

## ETUDE DE DEUX CAS PRESENTANT DES TROUBLES DE COMPORTEMENT SEVERES

Carole Lefebvre-Audet et Wilfrid Pilon

Cette étude décrit les procédures suivies par des intervenants auprès de deux personnes présentant des troubles de comportement fort complexes et nuisibles à leur intégration dans la communauté. La démarche décrite pour trouver une solution heureuse pour ces deux personnes témoigne du travail quotidien que le personnel doit accomplir pour aider les personnes à occuper une place valorisée et valorisante dans la communauté. Ceci implique donc la volonté de se remettre en question et le courage d'accepter de modifier sa façon de faire. Le personnel a dû réconcilier l'application des tâches quotidiennes et une approche plus systématique d'observation et d'intervention.

La littérature nous indique que l'intégration des personnes présentant des troubles du comportement est fortement compromise et constitue une source continue d'obstacles à leur adaptation (Hill, Bruininks et Lakin, 1983; Morreau, 1985). La présence de troubles du comportement pour les personnes présentant une déficience intellectuelle amène forcément une exclusion de ces personnes à une participation à un ensemble d'activités communautaires et à des opportunités d'apprentissage d'activités pertinentes telles que l'intégration ou la conservation d'un travail (Foss et Peterson, 1981).

Les deux cas présentés ici sont celui d'une personne présentant des comportements d'agression sur autrui et sur son entourage et celui d'une personne qui manifeste des comportements de régurgitation et de rumination.

La personne agressive a appris à réagir de cette façon parce que les comportements agressifs sont suivis de conséquences positives (obtenir ce qu'elle désire tel que de l'attention) ou qu'ils font l'objet d'un processus de renforcement négatif (se soustraire d'une situation difficilement supportable) (Magerotte, 1984).

Le deuxième cas présente une forme importante d'automutilation ou d'autostimulation dont les causes peuvent être nombreuses et variées. Le type et la nature de l'interaction individu-milieu conduisent la personne à adopter un répertoire limité de comportements efficaces et acceptables, inhérents à la déficience intellectuelle (Bijou, 1966, cité par Magerotte, 1984). Selon une approche non aversive comportementaliste, les intervenants doivent être particulièrement attentifs à l'utilisation de contacts physiques chaleureux, ignorer, si possible, les comportements inaccep-

---

Carole Lefebvre-Audet, Centre Les Deux Rives, 625, rue Père-Daniel, Trois-Rivières, G91 5Z7; Wilfrid Pilon, Centre de recherche Université Laval Robert-Giffard, 2601, De la Canardière, Beauport (Québec), G1J 2G3.

- 
1. Nous tenons à remercier le personnel qui par son acharnement et sa perspicacité est responsable de la réussite de ces deux cas.

tables et enseigner à la personne que la douceur et le contact humain sont essentiellement plus valorisants que des vomissements (McGee, Menolascino, Hobbs et Menousek, 1987).

Dans les deux cas, l'inconstance ou l'instabilité de l'interaction individu-milieu et l'incohérence dans l'application de principes d'apprentissage font en sorte que ces comportements sont perpétués et maintenus.

## LE CAS DE PIERRE

Pierre un homme de 24 ans mesurant 1.87 mètres, qui depuis l'âge de 7 ans a fréquenté un foyer de groupe durant trois ans et l'institution pendant 9 ans. A sa sortie de l'institution, Pierre est allé vivre avec trois autres personnes dans une maison unifamiliale (ASC) et encadré par un personnel-éducateur. Pierre présentait des comportements d'agression physique sur les intervenants et ses compagnons, brisait ses vêtements et divers objets de son entourage et souillait sa chambre d'excréments la nuit. Lorsqu'il présentait ces comportements, les intervenants l'immobilisaient (contentions aux poignets) ou le déshabillait et l'isolait dans sa chambre après lui avoir administré un somnifère pour la nuit. À ce moment, Pierre prenait un médicament au coucher pour éviter qu'il s'éveille la nuit et souille sa chambre. Parfois, Pierre apportait lui-même ses contentions pour que l'intervenant lui mette. On déplorait également ses sorties dans sa famille, puisque lors de son retour, il pouvait présenter des comportements de désorganisation pendant plusieurs jours. Retenons également que Pierre ne peut s'exprimer verbalement, il réussit à peine à reconnaître quelques symboles du système "Pic"<sup>2</sup>.

