

OUTILS CLINIQUES

EGCP-II-R

ÉCHELLE D'ÉVALUATION
GLOBALE DE LA GRAVITÉ
DES COMPORTEMENTS
PROBLÉMATIQUES II - RÉVISÉE

MANUEL DE L'UTILISATEUR



SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec



OUTILS CLINIQUES

EGCP-II-R

ÉCHELLE D'ÉVALUATION GLOBALE DE LA GRAVITÉ DES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES II - RÉVISÉE

POUR LES PERSONNES DE 16 ANS ET PLUS AYANT UNE DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE AVEC OU SANS TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

MANUEL DE L'UTILISATEUR

Guy Sabourin, Ph.D., expert-conseil, SQETGC
Pierre Sénécal, D. Ps., expert-conseil, SQETGC
Maxime Paquet, Ph.D., APPR, SQETGC

Publié au Québec en mai 2016.

ISBN - 978-2-922227-88-8

© SQETGC | CIUSSS MCQ (2016)

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Écrit par Guy Sabourin, Pierre Senécal et Maxime Paquet.

Coordination/édition : Marianne Reux, agente aux communications, SQETGC

Révision : Diane Touten, attachée de direction, SQETGC.

Ce document devrait être cité comme suit : Sabourin, G., Senécal, P., et Paquet, M. (2016). *EGCP-II-R – Échelle d'évaluation des comportements problématiques II, révisée (Manuel de l'utilisateur)*. Montréal, Canada. SQETGC | CIUSSS MCQ.

Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement

2021, avenue Union | Bureau 1240 | Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 525-2734 | Télécopieur : 514 525-7075 | www.sqetgc.org

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	7
2. CONTEXTE THÉORIQUE	11
2.1 DÉFINITIONS	11
2.2 PARAMÈTRES DE MESURE DES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES	14
2.3 LIENS ENTRE LA PRÉSENCE DE TROUBLES DU COMPORTEMENT ET LA PRÉSENCE DE TROUBLES DE SANTÉ MENTALE	23
<i>Modèle théorique des liens entre le TC et les troubles de santé mentale</i>	25
3. DESCRIPTION DE L'EGCP-II-R ET DE SON COMPILATEUR	29
3.1 LES CINQ SECTIONS DU FORMULAIRE ET LEURS FONCTIONS	29
3.2 DESCRIPTION DES CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	30
3.3 DESCRIPTION DE LA COTATION ET JUSTIFICATIONS	34
<i>Rappel des instructions du formulaire de cotation</i>	35
<i>Justifications de la cotation retenue</i>	37
3.4 RAPPEL DES ÉTAPES DE RAFFINEMENT DE L'OUTIL : DE L'EGCP À L'EGCP-II-R	39
3.5 DESCRIPTION DU COMPILATEUR ET DES SCORES PONDÉRÉS GÉNÉRÉS	40
4. VALIDITÉ ET FIDÉLITÉ DE L'EGCP-II-R	47
4.1 VALIDITÉ	47
<i>Description de l'échantillon</i>	47
<i>Analyses réalisées</i>	49
4.2 FIDÉLITÉ	56
<i>Cohérence interne</i>	56
<i>Fidélité test-retest</i>	56
<i>Accord interjuges</i>	58
4.3 CONSTRUCTION DES NORMES	59
5. UTILISATION DE L'EGCP-II-R	614
5.1 UTILISATEUR : PROFESSIONNEL RESPONSABLE DE L'UTILISATION DE L'EGCP-II-R	64
5.2 CHOIX DES USAGERS : 16 ANS ET PLUS, PRÉSENTANT UNE DI AVEC OU SANS TSA	65
5.3 RÉPONDANTS : CHOIX, SOUTIEN REQUIS ET MODALITÉS DE COMPLÉTION DU FORMULAIRE	65
5.4 COMPLÉTION DU FORMULAIRE DE L'EGCP-II-R	66
5.5 FONCTIONNEMENT DU COMPILATEUR EXCEL	67
<i>Matériel et logiciel requis</i>	67
<i>Activation des macros</i>	67
<i>Utilisation</i>	68
6. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	69
6.1 RÉSULTATS AU COMPILATEUR DE L'EGCP-II-R ET INTERPRÉTATION DES SEUILS CRITIQUES	69
6.2 ANALYSE ET SYNTHÈSE DES RÉSULTATS : MARCHÉ À SUIVRE	71
<i>Scores pondérés des paramètres de mesure</i>	76
<i>Liste des CP les plus importants et les CP présents dans les 3 derniers mois</i>	77

6.3	TYPLOGIE DES TC ET DES TGC	79
	<i>Les lignes du tableau</i>	<i>81</i>
	<i>Les colonnes du tableau</i>	<i>81</i>
6.4	TYPE DE RECOMMANDATIONS POSSIBLES.....	82
6.5	PRÉSENTATION DU RAPPORT TYPE POUR UN USAGER	88
7.	HISTOIRES DE CAS.....	91
7.1	ÉTUDE N° 1 : XAVIER	91
	<i>Contexte de l'évaluation :.....</i>	<i>91</i>
	<i>Principaux éléments diagnostiques au dossier :</i>	<i>91</i>
	<i>Éléments importants dans son histoire personnelle :</i>	<i>92</i>
	<i>Description des résultats à l'EGCP-II-R :.....</i>	<i>92</i>
	<i>Interprétation des résultats à l'EGCP-II-R :.....</i>	<i>95</i>
7.2	ÉTUDE N°2 : ZOÉ	97
	<i>Contexte de l'évaluation :.....</i>	<i>97</i>
	<i>Principaux éléments diagnostiques au dossier :</i>	<i>97</i>
	<i>Éléments importants dans son histoire personnelle :</i>	<i>97</i>
	<i>Description des résultats à l'EGCP-II-R</i>	<i>97</i>
	<i>Interprétation des résultats à l'EGCP-II-R.....</i>	<i>100</i>
7.3	ÉTUDE N° 3 : YVES	103
	<i>Contexte de l'évaluation :.....</i>	<i>103</i>
	<i>Principaux éléments diagnostiques au dossier :</i>	<i>103</i>
	<i>Éléments importants dans son histoire personnelle :</i>	<i>103</i>
	<i>Description des résultats à l'EGCP-II-R :.....</i>	<i>103</i>
	<i>Interprétation des résultats à l'EGCP-II-R :.....</i>	<i>106</i>
7.4	ÉTUDE N° 4 : AMÉLIE.....	109
	<i>Contexte de l'évaluation :.....</i>	<i>109</i>
	<i>Principaux éléments diagnostiques au dossier :</i>	<i>109</i>
	<i>Éléments importants dans son histoire personnelle :</i>	<i>109</i>
	<i>Description des résultats à l'EGCP-II-R :.....</i>	<i>109</i>
	<i>Interprétation des résultats à l'EGCP-II-R :.....</i>	<i>112</i>
8.	CONCLUSION.....	117
9.	RÉFÉRENCES	121



Liste des tableaux

TABLEAU 1 : SYSTÈME HIÉRARCHIQUE DES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES DE THOMPSON ET AL., 1999	17
TABLEAU 2 : ÉQUIVALENCES ENTRE LES CATÉGORIES COMPORTEMENTALES DE L'ABS ET DE L'ICAP-PBS VERSUS LE NIVEAU I (CATÉGORIES) DU SYSTÈME HIÉRARCHIQUE DE THOMPSON ET AL. (1999)	19
TABLEAU 3 : CATÉGORIES COMPORTEMENTALES RETENUES ET DÉDUITES DES DEUX INSTRUMENTS COMPARÉS	21
TABLEAU 4. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ÉCHANTILLON FINAL.....	48
TABLEAU 5. POIDS FACTORIELS ISSUS DE LA PREMIÈRE ANALYSE EN COMPOSANTE PRINCIPALE AVEC ROTATION OBLIMIN DES 27 ÉNONCÉS DE L'EGCP-II	50
TABLEAU 6. MATRICE DE TRANSFORMATION DES SCORES DE FRÉQUENCE ET DES SCORES D'IMPACT EN UN SEUL SCORE DE GRAVITÉ	52
TABLEAU 7 : POIDS FACTORIELS ISSUS DE LA PREMIÈRE ANALYSE EN COMPOSANTE PRINCIPALE AVEC ROTATION OBLIMIN DES NEUF CATÉGORIES DE CP DE L'EGCP-II	53
TABLEAU 8. RÉSULTATS DE L'ANALYSE CONFIRMATOIRE DU MODÈLE INITIAL DE L'EGCP-II	54
TABLEAU 9. - STATISTIQUES DESCRIPTIVES ET COEFFICIENTS DE COHÉRENCE INTERNE POUR LES VARIABLES LATENTES DE L'EGCP-II-R	56
TABLEAU 10. STATISTIQUES DESCRIPTIVES ET CORRÉLATIONS ENTRE LES DEUX PASSATIONS DE L'EGCP-II, POUR L'ENSEMBLE DES NEUF CATÉGORIES COMPORTEMENTALES ET DES DEUX VARIABLES LATENTES	57
TABLEAU 11 - STATISTIQUES DESCRIPTIVES ET CORRÉLATIONS ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS POUR DEUX RÉPONDANTS À L'EGCP-II, POUR L'ENSEMBLE DES NEUF CATÉGORIES COMPORTEMENTALES ET DES DEUX VARIABLES LATENTES	58
TABLEAU 12 : NORMES EN SCORES T POUR L'EXTERNALISATION ET L'INTERNALISATION	60
TABLEAU 13 : NORMES EN RANGS CENTILES POUR LES NEUF CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	61
TABLEAU 14 : SEUILS CRITIQUES EN SCORES T UTILISÉS POUR L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	70
TABLEAU 15 : SEUILS CRITIQUES EN RANGS CENTILES UTILISÉS POUR L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	71
TABLEAU 16 : TYPOLOGIE DES TC/TGC DE L'EGCP-II-R.....	80

Liste des figures

FIGURE 1 : EXEMPLE DE GRAPHIQUE – SCORES T ASSOCIÉS AUX TYPES DE CP EXT./INT.	43
FIGURE 2 : EXEMPLE DE GRAPHIQUE – RANGS CENTILES ASSOCIÉS AUX CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	44
FIGURE 3 : EXEMPLE DE GRAPHIQUE – SCORES T ASSOCIÉS AUX PARAMÈTRES DE MESURE	45
FIGURE 4 : EXEMPLE DE GRAPHIQUE – SCORES T ASSOCIÉS AUX TYPES DE CP EXT./INT.	71
FIGURE 5 : EXEMPLE DE GRAPHIQUE – RANGS CENTILES ASSOCIÉS AUX CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	72
FIGURE 6 : EXEMPLE DE GRAPHIQUE – SCORES T DES PARAMÈTRES DE MESURE	76
FIGURE 7 : PROFIL D’ALAIN – SCORES T ASSOCIÉS AUX TYPES DE CP EXT. /INT.....	85
FIGURE 8 : PROFIL D’ALAIN – RANGS CENTILES ASSOCIÉS AUX CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	85
FIGURE 9 : PROFIL DE DENIS – SCORES T ASSOCIÉS AUX TYPES DE CP EXT./INT.	86
FIGURE 10 : PROFIL DE DENIS – RANGS CENTILES ASSOCIÉS AUX CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	87
FIGURE 11 : CAS DE XAVIER – SCORES ASSOCIÉS AUX TYPES DE CP EXT./INT.	92
FIGURE 12 : CAS DE XAVIER – RANGS CENTILES ASSOCIÉS AUX CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	93
FIGURE 13 : CAS DE XAVIER – SCORES T ASSOCIÉS AUX PARAMÈTRES DE MESURE	94
FIGURE 14 : CAS DE XAVIER - LISTE DES COMPORTEMENTS LES PLUS IMPORTANTS ET DES CP PRÉSENTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS	96
FIGURE 15 : CAS DE ZOÉ – SCORES T ASSOCIÉS AUX TYPES DE CP EXT./INT.	98
FIGURE 16 : CAS DE ZOÉ – RANGS CENTILES ASSOCIÉS AUX CATÉGORIES COMPORTEMENTALES.....	99
FIGURE 17 : CAS DE ZOÉ – SCORES T ASSOCIÉS AUX PARAMÈTRES DE MESURE	100
FIGURE 18 : CAS DE ZOÉ - LISTE DES COMPORTEMENTS LES PLUS IMPORTANTS ET DES CP PRÉSENTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS	102
FIGURE 19 : CAS DE YVES – SCORES T ASSOCIÉS AUX TYPES DE CP EXT./INT.	104
FIGURE 20 : CAS DE YVES – RANGS CENTILES ASSOCIÉS AUX CATÉGORIES COMPORTEMENTALES	105
FIGURE 21 : CAS DE YVES – SCORES T ASSOCIÉS AUX PARAMÈTRES DE MESURE.....	106
FIGURE 22 : CAS DE YVES - LISTE DES COMPORTEMENTS LES PLUS IMPORTANTS ET DES CP PRÉSENTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS	108
FIGURE 23 : CAS D’AMÉLIE – SCORES T ASSOCIÉS AUX TYPES DE CP EXT./INT.	110
FIGURE 24 : CAS D’AMÉLIE – RANGS CENTILES ASSOCIÉS AUX CATÉGORIES COMPORTEMENTALES.....	111
FIGURE 25 : CAS D’AMÉLIE – SCORES T ASSOCIÉS AUX PARAMÈTRES DE MESURE	112
FIGURE 26 : CAS D’AMÉLIE – LISTE DES COMPORTEMENTS LES PLUS IMPORTANTS ET DES CP PRÉSENTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS	115

1. INTRODUCTION

Guy Sabourin

Dans le cadre des travaux québécois en troubles graves du comportement (TGC)¹, divers outils ont été développés pour mesurer la présence de troubles du comportement (TC) et de troubles graves du comportement (TGC). Dans les années 2000, des travaux universitaires et la participation de divers chercheurs ont été mis à contribution pour pallier certaines lacunes identifiées par le programme initial montréalais dédié à la clientèle de personnes présentant des TGC, soit le Programme régional d'expertise multidisciplinaire en TGC (PREM-TGC). Le principal constat était qu'au Québec, comme dans la plupart des pays anglophones, il n'existait pas de consensus sur la définition des TC ou des TGC (Emerson, 2001; Sabourin, 2004; Thompson, McGrew et Bruininks, 1999) et peu ou pas d'outils en français pour mesurer les TGC (Sabourin, 2004).

Les travaux universitaires réalisés depuis ont permis de développer la présente échelle d'évaluation des TGC (Sabourin, 2004, 2007), en plus d'établir un consensus québécois sur les définitions de TC et de TGC (Tassé, Sabourin, Garcin et Lecavalier, 2010). Ces démarches ont été, entre autres, inspirées des travaux de Sabourin (2004).

Les travaux de Sabourin (2004) ont en effet fait ressortir les divers éléments conceptuels et méthodologiques pertinents à la définition et à la mesure des TC, en plus de proposer une définition de travail intégrative des comportements problématiques (CP) et une méthodologie de mesure en accord avec cette définition. Ceci a conduit à l'élaboration d'un outil de dépistage de la gravité globale des CP qui se voulait un instrument rapide d'identification de la présence ou non de TC légers, modérés ou graves.

Pour ce faire, neuf catégories de CP furent identifiées avec des comportements typiques et exemplaires de cette catégorie dont le ou les comportements les plus importants pouvaient être évalués selon leur fréquence et leur gravité en termes de conséquences et d'impacts pour autrui et pour la personne elle-même. À la suite de son utilisation dans le cadre de travaux de recherches doctorales, l'outil s'est révélé très utile sur le plan clinique pour identifier rapidement la catégorie et la gravité du trouble du comportement à prioriser dans une analyse et une intervention multimodales (AIMM). En effet, le processus clinique de l'AIMM nécessite d'identifier un TGC

¹ Ces travaux, actuellement menés par le Service québécois d'expertise en TGC, ont été amorcés par son prédécesseur, le PREM-TGC.

prioritaire sur lequel l'analyse et l'intervention vont porter (Buisson, Rondeau et Sabourin, 2012; Sabourin et Lapointe, 2014). Cette démarche est un processus essentiel et stratégique pour pouvoir identifier plus clairement les diverses causes probables de ce TGC et pour formuler les hypothèses causales qui guideront les choix des interventions spécifiques à mettre en place afin de diminuer de façon optimale la détresse et les impacts causés par ce TGC le plus important. De plus, en agissant sur les causes de ce TGC le plus important, il a été démontré que tous les TC de la personne pouvaient être réduits de façon significative de façon simultanée (Sabourin et Lardon, 2006). L'EGCP a ainsi été progressivement intégrée aux travaux du programme québécois sur les TGC, et ce, jusqu'à devenir un des outils recommandés à utiliser dans le processus de l'AIMM (Buisson et al., 2012; Morin, Sabourin et Labbé, 2014).

Le présent manuel vise donc à fournir aux utilisateurs toutes les informations pertinentes pour pouvoir utiliser l'EGCP-II-R à bon escient et de façon conforme à ses caractéristiques psychométriques.

Le chapitre 2 du présent manuel situe l'EGCP-II-R dans son contexte historique et théorique afin de permettre au lecteur de mieux comprendre le cadre conceptuel et sa démarche d'élaboration et de validation.

Le chapitre 3 décrit, de façon générale, le contenu de l'outil et de son compilateur. Ce dernier permet de dégager les différents scores pondérés pour les paramètres de mesure des CP d'une personne concernée. Le formulaire de cueillette de données est présenté ainsi que ses différentes sections. Les différentes instructions et les catégories comportementales à évaluer sont décrites et expliquées. Il en est de même pour le système de cotation des comportements problématiques sélectionnés comme les plus importants. Puis, le compilateur Microsoft Excel associé à l'EGCP-II-R est présenté avec les scores pondérés qu'il permet de générer sous forme graphique et numérique ainsi que les outils de synthèse et d'interprétation disponibles.

Le chapitre 4 est plus technique. Il présente d'abord les données empiriques et statistiques portant sur la validité de construit et la validité convergente de l'EGCP-II-R et expose ensuite les études pertinentes à la fidélité de l'outil (cohérence interne, test-retest et fidélité interjuges).

Le chapitre 5 expose la démarche standardisée recommandée pour son utilisation compte tenu des objectifs spécifiques de l'outil et de ses caractéristiques. Il y est question de l'utilisateur principal (le professionnel qui utilise l'EGCP-II-R), du choix des usagers, du choix des répondants et du soutien clinique requis pour ceux-ci ainsi que de la procédure de passation du questionnaire. Ce chapitre présente aussi certaines indications importantes sur la saisie des données dans le compilateur associé ainsi que sur l'utilisation des résultats graphiques et numériques obtenus et leur utilisation possible.

