrive à choisir, à décider, à exprimer et à s'adonner à des activités importantes pour lui de façon à satisfaire les mêmes objectifs et les mêmes fonctions que les comportements automutilatoires (Gaylord-Ross, 1982; Horner, 1980; Carr, Newman & Benkoff, 1976).

Le volet social du plan d'intervention cible vise l'apprentissage de comportements sociaux critiques, à savoir l'échange et l'entraide dans les types de rencontres suivants: l'interaction dyadique et de grand groupe, le jeu avec les pairs, le tutorat avec les pairs et les transactions avec des personnes handicapées et non handicapées. Nous cherchons à ce que cette gamme d'expériences assure une relation intense et durable avec des partenaires.

Le volet communicatif favorise l'apprentissage de moyens d'expression plus efficaces et généralement plus complexes pour faire connaître et comprendre ses besoins. Les compétences communicatives premières et prioritaires sont selon Evans et Meyer (1989): les réponses faciles à enseigner et appropriées dans une situation problématique et celles qui seront comprises par les personnes étrangères. Deux fonctions de base de communication seront ciblées: les déclaratives et les demandes et requêtes. Nous énumérons quelques

exemples:

- demande d'items ou d'objets tangibles: le "dis" ou désignation d'objets, cette dernière action sur le tableau de communication;
- demande d'items ou d'objets inaccessibles: le "aide-moi", "veux" ou désignation d'objets, cette dernière action sur tableau de communication;
- localisation d'une personne absente: le "où", d'abord par imitation de l'adulte et ensuite dans une séquence d'estompage d'indices;
- exprimer la recherche d'attention de l'adulte;
- exprimer des demandes d'aide lorsqu'un problème surgit, le "Aide-moi", "Je ne sais pas" et "Je ne comprends pas" verbal ou un substitut imagé sur tableau de communication.

Le volet "loisirs" du curriculum est à privilégier pour le sujet dont le comportement automutilatoire semble associé à une stratégie autostimulatoire. Ainsi la valeur de renforcement intrinsèque de ces actes sera remplacée par la valeur ludique du jeu. Gaylord-Ross (1982) recommande que les critères suivants devraient nous guider dans le choix d'activités de loisirs: 1) les activités réalisées de façon relativement autonome; 2) les activités choisies librement ou amorcées par le sujet; 3) et les activités qui apportent un plaisir intrinsèque.

Weurch & Voeltz (1982) propose un *Inventaire des intérêts de l'élève* qui aidera à déterminer le choix des activités et du matériel qui serait le plus intéressant pour le sujet.

### **Sixième étape: Elaboration du plan d'intervention**

Le plan d'intervention proposé comprend deux parties: l'identification et la contextualisation des priorités d'intervention et la mise en oeuvre globale.

La première partie du plan d'intervention détermine

un ordre de priorités dans l'intervention: d'une part, il y a cumul des interventions antérieures et établissement du niveau de base et, d'autre part, il y a partage des rôles des membres de l'équipe d'intervention dans la prise en charge de la situation problématique.

La deuxième partie, la mise en oeuvre globale, comprend quatre composantes:

- la prévention à court terme, précisant les changements immédiats du style de vie du sujet (situations, horaire, activités) et les stratégies de prévention et d'interruption spécifiques;
- les conséquences immédiates à l'amorce, à l'apparition effective et à l'éventualité d'une crise;
- la définition de l'objectif initial et à long terme des compétences alternatives à favoriser;
- et les objectifs curriculaires à long terme: autorégulateurs, sociaux, communicatifs et de loisirs.

Un formulaire type de ce plan d'intervention se retrouve chez Evans et Meyer (1989).

### **Septième étape: évaluation de l'impact du plan d'intervention**

La validité éducative du plan d'intervention ne doit pas être évaluée au seul plan d'un changement dans la fréquence ou de l'intensité des comportements automutilatoires, à savoir la réduction de ces comportements. Les changements escomptés devraient modifier et améliorer toute la dynamique interactive avec le milieu, enrichir les interactions

sociales positives et la qualité de vie du sujet (Voeltz & Evans, 1983). Nous souscrivons aux critères suivants proposés par Evans & Meyer (1989) pour l'évaluation de l'impact du plan d'intervention:

1. Dans les activités courantes de sa vie, les circonstances qui étaient associées aux comportements automutilatoires génèrent des stratégies positives alternatives d'ajustement aux situations problématiques. Les nouvelles stratégies de compétences se généralisent aux autres contextes et aux personnes ayant cours dans la vie du sujet.
2. Les interventions médicales et les interventions en situation de crise sont réduites ou absentes.
3. Le sujet en arrive à participer à un plus grand nombre d'activités communautaires.
4. Les jugements subjectifs des intervenants attestent d'une meilleure qualité de vie pour le sujet et pour eux-mêmes. Les perceptions quant à l'amélioration peuvent être appréciées par une mesure d'estimation de l'impact du plan d'intervention et de la modification au travail.