Durant le jour, Pierre fréquente un centre de développement socio-professionnel (C.D.S.P.). Dans ce

milieu, la présence des comportements d'agression sur autrui et sur l'entourage est manifestée à la moindre frustration ou contrariété, quoiqu'à une fréquence légèrement moindre qu'en milieu résidentiel.

## Les interventions

Une première rencontre avec les intervenants et la conseillère clinique du service a permis de constater que chaque intervenant appliquait à sa façon les interventions prescrites au plan d'intervention ce qui créait chez Pierre une "confusion" et une incohérence dans l'établissement des contingences appropriées à l'émission des comportements inacceptables. Une analyse des besoins de Pierre faite à la lumière d'observations plus systématiques et une mise en commun des faits ont permis de rétablir l'importance de se concentrer sur les comportements d'agression et de s'entendre sur des réponses communes aux besoins de Pierre.

L'accent n'est plus mis sur l'aspect punitif. On tentera de neutraliser l'effet du comportement (blessures et chantage), de prévenir par un réaménagement physique, de l'encourager à exprimer la source de sa frustration, de rétablir un état de calme, d'éviter la culpabilisation ou de porter une attention indue à ses comportements et enfin, de réorienter l'action sur la satisfaction de ses besoins et de susciter chez lui une plus grande participation.

Un petit guide décrivant le comportement, l'intervention à faire et l'intervention à éviter est fourni au personnel. Le comportement d'agression est décomposé en trois phases: la phase précédant la crise, le moment de la crise et l'après-crise.

Les tableaux 1 et 2 résument l'analyse de ses besoins et les nouvelles stratégies d'intervention à suivre pour tout membre du personnel, en milieu résidentiel et en milieu de travail. Les contentions physiques (bracelets aux poignets) ne sont plus utilisées. Lorsque Pierre se désorganise et devient menaçant pour les autres et le personnel, la

---

2. Moyen de communication utilisant des pictogrammes et des idéogrammes (PIC - Pictogramme et idéogramme: une communication).

**Tableau 1**

**Analyse des besoins et des interventions à respecter  
dans le milieu de vie (ACS) et de travail (CDSP)**

En résidence (ASC)	Au travail (CDSP)
<p><u>1. Besoin de dépenser de l'énergie:</u></p> <p>Jeux extérieurs après souper. Ballon panier, hockey, etc..</p> <p>Promenades extérieures. Activités sportives la fin de semaine. Achat d'une bicyclette sur place, etc.</p>	<p>Les lundis et mardis: activités sportives au CDSP avec intervenant masculin.</p> <p>Promenade après le dîner.</p>
<p><u>2. Besoin de manger à sa faim:</u></p> <p>Crudités au retour du CDSP. Collation soutenante en soirée. Droit d'accès à la nourriture.</p>	<p>Collation à son arrivée.</p> <p>L'inviter à prendre son dîner (refuse souvent de manger parce que trop de monde).</p>
<p><u>3. Besoin de s'affirmer:</u></p> <p>Eviter les confrontations inutiles, l'impliquer dans les choix, donner son opinion. Participer à l'inscription des activités et l'entretien de l'appartement.</p>	<p>Eviter les confrontations inutiles.</p> <p>L'impliquer au niveau des choix et à donner son opinion. Le traiter en adulte. Donner des responsabilités dans le développement de ses habiletés.</p>
<p><u>4. Besoin de posséder des objets personnels:</u></p> <p>S'acheter un coffret pour ranger ses objets, décorer sa chambre à son goût.</p>	<p><u>Besoin de solitude, de calme, de se contrôler:</u></p> <p>Le laisser se retirer dans une pièce de son choix (15-20 minutes), lorsqu'il le demande.</p> <p>Laisser terminer cinq minutes avant les autres en après-midi. Diviser le groupe en deux pour le dîner.</p>
<p><u>5. Besoin de communiquer:</u></p> <p>Apprendre des symboles du Pic conformes à ses goûts, intérêts et vécu réel.</p> <p>Cadre de vie imagé ou agenda à jour pour qu'il se situe dans le temps et l'inciter à transmettre idées et préférences.</p> <p>Lui demander ce qu'il a fait au travail.</p> <p>Lexique de communication.</p>	<p>À la période d'apprentissage à la communication avec l'intervenant, lui demander des choses significatives de son vécu.</p> <p>Etre attentif à ses demandes. À son arrivée, lui demander s'il a passé une bonne soirée, fin de semaine.</p> <p>Lexique de communication.</p>