Le chapitre 6 porte sur l'interprétation des résultats de l'EGCP-II-R. Les résultats de l'utilisateur évalué peuvent être interprétés dans différentes séquences dépendamment des objectifs de l'utilisateur et de la passation de l'outil. Il est important de bien comprendre et d'interpréter correctement l'ensemble des données statistiques résultant de la saisie de données dans le compilateur. Ce chapitre comporte aussi une hiérarchie de troubles du comportement qui facilite l'interprétation des résultats statistiques obtenus ainsi que leur signification possible. Un rapport type, permettant de documenter plus facilement les résultats obtenus à l'EGCP-II-R, est également proposé.

Afin d'aider les futurs utilisateurs à mieux comprendre l'ensemble de la démarche suggérée, ainsi que les conclusions auxquelles elle permet d'arriver, le chapitre 7 illustre l'utilisation psychométrique et clinique de l'instrument en présentant quatre histoires de cas ainsi que les rapports associés. Il est fortement recommandé à un futur utilisateur de prendre connaissance de ces histoires de cas pour faciliter l'interprétation appropriée des résultats de l'EGCP-II-R pour un de leurs usagers.

Le dernier chapitre conclut sur la pertinence et l'utilité de l'EGCP-II-R tout en rappelant certaines limites et en faisant certaines mises en garde. Plusieurs travaux et études ultérieures sont identifiés en vue d'améliorer éventuellement l'outil et favoriser son utilisation dans le meilleur intérêt des usagers manifestant des TC ou TGC et de leur entourage.

2. CONTEXTE THÉORIQUE

Guy Sabourin, Maxime Paquet, Pierre Senécal

2.1 Définitions

Dans les écrits scientifiques concernant les troubles du comportement, plusieurs appellations différentes sont utilisées pour décrire et étudier ce genre de difficultés comportementales chez les personnes présentant une DI avec ou sans trouble du spectre de l'autisme (TSA). Il ne semble pas exister encore actuellement de consensus sur la terminologie la plus appropriée pour décrire ce type de phénomène.

Dans les écrits scientifiques des pays anglo-saxons, plusieurs concepts sont utilisés et ont approximativement la même signification sur le plan empirique (Sabourin, 2004). Les descripteurs en langue anglaise sont les suivants :

- *Behavior disorder* (trouble du comportement);
- *Behavior problem* (comportement problématique);
- *Maladaptive behavior* (comportement maladaptatif);
- *Challenging behavior* (comportement à défi);
- *Aberrant behavior* (comportement aberrant).

Tous ces termes semblent être utilisés dans les écrits scientifiques comme des synonymes, même s'ils décrivent parfois des réalités différentes étant donné la signification donnée au comportement, mais aussi à la méthodologie et aux stratégies de mesure qui sont utilisées. Au Québec, le concept de « comportement inadéquat » est utilisé par Maurice, Morin, Tassé, Garcin et Vaillant (1997). Ces auteurs utilisent un paramètre particulier de cotation des comportements, soit le type d'intervention sélectionné dans le milieu habituel de la personne pour faire face au comportement inadéquat. Ce type de cotation pourrait toutefois refléter davantage les valeurs et les orientations idéologiques du milieu que les caractéristiques pertinentes aux comportements problématiques de la personne.

Pour Thompson et al. (1999), il n'existerait malheureusement pas de consensus sur la définition des comportements dits problématiques chez les personnes présentant une DI sauf, peut-être, l'affirmation que ce sont des comportements qui nuisent ou interfèrent à l'adaptation fructueuse de ces personnes dans la communauté. Chacune des appellations décrites plus haut met l'accent

sur des considérations différentes ou des aspects particuliers qui sont associés au concept de CP que l'on tente de décrire.

À titre d'exemple, Reiss (1994), dans son « *Handbook of challenging behavior* », utilise le terme « comportement représentant un défi » pour décrire toutes les difficultés comportementales chez les personnes présentant une DI. Ce concept renvoie d'abord aux défis que peut représenter ce type de comportement pour l'entourage de la personne, sans considération pour la fonctionnalité de ces comportements. Pour cet auteur, le concept de « comportement représentant un défi » peut inclure aussi bien les troubles de santé mentale (syndrome clinique reconnu) que les troubles de personnalité ou les TGC. Il considère que le concept de TGC devrait d'ailleurs être distinct des autres concepts dans la mesure où des comportements tels que des comportements agressifs d'ordre physique envers autrui, de l'automutilation ou destructeurs ne sont pas nécessairement des indices de troubles de santé mentale et qu'ils peuvent, au contraire, être associés à des conditions d'ordre génétique, neurologique ou à d'autres conditions médicales spécifiques. Ces derniers types de comportements représentant un défi peuvent s'expliquer aussi par des conditions de contingences opérantes particulières ou par des fonctions de communication qui n'ont rien à voir avec des troubles de santé mentale. Reiss (1994) reconnaît toutefois qu'ils peuvent amener des troubles de santé mentale s'ils ne sont pas traités adéquatement.

La position théorique de Reiss, en 1994, est inspirée davantage d'une approche clinique que d'une approche normative (comparaison du comportement d'une personne à celui d'un groupe de référence) ou d'une approche normative fondée sur le développement normal. Il semble considérer la possibilité d'un diagnostic de psychopathologie pour décrire les comportements d'une personne en comparant les comportements actuels de cette personne à ses comportements antérieurs, donc en considérant l'évolution comportementale de la personne elle-même, sans référence aux comportements d'autres personnes qui ont des caractéristiques semblables. En fait, il semble préférer faire référence à la 4^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 1994) comme système de classification des psychopathologies, sauf dans le cas des TGC (Reiss, 1994).

Par contre, une approche normative considère davantage les comportements problématiques sur un continuum et attribue le qualificatif de « trouble » à des comportements qui s'écartent de façon significative d'une norme statistique de fréquence, de gravité ou d'une norme du développement normal. Les troubles sont alors classés comme étant internalisés ou externalisés sans référence directe à un autre système diagnostic psychopathologique et sans lien avec un système étiologique particulier. Dans ce contexte, d'autres terminologies sont utilisées de façon préférentielle, à savoir des comportements problématiques ou toute autre appellation qui réfère davantage à une comparaison avec le comportement dit normal (ex. : aberrant, inadéquat, maladaptatif) ou à un groupe de référence.

Pour prendre un autre exemple, la notion de comportement à défis renvoie littéralement à la responsabilité, pour les intervenants ou l'entourage de la personne, de trouver des solutions pour ce type de comportement. Cette expression exclut la fonctionnalité de ce comportement pour la personne qui pourrait être adaptatif en ayant, par exemple, une fonction de communication. Elle met plutôt exclusivement l'accent sur l'interprétation que le milieu d'intervention doit faire de la présence de ces comportements chez cette personne. Le concept de comportement maladaptatif utilisé par Thompson et al. (1999), ainsi que par Nihira, Leland et Lambert (1993), associés à l'ancienne *Association américaine sur le retard mental*, met l'accent davantage sur la conséquence de ce type de comportement, soit de nuire à leur adaptation fructueuse à leur communauté.

Dans les travaux réalisés au Québec, le concept de « comportements problématiques » semble plus souvent utilisé pour décrire ce phénomène chez les personnes présentant une DI (Morin et Méthot, 2003). Cette appellation est intéressante, car elle est plus neutre et ne porte aucune signification autre que de questionner l'entourage sur la signification ou sur leur gravité, et sur le fait qu'ils pourraient sans doute occasionner éventuellement des ennuis à la personne ou à son entourage. Cependant, lors de la réalisation des travaux pour s'entendre sur une définition de TGC, une certaine hiérarchisation dans l'utilisation de ces appellations est apparue importante et utile dans la compréhension de ce type de phénomène.

Rappelons tout d'abord la définition du concept de TC et de TGC qui a été obtenue en 2006-2007 au Québec et publiée en 2010 par Tassé et al. :

Un trouble du comportement se définirait de la façon suivante :

« Action, ou tout ensemble d'actions, qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique. »

Par ailleurs, un trouble grave du comportement se définirait comme :

« Un trouble du comportement est jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux. »

Ainsi, il serait possible d'utiliser de façon hiérarchique les différentes appellations de ce type de phénomène. Dans le manuel, nous utiliserons cette hiérarchie axée sur la gravité globale des CP. Par exemple, lorsqu'un comportement est ou peut être considéré comme problématique par son entourage (ou dans les écrits scientifiques), il devrait, dans un premier temps, être évalué plus en détail à l'aide d'un instrument approprié pour tenter d'identifier **si ce comportement s'écarte significativement** des normes sociales, culturelles ou de développement chez un groupe de référence ayant des caractéristiques semblables à cette personne. À ce moment, on pourrait le

qualifier de trouble du comportement. Si, par ailleurs, les préjudices deviennent sérieux et qu'ils mettent réellement ou potentiellement en danger l'intégrité physique ou psychologique de la personne elle-même, d'autrui, ou de son environnement ou qu'ils amènent d'autres types de conséquences majeures telles que mentionnées dans la définition de TGC de Tassé et al. (2010), l'appellation de TGC devrait être utilisée.

Une pyramide de gravité pourrait donc être utilisée pour décrire ces phénomènes sur un continuum hiérarchique débutant par un comportement problématique (CP), suivi d'un trouble du comportement (TC), et se terminant finalement par un trouble grave du comportement (TGC). De plus, la gravité, dans le contexte d'un TGC, devrait se définir non seulement par la présence ou non de comportements à haut risque, mais aussi par une évaluation plus approfondie et cumulée des conséquences et impacts associés aux TC de la personne. Selon cette proposition, le concept de préjudices à la personne elle-même, à autrui ou à l'environnement, serait davantage respecté. Il permettrait aussi d'inclure un plus large éventail de conséquences et d'impacts, mentionnés par les différents chercheurs dans le domaine, entre autres diverses conséquences psychosociales importantes, pour définir les TC, mais surtout les TGC (Allen, 2008; Emerson, 2001; Tassé et al., 2010).

En utilisant ces trois niveaux de gravité des comportements dits problématiques chez les personnes présentant une DI, ceci permet de demeurer dans un schème normatif de classification et aussi de préciser s'il y a présence ou non de TC ou de TGC chez la personne, et ce, en fonction de comparaisons statistiques vis-à-vis d'un écart significatif (cliniquement ou statistiquement) dans les caractéristiques du comportement dit problématique et des conséquences ou impacts associés à ces comportements spécifiques. Il serait possible, par exemple, d'utiliser la fréquence et la gravité des conséquences de ces comportements chez une personne et de les comparer à un échantillon de personnes ayant des caractéristiques semblables à celle-ci afin d'établir un niveau de gravité globale de ce type de comportements.

2.2 Paramètres de mesure des comportements problématiques

Sabourin constatait en 2004 que le manque de consensus sur la définition des CP avait eu des impacts très importants sur le plan de la recherche scientifique. Plusieurs chercheurs utilisaient et utilisent encore aujourd'hui diverses modalités de mesure des CP sans considération pour les effets différentiels que peuvent avoir ces différents paramètres de mesure sur les résultats de leur outil. Par exemple, différentes grilles de CP peuvent utiliser les mêmes items ou énoncés, mais elles les regroupent dans des facteurs ou des catégories comportementales différentes, selon la grille utilisée (Sattler, 1992). D'autre part, les systèmes de cotation utilisés par les chercheurs peuvent ne comporter que la fréquence des CP (ABS : RC-2 : Nihira et al., 1993), ou leur gravité

(*Aberrant behavior scale* : Walsh et Shenouda, 1999), ou même uniquement le type d'interventions requises dans le milieu de vie de la personne (Maurice et al., 1997).

Le degré de spécificité des énoncés peut varier de façon très importante. Par exemple, certains instruments d'évaluation des CP se limitent à l'évaluation de la fréquence, tels que l'ABS-RC : 2 (Nihira et al., 1993), qui se concentrent uniquement sur l'évaluation de la fréquence de comportements très spécifiques. D'autres mesurent la fréquence et la gravité de grandes catégories comportementales, comme le SIB-R (Bruininks, Woodcock, Weatherman et Hill, 1996). Toutes ces variations de mesure ne peuvent qu'ajouter à la confusion dans le domaine et diminuer les chances d'obtenir des résultats stables et cohérents dans les recherches sur les CP.

Sabourin (2004) a proposé d'adopter une définition de travail sur les CP et des TC plus intégrative en utilisant le plus grand nombre de paramètres possibles afin de mieux représenter le phénomène. Il propose aussi de se limiter à l'évaluation de grandes catégories comportementales, car c'est à ce niveau qu'il semble exister un plus grand consensus entre les chercheurs et les résultats des recherches empiriques. Enfin, dans le choix des comportements spécifiques de ces catégories, il y aurait lieu de se limiter aux comportements les plus typiques (moléculaires) ou exemplaires de chacune de ces catégories (molaires). Ceci devrait permettre de limiter, le plus possible, l'erreur de mesure dans chacune de ces catégories comportementales.

Enfin, les comportements exemplaires d'une catégorie de CP devraient le plus possible être formulés de façon à ne pas être assimilables directement aux critères d'un système de classification des troubles mentaux (ex. : le DSM américain ou le SIM international). Cette dernière précaution ferait en sorte de respecter, dans la mesure du possible, la distinction faite par Reiss (1994) à l'effet de bien distinguer les comportements spécifiques pouvant être considérés comme des TC, plus susceptibles d'être appris et multidéterminés, des comportements davantage indicatifs de syndromes nosologiques de troubles mentaux (ex. : comportements agressifs, destructeurs ou d'automutilation ou socialement offensants). Ces postulats théoriques et méthodologiques permettraient d'utiliser davantage une approche normative de ces catégories de comportements comme étant sur un continuum de gravité plutôt qu'étant indicatif de catégories spécifiques de syndromes cliniques différents.

Sur les plans cliniques et de la recherche, plusieurs constats reviennent fréquemment dans les écrits au sujet des CP et militent pour de telles positions théoriques et méthodologiques. Selon Griffiths (1989), un comportement n'est pas nécessairement problématique en soi, mais plutôt à cause de ses caractéristiques qui sont *jugées inacceptables ou inadaptées* socialement ou culturellement *dans le milieu de vie actuel de la personne*. Selon elle, ces caractéristiques sont associées, entre autres, au type de comportement, à la fréquence, à la durée ou à l'intensité des comportements émis par la personne.

D'autres caractéristiques, souvent mentionnées, sont également associées aux conséquences liées à ces comportements (Emerson et al., 2001; Lowe et Felce, 1995; Morreau, 1985). Pour Lowe et

Felce (1995), un CP grave réfère à un comportement qui nuit à la sécurité de la personne ou à celle d'autrui, ou qui limite ou interfère avec l'accès à des ressources communautaires. Selon ces mêmes auteurs, tout comportement qui nuit ou interfère avec le développement ou avec la qualité de vie de la personne doit être considéré comme un comportement représentant un défi, donc comme un TC. Pour Morreau (1985), tout comportement qui affecte négativement la personne, l'environnement physique ou autrui peut être considéré comme un TC.

D'autre part, Thompson et al. (1999) constatent, dans leur revue narrative des études sur les CP, qu'il existe un nombre de facteurs, au sens de l'analyse factorielle, relativement bien établis et limités qui composeraient les TC. Comme dans le domaine des comportements d'adaptation, le nombre de facteurs varierait en fonction du niveau sélectionné d'analyse, soit une analyse factorielle au niveau des énoncés comme tels (comportements spécifiques ou moléculaires : frapper autrui avec son poing), soit au niveau des types (facteurs internalisés ou externalisés) ou au niveau des catégories de comportements (comportements agressifs d'ordre physique envers autrui). Au niveau plus global, il ressort, selon ces auteurs, deux grands facteurs ou types de CP significatifs, soit les TC sur le plan personnel (inadaptation plus personnelle ou TC internalisés) et les TC davantage sur le plan social (inadaptation sociale ou TC externalisés). Ces auteurs concluent aussi à l'existence probable d'un système hiérarchique des CP significatifs (voir résumé Tableau 1).

Il y aurait, selon eux, un domaine général de CP qu'ils considèrent être en lien avec la compétence émotionnelle générale d'une personne (niveau III : score global de CP). Ce domaine de CP se diviserait en deux grands facteurs de TC (niveau II), soit l'inadaptation personnelle (TC internalisés) et l'inadaptation sociale (TC externalisés). Et enfin, il y aurait un dernier palier (niveau I) qui comporte au moins six sous-facteurs ou catégories comportementales, dont deux au niveau internalisé, quatre au niveau externalisé et une catégorie indéfinissable. Dans le facteur de TC internalisés, il y aurait la catégorie :

- de Retrait; et
- de Comportements destructeurs vers soi.

Au niveau des TC externalisés, il y aurait :

- les Comportements destructeurs en général,
- les Comportements destructeurs vers l'externe;
- les Comportements sociaux perturbateurs; et
- les Comportements sexuels aberrants.

Il existerait également une autre catégorie de TC externalisés divers, mais difficiles à classer (Thompson et al, 1999).



Les deux grands facteurs identifiés de niveau II correspondent globalement aux deux grands facteurs de CP identifiés chez les enfants et chez les adolescents dits normaux et que l'on appelle les TC internalisés et les TC externalisés (Kohn et Rosman, 1973; McGrew et Bruininks, 1989; Sattler, 1992). Même au Québec, ces appellations sont utilisées de façon semblable pour décrire ces deux grands facteurs par Turgeon et Parent (2012), mais incluent aussi les troubles de santé mentale, un peu comme le fait Reiss (1994). Le niveau I de Thompson et al. (1999) qui décrit les six ou sept catégories comportementales serait donc moins sûr et nécessiterait plus de recherches en tenant compte de tous les énoncés des grilles existantes, pour une clientèle cible donnée.

Toujours selon Thompson et al. (1999), aucun instrument d'évaluation ne contenait à l'époque toutes les catégories de niveau I des CP qu'ils avaient établies comme pertinentes. Chacun des instruments étudiés mettait l'accent sur l'un ou l'autre des sous-facteurs identifiés dans leur modèle intégratif et hiérarchique (voir le Tableau 1) :

Tableau 1 : Système hiérarchique des comportements problématiques de Thompson et al., 1999

Niveau III	
Compétence émotionnelle : facteur général de TC	
Niveau II	
Deux grandes catégories : inadaptation personnelle et inadaptation sociale	
TC internalisés	TC externalisés
Niveau I	
Au moins six sous-facteurs ou catégories	
TC internalisés	TC externalisés
Retrait Comportements destructeurs envers soi	Comportements destructeurs en général Comportements destructeurs envers l'externe Comportements sociaux perturbateurs Comportements sexuels aberrants Autres comportements externalisés

Comme Sabourin (2004) désirait développer un instrument de repérage rapide de la présence de TC de niveaux de gravité différente, il avait intérêt à être le plus spécifique possible dans la



définition des catégories qui sous-tendent le facteur de TC internalisés et celui de TC externalisés et à choisir des énoncés représentatifs de ces différentes catégories. Pour ce faire, une comparaison du contenu détaillé des catégories comportementales et des énoncés comportementaux des principales grilles d'évaluation utilisées par Thompson et al. (1999) a été réalisée en 2004.