### **CONCLUSION**

La démarche empirique que nous avons décrite dans ce texte guide l'intervenant dans une description, une analyse et une mobilisation d'un changement face aux comportements automutilatoires. C'est par une amélioration de la qualité de vie et l'apprentissage de compétences nouvelles que la personne qui s'automutile développera des moyens autrement plus fortifiants de satisfaire ses besoins de régulation.

## BIBLIOGRAPHIE

- BAUMEISTER, A. A. (1978) Origins and control of stereotyped movements. In: C. E. Meyers (Ed.), *Quality of life in severely and profoundly retarded people: Research foundations for improvements*. Washington: American Association on Mental Deficiency.
- CARR, E. G., DURAND, V. M. (1985) *The social-communicative basis of severe behavior problems in children*. In *theoretical Issues in Behavior Therapy* (ed. Reiss, S. and Bootzin, R. R.). New York: Academic Press.
- CARR, E. G., NEWSON, C. D., BINKOFF, J. A. (1980) Escape as a factor in the aggressive behavior of two retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 101-117.
- DREIKURS, R., GRUNWALD, B., PEPPER, F. (1982) *Maintaining sanity in the classroom*. New York: Harper & Row.
- DUNLAP, G. KOEGEL, R. L. (1980) Motivating autistic children through stimulus variation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 619-627.
- FAVELL, J. E., MCGRIMSEY, J. F., JONES, M. L. (1978) The use of physical restraint in the treatment of self-injury and as positive reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 225-241.
- GAYLORD-ROSS, R. J. (1982) *Curricular considerations in treating behavior problems of severely handicapped students*. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 1, 193-224.
- ISLEY, E. M., KARTSONIS, C., MCAIRLEY, C. M., WEROZ, K. E., ROBERTS, S. (1991) Self-restraint: A review of etiology and applications in mentally retarded adults with self-injury. *Research in Developmental Disabilities*, 12, 87-95.
- LOVETT, H. (1985) *Cognitive counselling & persons with special needs (Adapting behavioral approaches to the social context)*. New York: Praeger.
- MEYER, L. H., EVANS, I. M. (1989) *Non aversive intervention for behavior problems. (A manual for home and community)*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- MEYER, L. H., ST. PETER, S., PARKE-LEE, S. H. (1986) *The validation of social skills for successful performance in community environments by young adults with moderate to severe/profound disabilities*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- O'NEIL, R. E., HORNER, R. H., AL, R. W., STOREY, K., SPRAGUE, J. R. (1990) *Functional analysis of problem behavior (A practical assessment guide)*. Sycamore, IL: Sucamore Publishing Co..
- RINCOVER, A., KOEGEL, R. L. (1977a) Classroom treatment of autistic children: II Individualized instruction in a group. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 113-126.
- RINCOVER, A., KOEGEL, R. L. (1977b) Research on the education of autistic children: Recent advances and future directions. In: B. B. Lahey, A. E. Kazdon (Eds.). *Advances in clinical child psychology*, 1, 329-361. New York: Plenum Press.
- ROJAHN, J., MULICK, J. A., MCCOY, D., SCHROEDER, S. R. (1978) Setting effects, adaptive clothing, and the modification of headbanging and self-restraint in two profoundly retarded adults. *Behavioral Analysis and Modification*, 2, 185-196.

- SAILOR, W., WILCOX, B., BROWN, L. (1980) *Methods of instruction for severely handicapped students*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- SCHROEDER, S. R., MULICK, J., ROJAHN, J. (1980) The definition taxonomy, epidemiology and ecology of self-injurious behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 417-432.
- SCHULER, A., GOETZ, L. (1981) Assessment of severe language disabilities: Communicative and cognitive considerations. *Analysis and intervention in Developmental Disabilities*, 1, 333-346.
- VOELTZ, L. M., EVANS, I. M. (1983) Educational validity: Procedures to evaluate outcomes in programs for severely handicapped learners. *Journal of the Association for the Severely Handicapped*, 8, 3-15.
- VYGOTSKI, L. (1985) *Pensée et langage*. Paris: Editions Sociales/Messidor.