**Tableau 1 (Suite)**

En résidence (ASC)	Au travail (CDSP)
<p><u>6. Besoin de stabilité dans les interventions:</u></p> <p>Elaboration commune d'une procédure d'intervention. Application du plan d'intervention intégralement.</p>	<p>Refaire son cadre de vie imagé ou agenda et y référer.</p>
<p><u>7. Besoin d'exprimer sa sexualité:</u></p> <p>Accès à des revues. Lui permettre de se retirer seul dans sa chambre.</p>	<p><u>Besoin d'activités diversifiées et valorisantes:</u></p> <p>Stages de travail dans d'autres milieux: ferme érablière, distribuer des circulaires, effectuer des tâches pour des personnes âgées.</p>
<p><u>8. Besoin de loisirs:</u></p> <p>Activités à l'extérieur de l'appartement et avec de nouvelles personnes.</p>	

technique du "Panier Ippna"<sup>4</sup> est utilisée. Celle-ci consiste à se placer derrière Pierre, lui saisir les deux bras et les ramener en forme de croix sur la poitrine pour l'empêcher de frapper en lui parlant doucement pour qu'il se calme et relâcher progressivement la prise.

Ces différentes interventions ont été progressivement introduites sur une base de deux ans, au fur et à mesure que les données confirmaient notre hypothèse d'agression.

### Discussion des résultats

Comme nous avons décidé de concentrer nos efforts sur les comportements d'agression et d'introduire dans la programmation de Pierre des moyens compensatoires aux trois autres comporte-

ments inacceptables (bris des vêtements et bris d'objets de l'entourage et souillure de la chambre), les résultats obtenus au tableau 1 témoignent de l'application des modalités décrites dans notre analyse des besoins (Tableau 1).

Comme l'intervention auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle pour lesquelles l'objectif essentiel est l'intégration, il est très difficile de concilier des exigences requises à une recherche et la nécessité d'intervenir sur les comportements agressifs. Pour cette raison, les trois premiers mois peuvent toutefois être considérés comme un reflet fidèle du taux de base ou indicateur du fonctionnement habituel de Pierre avant la mise en application des nouvelles interventions aux comportements d'agression. La figure 1 nous indique qu'il y a eu une diminution marquée à partir du mois de mars de la même année, période à laquelle le personnel applique plus systématiquement le plan d'intervention. Nous notons également une légère augmentation des

4. IPPNA: Interventions physiques et psychologiques non abusives.

**Tableau 2**

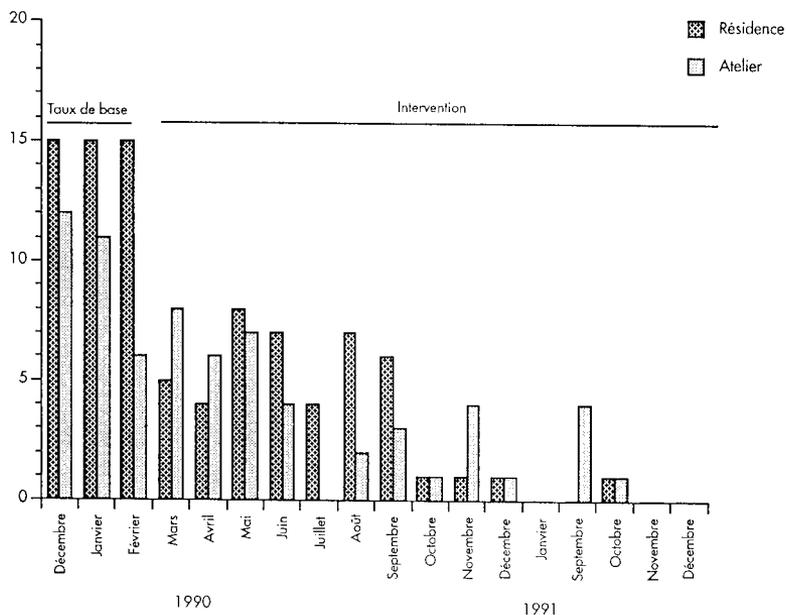
**Exemple du guide décrivant l'intervention à faire et celle à éviter**