Les deux principaux instruments étudiés par Thompson et al. (1999) sont les diverses versions de l'ABS de Nihira, Foster, Shellhaas et Leland (1969), ainsi que les différentes versions de l'ICAP-PBS : *Inventory for Client and Agency Planning-Problem Behavior Scales* (Bruininks, Hill, Weatherman et Woodcock, 1989). Ces deux instruments comportent des catégories différentes et des énoncés très différents dans leur facteur respectif de TC internalisés (voir le Tableau 2 : Catégories de TC de l'ABS et de l'ICAP-PBS par rapport à ceux de Thompson et al., 1999).

L'ABS est composé de trois catégories internalisées, soit des *Comportements d'automutilation*, des *Comportements sexuels* et, enfin, des *Comportements stéréotypés et hyperactifs*. D'autre part, l'ICAP-PBS (Bruininks et al. 1989) comporte lui aussi trois catégories de comportements « maladaptatifs » internalisés, mais dont les énoncés sont, en partie, différents, même si certains titres sont semblables, soit : *Automutilation*, *Comportements répétitifs ou inhabituels* et *Comportements de retrait ou d'inattention*.

Seule la catégorie d'*Automutilation* est commune aux deux instruments et est conforme à l'analyse de Thompson et al. (1999). La seconde catégorie de *Comportements de retrait* identifiée par Thompson et al. (1999) se retrouve seulement dans les comportements « maladaptatifs » internalisés de l'ICAP-PBS (Bruininks et al., 1989). Toutefois, il est confondu avec des comportements d'inattention. Par contre, l'ABS de Nihira et al. (1969) comporte une catégorie nommée *Engagement* qui contient des descriptions de CP qui sont semblables à la catégorie de *Comportements de retrait*.

Par ailleurs, ces deux instruments comportent une catégorie de comportements « maladaptatifs » internalisés associée à des *Comportements stéréotypés* alors que Thompson et al. (1999) ne l'identifie pas dans leur système hiérarchique des comportements « maladaptatifs ». Il est possible que cette catégorie n'ait pas été identifiée par ces auteurs, car elle est confondue avec deux autres catégories différentes, soit des comportements hyperactifs dans l'ABS (Nihira et al., 1969) et des comportements inhabituels dans l'ICAP-PBS (Bruininks et al., 1989). Si cette catégorie de *Comportements stéréotypés* était bien isolée des autres catégories confondantes, elle pourrait être éventuellement intégrée au Système hiérarchique des comportements « maladaptatifs » internalisés, car, selon Thompson et al. (1999), ce niveau du système peut être facilement élargi pour mieux représenter l'ensemble des catégories pertinentes.



Tableau 2 : Équivalences entre les catégories comportementales de l'ABS et de l'ICAP-PBS versus le niveau I (catégories) du système hiérarchique de Thompson et al. (1999)

Catégories de l'ABS	Catégories de l'ICAP-PBS	Système hiérarchique de catégories
TC de type internalisés		
Automutilation	Automutilation	Automutilation
<i>Aucun autre, mais une catégorie est semblable à celle de retrait</i>	Comportements de retrait ou d'inattention	Retrait
Comportements stéréotypés et hyperactifs	Comportements répétitifs ou inhabituels	<i>Aucune</i>
Comportements sexuels	<i>Aucune</i>	<i>Aucune</i>
TC de type externalisés		
Conformité Être digne de confiance Comportements sociaux	Comportements perturbateurs	Comportements sociaux perturbateurs
Être digne de confiance Comportements sociaux	Comportements destructeurs dirigés vers les objets	Comportements destructeurs en général
Comportements sociaux	Comportements agressifs physiques envers autrui	Comportements destructeurs dirigés vers l'externe
Comportements sociaux	Comportements sociaux offensants	<i>Aucune</i>
Conformité	Comportements de non-coopération	<i>Aucune</i>
Comportements sexuels	<i>Aucune</i>	Comportements sexuels aberrants

Sur le plan des catégories de TC de type externalisés, les catégories de l'ABS et de l'ICAP-PBS (Bruininks et al., 1989) sont eux aussi très différents quoiqu'ils recoupent, d'une façon ou d'une autre, toutes les catégories identifiées par Thompson et al. (1999), à l'exception des *Comportements sexuels aberrants*. En effet, la catégorie de comportements « maladaptatifs »

sexuels de ces auteurs ne se retrouve que dans l'ABS, mais dans la catégorie des comportements « maladaptatifs » de type internalisés.

Dans l'ABS, les TC de type externalisés comportent trois catégories : *Comportements sociaux*, *Conformité* et *Être digne de confiance*. Après la comparaison détaillée du contenu des énoncés (comportements spécifiques ou moléculaires) de la catégorie de *Comportements sociaux*, il appert qu'elle contient aussi bien des *Comportements destructeurs en général* (ex. : lance des objets), que des *Comportements destructeurs dirigés vers l'externe* (ex. : donne des coups de pieds, frappe ou gifle les autres) ainsi que des *Comportements sociaux perturbateurs* (ex. : agace ou fait du commérage à propos des autres (énoncé 3), dérange les activités des autres (énoncé 7)). La catégorie *Conformité* de l'ABS comporte exclusivement des *Comportements sociaux perturbateurs*. Pour sa part, la catégorie *Être digne de confiance* regroupe autant des *Comportements destructeurs en général* (ex. : endommage ses biens personnels (énoncé 17), endommage les biens publics (énoncé 18)) que des *Comportements sociaux perturbateurs* (ex. : ment ou triche (énoncé 16)). Les catégories de l'ABS sont donc moins spécifiques et sont très différentes du Système hiérarchique des comportements « maladaptatifs » de Thompson et al. (1999), sauf pour la catégorie *Conformité* qui ne comporterait, après une comparaison détaillée du contenu des énoncés de CP (comportements spécifiques), que des *Comportements sociaux perturbateurs*.

L'ICAP-PBS de Bruininks et al. (1989) contient, pour sa part, trois catégories dans les TC de type externalisés, soit : *Comportements agressifs physiques envers autrui*, *Comportements destructeurs envers les objets* et *Comportements perturbateurs*. Ces trois catégories semblent correspondre relativement bien aux catégories de niveau I identifiées par Thompson et al. (1999) si on les associe de la façon suivante : *Comportements destructeurs en général* = *Comportements destructeurs envers les objets*, *Comportements destructeurs dirigés vers l'externe* = *Comportements agressifs physiques envers autrui* et *Comportements sociaux perturbateurs* = *Comportements perturbateurs*.

Dans l'ICAP-PBS de Bruininks et al. (1989), il y a toutefois un troisième facteur ou type de TC de niveau II qu'ils ont nommé Facteur asocial (*Asocial Maladaptive Index*) qui comporte deux catégories, soit des *Comportements sociaux offensants* (*Socially Offensive Behavior*) et des *Comportements de non-coopération* (*Uncooperative Behavior*). Dans le système hiérarchique des comportements « maladaptatifs » de Thompson et al. (1999), ces deux catégories peuvent très bien être intégrées au niveau I, car ce sont des TC essentiellement de type social et que, ce palier du système peut être facilement élargi pour mieux représenter l'ensemble des catégories pertinentes.

Pour ce qui est de la catégorie de *Comportements sexuels*, elle se retrouve dans l'ABS de Nihira et al. (1969) et dans le système de Thompson et al. (1999). Il serait donc nécessaire de retenir une



telle catégorie dans l'EGCP, mais en l'intégrant théoriquement au facteur externalisé tel que proposé par Thompson et al. (1999).

Une analyse des catégories de ces deux outils et de leur contenu en comparaison du système hiérarchique de Thompson et al. (1999) a permis de déduire l'existence probable de neuf catégories comportementales à partir de la description des CP spécifiques de l'ABS de Nihira *et al.* (1969) et de l'ICAP-PBS (Bruininks et al., 1989). De plus, chacune de ces catégories retenues (voir Tableau 3) a permis de regrouper des descriptions comportementales spécifiques (moléculaires) inspirées de chacun de ces outils. Ainsi, l'EGCP initiale a été construite avec ces neuf différentes catégories de façon la plus exhaustive possible tout en conservant des descriptions comportementales les plus représentatives de chacune de ces catégories ainsi que leur type de catégories associées attendues (internalisé ou externalisé) telles qu'illustrées au tableau 3.

Tableau 3 : Catégories comportementales retenues et déduites des deux instruments comparés

CP de type externalisés	CP de type internalisés
Comportements sociaux perturbateurs	Automutilation
Comportements destructeurs dirigés vers les objets	Comportements de retrait
Comportements agressifs d'ordre physique envers autrui	Comportements stéréotypés
Comportements sociaux offensants	
Comportements de non-coopération	
Comportements sexuels aberrants	

Dans le présent cadre théorique et de mesure des CP et des TC, la définition suivante d'un CP est proposée : tout comportement ou toute catégorie comportementale compatible avec les comportements considérés de type internalisés ou externalisés identifiés par Thompson et al. (1999) qui sont déduits des outils mentionnés par ces chercheurs et qui sont jugés socialement ou culturellement inacceptables ou inadaptés dans le milieu de vie actuel de la personne étant donné leur fréquence, leur durée ou leur intensité (caractéristiques intrinsèques des comportements spécifiques). Les catégories comportementales associées à ces comportements doivent aussi générer des conséquences négatives sur la personne ou sur son environnement physique ou social. Il y aurait donc deux grands critères pour définir un comportement ou une catégorie



comportementale comme un TC : qu'il présente certaines caractéristiques intrinsèques à des TC (critère A : fréquence, durée ou intensité) **et** certaines caractéristiques liées à l'effet de ces comportements (critère B : conséquences et impacts d'une gravité suffisante pour être considérés comme un TC).

Sur le plan du critère B, le ou les comportements ou catégories comportementales peuvent nuire non seulement à la personne, mais aussi à son environnement physique et social. Ces conséquences ou impacts négatifs peuvent être multiples et nuire ou interférer, pour la personne, avec sa santé ou son intégrité physique, ses propriétés (biens personnels), ses interactions sociales (par le rejet social), à la possibilité de réaliser de nouveaux apprentissages ou de participer à sa réadaptation, à nuire de façon sérieuse à sa qualité de vie par l'application de mesures contraignantes (p. ex. : isolement, contentions), à interférer à son accès ou à son maintien dans des services de la communauté, à ses droits civiques lors de poursuites judiciaires, à sa perte de liberté lors de son hospitalisation. Ces impacts négatifs peuvent, aussi, nuire à son environnement physique et social au plan de la santé ou de l'intégrité physique d'autrui, la propriété d'autrui, les droits civiques ou fondamentaux d'autrui (intimité, sécurité, etc.), l'intégrité psychologique (stress, tension, crise) ou la santé mentale d'autrui, le fonctionnement ou les activités habituelles d'autrui (sommeil, travail, interactions, etc.) (Emerson, et al., 2001; Griffiths, 1989; Lowe et Felce, 1995; Moreau, 1985).

Selon la présente définition des CP et des TC, la mesure des CP devrait donc inclure ces différents paramètres (Critère A et Critère B). Dans le présent cadre théorique et de mesure, le niveau II du modèle de Thompson et al. (1999) permettant d'identifier certains CP comme des TC internalisés et des TC externalisés et, si possible, le niveau III (facteur général de comportements problématiques) seront utilisés. Les deux concepts associés au niveau II (externalisé et internalisé) sont, en effet, plus généralisés et conformes avec les écrits scientifiques concernant les personnes présentant une DI (McGrew et Bruininks, 1989; Thompson et al., 1999), mais aussi avec ceux existant chez les enfants et les adolescents (Kohn et Rosman, 1973; Lambert et Nicoll, 1976; McGrew, Ittenbach, Bruininks et Hill, 1991; Nihira, 1969; Peterson, 1961). De plus, il risque d'être plus facile de généraliser les résultats obtenus avec ces concepts, car ce sont des concepts utilisés dans de nombreux outils d'évaluation des TC.

D'autre part, il serait préférable d'inclure seulement un paramètre en ce qui a trait aux caractéristiques intrinsèques des CP telles que la fréquence des comportements. Les autres caractéristiques, telles que la durée et l'intensité, pourraient être évaluées davantage par un paramètre lié aux conséquences ou aux impacts des CP évalués, donc liés davantage à la gravité de ces conséquences et impacts. Par exemple, la partie 2 de l'ABS (Nihira et al., 1969) n'utilise que des scores de fréquence pour quantifier la présence de CP chez une personne. Cette méthode est critiquée, parce qu'avec ce système de cotation, il est tout à fait possible que des individus ayant des fréquences élevées de CP associés à des conséquences légères obtiennent un score global

supérieur à des individus ayant de faibles fréquences de CP, mais très graves, comme un comportement de type homicide qui est rare, mais associé à des conséquences très sérieuses (Sattler, 1992; Taylor, Warren et Slocumb, 1979).

Taylor, Warren et Slocumb (1979) ont démontré qu'il est possible, avec l'aide de juges experts, de classer de façon cohérente les 41 énoncés, regroupant plusieurs descripteurs de CP, de l'ABS (Nihira et al., 1969) selon le niveau de conséquences négatives sur la personne ou sur son environnement. Clements, Bost, Dubois et Turpin (1980) ont mis au point un système pour établir le poids relatif de chacun de ces 41 énoncés de l'ABS (Nihira et al., 1969) en termes de gravité, en utilisant 33 psychologues comme juges. Ils obtiennent ainsi un très bon indice de stabilité entre les juges (coefficient *split-halves* de 0,87) pour l'ensemble des énoncés de l'ABS (Nihira et al., 1969). Par la suite, Clements, Dubois, Bost et Bryan (1981) ont étudié la valeur prédictive des scores de gravité et de fréquence des énoncés de l'ABS (Nihira et al., 1969) par rapport à une évaluation globale de gravité des CP présents chez sept groupes de personnes présentant une DI. Un groupe d'experts composé de sept psychologues ont classifié 210 participants en quatre niveaux de gravité : de 1 (aucun trouble du comportement) jusqu'à 4 (trouble grave du comportement). En comparant les résultats obtenus avec les scores de fréquence et de gravité, Clements et al. (1981) constatent que les scores de gravité expliquent 11 % de plus de variances que les scores de fréquence, dans les scores d'évaluation globale de gravité. Il serait donc intéressant d'inclure, dans l'outil de mesure des CP, non seulement un score de fréquence, mais aussi un score de gravité en termes de conséquences et d'impacts dans la mesure des CP.

Par ailleurs, il est important de rappeler que les comportements dits problématiques chez les personnes présentant une DI sont reconnus, de plus en plus, comme des tentatives de communication ou d'adaptation (Bush, 2011). Ce type de comportements ne peuvent pas être réduits à des causalités uniquement médicales ou psychiatriques; ils peuvent aussi être causés par des interactions inadéquates entre la personne et son environnement, donc être de l'ordre des causes psychosociales (Belva, Hattier et Matson, 2013; Gardner, Dosen, Griffiths, King et Lapointe, 2006). Toutefois, plus ces comportements deviennent importants et amènent des conséquences sérieuses, plus la probabilité de troubles de santé physique et de santé mentale augmenterait (Dosen, Gardner, Griffiths, King et Lapointe, 2007; Gardner, Dosen, Griffiths, King et Lapointe, 2006).

2.3 Liens entre la présence de troubles du comportement et la présence de troubles de santé mentale

Selon Allen (2008), les études sur les liens entre les TC chez les personnes présentant une DI et la présence de troubles de santé mentale (TSM) sont plus ou moins concluantes et génèrent des résultats mixtes. Par ailleurs, de telles études n'étant pas nombreuses avant 2008, elles

comporteraient plusieurs biais méthodologiques qui ne permettent pas de distinguer clairement les liens entre la présence de TC spécifiques et la présence ou non de TSM concomitants. À titre d'exemple, chacune des études mentionnées par Allen (2008) utilise des instruments d'évaluation des CP différents ainsi que divers instruments de dépistage des TSM comportant des catégories diagnostiques limitées et souvent de conception très diversifiée. De plus, elles sont souvent limitées à la clientèle de personnes présentant une DI légère et elles ne comportent que de petits échantillons. Il y a par ailleurs un certain nombre de constats relativement consistants indiquant que plus la gravité des TC augmente, plus la probabilité de la présence de symptômes de TSM augmente de façon concomitante.

Les travaux subséquents à ceux cités par Allen (2008) ont d'ailleurs démontré des problèmes méthodologiques semblables, mais ils ont confirmé, à nouveau, la présence de cette corrélation positive entre la gravité de TC et la gravité des TSM (Allen, Lowe, Matthews et Anness, 2012; Felce, Kerr et Hastings, 2009; Grey, Pollard, McClean, MacAuley et Hastings, 2010; Pruijssers, van Meijel, Maaskant, Nijssen et van Achterberg, 2014). Malheureusement, ces différents travaux n'ont pas pu trouver de liens significatifs entre la présence de TC spécifiques (description moléculaire d'un CP) et une symptomatologie particulière en termes de TSM. Par contre, ces travaux ont tous relevé des corrélations significatives entre le score global à un outil de mesure de TC et le score global de symptomatologie de TSM. Un autre constat intéressant est à l'effet qu'un type de TC spécifique peut corrélérer avec plusieurs catégories de TSM simultanément.