**CRISE**

<b>COMPORTEMENT DE PIERRE</b>	<b>INTERVENTION À FAIRE</b>	<b>INTERVENTION A EVITER</b>
1. Pierre agresse physiquement une autre personne.	Vous approcher doucement, l'inciter à se calmer.	Arriver par derrière la personne.  Crier.
2. Pierre ne veut pas que vous vous approchiez.	Si Pierre réagit négativement à votre approche, reculez.  Si il vous accepte, continuer de vous approcher.  Lui prendre la main ou toucher doucement à son épaule.	Le toucher de force.
3. Pierre vous frappe ou continue de frapper une autre personne.	Arrêter le mouvement.  Faire un panier IPPNA.  Pendant que vous contrôlez physiquement Pierre:  - lui parler doucement; - le sécuriser; - relâcher le panier IPPNA au fur et à mesure que le calme revient.	Crier.  Mettre beaucoup de pression dans l'exécution du panier nappi.

**Figure 1**

**La fréquence des manifestations agressives par mois à la résidence et à l'atelier durant plus de deux ans**



\* Juillet 1990 période de vacances à l'atelier

comportements durant les mois de mai à septembre. Ceux-ci correspondent à une période de congés et de vacances du personnel régulier laissant supposer une irrégularité dans l'application du programme par le personnel remplaçant. Nous notons dans les mois qui suivent une disparition presque complète des comportements d'agression et des autres comportements à un point tel qu'on pense à une intégration de Pierre dans un milieu de vie moins encadré. Depuis juillet 1992, Pierre vit avec un compagnon dans un milieu moins encadré. Pierre ne prend plus de médicaments et ne souille plus sa chambre.

**LE CAS DE SYLVIE**

Le cas discuté dans cette partie traite d'un

problème vécu par une jeune femme âgée de 25 ans. Après avoir passé 13 ans en institution et dans différentes familles d'accueil, l'équipe, au moment d'une relocalisation dans une autre famille d'accueil, décide de rechercher une solution définitive aux problèmes de Sylvie.

Sylvie présente un ensemble de comportements nuisibles à sa santé physique et à son fonctionnement dans la communauté (vomissements, perte de poids, absence du cycle menstruel etc.). Après des investigations médicales approfondies, aucune cause physique n'a pu être décelée. Sylvie provoque elle-même ces régurgitations et rumine après chaque repas ou collation, ce qui peut durer jusqu'à 90 minutes. En plus, à l'occasion, elle crie, se frappe la tête ou se mord les mains avant les repas. Sylvie ne peut

s'exprimer verbalement.

### Procédures antérieures

Les différentes stratégies d'intervention utilisées durant son séjour en institution et dans les différentes familles d'accueil pour amener Sylvie à cesser ces comportements sont nombreuses, diversifiées et habituellement de nature aversives. Lorsqu'elle était en institution, un médecin a prescrit qu'on appose un diachylon sur sa bouche après chaque repas, une pratique qui a duré plus d'un an. A un autre moment, un membre du personnel se tenait près d'elle après chaque repas et la disputait pour qu'elle ne vomisse pas. Enfin nous lui demandions de demeurer assise au moins une heure après chaque repas pour éviter qu'elle se penche et provoque la régurgitation.

Suite aux échecs de ces différentes interventions, l'équipe a recherché une hypothèse de travail dont l'objectif ne viserait pas uniquement l'élimination des comportements nuisibles à l'intégration de Sylvie, qui tiendrait aussi compte des causes sous-jacentes. À la suite d'observations et d'un suivi plus strict, le personnel en est arrivé à la conclusion que Sylvie ne semblait pas manger à sa faim et que ses comportements visaient à combler ce besoin. Comme ces comportements perdurent depuis des années, elle éprouve de moins en moins de difficulté à les reproduire de sorte qu'on peut presque les considérer comme des "automatismes". Au cours des années, elle a aussi développé l'attrait de gains secondaires reliés à ces comportements tels que l'attention positive ou négative qui a comme conséquence de faire durer la situation.

Aucune cause médicale n'ayant pu être décelée, l'équipe décide donc d'utiliser la suralimentation, associée à un changement d'attitudes de la part du personnel face aux comportements. Certains principes à respecter dans l'application d'une telle procédure ont été élaborés par l'équipe (Tableau 3).

Comme la suralimentation est une forme de gavage contrôlé par Sylvie elle-même, on devait également définir des indices qui nous informeraient qu'elle a terminé ou qu'elle n'a plus faim puisqu'elle ne peut s'exprimer verbalement. Ceux-ci étaient: détourner la tête, ne pas ouvrir la bouche, se lever de table, cracher la nourriture ou avoir des "fous rires".

Un suivi régulier et rigoureux a été sévèrement respecté pour apporter les modifications aux besoins, s'assurer de la régularité et de la constance tant au niveau du processus que des attitudes et enfin apporter le support nécessaire au personnel. Les responsabilités pour implanter ce programme et les attitudes à respecter lors de l'application du processus sont décrites dans les tableaux 4 et 5.

### Discussion des résultats

Les tableaux 6, 7 et 8 rapportent les résultats obtenus au programme de "suralimentation" de Sylvie pour une période de 8 mois. L'observation pré-intervention au niveau de base est établie sur une période d'un mois et les observations durant l'intervention sont notées au moins pour une période de 7 mois.

Le tableau 6 nous indique la fréquence des comportements pré-repas pouvant se produire. Notons que chacun des trois comportements signalés ne se produit pas à un rythme aussi fréquent que la régurgitation, puisqu'ils sont plus variés. Nous constatons qu'à la fin de la 7e période d'intervention, ces comportements se sont éteints.

Le tableau 7 indique les résultats pré-intervention (taux de base) et durant l'intervention des comportements de régurgitation et de rumination. Bien que le taux de base des comportements de rumination n'est pas disponible, il y a présomption que ceux-ci sont aussi fréquents que ceux de la régurgitation, puisque ces deux comportements sont

### Tableau 3

#### Principes à respecter dans l'application du processus de suralimentation

- Assurer qu'il n'y a aucun problème physique relié aux vomissements;
- La personne doit manger beaucoup plus que d'habitude: doubler les portions;
- La personne doit manger souvent: ajouter des collations;
- La personne doit manger des aliments qui doivent être mastiqués beaucoup surtout à la fin du repas;
- La personne doit prendre plus de temps pour manger;
- Le moins possible d'aliments qui facilitent les vomissements tels que le lait, pouding au chocolat, etc.;
- C'est la personne qui décide qu'elle ne veut plus manger. En aucun temps, elle n'est forcée de manger;
- La constance dans l'application du processus (ne pas "sauter" de journée);
- Bien remplir les grilles de renseignements;
- Respecter les attitudes préconisées tout au long du processus;
- Peser la personne avant le processus et régulièrement pendant l'application;
- Suivi régulier du processus;
- Etablir un minimum de temps pour les collations et les repas (la personne doit manger lentement et bien mastiquer);
- Etablir et respecter l'horaire établi pour les collations et les repas;
- Autant que possible que ce soit toujours le (s) même(s) intervenant(s) qui fasse(ent) manger la personne.