Il y a cependant une exception : les travaux de Tsiouris, Kim, Brown et Cohen (2011) qui ont examiné les liens possibles entre certains troubles psychiatriques et les comportements agressifs en contrôlant l'influence du sexe, de l'âge, du diagnostic de TED et du niveau de DI. Ces chercheurs ont utilisé une version modifiée d'un outil qui distingue cinq types de comportements agressifs différents, soit (1) les agressions verbales envers autrui (2) les agressions physiques envers autrui (3) les agressions physiques envers les objets (4) les agressions physiques envers soi et (5) les agressions verbales envers soi-même. Leurs résultats montrent que l'anxiété, le contrôle des impulsions et les troubles bipolaires sont associés aux agressions envers soi. Il en est de même de la présence d'une DI grave et d'un syndrome d'autisme. Par ailleurs, plus la personne est jeune, plus elle est susceptible de présenter de l'agression envers soi et envers autrui à l'exception de l'agression verbale. De plus, l'anxiété diagnostiquée par un psychiatre est fortement associée aux agressions verbales (21 % de plus que dans le groupe sans ce diagnostic) ainsi qu'aux agressions envers soi (34 % de plus que dans le groupe sans ce diagnostic). D'autre part, les troubles obsessionnels-compulsifs sont associés aux agressions physiques envers les objets (21 % de plus que dans le groupe sans ce diagnostic). Par ailleurs, l'anxiété, les troubles du contrôle des impulsions et les troubles bipolaires sont des comorbidités courantes chez les personnes présentant un syndrome dans le spectre de l'autisme, lesquelles contribueraient à l'apparition et à l'exacerbation des comportements d'agressivité envers soi et envers les objets (Tsiouris et al., 2011).

Ces mêmes auteurs concluent à l'existence chez ces personnes de relations complexes entre la psychopathologie, telle que l'anxiété, et les TC. Les professionnels qui interviennent auprès d'eux devraient donc procéder à des démarches diagnostiques exhaustives qui couvrent plusieurs dimensions du fonctionnement de la personne (biologique/physiologique, psychologique, social et environnemental). Ils recommandent l'utilisation d'une approche multidisciplinaire et multidimensionnelle pour explorer les interactions et la synergie entre la présence de psychopathologie et les TC (Tsiouris et al., 2011).

Compte tenu de ces constats, il est important de bien distinguer les comportements problématiques des manifestations ou symptômes de troubles de santé mentale (TSM) dans un outil de mesure des TC, surtout si on veut en mesurer la gravité. C'est pourquoi il faut bien dissocier les comportements qui font partie des critères de santé mentale, c'est-à-dire les symptômes inclus dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), par rapport à ceux qui se retrouvent dans l'EGCP-II-R. Ainsi, la formulation des comportements dits problématiques typiques des catégories de l'EGCP est très descriptive et comportementale en évitant toute connotation à un ou des symptômes pouvant se trouver dans le DSM-5. Par exemple, dans le DSM-5, on retrouve souvent des symptômes associés à un affect négatif (perd le contrôle de ses émotions) ou même comportemental avec plusieurs critères (est rancunier ou vindicatif au moins deux fois dans les 6 derniers mois). Les énoncés de comportements problématiques de l'EGCP demeurent plus descriptifs et donc plus faciles à observer tel que crie, utilise un langage colérique, hurle. Cette façon de faire permet de regrouper un ensemble d'actions qui ont des conséquences et des impacts relativement semblables et même des fonctions relativement similaires sur le plan personnel et même social, sans postuler un lien avec une psychopathologie spécifique, ni avec une émotion particulière et surtout en n'y associant aucune motivation ou causalité psychopathologique sous-jacente.

Gardner (2002) appelle ces comportements problématiques des comportements non spécifiques à un système de classification des troubles de santé mentale (TSM), car ces comportements peuvent se retrouver dans plusieurs syndromes différents sans être considérés comme déterminants pour poser un diagnostic de TSM. Dans ce sens, les CP contenus dans l'EGCP-II-R sont des comportements non spécifiques qui ne sont pas associés directement à une catégorie diagnostique du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Ceci devrait permettre de mieux représenter le phénomène particulier de TC comme pouvant être aussi bien des comportements appris, idiosyncrasiques et pouvant avoir une fonction de communication (ex. : crier, agresser physiquement autrui, détruire des objets, refuser de collaborer à des consignes, s'automutiler).

Modèle théorique des liens entre le TC et les troubles de santé mentale

Il est donc suggéré, pour l'instant, de retenir davantage le modèle théorique proposé par Allen (2008) pour comprendre l'interaction entre les TC et les TSM. Selon ce modèle, les TC et les TSM devraient être considérés comme des phénomènes distincts et interreliés qui partagent des

caractéristiques communes, mais qui diffèrent de façon importante autant sur le plan étiologique que sur le plan thérapeutique. Il propose de considérer les TC et les TSM dans un continuum de troubles psychologiques qui sont le produit de facteurs de risque multiples.

La présence et la sévérité de la DI seraient ainsi des facteurs de risque primaire dans la mesure où ces caractéristiques augmentent la probabilité d'occurrence de TC et de TSM. La DI s'accompagne en outre fréquemment d'autres handicaps ou incapacités (ex. : problèmes de communication, au niveau des habiletés sociales et des capacités d'adaptation en général) associés à une augmentation des risques de TC. Le fait que ces personnes soient souvent désavantagées sur le plan socio-économique peut représenter un facteur de risque important et avoir un effet modérateur sur la DI et sur l'apparition et le maintien des TC et des TSM, via entre autres le niveau de stress qu'il peut occasionner. Ceci est particulièrement avéré, lorsque le milieu familial doit faire face à des CP chez son enfant. L'influence du stress relatif peut aussi être importante chez les personnes présentant une DI. Ces dernières sont en effet plus susceptibles de vivre des événements difficiles dans leur vie (ex. : abus de toute nature, divorce de leurs parents, fréquents changements résidentiels). Tous ces facteurs de risque sont bien documentés comme pouvant jouer un rôle dans l'apparition et le maintien des TC, mais aussi des TSM comme facteurs de risque secondaires (Allen, 2008; Dosen et al., 2007; Gardner et al., 2006).

Ces facteurs de risque secondaires ne pourront bien sûr s'actualiser que s'ils entrent en interaction avec d'autres conditions environnementales négatives (ex. : manque d'accès à des relations ou des activités significatives, présence de stimuli déclencheurs ou l'absence de processus de renforcement appropriés) pouvant être considérées comme des facteurs de risque tertiaires. Ainsi, tout dépendant de la combinaison sur le plan individuel de conditions génétiques et environnementales particulières, ces diverses influences pourront exercer une influence unidirectionnelle ou bidirectionnelle sur les TC ou sur les TSM chez une personne présentant une déficience intellectuelle. L'effet bidirectionnel peut s'exercer quand les TC ou les TSM limitent les occasions de développement social ou par l'augmentation des handicaps cognitifs ou interactionnels (ex. : troubles de mémoire, de concentration ou d'habiletés sociales). De plus, la présence de TC spécifiques chez une personne pourrait entrer en interaction avec l'apparition ou le maintien de TSM et inversement.

Le dernier niveau du modèle explicatif de Allen (2008) réfère à l'adéquation des interventions par rapport aux symptômes spécifiques présents chez la personne. Pour intervenir efficacement sur un ou plusieurs TC présents chez une personne, il faut un pairage adéquat entre le ou les symptômes comportementaux et le traitement approprié. Par exemple, une médication psychotrope serait peu utile, et même nuisible, face à des troubles d'automutilation motivés, en grande partie, par des processus de renforcement négatif (d'échappement). De même, des interventions strictement comportementales pour intervenir sur des troubles de l'humeur de type bipolaire seraient peu efficaces et pourraient même exacerber les symptômes de ce trouble.

Or, selon Allen et al. (2013), souvent les TC et les troubles psychiatriques des personnes ayant une DI ne font l'objet d'interventions systématiques que lorsque ceux-ci deviennent chroniques et très bien établis. C'est cependant dans ces conditions que ceux-ci risquent d'être les plus résistants à toute intervention efficace. Ils rappellent par ailleurs que, dépendamment des méthodes d'évaluation utilisées, la prévalence combinée de ces troubles chez cette population adulte en Grande-Bretagne se situe entre 16 et 41 %. De plus, les troubles du comportement sont présents dans 33 à 50 % des troubles identifiés (Allen et al., 2013). Compte tenu de cet état de fait, ils proposent d'adopter une approche de prévention de santé publique compatible avec la perspective de l'Organisation mondiale de la santé (2004).

Ces auteurs décrivent les trois niveaux de prévention qui devraient être utilisés auprès des personnes pouvant présenter des troubles du comportement ou des troubles de santé mentale.

La prévention primaire en TGC vise à diminuer l'impact de ces conditions en cherchant à éviter leur apparition. Ce premier niveau de prévention se divise en deux catégories, soit les interventions universelles (auprès de toute la population en général) et les interventions destinées plus spécifiquement à une partie du groupe qui est considérée plus à risque de présenter ces conditions (prévention primaire sélective ou indiquée). Dans ce dernier groupe, le risque de développer ces conditions psychopathologiques devrait être considéré comme élevé même si ces personnes ne présentent pas toute la symptomatologie généralement reconnue pour diagnostiquer de façon claire cette condition clinique (soit un TGC ou un TSM).

Dans le cadre du présent instrument de mesure des TGC, la présence de TC légers, statistiquement significatifs, pourrait être considérée comme une condition à risque de développer des TGC et des TSM. De cette façon, toutes les approches d'intervention qui visent à développer de la résilience, des habiletés d'adaptation telles que de meilleures capacités de communication ou de régulation émotionnelle ou même, de meilleures conditions de vie (qualité de vie) chez ce groupe, pourraient être considérées comme des interventions de prévention primaire indiquées pour des TGC (Allen et al., 2013).

La prévention secondaire en TGC concernerait les personnes dépistées qui présentent une symptomatologie significative de CP, mais pas suffisamment pour être reconnues comme présentant des TGC et pour lesquelles des interventions précoces permettraient de réduire la probabilité de TGC. La personne pourrait, par exemple, présenter des TC modérés avec des vulnérabilités biologiques ou psychologiques ou même un environnement défavorable susceptible de transformer ces TC en TGC ou en TSM. En principe, la prévention secondaire tente d'intervenir à un moment stratégique où l'intervention a plus de chance de succès pour ralentir la progression de la condition ou prévenir ou minimiser les complications associées ainsi que limiter les handicaps qui en résulteraient (Allen et al., 2013).

La prévention tertiaire viserait les personnes qui présentent vraiment des TGC. Les interventions de prévention tertiaire en TGC tentent le plus possible d'éviter le développement d'incapacités

associées à la présence de TGC et de restaurer l'état prémorbide de la personne. Les buts principaux de la prévention tertiaire devraient donc être d'améliorer la qualité de vie de ces personnes afin de limiter les préjudices et les handicaps associés, de réduire la progression et la sévérité de la condition et de fournir de la réadaptation pour qu'elles redeviennent autonomes et fonctionnelles. Au contraire des deux premiers niveaux de prévention, cette dernière vise aussi à traiter plus directement la condition pathologique en question.

Ce modèle axé sur la prévention est important, car il nous incite comme chercheur et intervenant à concevoir le dépistage des TGC, mais aussi ceux de TC comme étant aussi importants pour pouvoir intervenir de façon préventive sur les vulnérabilités de la personne et limiter, le cas échéant, les incapacités et les handicaps éventuels chez ces personnes. Par exemple, une personne qui présente à l'occasion des comportements agressifs d'ordre physique envers autrui peut rapidement développer un patron d'agressivité plus important si les conditions environnementales y sont favorables. Cette personne pourra développer progressivement une symptomatologie très nette et chronique de TGC qui pourrait être difficile à traiter. En présence de TC légers ou modérés, il faudrait donc investiguer chez la personne d'autres aspects susceptibles d'augmenter la probabilité de TGC (ex. : troubles de communication, motivations aberrantes, conditions de vie défavorables ou divers stress psychosociaux, indices de TSM). Dans ce contexte de prévention, l'évaluation de la présence et de la gravité globale de la présence de CP chez les personnes présentant une DI avec ou sans un syndrome de TSA est essentielle pour assurer une bonne qualité de vie à ces personnes, mais aussi à leur entourage.

3. DESCRIPTION DE L'EGCP-II-R ET DE SON COMPILATEUR

Guy Sabourin, Maxime Paquet, Pierre Senécal

3.1 Les cinq sections du formulaire et leurs fonctions

La première section du formulaire de l'EGCP-II-R porte sur les caractéristiques de base (prénom, nom, âge et sexe) de l'utilisateur à évaluer puis sur celles du répondant. Ces informations contribuent à établir un profil valide (lien avec l'utilisateur, usager connu depuis quand, qualité de la connaissance de l'utilisateur, ainsi que la date de l'évaluation comme point de repère temporel). Afin de faciliter l'interprétation du profil comportemental obtenu, le type de milieu résidentiel, de même que les principaux diagnostics de l'utilisateur, doit également être précisé.

La deuxième section est un bref rappel des buts visés par l'outil, de la définition retenue des CP ainsi que des paramètres de mesure de ceux-ci. Ce rappel facilite l'utilisation éventuelle de l'outil de façon autonome par un répondant, pour établir une première estimation de la présence ou non de TC ou TGC pour une clientèle donnée dans une perspective de dépistage.

La troisième section du formulaire présente le système de cotations des différents CP en termes de fréquence et de gravité.

La section suivante (section 4), qui comporte des exemples de cotation de l'évaluation de la gravité des CP (impacts personnels et impacts pour autrui), vise à permettre au répondant de bien comprendre comment utiliser ce système qui se révèle plus complexe à utiliser que celui de la fréquence. Avant de remplir le questionnaire, il est d'ailleurs recommandé, lors d'une utilisation autonome, de relire ces exemples de cotation de la gravité des CP pour bien utiliser les critères de cotation proposés pour chacune des catégories comportementales.

La cinquième section décrit les consignes détaillées d'utilisation du système de cotation, étape par étape, pour chaque catégorie de CP. Chacune des neuf catégories de CP est ensuite présentée avec ses niveaux de fréquence d'apparition des comportements problématiques et de gravité spécifique (impacts personnels et impacts pour autrui) que le répondant doit compléter.

Les sections 2 à 4 sont intégrées au formulaire de cotation de l'outil pour faciliter le rappel des consignes de base d'utilisation à un répondant formé ou entraîné, sans qu'il ait besoin de

supervision professionnelle ou de relire d'autres instructions de passation de l'outil. De cette façon, un répondant n'aura pas besoin de consulter les explications détaillées du manuel pour utiliser le formulaire; celui-ci serait utilisable de façon autonome, sans recours à un autre document explicatif.

Ceci est particulièrement important, car le système de cotation exige des décisions hiérarchiques particulières. En effet, le répondant doit d'abord lire la description de tous les comportements typiques de la catégorie de CP à évaluer, puis souligner tous les comportements apparus durant les trois derniers mois. Il doit par la suite décider lequel, ou lesquels, de ces comportements est le plus important ou sont les plus importants dans cette catégorie (en termes de durée ou d'intensité), les encercler sur le protocole et les indiquer dans le compilateur. Il devra ensuite coter ce ou ces comportements en termes de fréquence d'apparition et de gravité. Ainsi, le choix du CP ou des CP sélectionné(s) comme le(s) plus important(s), dans les trois derniers mois, déterminera l'évaluation de toute la catégorie comportementale. Il faut donc porter une attention toute particulière à ce choix stratégique et en tenir compte dans l'interprétation des résultats obtenus à cette catégorie comportementale. Le comportement le plus important retenu est celui qui a le plus d'impact négatif dans la vie de cette personne. Il entraîne ou engendre une détérioration marquée de sa qualité de vie en termes de durée ou d'intensité.

Le but premier de l'EGCP-II-R étant de dépister la présence ou non de TGC (donc des CP très significatifs sur le plan normatif), il n'est pas apparu nécessaire d'obtenir une cotation de la fréquence et de la gravité de tous les CP présents chez un usager. Une cotation fine du CP le plus important devrait pouvoir refléter assez bien la présence ou non de TGC dans cette catégorie de CP ou même de TC. Rappelons que c'est également la stratégie utilisée par Bruininks et al. (1989) de l'ICAP-PBS : *Inventory for Client and Agency Planning-Problem Behavior Scales*.

3.2 Description des catégories comportementales

Pour assurer une évaluation systématique de chacune de ces catégories, le formulaire fournit de façon systématique les comportements les plus représentatifs de cette catégorie. Sur le plan théorique, cette façon de faire devrait permettre de mieux délimiter le contour du concept comportemental en question. Ceci a par ailleurs plusieurs autres avantages pratiques. Premièrement, le répondant peut ainsi pointer chacun des CP (en les soulignant dans le formulaire) que la personne a manifestés au cours des trois derniers mois. Deuxièmement, une fois tous les CP enregistrés comme pertinents au profil comportemental de la personne, il est plus facile pour le répondant de sélectionner le CP le plus important survenu dans les trois derniers mois (en l'encerclant dans le formulaire) et d'en réaliser une cotation plus fine, en termes de fréquence et de gravité.

Par exemple, la catégorie de **Comportements stéréotypés** contient onze comportements représentatifs ou typiques de cette catégorie de CP. Cette catégorie inclut tout comportement que la personne répète encore et encore (répétitif), sans qu'il ait de fonction apparente ou évidente dans l'immédiat. Les exemples suivants sont décrits dans l'outil pour réaliser une évaluation de cette catégorie de CP :

- Bouger tout son corps en tournant sur elle-même ou en se berçant;
- Agiter ses doigts ou ses mains;
- Jouer avec ses cheveux ou d'autres parties de son corps;
- Faire bouger des objets;
- Faire du bruit ou des sons à répétition;
- Faire les mêmes actions ou dire les mêmes mots.

Ces CP représentatifs proviennent d'une comparaison détaillée du contenu des deux outils cités par Thompson et al. (1999), soit l'ABS et l'ICAP-PBS. Le choix de ces comportements a été réalisé en tenant compte des descriptions contenues dans les énoncés ou catégories des deux outils correspondant directement à notre définition de comportements stéréotypés. De plus, une formulation québécoise de ces CP représentatifs a été réalisée en étant la plus descriptive possible, tout en évitant toute connotation psychopathologique possible. Ceci permet de respecter le choix théorique qui a été fait d'établir un profil comportemental normatif sans référence à un système de classification nosologique spécifique de troubles de santé mentale. Il est néanmoins possible que la catégorie à évaluer ne soit pas parfaitement exhaustive. Si tel est le cas, le répondant peut décrire un autre comportement spécifique (à inscrire à la ligne « Autres : _____ ») qu'il considère comme problématique dans une catégorie particulière de CP et en réaliser l'évaluation, surtout s'il considère que c'est le CP le plus important de cette catégorie.

Comme mentionné précédemment, l'EGCP-II-R comporte neuf grandes catégories comportementales de CP. Pour bien comprendre et interpréter adéquatement les résultats obtenus à l'EGCP-II-R, il faut connaître la définition et la fonction de chacune de ces catégories.