**Tableau 4****Mise en place du processus après les vérifications d'usage**

<b>A FAIRE</b>	<b>RESPONSABLE</b>
1. Déterminer les quantités de nourriture à donner à la personne (référence niveau de base).	Educateur/tuteur et Conseiller clinique
2. Déterminer les aliments à éviter.	Educateur /tuteur et Conseiller clinique
3. Déterminer les heures de repas et de collations.	Educateur/tuteur et Conseiller clinique
4. Déterminer les personnes susceptibles d'appliquer le processus le plus fréquemment.	Tous les intervenants
5. Elaborer la grille-contrôle.	Educateur/tuteur
6. Peser la personne avant et pendant le processus.	Educateur/tuteur
7. Cueillette régulière des données	Educateur/tuteur
8. Voir à ce que les renseignements demandés soient inscrits à la grille-contrôle et que les attitudes soient respectées.	Educateur/tuteur Tous les intervenants
9. Ajustement du processus, lorsque nécessaire (suivi régulier)	Educateur/tuteur Conseiller clinique
10 Retour sur le déroulement du processus et des impacts (lors des réunions d'équipe)	Tous les intervenants

## Tableau 5

### Attitudes à respecter lors de l'application du processus

#### **1. Pendant les collations et les repas:**

- Ne pas manifester de signes d'impatience: «C'est long de le faire manger», etc.;
- Ne pas manifester d'émotions: «Ça n'a pas de sens de manger comme ça, tu manges trop», etc;
- Ne pas discuter du processus devant la personne.

**\* Les repas doivent être agréables pour la personne.**

**\* Ne pas tenir compte des autres plans d'action au repas pour cette personne, s'il y en a.**

#### **2. Lorsque la personne semble faire un signe démontrant qu'elle ne veut plus manger:**

- Attirer son attention, puis faire deux autres tentatives pour la faire manger. Si elle fait le même signe, cesser de la faire manger.

#### **3. Après les collations et les repas:**

- S'il y a des vomissements, nettoyer et changer la personne sans émettre de commentaires. Agir de façon mécanique.

**\* Il ne faut en aucun temps mettre de l'emphase sur les vomissements.**

**Tableau 6: Fréquence des comportements précurseurs susceptibles de se produire avant les repas sur une période de 31 jours**

	PENDANT LE PROCESSUS						
	1er période	2e période	3e période	4e période	5e période	6e période	7e période
<b>AVANT LE PROCESSUS</b>							
Se frotte, se cogne la tête, se mord les mains							
Avant le déjeuner	0	3	4	1	1	0	0
Avant dîner	1	4	2	2	0	0	0
Avant souper	9	4	2	1	2	1	1
En soirée	1	1	3	1	0	0	0
Crier avant les repas							
Avant déjeuner	9/31	5/31	1/31	2/31	0/31	0/31	1
Avant dîner	10/31	2/31	0/31	0/31	0/31	0/31	0
Avant souper	7/31	3/31	0/31	0/31	0/31	0/31	0
Pleurer							
Avant déjeuner	3	0	0	2	1	0	0
Avant dîner	6	0	0	2	0	0	0
Avant souper	4	1	0	3	0	1	0
En soirée	3	0	0	3	1	0	0

**Tableau 7: Fréquence des comportements de régurgitation et de rumination sur une période de 31 jours**

	PENDANT LE PROCESSUS						
	1er période	2e période	3e période	4e période	5e période	6e période	7e période
<b>AVANT LE PROCESSUS</b>							
3A	Niveau de base						
Régurgitation							
Après déjeuner	31/31	5/31	4/31	2/31	1/31	3/31	0/31
Après dîner	31/31	13/31	3/31	3/31	2/31	0/31	0/31
Après souper	30/31	19/31	4/31	4/31	1/31	3/31	1/31
Il n'y avait pas de collation	8/31	3/31	1/31	2/31	1/31	0/31	0/31
Collation PM	12/31	3/31	1/31	1/31	1/31	2/31	0/31
Collation soir régulière	13/31	1/31	3/31	0/31	1/31	0/31	0/31
<b>AVANT LE PROCESSUS</b>							
3B	Niveau de base						
Rumination							
Après déjeuner	Nd	4/31	1/31	8/31	2/31	3/31	1/31
Après dîner	Nd	6/31	6/31	7/31	4/31	2/31	2/31
Après souper	Nd	9/31	5/31	6/31	5/31	2/31	2/31
Collation AM	Nd	4/31	2/31	3/31	4/31	2/31	2/31
Collation PM	Nd	9/31	2/31	3/31	3/31	2/31	0/31
Collation soir	Nd	10/31	4/31	1/31	0/31	0/31	0/31