La deuxième catégorie de CP est la catégorie des **Comportements sexuels aberrants**. Les six CP exemplaires décrits dans cette catégorie sont fortement inspirés des quatre énoncés de l'ABS qui est l'outil incluant explicitement cette catégorie de CP. Ainsi, cette catégorie regroupe autant des comportements liés à l'immaturité du développement psychosexuel (ex. : se déshabiller au mauvais endroit, exhiber son corps dans des lieux publics) que des comportements nettement agressifs sexuellement (ex. : attouchement sexuel forcé, gestes sexuellement déplacés, se masturber devant les autres). Il n'est cependant pas nécessaire qu'il y ait une excitation sexuelle ou une intention d'associée à ces manifestations pour les considérer comme des comportements à caractère sexuel. Le simple fait qu'ils soient présents dans le répertoire de la personne est ici suffisant pour être considéré comme problématique; leur fréquence et leur gravité, en termes d'impacts et de conséquences, doivent donc être évaluées. Toutefois, dans l'interprétation des

résultats à cette catégorie de CP, il faut tenir compte de la spécificité du CP mentionné comme le plus important, car il peut avoir un caractère davantage d'immatunité qu'agressif socialement. C'est d'ailleurs le cas de quelques-unes des catégories de l'EGCP-II-R.

La troisième catégorie est la catégorie des **Comportements sociaux perturbateurs**. L'examen du contenu de cette catégorie de CP, dans les deux outils de référence, a permis de relever douze comportements exemplaires. Ces comportements doivent être perçus comme dérangeants pour autrui soit physiquement, verbalement, non verbalement ou dans l'interaction avec les autres. Une description très succincte est fournie à titre de CP spécifiques possibles tels qu'agacer, harceler, se moquer ou déranger les activités des autres, rire ou pleurer sans raison, crier ou hurler, etc. Cette catégorie est assez exhaustive pour couvrir l'ensemble des manifestations pertinentes à la clientèle DI avec ou sans TSA.

La quatrième catégorie est celle des **Comportements agressifs d'ordre physique envers autrui**. Cette catégorie comporte seize descriptifs qui regroupent des CP qui se caractérisent par le fait d'exercer de la violence physique envers autrui, sous une forme ou sous une autre. Le nombre de CP représentatifs de cette catégorie est assez élevé, car ce type d'agressivité est souvent considéré comme étant le TGC le plus important dans les écrits pertinents au domaine (Tassé et al., 2010; Schroeder, Tessel, Loupe, Stodgell, 1997). Il est donc apparu nécessaire d'inclure le plus grand nombre de CP spécifiques pour assurer une meilleure représentativité de cette catégorie dans l'EGCP-II-R. Les deux outils de référence (l'ABS et l'ICAP-PBS) en contenaient un grand nombre, mais ils ont été regroupés différemment pour bien faire le tour de cette catégorie comportementale importante.

La catégorie des **Comportements sociaux offensants** est la cinquième catégorie de l'EGCP-II-R. Elle comporte elle aussi un grand nombre de descriptions comportementales (18 CP spécifiques), et ce, afin d'avoir une bonne représentativité des énoncés pertinents. Cette catégorie de CP est complexe dans la mesure où elle se définit comme tout comportement qui enfreint directement des règles sociales de base associées à la politesse ou à la bienséance (ex. : sacrer, se tenir trop près d'autrui, roter sans retenue) et qui heurtent directement les valeurs sociales de l'entourage (ex. : uriner en public, se mettre les doigts dans le nez, jouer avec ses selles, etc.). Cette catégorie peut même contenir des comportements ayant des caractéristiques plus agressives ou intrusives (ex. : cracher sur les autres, menacer autrui), mais qui ne génèrent pas de dommages de nature physique. Comme mentionné plus haut, compte tenu de l'étendue des règles de politesse et de bienséance qui peuvent être enfreintes, cette catégorie est difficile à rendre exhaustive; il est cependant possible pour le répondant de décrire dans la ligne « Autres » un CP différent de ceux énoncés et qui représente mieux le CP le plus important de la personne évaluée.

La sixième catégorie est celle des **Comportements de retrait**. Les deux outils de référence comportent des descripteurs pertinents à cette catégorie de CP. Toutefois, les deux outils incluent

d'autres types de CP à l'intérieur de cette catégorie, soit des CP d'inattention (ICAP-PBS), des postures étranges ou des manies bizarres (ABS). Onze CP pertinents ont été retenus pour cette catégorie. Ceux-ci regroupent des comportements de passivité, de timidité ou de non-intérêt dans les interactions sociales, indépendamment des motivations ou causalités associées.

Vient ensuite la septième catégorie (**Comportements destructeurs envers les objets**). Cette catégorie de CP est une catégorie spécifique de l'ICAP-PBS. L'ABS comprend plusieurs CP de cette nature, mais dans diverses catégories. Cette section de l'EGCP-II-R comprend tout comportement qui vise à endommager ou à détruire ses biens personnels, les biens d'autrui ou les biens publics. Les CP spécifiques, au nombre de dix, sont très variés (ex. : bousculer les meubles jusqu'à mettre le feu, en passant par boucher les toilettes ou déchirer ses vêtements). Dans cette catégorie, il faudra ici aussi tenir compte du type particulier de CP le plus important et du caractère de tous les comportements destructeurs présents dans les trois derniers mois, pour interpréter les résultats de cette catégorie de CP. Il faudra tenir compte du fait que la personne détruit uniquement ses biens personnels ou uniquement ceux d'autrui. La signification d'une telle dichotomie comportementale peut être significative sur le plan clinique. Par exemple, si la personne ne s'attaque qu'à ses biens personnels, ceci peut avoir un caractère davantage autodestructeur. Alors que la destruction exclusive des biens d'autrui peut avoir un caractère davantage agressif envers autrui ou de vengeance.

La huitième catégorie (**Comportements d'automutilation**) contient dix CP spécifiques. Cette catégorie se retrouve aussi dans les deux outils de référence, mais elle inclut alors d'autres CP qui sont d'une tout autre nature telle que des habitudes excentriques ou étranges (ex. : dans l'ABS, être pointilleux, tirer les fils de ses vêtements ou amasser des objets dans ses poches, etc.). Ces CP n'ont rien à voir avec l'automutilation. Dans l'ICAP-PBS, cette catégorie est consacrée exclusivement à des comportements d'automutilation de certaines parties du corps de la personne. Dans l'EGCP-II-R, on y inclut autant de l'automutilation des parties du corps que du pica (ingérer des substances non comestibles telles que des mégots, de la poussière, etc.) et de la régurgitation (se faire vomir). Ceci permet de rendre cette catégorie plus inclusive et contient vraiment des CP considérés comme les plus graves dans cette catégorie.

Les **Comportements de non-collaboration et de provocation** sont la neuvième et dernière catégorie de CP du formulaire. Les douze CP spécifiques qu'elle comporte sont bien représentés dans les deux outils de référence, mais parfois sous des appellations différentes ou qui incluent des CP d'autre nature telle que se conduire mal en situation de groupe (dans l'ABS). Dans l'EGCP-II-R, cette catégorie regroupe que des comportements problématiques associés à de la rébellion, de la contestation ou même des comportements à caractère délictueux (ex. : mentir, tricher, voler). Évidemment, ce type de comportements se retrouve généralement dans les systèmes de classification des troubles mentaux avec une connotation antisociale (ex. : trouble de la conduite ou trouble de personnalité antisociale). Toutefois, la présence d'un seul de ces comportements pris isolément n'est nullement suffisante pour conclure à la présence d'un tel trouble. Ceci est

particulièrement vrai chez les personnes ayant une DI, car ce type de trouble nécessite l'existence d'une intentionnalité malveillante et une conscience de base des notions de bien et de mal.

Or, ces deux composantes sont très difficiles à établir avec précision chez ces personnes (Fletcher, Loschen, Stavrakaki et First, 2007). Par contre, comme plusieurs CP de cette nature sont présents chez cette clientèle, ils doivent être évalués avec précision au niveau de leur fréquence et de leur gravité, car ils représentent, selon la définition des TGC de Tassé et al. (2010), une part significative des TGC. C'est en effet souvent ce type de comportement qui compromet la liberté de la personne, son niveau d'intégration communautaire et sociale et même ses liens sociaux. Il faudra donc tenir compte dans cette catégorie de tous les CP qui auront été relevés comme présents dans les trois derniers mois pour pouvoir interpréter correctement la signification des résultats de cette catégorie de CP. Si le CP le plus important se manifeste de façon isolée ou si un ensemble de comportements de non-collaboration ou d'opposition sont apparus simultanément, la signification et l'interprétation des résultats de cette catégorie peuvent être très différentes. Entre autres, si un large ensemble de CP de cette catégorie sont apparus, il faudra se questionner sur la possibilité de la présence d'un trouble de santé mentale du type de troubles perturbateurs ou de troubles antisociaux. Ceci pourrait nécessiter des évaluations complémentaires par un professionnel en santé mentale et par voie de conséquences, des interventions, éventuellement, tout à fait différentes que la présence d'un TC ou d'un TGC externalisé isolé.

L'évaluation de ces neuf catégories de CP vise à établir un profil comportemental normatif de la présence ou non de TGC ou de TC chez les personnes présentant une DI avec ou sans TSA. De plus, elle devrait permettre de reproduire les deux facteurs (au sens de l'analyse factorielle) de CP reconnus dans le domaine, soit une composante de CP externalisés et une autre de CP internalisés correspondant au système hiérarchique des CP de Thompson et al. (1999).

3.3 Description de la cotation et justifications

Avant de fournir une cotation des catégories de CP dans le formulaire de l'EGCP-II-R, le répondant doit relire attentivement l'ensemble des instructions d'utilisation de l'outil de la page 3 à 6 du formulaire. Les buts de l'instrument y sont rappelés, de même que la définition des CP que l'outil adopte pour mesurer la présence ou non de TC ou de TGC chez la personne évaluée.

L'EGCP-II-R vise à synthétiser les observations réalisées, au cours **des trois derniers mois**, par l'entourage, sur la fréquence et la gravité des comportements problématiques (CP) d'une personne présentant une DI avec ou sans TSA. La méthodologie adoptée pour réaliser cette synthèse permet d'établir **un profil psychométrique de la gravité globale des CP de la personne** et de déduire la présence ou non de CP suffisamment significatifs sur le plan statistique pour être classifiés comme des TGC ou simplement des TC. Par ailleurs, ces profils psychométriques peuvent

être établis uniquement pour des personnes de 16 ans et plus, pour l'instant. Il est prévu de fournir éventuellement des données psychométriques pour d'autres groupes d'âge.

Rappel des instructions du formulaire de cotation

Pour aider le répondant à objectiver les observations de l'entourage, vous trouverez ci-après les critères qui sont proposés pour définir ce qu'est un CP. Dans votre évaluation des CP de la personne, il est demandé de tenir compte non seulement de **vos propres observations**, mais aussi de **celles des autres membres de l'entourage** de la personne. Votre cotation devrait donc refléter le mieux possible la perception de l'ensemble des personnes significatives de l'entourage et objectivée dans le même espace-temps (ex. : des observations dans le milieu résidentiel et en soirée). Il est recommandé de consulter ces personnes avant de finaliser votre cotation des CP. Éventuellement, vous pourriez souhaiter obtenir des données concernant plusieurs milieux de vie de la personne et à des moments différents; il faudra, dans ce cas, en tenir compte dans votre interprétation des résultats.

Les trois critères de base utilisés pour mesurer la gravité globale des CP sont par la suite réitérés : un critère lié directement aux comportements comme tels et deux critères liés davantage aux conséquences et impacts de ces comportements sur la personne elle-même et sur autrui.

Ainsi, dans le critère A, on rappelle que les CP se définissent par la présence d'un ou de plusieurs comportements ou catégories de comportements qui sont jugés socialement ou culturellement inacceptables ou problématiques dans le ou les milieux de vie actuels de la personne étant donné leur fréquence, leur durée ou leur intensité. La fréquence est le paramètre le plus souvent utilisé et le plus facile à coter de façon fidèle par les observateurs.

Pour le critère B, les comportements ou les catégories comportementales problématiques doivent nuire à la personne elle-même et à son environnement. La plupart du temps, les conséquences et impacts négatifs de ces CP sont multiples et s'accumulent pour former un profil de gravité globale de CP. Les principaux impacts personnels et pour autrui de CP sont ensuite présentés pour sensibiliser le répondant aux critères qui seront utilisés dans le formulaire pour évaluer la gravité de ces impacts.

Dans la section suivante, le formulaire présente les deux échelles de cotation des CP, soit celle à propos de la fréquence et celle à propos de la gravité des impacts personnels et pour autrui. La fréquence est cotée à partir d'une échelle de type Likert qui comporte six niveaux allant de « N'est pas apparu ou ne s'applique pas » (0) à « Très souvent » (5). L'échelle est aussi accompagnée de notations quantitatives qui ajoutent de la précision (de « Jamais apparu au cours des trois derniers mois » à « Une fois ou plus par périodes de 3 heures »). Ceci vise à faciliter la prise de décision du répondant en lui fournissant des points de repère les plus spécifiques possible.

Une double notation est aussi utilisée pour la cotation de la gravité. L'échelle de type Likert comporte cinq niveaux gradués de façon qualitative, allant de « Aucun impact négatif significatif » à « Un impact négatif extrême ». Chacun de ces niveaux est aussi accompagné d'une description d'impacts exemplaires, adaptés le plus possible à chacune des catégories comportementales. À titre d'exemple, un impact léger sur le plan personnel est souvent associé au fait de nuire à l'image de la personne et à ses interactions sociales. Un impact extrême sur le plan personnel est souvent associé au fait de porter atteinte à l'intégrité physique ou à la santé de la personne.

Pour bien illustrer ce système de cotation de la gravité, des exemples plus détaillés de l'évaluation de la gravité sont décrits à la page 5 du formulaire pour trois catégories de CP, soit celles des **Comportements stéréotypés**, des **Comportements d'automutilation** et des **Comportements destructeurs**.

Les consignes finales de cotation en trois grandes étapes sont illustrées à la page suivante pour la première catégorie comportementale du formulaire : la catégorie de **Comportements stéréotypés**.

Ces étapes sont les suivantes :

1. Sélectionner le comportement problématique le plus important dans cette catégorie;
2. Choisir le niveau de fréquence qui est plus représentatif pour ce CP;
3. Choisir les niveaux d'impacts les plus représentatifs pour ce CP (impacts personnels et pour autrui).

Pour sélectionner le CP le plus important dans les trois derniers mois, il faut d'abord a) souligner tous les CP de la catégorie en question qui sont apparus ou étaient présents durant cette période de temps; puis, b) encercler le CP le plus important qui est apparu, c'est-à-dire celui qui a généré le plus d'impacts cumulés pour la personne et pour autrui ou qui a été le plus problématique pour la personne ou pour l'entourage, durant cette période de temps (3 mois), en terme de durée et d'intensité.

Ceci va permettre une cotation plus fine et plus fidèle du CP spécifique et qui devrait représenter le niveau de gravité le plus élevé que cette catégorie de CP a pu atteindre durant cette période. Comme dans chacune des catégories comportementales, les CP spécifiques peuvent varier de façon importante en gravité individuelle; il est très important de sélectionner le CP le plus représentatif de cette catégorie en termes de gravité la plus élevée (durée, intensité et impacts). Le répondant doit prendre le temps de bien sélectionner tous les CP identifiés comme pertinents chez la personne dans cette catégorie et, le cas échéant, en décrire un nouveau dans la ligne « Autre », avant de choisir le plus important de cette catégorie.

Il est possible que plusieurs CP apparaissent simultanément ou qu'ils soient tous aussi importants les uns que les autres parce qu'ils apparaissent dans un épisode de TC ou de crise comportementale. Dans ce contexte, le répondant peut encercler tous les CP de l'épisode et poursuivre sa cotation de cet épisode.

Il reste ensuite, à choisir le niveau de fréquence le plus représentatif que ce CP a eu, durant les trois derniers mois. Évidemment, si aucun CP n'est apparu dans une catégorie donnée, le répondant encercle la fréquence « 0 » associée à « Jamais » et passe à l'autre catégorie de CP à évaluer.

Lorsqu'un CP a été sélectionné dans une des catégories de CP et qu'il a été coté comme ayant une fréquence supérieure ou égale à 1, il reste à choisir les niveaux d'impacts les plus représentatifs pour la personne et pour autrui, pour ce CP. Pour ce faire, il devra d'abord prendre connaissance des différents descripteurs associés au niveau de gravité d'impacts personnels (« Aucun impact significatif » à « Extrême ») proposés pour les CP de la personne, puis, choisir le niveau le plus représentatif de la gravité atteinte durant la dernière période de trois mois. Il devra faire le même exercice, cette fois pour le niveau d'impact pour autrui (dernière colonne du formulaire).

La méthodologie de mesure adoptée dans l'EGCP-II-R s'inspire de plusieurs méthodologies existantes et qui ont été utilisées dans des outils d'évaluations des CP.

Justifications de la cotation retenue

La fréquence des CP est le paramètre le plus utilisé dans les instruments d'évaluation de CP. Toutefois, les échelles de Likert utilisées varient beaucoup. Dans l'ICAP de Bruininks et al. (1993), l'échelle comporte six niveaux avec des repères quantitatifs uniquement (allant de « Moins d'un par mois » à « Une fois ou plus par heure »). Dans l'ABS-RC : 2, l'échelle comporte trois niveaux avec uniquement avec des repères qualitatifs (« Jamais », « À l'occasion » ou « Fréquemment »). Dans l'EGCP-II-R, l'échelle de fréquence retenue comporte six niveaux, allant de « Jamais » (0) à « Très souvent (5), mais avec des repères quantitatifs pour chacun des niveaux (ex. : très rarement : 2 fois au moins en trois mois). Ceci a l'avantage de fournir plus de critères précis et de diminuer les risques d'erreur de cotation de la part des répondants.

La période de temps de référence utilisée pour coter la fréquence des CP est d'un mois dans l'ICAP comme dans l'ABS-RC : 2. Pour l'EGCP-II-R, la période choisie est de trois mois, car c'est la fréquence à laquelle le plan d'intervention d'un usager doit être généralement révisé. Il est très utile que l'estimation de la fréquence des CP couvre vraiment toute la durée du dernier plan d'intervention et non pas seulement le dernier mois d'observation. Il est d'ailleurs demandé au répondant de choisir le niveau de fréquence qui est le plus représentatif de l'ensemble de cette période.

Au niveau de la gravité, l'EGCP-II-R utilise, comme l'ICAP, cinq niveaux de gravité (de « Aucun impact négatif » à « Un impact extrême »). Par contre, l'EGCP-II-R exige une cotation de la gravité des impacts personnels et des impacts pour autrui, ce qui est davantage en accord avec la définition des CP retenue par son auteur. De plus, afin de faciliter la prise de décision du répondant, des critères plus précis sont fournis pour chacun des niveaux reliés à l'échelle de Likert. Cet aspect diffère de façon importante de l'ICAP qui ne fournit que des critères qualitatifs sans points de repère sur les niveaux de gravité. L'avantage des exemples d'impacts réside dans l'objectivation, le plus possible, des divers niveaux de gravité des CP en termes d'impacts personnels et pour autrui. En effet, la réduction de l'effet de la subjectivité dans l'évaluation de la gravité des CP pourrait être intéressante, car c'est un biais important qui est souvent évoqué. En plus, l'EGCP-II-R demande au répondant d'évaluer le CP le plus important sous l'angle de sa gravité en termes d'impacts personnels, mais aussi d'impacts sur autrui. Ceci devrait augmenter la sensibilité de la mesure de la gravité globale de cette catégorie de comportement.

Une autre différence de l'EGCP-II-R par rapport à l'ICAP est que l'on fournit une liste assez précise de CP dans chacune des catégories comportementales dans laquelle le répondant doit souligner la présence ou non de CP dans les 3 derniers mois. Dans l'ICAP, il est par contre demandé au répondant de formuler par écrit le CP principal (*Primary Problem*) dans chacune des catégories avant d'en faire la cotation. Par contre, on fournit au répondant quelques exemples de CP pouvant être décrits dans chacune des catégories comportementales de cet outil. Ceci peut représenter une source significative d'erreurs de mesure si l'on se fie aux capacités descriptives du répondant et, surtout, à sa compréhension du contenu de chacune des catégories comportementales.

Dans l'EGCP-II-R, il a été décidé de faciliter les choix du répondant en lui fournissant des listes de CP représentatifs relativement exhaustives d'une catégorie donnée et ensuite, de lui donner la possibilité d'en décrire un nouveau, mais seulement si le CP le plus important chez la personne ne se trouve pas dans la liste proposée. Ceci devrait diminuer les erreurs de mesure liées aux variations de compréhension du contenu de chacune des catégories de CP et, surtout, assurer une plus grande stabilité de la mesure entre observateurs en fournissant un meilleur échantillon représentatif de CP à considérer dans chacune des catégories.

Dans le même sens, les instructions de l'EGCP-II-R demandent au répondant d'encercler la description du CP le plus important dans la liste proposée avant d'en faire la cotation. Ceci devrait limiter, le plus possible, le chevauchement entre les différentes catégories de comportements et favoriser une meilleure stabilité dans la cotation des différentes catégories comportementales. Comme mentionné auparavant, un examen systématique du contenu des outils de référence a été réalisé pour sélectionner avec rigueur les CP exemplaires de chacune des catégories comportementales de l'EGCP-II-R. De plus, dans l'éventualité où le CP le plus important chez une personne se présente sous forme d'un épisode de CP, comportant plusieurs CP différents, le répondant peut encercler plusieurs CP simultanément. Par contre, il devra en faire la cotation

comme s'il s'agissait d'un seul CP qui se présente sous la forme d'une séquence relativement stable de CP fortement interreliés.

Le choix de ces différentes méthodologies de cotation de la gravité des CP de l'EGCP-II-R repose donc sur ces divers postulats, mais dont il fallait confirmer la valeur psychométrique par des études empiriques qui sont décrites au chapitre 4.

3.4 Rappel des étapes de raffinement de l'outil : de l'EGCP à l'EGCP-II-R

Pour comprendre d'où viennent ces choix méthodologiques, il faut remonter à la première version de l'EGCP (Sabourin, 2004). Cette version visait essentiellement à classer rapidement des usagers comme ayant de CP légers, modérés ou graves afin de constituer un échantillon représentatif de l'ensemble de la clientèle pouvant présenter toute la gamme des troubles du comportement de légers à graves. À cette époque, l'outil avait presque toutes les caractéristiques mentionnées précédemment, sauf l'identification de tous les CP présents dans les trois derniers mois et la présence de critères spécifiques à chacun des niveaux de gravité, et ce, autant pour les impacts personnels que pour les impacts pour autrui. Le formulaire initial ne comportait qu'un descriptif global des impacts possibles, pour la personne et pour autrui, sans précision sur les impacts spécifiques à chacun des niveaux de gravité déterminés par les deux échelles de Likert.

C'est en 2007 que les critères d'impacts par niveau de gravité, d'impacts personnels et pour autrui ont été raffinés. C'est aussi à ce moment qu'a été introduite l'obligation d'encercler le CP spécifique dans la liste proposée avant d'en coter la fréquence et la gravité. L'EGCP, qui est alors devenue l'EGCP-II, a été utilisée abondamment dans les travaux du Programme régional d'expertise multidisciplinaire en TGC (actuellement SQETGC). Le formatage du formulaire a également été amélioré pour rendre la cotation du CP le plus important plus facile.

La rédaction d'un manuel de l'utilisateur complet (présent ouvrage) a ensuite nécessité un certain recul, de même que l'accumulation d'un nombre suffisant de données recueillies avec la version de 2007. De plus, de nouvelles analyses statistiques ont été réalisées pour confirmer la solidité de la structure factorielle de l'outil à l'aide d'analyses factorielles confirmatoires ainsi que de nouvelles analyses sur la fidélité de la mesure (test-retest, interjuges).

Le formulaire 2016 de l'EGCP (EGCP-II-R) n'a fait l'objet que de changements mineurs, inspirés des résultats de ces travaux statistiques à propos de la validité de construit ainsi que de la fidélité de la mesure, mais aussi, à partir de la rétroaction des utilisateurs. Les instructions ont été légèrement modifiées afin que les utilisateurs, et surtout les répondants, mettent davantage l'accent, non seulement sur leurs observations personnelles, mais aussi sur celles des autres personnes significatives de l'entourage de la personne (par la validation de l'ensemble des observations recueillies). De cette façon, la cotation des CP les plus importants par catégorie devrait être

davantage représentative du profil comportemental de TC de la personne, dans ses différents environnements. Ce faisant, la fidélité interjuges des résultats à l'EGCP-II-R devrait en être améliorée.

L'EGCP-II-R a également fait l'objet d'ajustements mineurs des critères des niveaux de gravité d'impacts à la suite des commentaires de plusieurs utilisateurs et de travaux sur la classification hiérarchique des impacts personnels et pour autrui. Le principal commentaire était que les critères des impacts personnels étaient parfois peu pertinents et auraient intérêt à être améliorés. À la suite d'une consultation auprès d'une vingtaine de spécialistes en TGC, une classification hiérarchique des impacts, personnels et sur autrui, a été établie; cela a permis l'obtention d'un meilleur continuum, plus fluide, entre les différents niveaux de gravité d'impacts. Les impacts spécifiques par niveau de Likert de gravité ont également été révisés à la lumière de ces travaux.

3.5 Description du compilateur et des scores pondérés générés

Une fois le formulaire rempli, il restera à l'utilisateur à saisir les données dans le compilateur Microsoft Excel associé à ce manuel. Ce compilateur génère des scores pondérés, sous forme graphique et numérique, ainsi que toutes les informations pertinentes à l'interprétation des résultats à l'EGCP-II-R.

Le compilateur comporte six feuilles distinctes, dont les trois premières permettant de saisir toutes les informations pertinentes. Les trois dernières feuilles contiennent les éléments de résultats. Des boutons permettent d'imprimer les résultats pour pouvoir s'y référer plus facilement et, le cas échéant, les insérer dans le dossier de l'usager ou dans un rapport professionnel. Les trois feuilles de saisie comportent aussi des boutons permettant d'effacer les informations saisies préalablement et ainsi pouvoir apporter des corrections ou recommencer la compilation pour un autre usager.

Les six feuilles du compilateur portent les titres suivants :

- Saisie – Socio-démo
- Saisie – Comportements
- Saisie – Fréquence et impacts
- Résultats – R1 (répondant # 1)
- Résultats – R2 (répondant # 2)
- Résultats – profil moyen

La première section du compilateur (**Saisie – Socio-démo**) permet de synthétiser le contenu des deux premières pages du formulaire de l'EGCP-II-R. La plupart des informations sont cependant codées sous forme de liste déroulante pour faciliter l'encodage, sauf pour les informations nominatives telles que les noms des personnes, des établissements, les repères de temps, etc. Ces informations doivent être écrites au long. Dans le but d'obtenir un profil valide, certaines informations sont obligatoires; celles-ci sont indiquées par un astérisque. Lorsque les cases obligatoires sont toutes remplies, la mention « Profil valide » apparaît au bas de la feuille.

La deuxième feuille (**Saisie – Comportements**) sert à enregistrer la description détaillée du CP le plus important dans chacune des catégories comportementales (le ou les CP encerclé(s) dans le formulaire de l'EGCP-II-R) ainsi que les autres CP observés dans les trois derniers mois. La description de ces derniers est importante pour pouvoir apprécier de façon clinique l'ampleur des CP présents dans une catégorie comportementale. En fait, il faut rappeler que plus il y a de CP qui sont apparus dans une catégorie donnée, plus il est possible de considérer des hypothèses diagnostiques complémentaires à la présence de TC. Par exemple, il peut s'agir de la présence de troubles de santé mentale ou de traits de personnalité. Si par exemple, il y a beaucoup de CP différents dans la catégorie de **Comportements de non-collaboration ou de provocation**, une hypothèse de trouble d'opposition avec ou sans provocation pourrait être soulevée ou même de traits antisociaux. Par contre, ce genre d'hypothèse devra être validée, de façon indépendante, par un professionnel dans le domaine de la santé mentale, par d'autres démarches d'évaluation.

Comme le compilateur de l'EGCP-II-R est conçu pour deux répondants différents, la feuille de saisie des comportements comporte deux tableaux d'enregistrement des données comportementales. Il est bien sûr possible d'enregistrer les données d'un seul répondant et d'obtenir les résultats pour celui-ci. Il est toutefois considéré ici comme le répondant principal. Pour que la saisie des comportements soit considérée comme valide, il faut minimalement remplir la colonne des CP les plus importants. Si l'utilisateur évalué ne manifeste pas de comportements dans une ou plusieurs des neuf catégories, il faut inscrire « Aucun » dans la case appropriée pour que la saisie soit valide.

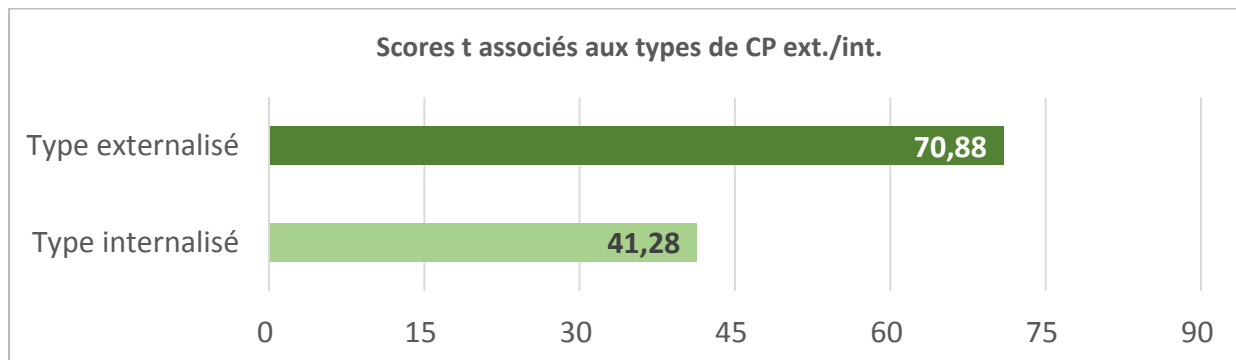
La feuille suivante (**Saisie – Fréquence et impacts**) requiert la saisie des scores bruts de fréquence et d'impacts de chacune des catégories comportementales. Cette fois, le compilateur offre uniquement des listes déroulantes pour saisir chacun des niveaux de fréquence et d'impacts enregistrés sur le formulaire de l'EGCP-II-R de l'utilisateur. Chaque ligne des tableaux comporte une couleur particulière (vert pâle ou vert foncé) qui indique à quel type de CP (internalisé ou externalisé) la catégorie appartient. Cette information va être utile plus tard dans l'interprétation des différents scores pondérés. La catégorie de « Comportements sexuels aberrants » est de couleur orangée; ceci indique qu'elle ne fait pas partie des deux grands types de CP. Elle doit donc faire l'objet d'une analyse et d'une interprétation particulière. Cette feuille comporte un bouton permettant de l'imprimer, aux fins de vérification ou de référence, si requis.

Les trois dernières feuilles concernent les résultats obtenus à l'EGCP-II-R par le ou les répondants. La feuille **Résultats – R1** du compilateur présente essentiellement les résultats de la personne obtenus lors de la passation par le répondant principal (# 1) sous forme de scores pondérés pour les grands types de CP, pour chacune des catégories comportementales prises isolément, pour chacun des paramètres de mesure ainsi que toutes les autres informations pertinentes à l'interprétation de ces résultats (Liste des CP les plus importants et les autres CP présents dans les 3 derniers mois). Les deux pages de résultats pour ce répondant sont imprimables avec l'ensemble des informations nominatives de l'utilisateur et des autres informations cliniques pertinentes pour être incluses dans un rapport type rédigé par le professionnel responsable de l'évaluation. La feuille suivante est similaire à celle du répondant principal, mais elle synthétise les résultats obtenus avec les observations du second répondant (**Résultat – R2**), si pertinent.

La dernière feuille de **Résultats – profil moyen** comporte l'ensemble des indicateurs de fidélité interjuges (un coefficient de corrélation, un pourcentage d'accord et enfin, le résultat d'un test t en termes de probabilité de différences significatives entre les deux séries de cotation), entre les observations des deux répondants, pour considérer ou non le profil moyen de CP de l'utilisateur comme valide. Si tous les indicateurs sont satisfaisants, le profil moyen des TC/TGC peut être interprété par le professionnel responsable comme un profil global représentatif des difficultés comportementales de l'utilisateur, dans les divers contextes d'observation. Puis, les graphiques de résultats habituels sont présentés pour les types de CP internalisés et externalisés, les catégories individuelles ainsi que pour les paramètres de mesure.

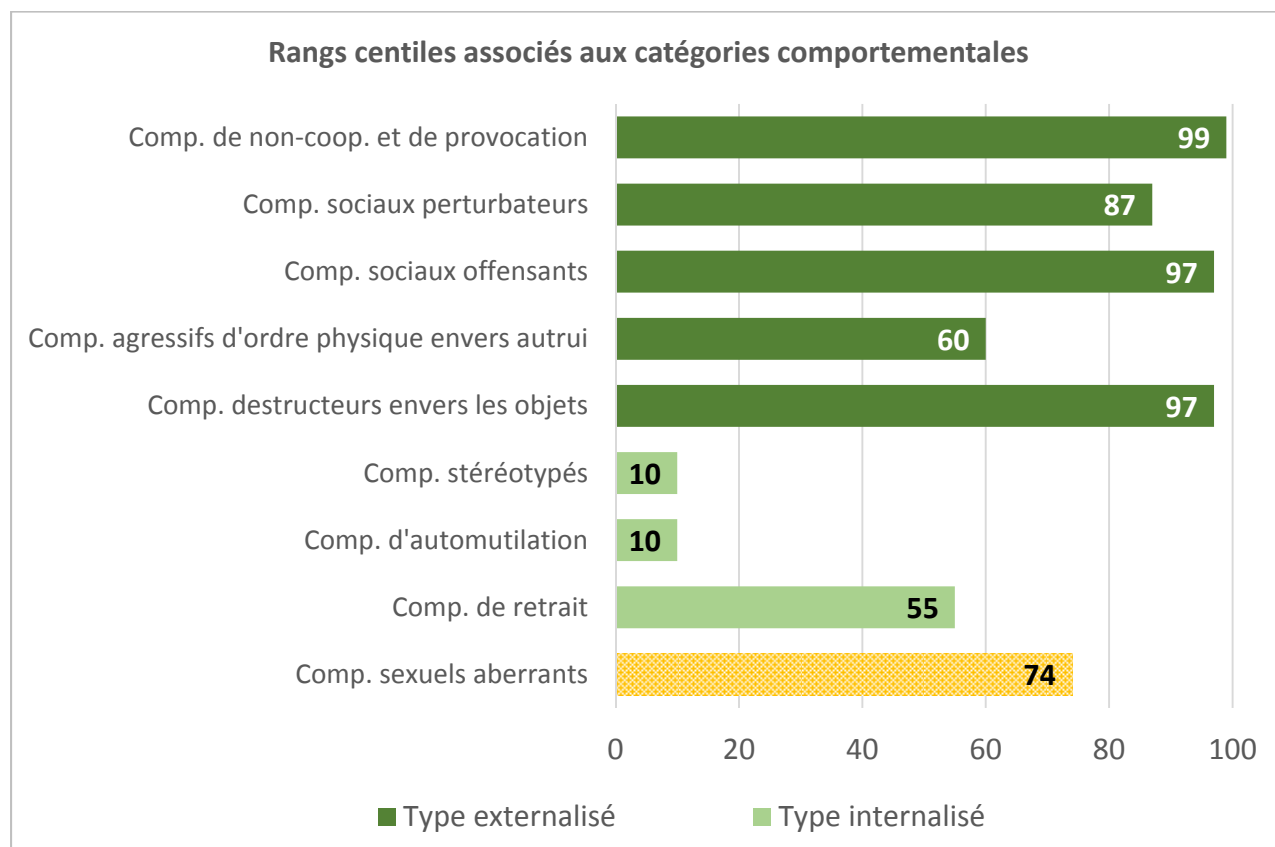
Au niveau des scores pondérés des types de CP, un premier graphique (Figure 1) illustre le niveau de score t atteint pour les deux types de catégories de CP, externalisés (vert foncé) et internalisés (vert pâle). Des seuils sont définis en dessous du graphique pour faciliter l'interprétation psychométrique des résultats de l'utilisateur (entre 50 et 54,9 : **TC léger**; entre 55 et 59,9 : **TC modéré**; 60 et plus : **TGC**). Lorsque l'un de ces seuils est atteint, on parle de TC généralisés externalisés ou internalisés de niveau légers, modérés ou graves. C'est-à-dire que le profil de TC de l'utilisateur tend plus vers l'externalisation des TC ou vers l'internalisation des TC, ou que les deux tendances sont présentes chez la personne. Quand les deux tendances sous-jacentes sont présentes, on parlera de TC généralisés mixtes de niveau légers, modérés ou graves.