**Tableau 8**

**Résultats généraux de la condition physique et psychologique associée à la diminution des comportements de régurgitation et de rumination**

AVANT	MAINTENANT
A 25 ans	A 26 ans
63 livres	96 livres
Absence de menstruations	Menstruations régulières
Constipation (suppositoires)	Régulier
Lorsque la personne est assise, incapable de se lever seule	Se lève seule, elle a plus d'équilibre, lorsqu'elle marche
Membres inférieurs froids	Membres inférieurs chauds
Les gens se tiennent éloigner	Beaucoup plus de contacts avec son entourage
Abandon du CDSP	Retour au CDSP (Le comportement de vomir n'est pas réapparu malgré tous les changements que cela implique) autobus-intervenants
Les vomissements apparaissent en grande quantité et cela persiste jusqu'à 90 minutes après les repas	Les vomissements sont minimes et ne se produisent qu'une seule fois après les repas (lorsqu'il y en a)
Portait un "bavoir" presque en tout temps	Ne porte plus de "bavoir"

intimement reliés chez Sylvie. Notons que ces deux comportements sont presque complètement disparus après 7 mois d'intervention et ces résultats sont toujours maintenus.

Enfin le tableau 8 indique les résultats généraux de sa condition physique et psychologique associée à ces comportements. Nous constatons une prise de poids significative, une régularisation de son cycle menstruel, une plus grande force physique, un meilleur équilibre dans la marche et enfin, des meilleurs contacts avec son entourage à la résidence et au travail. Il y a occasionnellement des vomissements tel que l'indique le tableau 6 après 7 mois d'intervention. Ceux-ci sont toutefois

très occasionnels et de très courte durée. Le suivi se poursuit tenant compte de la gravité et de l'intensité de ces deux comportements. Les progrès décrits se maintiennent.

## CONCLUSION

Les deux cas décrits ici présentaient des troubles de comportement sévères nuisibles à une intégration. Une réévaluation des besoins combinée à une observation et une application systématique de contingences plus valorisantes ont permis aux deux personnes de poursuivre leur processus d'intégration.

## BIBLIOGRAPHIE

FOSS, G., PETERSON, S. (1981) Social-interpersonal Skills Relevant of Job Tenure for Mentally Retarded Adults. *Mental Retardation*, 19, 103-106.

HILL, B. K., BRUININKS, R. H., LAKIN, K. C. (1983). Characteristics and Maladaptive Behavior of Mentally Retarded People in Residential Facilities. *Health and Social Work*, 8 (2), 85-95.

LADOUCEUR, R., BEGIN, G. (1980) *Proto-coles de Recherche en sciences appliquées et fondamentales*. Edisem: Ste-Hyacinthe, Québec.

MAGEROTTE, G. (1984) *Manuel d'éducation comportementale clinique*. Pierre Mardaga éditeur, Belgique.

MAHARAJ, S. C. (1980) *Pictogrammes et Idéogrammes: une communication de système Pic: dépistage, évaluation et entraînement*. The George Reed Foundation for the handicapped Saskatchewan. Canada. Traduction et Adaptation de l'Institut de réadaptation de Montréal, 1983.

MCGEE, J. J., MENOLASCINO, F. J., HOBBS, D. C., MENOUSEK, P. E. (1987) *Gentle Teaching. A non-Aversive Approach to Helping Persons with Mental Retardation*. Human Sciences Press, Inc. New York.

MORREAU, L. E. (1985) Assessing and Managing Problem Behaviors in K.C. Lakin et R.H. Bruininks. *Strategies for Achieving Community Integration of Developmentally Disabled Citizens*. Paul H. Brookes publishing Co.: Baltimore.