Figure 1 : Exemple de graphique – Scores t associés aux types de CP ext./int.



Au niveau des catégories individuelles de CP, les scores pondérés sont présentés sous forme de rangs centiles (Figure 2). Étant donné la variabilité de la distribution des scores bruts de ces différentes catégories comportementales et de distribution non conforme à la normalité, une représentation sous forme de rangs centiles est apparue plus appropriée. Une légende est fournie en dessous du graphique pour faciliter l'interprétation psychométrique, soit trois seuils avec leur signification en termes de TC (**TC Léger** : 50 à 68; **TC Modéré** : 69 à 83; **TGC** : 84 et plus).

Figure 2 : Exemple de graphique – Rangs centiles associés aux catégories comportementales

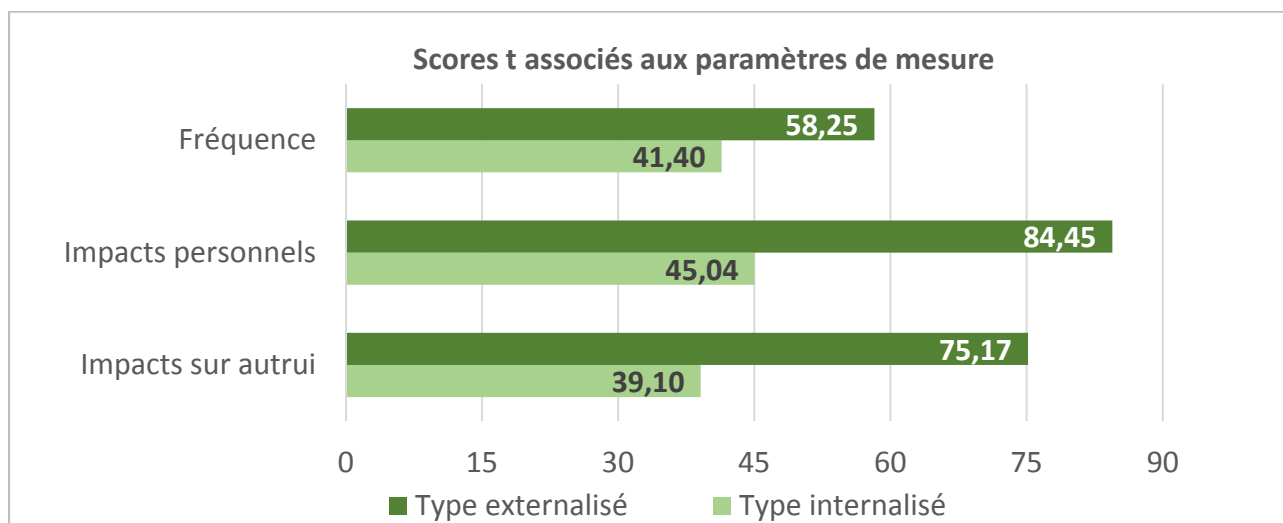


Lorsqu'un de ces seuils est atteint, on parle de TC spécifiques légers, modérés ou graves. Cette appellation est utilisée pour marquer une différence fondamentale de niveau hiérarchique dans la classification de Thompson et al. (1999), soit au niveau inférieur de chacune des catégories (comportements agressifs, destructeurs, etc.).

Un troisième graphique est présenté pour illustrer la contribution relative des paramètres de mesure pour les tendances à l'externalisation et à l'internalisation (Figure 3). Ce graphique fournit des scores t pour chacun des paramètres (Fréquence, Impacts personnels et impacts pour autrui) permettant des comparaisons statistiques entre eux et entre les différentes tendances sous-jacentes. Des différences significatives entre eux peuvent être relevées lorsqu'il y a 10 points de différence entre leurs niveaux de scores t ou ces différences peuvent être considérées comme hautement significatives à partir d'une différence de 20 points d'écart. Une différence de 10 points en scores t équivaut à un écart-type de différence et 20 points à 2 écarts-types. Ce type de

comparaisons est intéressant sur le plan clinique, car elles peuvent faire émerger des hypothèses sur la perception du répondant, mais aussi sur des hypothèses explicatives du tableau clinique des TC de la personne. Une discussion dans ce sens sera réalisée au chapitre 7 consacré à l'interprétation des résultats obtenus à l'EGCP-II-R.

Figure 3 : Exemple de graphique – Scores t associés aux paramètres de mesure



4. VALIDITÉ ET FIDÉLITÉ DE L'EGCP-II-R

Maxime Paquet, Guy Sabourin, Pierre Senécal

4.1 Validité

Description de l'échantillon

Entre 2003 et 2009, un échantillon global de 815 usagers a été constitué à partir de trois échantillons d'usagers présentant une DI avec ou sans TSA, provenant de 16 centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Québec (CRDITED²). Il a alors été possible de vérifier la validité de construit de l'EGCP-II avec un échantillon suffisamment grand pour évaluer sa stabilité factorielle. Il était important de vérifier en particulier si celui-ci pouvait reproduire les deux grands facteurs que Thompson et al. (1999) avaient identifié comme étant bien établis dans le domaine des TC, soit un facteur correspondant aux comportements dits de type externalisés et un facteur correspondant aux comportements dits de type internalisés.

Plus précisément, trois échantillons différents ont été regroupés pour former l'échantillon global. Un premier échantillon était composé d'usagers vivant dans la communauté et pouvant ne pas présenter des comportements problématiques ($n = 152$). Ces usagers étaient tous associés à un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED). Cet échantillon peut être considéré comme relativement représentatif de la clientèle généralement desservie dans les CRDITED du Québec, car neuf CRDITED sur une possibilité de 26, à l'époque, ont participé à cette étude.

Le deuxième échantillon fut constitué d'usagers vivant dans des résidences spécialisées des CRDITED pour personnes présentant des TC ($n = 200$). L'EGCP-II a été utilisé pour évaluer le niveau de gravité de leurs comportements problématiques en les comparant au premier échantillon. Ce deuxième échantillon peut être considéré comme un échantillon clinique relativement représentatif de personnes présentant probablement des TC dans les CRDITED. Ces usagers provenaient de cinq CRDITED du Québec et ont été évalués en collaboration avec PREM-TGC.

² Le 1^{er} avril 2015, les CSSS et les CRDITED ont été fusionnés au sein des services régionaux nommés Centres intégrés de santé et de services sociaux ou Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS).

À partir de ces deux premiers échantillons, des normes ont été établies pour l'EGCP-II et un compilateur a été mis à la disposition des CRDITED pour évaluer leur clientèle.

Le troisième échantillon d'utilisateurs est le plus important ($n= 463$). Les utilisateurs provenaient des mêmes 16 CRDITED sauf que l'EGCP-II a été utilisé dans un contexte de détermination de l'admissibilité au programme TGC ou dans un contexte d'évaluation de programme. Ainsi, la gravité des comportements problématiques de ces personnes représentait un défi significatif sur le plan clinique pour leur entourage; ils manifestaient déjà des TC complexes en CRDITED dont le niveau de gravité restait à établir de manière psychométrique.

Après un examen attentif des données de cet ensemble d'échantillons, un nombre significatif de données manquantes a été observé, en particulier au niveau de l'âge exact des utilisateurs. Afin d'établir des normes spécifiques pour les utilisateurs de 16 ans et plus, nous n'avons donc retenu que les données des utilisateurs pour qui nous avons l'âge exact et qui se trouvaient dans la fourchette d'âge requis (entre 16 ans et plus).

Ainsi, l'échantillon final pour réaliser les analyses factorielles est composé de 730 protocoles dûment complétés. Le Tableau 4 présente les caractéristiques sociodémographiques de cet échantillon final.

Tableau 4. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final

		n	%
Sexe	Homme	464	63,6 %
	Femme	241	33,0 %
	<i>Données manquantes</i>	25	3,4 %
Niveau de DI	Légère	97	13,3 %
	Moyenne	188	25,8 %
	Grave	207	28,4 %
	Profonde	110	15,1 %
	<i>Non précisé</i>	128	17,5 %
Présence de TSA	Aucun	342	76,2 %
	Autisme	86	11,8 %
	Autre/TSA non spécifié	21	2,9 %
	<i>Non précisé</i>	281	38,5 %
		Moy	É.-T.
Âge	-	36,3	12,3

Le Tableau 4 permet de constater que l'échantillon comporte près de deux fois plus d'hommes ($n = 464$; 63,6 %) que de femmes. L'âge moyen des usagers regroupés dans l'échantillon est de 36,3 ans (écart-type de 12,3 ans) et varie entre 16 et 79 ans.

En ce qui concerne le niveau de déficience intellectuelle (DI), l'échantillon comporte une proportion moindre d'usagers présentant une DI légère que ce qui serait attendu de la population DI générale. En effet, selon le DSM-IV-TR (2000), la proportion de personnes qui présente une DI légère est de 85 %, de 10 % pour une DI moyenne, de 3 à 4 % pour une DI grave et de 1 à 2 % pour une DI profonde.

Dans le cadre de l'échantillon, composé d'usagers bénéficiant de services de 2^e ligne et pouvant présenter des TC, la répartition obtenue correspond davantage à ce qui pourrait être attendu dans ce type de services. En effet, les personnes qui présentent une DI grave ont plus de chance de présenter également des TGC (McCarthy, Hemmings, Kravariti, Dworzynsky, Holt, Bouras et al., 2010).

L'échantillon présente aussi une proportion élevée de données manquantes en ce qui concerne le niveau de DI ($n = 128$; 17,5 %). Toutefois, puisque tous les protocoles utilisés proviennent des CRDITED, le risque est faible, voire inexistant, que ces usagers dont le niveau de DI est indéterminé ne présentent pas de DI. Au contraire, ces usagers avaient probablement un niveau non précisé de DI dans leur dossier.

Finalement, 14,7 % ($n = 107$) de l'échantillon présentent un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme. Il y a malheureusement un pourcentage élevé, soit 38,5 % d'usagers, pour lesquels il n'est pas précisé dans leur dossier ($n = 281$) s'ils présentent ou non un diagnostic de troubles envahissants du développement. Il est possible de postuler qu'en l'absence d'un diagnostic ferme ou de l'exclusion de ce diagnostic au dossier, plusieurs répondants ont hésité à faire une mention explicite de l'absence d'un tel diagnostic.

Comme cet échantillon comporte une vaste majorité de personnes manifestant des CP significatifs sur le plan clinique, la structure factorielle qui sera établie devrait être représentative de ce phénomène clinique.

Analyses réalisées

Premier niveau d'analyse

Une analyse en composantes principales (ACP) avec rotation Oblimin d'abord été réalisée à partir des scores de fréquence, d'impacts personnels et d'impacts pour autrui pour chacune des neuf catégories de CP (un total de 27 énoncés). La rotation oblique a été privilégiée étant donné le fait que les énoncés sont théoriquement corrélés (Field, 2013).

La vérification des postulats d'analyse révèle que l'échantillon peut être utilisé. La valeur de l'indice d'adéquation de Kaiser-Meyer-Olkin est supérieure à 0,800 (KMO : 0,818), ce qui est considéré comme excellent (Field, 2013). Le test de sphéricité de Bartlett est quant à lui significatif, tel qu'attendu ($\chi^2(351) = 13\,883,965, p < 0,001$).

L'examen des valeurs propres (*eigenvalues*) révèle neuf composantes qui correspondent directement à chacune des catégories comportementales de l'instrument. Ces neuf variables latentes expliquent 81,6 % de la variance observée dans les résultats. Les poids factoriels associés aux neuf composantes sont présentés au Tableau 5.

Tableau 5. Poids factoriels issus de la première analyse en composante principale avec rotation Oblimin des 27 énoncés de l'EGCP-II

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Comp. sociaux perturb. (impacts personnels)	,891								
Comp. sociaux perturb. (fréquence)	,886								
Comp. sociaux perturb. (impacts pour autrui)	,878								
Comp. stéréotypés (impacts pour autrui)		,931							
Comp. stéréotypés (impacts personnels)		,920							
Comp. stéréotypés (fréquence)		,803							
Comp. de retrait (impacts personnels)			,934						
Comp. de retrait (fréquence)			,869						
Comp. de retrait (impacts pour autrui)			,810						
Comp. destruct. - objets (impacts pour autrui)				-,915					
Comp. destruct. - objets (impacts personnels)				-,910					
Comp. destruct. - objets (fréquence)				-,852					



Tableau 5 (suite). Poids factoriels issus de la première analyse en composante principale avec rotation Oblimin des 27 énoncés de l'EGCP-II (suite)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Comp. sexuels aberrants (impacts personnels)					,949				
Comp. sexuels aberrants (impacts pour autrui)					,911				
Comp. sexuels aberrants (fréquence)					,806				
Comp. d'automutilation (impacts personnels)						-,943			
Comp. d'automutilation (impacts pour autrui)						-,897			
Comp. d'automutilation (fréquence)						-,847			
Comp. agressifs d'ordre physique (impacts personnels)							-,939		
Comp. agressifs d'ordre physique (impacts pour autrui)							-,919		
Comp. agressifs d'ordre physique (fréquence)							-,776		
Comp. sociaux offensants (impacts personnels)								-,912	
Comp. sociaux offensants (impacts pour autrui)								-,895	
Comp. sociaux offensants (fréquence)								-,635	
Comp. de non-coop./ provoc. (imp. personnels)									-,904
Comp. de non-coop./ provoc. (imp. pour autrui)									-,850
Comp. de non-coop./ provoc. (fréquence)									-,850

Note : Les poids factoriels inférieurs à 0,300 sont supprimés.

Transformation des scores

Afin de vérifier le second niveau de la structure latente (les aspects internalisés et externalisés reliés aux CP), il nous fallait combiner l'ensemble de ces données pour nous permettre d'obtenir un seul paramètre de mesure pour chaque catégorie de CP. Pour ce faire, une formule inspirée des travaux de Thompson (1988, cité par Schroeder, Rojahn et Reese, 1997) pour réaliser une transformation linéaire d'un score de fréquence par un score de gravité à l'aide d'une matrice a été utilisée (voir Tableau 6).

Cette façon de procéder permet d'obtenir un seul score représentatif de la gravité globale d'un TC. Dans le cas de Thompson (1988), c'était des comportements d'automutilation dont il était question. De plus, cette transformation attribue un peu plus de poids aux impacts qu'à la fréquence, particulièrement dans les valeurs extrêmes. Les scores bruts de fréquence des d'impacts sont donc transformés en un score unique de la façon suivante :

- le niveau de Fréquence (F = 1 à 5) par le niveau d'Impacts personnels (Ip = 1 à 5) = le score qui est à la croisée de la matrice de scores variant de 1 à 13 (voir Tableau 6) : Flp
- le niveau de Fréquence (F = 1 à 5) par le niveau d'Impacts pour autrui (Ip = 1 à 5) = le score qui est à la croisée de la matrice de scores variant de 1 à 13 (voir Tableau 6) : Fia

Puis, ces deux scores sont additionnés pour donner un seul score total de gravité (gravité globale) pour une catégorie de CP donnée (Flp + Fia = FITot).

Tableau 6. Matrice de transformation des scores de fréquence et des scores d'impact en un seul score de gravité

Fréquence/ Impacts	Peu ou pas significatifs	Légers	Modérés	Sérieux	Extrêmes
1	1	2	4	7	9
2	2	3	5	8	10
3	3	4	6	9	11
4	4	5	7	10	12
5	5	6	8	11	13

Second niveau d'analyse

Une seconde ACP a été réalisée avec rotation Oblimin à partir des scores totaux des neuf catégories comportementales.

La vérification des postulats d'analyse permet encore une fois d'aller de l'avant et confirme que l'échantillon est adéquat (KMO : 0,806; test de sphéricité de Bartlett : $\chi^2(36) = 1322,290, p < 0,001$).

L'examen des valeurs propres (*eigenvalues*) révèle cette fois-ci deux principales composantes (valeurs supérieures à 1) qui expliquent 48,5 % de la variance expliquée par les résultats. Les poids factoriels associés aux deux composantes sont présentés au Tableau 7.

Tableau 7 : Poids factoriels issus de la première analyse en composante principale avec rotation Oblimin des neuf catégories de CP de l'EGCP-II

	Externalisé (1)	Internalisé (2)
Comp. de non-coopération et de provocation	,829	
Comportements sociaux perturbateurs	,762	
Comportements sociaux offensants	,750	
Comportements agressifs d'ordre physique envers autrui	,627	
Comportements destructeurs envers les objets	,575	
Comportements stéréotypés		,803
Comportements d'automutilation		,708
Comportements de retrait		,574
<i>Comportements sexuels aberrants</i>		,371

Note : Les poids factoriels inférieurs à 0,300 sont supprimés.

Comme stipulé théoriquement, les comportements de non-collaboration et provocateurs, les comportements sociaux offensants, les comportements sociaux perturbateurs, les comportements agressifs d'ordre physique envers autrui et les comportements destructeurs se regroupent sous la première variable latente, qui correspond aux comportements externalisés. Les comportements stéréotypés, les comportements d'automutilation et les comportements de retrait se regroupent sous la seconde variable, qui correspond aux comportements internalisés.

La catégorie de comportements sexuels aberrants obtient un poids factoriel inférieur à 0,4 au facteur internalisé (poids factoriel : 0,371) et sera donc retirée. Cette catégorie comportementale sera donc considérée à part et de façon isolée lorsqu'il faudra en interpréter les résultats sur le plan clinique.

Analyse factorielle confirmatoire

Pour parvenir à obtenir plus d'information sur la valeur des construits sous-jacents à l'EGCP-II-R au plan factoriel, une analyse factorielle confirmatoire (AFC) des matrices de covariances des huit composantes ou facteurs retenus a été effectuée. L'approche « *maximum likelihood* » (ML) a été utilisée et les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel LISREL 9.2. Selon plusieurs auteurs, l'approche ML est robuste et performe bien même lorsqu'il y a violation du postulat de normalité multivariée (Chou, Bentler et Sartora, 1991; Curran, West et Finch, 1996; Kline, 2005; Schermelleh-Engel, Moosbrugger et Müller, 2003; West, Finch et Curran, 1995).

Tel que suggéré dans la documentation scientifique, les résultats obtenus à partir des AFC devraient être évalués à l'aide de plusieurs indices d'ajustement (Medsker, Williams, and Holahan, 1994). En fonction de la conception multifacettes de Tanaka (1993), Sun (2005) suggère une classification hiérarchique, dans le but d'aider à choisir les indices d'adéquation appropriés pour une analyse donnée. Dans le cas d'une analyse de la validité de construit d'un instrument à partir d'une AFC, il est suggéré d'utiliser, en plus du χ^2 , des indices tels que le « *Root mean square error of approximation* » (RMSEA), le « *Comparative fit index* » (CFI) et le « *Standardized root mean residual* » (SRMR).

Pour le RMSEA, un seuil de 0,06 est nécessaire pour conclure que le modèle évalué par l'AFC est suffisamment ajusté (Browne et Cudeck, 1993; Hu et Bentler, 1999). En ce qui concerne le CFI, une valeur supérieure à 0,90 indique un bon ajustement (Hoyle, 1995) et certains auteurs suggèrent que la valeur devrait s'approcher de 0,95 (Hu et Bentler, 1999). Finalement, un SRMR inférieur à 0,8 est nécessaire pour démontrer un bon ajustement et une valeur entre 0,8 et 1,0 peut être interprétée comme étant acceptables (Hu et Bentler, 1999).

Nous avons voulu vérifier l'adéquation du modèle à deux variables latentes que nous avons obtenu dans notre ACP. Pour ce faire, nous avons donc utilisé la base de données de 730 usagers avec les scores totaux des huit variables incluses dans le modèle de la seconde ACP. Nous avons obtenu des indices d'adéquation très satisfaisants qui correspondent aux critères généralement requis (voir Tableau 8)

Tableau 8. Résultats de l'analyse confirmatoire du modèle initial de l'EGCP-II

	χ^2	RMSEA	CFI	SRMR
Modèle initial	127,449 *	0,0884	0,908	0,0480

* p = 0,000

Validité convergente

Afin de vérifier la validité convergente de l'EGCP-II-R, nous avons réalisé, en 2004, une comparaison entre les résultats à l'ABS-RC : 2, partie 2 et à l'EGCP original auprès de 83 usagers des CRDITED du Québec. Nous avons pu comparer les résultats de ces usagers en ce qui concerne les CP de type internalisés et externalisés mesurés à l'aide des deux instruments. Les résultats ont révélé des corrélations de Pearson suffisamment élevées et significatives, soit 0,72 pour les CP de type externalisés, et 0,64 pour les CP de type internalisés. De plus, les résultats obtenus aux deux facteurs n'étant pas trop élevés révèlent que l'EGCP-II-R possède des caractéristiques originales qui lui sont propres.

Bref, les divers résultats des analyses statistiques sur la validité de construit de l'EGCP-II-R se révèlent très satisfaisants en termes de structure latente.

4.2 Fidélité

Cohérence interne

Le Tableau 9 présente les statistiques descriptives pour les catégories comportementales de l'instrument, ainsi que les coefficients de cohérence interne associés.

Tableau 9. - Statistiques descriptives et coefficients de cohérence interne pour les variables latentes de l'EGCP-II-R

	M	É.-T.	Alpha
CP de type externalisés	47,60	25,57	0,88
Comp. de non-coopération et de provocation	9,77	7,08	0,87
Comportements sociaux perturbateurs	11,78	7,15	0,89
Comportements sociaux offensants	9,42	6,72	0,83
Comportements agressifs d'ordre physique envers autrui	9,58	7,46	0,89
Comportements destructeurs envers les objets	7,04	7,02	0,90
CP de type internalisés	22,58	15,58	0,80
Comportements stéréotypés	8,51	7,46	0,82
Comportements d'automutilation	6,47	7,51	0,87
Comportements de retrait	7,60	6,79	0,80
<i>Comportements sexuels aberrants</i>	8,51	7,46	0,85

L'EGCP-II-R démontre un excellent niveau de cohérence interne. En d'autres mots, lorsque l'instrument est utilisé dans différentes situations similaires, secteurs ou à plusieurs reprises, il fournit des résultats fiables et constants. Dans le cadre de l'échantillon utilisé, les alphas varient entre 0,80 et 0,90. Un alpha d'au moins 0,80 est nécessaire pour que la cohérence interne soit suffisante, tandis qu'un alpha de 0,90, voire 0,95 est idéal (Lance, Butts et Michels, 2006; Bernstein et Nunally, 2010).

Fidélité test-retest

Afin de mener à bien nos travaux sur la valeur psychométrique de l'EGCP-II, le deuxième auteur de ce manuel a réalisé, en 2008, une étude de fidélité test-retest auprès de 51 usagers d'un CRDITED. Cet échantillon était composé de 72,5 % d'hommes et de 27,5 % de femmes dont l'âge moyen

était de 36,3 ans (écart-type de 12,9). Ces caractéristiques sont assez similaires à celles de l'échantillon utilisé pour établir la validité de construit. Par contre, au niveau de la DI, cet échantillon comportait davantage de personnes ayant une DI légère à modérée (DI légère : 38,3 % vs 13,3 %; DI modérée : 46,8 % vs 25,8 %). Il comportait beaucoup moins de personnes présentant une DI grave à profonde (DI grave : 12,8 % vs 28,4 %; DI profonde : 2,1 % vs 15,1 %).

Tous ces usagers présentaient des TC. Cet exercice était nécessaire étant donné que l'outil vise essentiellement à mesurer la présence et la gravité des TC. Le temps entre les deux passations du formulaire de l'EGCP-II était de quatre semaines. Ainsi, les coefficients de corrélation de Pearson ont pu être calculés entre les résultats obtenus aux neuf catégories comportementales de l'EGCP-II, lors des deux passations. Le Tableau 10 présente ces résultats.

Tableau 10. Statistiques descriptives et corrélations entre les deux passations de l'EGCP-II, pour l'ensemble des neuf catégories comportementales et des deux variables latentes

	1 ^{re} passation		2 ^e passation		R
	M	É.-T.	M	É.-T.	
CP de type externalisés	48,00	20,81	47,98	18,40	0,85*
Comp. de non-coopération et de provocation	8,90	5,38	8,84	5,23	0,68*
Comportements sociaux perturbateurs	10,98	5,68	11,20	5,48	0,65*
Comportements sociaux offensants	9,52	5,48	9,06	5,20	0,62*
Comportements agressifs d'ordre physique envers autrui	10,70	6,89	10,72	6,34	0,84*
Comportements destructeurs envers les objets	7,90	6,82	8,16	5,32	0,75*
CP de type internalisés	21,16	13,47	21,04	13,59	0,85*
Comportements stéréotypés	8,90	6,77	7,50	6,54	0,74*
Comportements d'automutilation	6,42	7,04	6,50	7,02	0,92*
Comportements de retrait	5,84	5,43	7,04	5,30	0,61*
<i>Comportements sexuels aberrants</i>	4,24	4,98	4,28	4,74	0,87*

* $p < 0.1$

L'ensemble des corrélations obtenues s'avère suffisant avec des scores entre 0,61 et 0,92.

Accord interjuges

En 2009, une étude d'accord interjuges a été réalisée auprès de 34 usagers d'un CRDITED qui manifestaient des TC et qui étaient connus par leur paire de répondants depuis au moins six mois.

Cet échantillon était composé de 64,7 % d'hommes ($n = 22$) et de 35,3 % de femmes ($n = 12$) dont l'âge moyen était de 33,7 ans (écart-type = 14,0). Au niveau de la DI, cet échantillon comportait un plus grand nombre de personnes ayant une DI légère à modérée que de personnes ayant une DI grave à profonde (DI légère : 32,4 %; DI modérée : 17,6 %; DI grave : 14,7 %; DI profonde : 5,9 %; *Indéterminé* 29,4%). La grande majorité des paires de répondants (82,4 %) étaient des éducateurs qui ont pu observer le même usager dans le même milieu de vie. Les autres répondants étaient soit des préposés, soit des infirmières auxiliaires ou des responsables de ressources intermédiaires. Le Tableau 11 présente les résultats obtenus dans le cadre de cette étude.

Tableau 11 - Statistiques descriptives et corrélations entre les résultats obtenus pour deux répondants à l'EGCP-II, pour l'ensemble des neuf catégories comportementales et des deux variables latentes

	Juge 1		Juge 2		R
	M	É.-T.	M	É.-T.	
CP de type externalisés	44.12	20.12	46.71	22.43	0,66*
Comp. de non-coopération et de provocation	7.82	5.74	7.79	5.54	0,65*
Comportements sociaux perturbateurs	11.82	5.85	11.24	5.42	0,62*
Comportements sociaux offensants	8.82	4.62	10.50	5.56	0,51*
Comportements agressifs d'ordre physique envers autrui	9.74	5.96	9.76	6.22	0,56*
Comportements destructeurs envers les objets	5.91	5.73	7.41	6.17	0,46*
CP de type internalisés	21.06	13.28	20.76	13.28	0,86*
Comportements stéréotypés	9.50	6.45	8.79	6.20	0,82*
Comportements d'automutilation	7.15	7.68	5.88	7.71	0,81*
Comportements de retrait	4.41	4.92	6.09	5.84	0,65*
<i>Comportements sexuels aberrants</i>	3.94	5.19	3.18	4.54	0,62*

Les CP de type externalisés ont obtenu un coefficient de corrélation de Pearson de 0,66 et les CP de type internalisés, un coefficient de 0,86. Selon les seuils établis par Cicchetti et Sparrow (1981)

en ce qui concerne les accords interjuges, des coefficients de corrélation variant entre 0,40 et 0,59 seraient acceptables et ceux variant entre 0,60 et 0,74 seraient bons. En fonction de ces seuils, les coefficients s'avèrent bons dans la majorité

4.3 Construction des normes

Afin de pouvoir utiliser les résultats des démarches de standardisation de l'EGCP-II-R, des normes ont été établies. Elles sont utilisables pour situer le profil psychométrique d'un usager, c'est-à-dire comparer ses résultats à ceux de l'échantillon de référence (ER) de l'EGCP-II-R.

Pour ce faire, les données brutes de l'ER ($n = 730$) ont été transformées en scores t à l'aide du logiciel SPSS 16 (moyenne de 50; écart-type de 10). Cette opération a été réalisée pour les scores composites pour les composantes d'internalisation et d'externalisation des CP, soit la somme de la transformation linéaire ($Fip + Fia = FITot$) pour chacune des catégories de CP associées. Pour les CP de type internalisés, les scores t ont été établis avec la somme des scores bruts des catégories de comportements d'automutilation, de comportements stéréotypés et de comportements de retrait. Pour les CP de type externalisés, les scores t ont été établis avec la somme des catégories de comportements de non-collaboration et de provocation, de comportements sociaux perturbateurs, de comportements sociaux offensants, de comportements agressifs d'ordre physique envers autrui et de comportements destructeurs envers les objets. En établissant le score t attribuable à un usager en particulier avec la formule suivante :

$$\left(\frac{\sum FITot - \bar{x}ER}{\sigma ER} \right) \times 10 + 50$$

Cette formule permet de situer numériquement le résultat de l'usager par rapport au groupe de référence et d'établir sa position relative par rapport à la moyenne de la composante (ext. ou int.). Pour faciliter le traitement des données brutes d'un usager, un compilateur est mis à la disposition du professionnel utilisateur.

Seules les normes pour l'échantillon global ont été établies, sans distinction pour le sexe, le niveau de DI, la présence d'un TSA ou du groupe d'âge. Des normes spécifiques en fonction du sexe n'ont pas été établies, car aucune différence statistiquement significative n'a été constatée dans l'ER. Pour ce qui est des autres variables, comme l'échantillon de référence est un échantillon de convenance qui n'est pas aléatoire, et donc pas nécessairement représentatif pour ces différentes variables, il a été décidé de ne produire que des normes globales. De plus, comme le but premier de l'EGCP-II-R est de dépister les TGC, il est apparu plus important dans un premier temps d'établir des normes à partir d'un grand échantillon clinique de personnes suspectées de présenter des TC. Les normes ainsi établies permettent d'éviter de générer un trop grand nombre de faux positifs et donc d'avoir un haut niveau de spécificité. Le Tableau 12 présente les normes pour les composantes d'internalisation et d'externalisation.

Tableau 12 : Normes en scores t pour l'externalisation et l'internalisation

	Externalisation	Internalisation
Moyenne 50	47,60	22,58
Écart-type de 10	25,57	15,58

Pour les catégories comportementales prises individuellement, des normes ont été établies en utilisant des rangs centiles. Comme dans bon nombre de questionnaires de cette nature, les données brutes de ce niveau ne sont pas distribuées en fonction de la courbe normale. Par conséquent, l'emploi de rangs centiles a été retenu comme préférable.

Le Tableau 13 présente les rangs centiles pour les scores composites bruts et pour chacune des catégories de CP de l'EGCP-II-R.



Tableau 13 : Normes en rangs centiles pour les neuf catégories comportementales

Rang centile	Catégories comportementales *								
	Stéréo.	Sexuels	Pertur.	Agres.	Offen.	Retrait	Destruc.	Automu.	Non-col.
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16			2						
17			3						
18									
19			4						
20			5		2				
21									
22					3				2
23			6						
24									
25			7		4				3
26									
27				2					
28					5				4
29				3					
30			8						5
31				4					
32					6				
33									6
34			9	5		2			
35	2				7				
36							2		7
37	3			6					
38	4		10			3			
39	5								
40	6			7		4	3		8
41					8				
42	7		11			5			
43									
44				8			4		
45	8					6			9
46									
47				9	9				
48			12			7	5	2	



Tableau 13 (suite) : Normes en rangs centiles pour les neuf catégories comportementales

Rang centile	Catégories comportementales *								
	Stéréo.	Sexuels	Pertur.	Agres.	Offen.	Retrait	Destruc.	Automu.	Non-col.
49	9								10
50	10			10					
51						8	6		
52								3	
53				11	10				11
54			13					4	
55						9	7	5	
56				12					
57		2						6	
58									12
59			14		11				
60				13		10	8	7	
61		3							
62								8	
63		4							
64			15						13
65				14	12		9	9	
66	12	5				11			
67									
68		6	16				10	10	14
69									
70	13			15					
71		7				12		11	
72			17		13		11		
73								12	15
74		8					12		
75	14			16	14				
76						13			
77			18				13	13	
78		9							16
79	15				15			14	
80				17		14	14		
81	16	10	19					15	

Tableau 13 (suite) : Normes en rangs centiles pour les neuf catégories comportementales

Rang centile	Catégories comportementales *								
	Stéréo.	Sexuels	Pertur.	Agres.	Offen.	Retrait	Destruc.	Automu.	Non-col.
82					16		15		17
83						15			
84		11			17			16	
85	17			18		16	16		
86		12						17	18
87	18		20		18		17		
88									
89		13				17		18	19
90	19			19	19				
91		14	21				18	19	
92	20			20		18			
93	21	15			20				20
94		16	22				19	20	
95	22	17			21	19	20		21
96								21	
97	23	18		22	22	20	22		22
98		19	24			21		22	
99	24	20-22	26	24	24	22	24	24	24
100	26	24		26	26	24	26	26	26

* **Stéréo.** : comportements stéréotypés; **Sexuels** : comportements sexuels aberrants; **Pertur.** : comportements sociaux perturbateurs; **Agres.** : comportements agressifs d'ordre physique envers autrui; **Offen.** : comportements sociaux offensants; **Retrait** : comportements de retrait; **Destruc.** : comportements destructeurs envers les objets; **Automu.** : comportements d'automutilation; **Non-col.** : comportements de non-collaboration et de provocation.

5. UTILISATION DE L'EGCP-II-R

Guy Sabourin, Maxime Paquet

5.1 Utilisateur : Professionnel responsable de l'utilisation de l'EGCP-II-R

Le principal utilisateur de l'EGCP-II-R est un professionnel (psychologue, psychoéducateur, ergothérapeute, etc.) qui connaît les méthodologies et les limites associées aux questionnaires standardisés auprès des tiers et qui possède une connaissance de base des concepts de psychométrie, selon les critères des *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association, American Psychological Association and National Council on measurement in Education, 1999). Ceci lui permettra de comparer les résultats de l'EGCP-II-R avec ceux des tests standardisés portant sur d'autres sphères de fonctionnement de la personne (ex. : questionnaires sur les motivations, les comportements adaptatifs ou les indices psychopathologiques). Cet utilisateur principal devrait également être familier avec le contenu de ce manuel et avec l'interprétation des résultats obtenus à l'aide du compilateur EXCEL associé à l'outil. Dans le présent ouvrage, cette personne est appelée « professionnel responsable » de l'utilisation de l'EGCP-II-R.

Ce professionnel utilisera l'EGCP-II-R pour dépister la présence ou non de TGC significatifs chez un usager donné, ou chez un ensemble d'usagers, afin de pouvoir ajuster l'offre de service aux besoins spécifiques de ces usagers. Si un usager a déjà été repéré comme présentant des CP significatifs et que le professionnel désire valider ses choix de cibles d'intervention avant de réaliser une analyse multimodale complète ou de proposer son intégration à un programme TGC, il pourrait utiliser l'EGCP-II-R à cette fin. L'outil fournit d'ailleurs plusieurs types d'informations pour orienter le choix d'une catégorie de TGC la plus importante ainsi que des TC associés. Il pourrait également s'en servir pour mesurer l'effet des interventions pré-post sur la gravité globale des CP de la personne.

5.2 Choix des usagers : 16 ans et plus, présentant une DI avec ou sans TSA

L'EGCP-II-R peut être utilisée pour tout adolescent (de 16 ans et plus) ou adulte présentant une DI avec ou sans TSA et qui est suspecté de présenter des CP suffisamment significatifs pour être considérés comme des troubles du comportement. Cet outil a été élaboré spécifiquement pour évaluer avec le plus de précision possible la gravité globale des CP chez ces personnes dans une perspective normative, c'est-à-dire en comparant les CP de cette personne au profil comportemental de CP de divers échantillons de personnes ayant une DI avec ou sans TSA et présentant des probabilités élevées de TC.

5.3 Répondants : choix, soutien requis et modalités de complétion du formulaire

Le choix des répondants à l'EGCP-II-R est crucial pour obtenir des données valides du profil de CP d'une personne. Compte tenu de la présence de plusieurs biais possibles dans ce type de questionnaire, il faut choisir les meilleurs répondants en tenant compte de leur niveau de connaissance des CP de la personne dans ses divers milieux de vie, de leurs caractéristiques, et de leur type de relations avec elle.

De façon générale, les meilleurs répondants sont ceux **qui connaissent le mieux** le fonctionnement de la personne ainsi que ses CP **dans ses divers milieux de vie**, et ce, **dans les trois derniers mois**. Les répondants choisis devraient également être capables de synthétiser le plus possible, leurs observations des CP de la personne sur le plan de la fréquence et de la gravité des conséquences et impacts de ceux-ci. Il est donc important de vérifier les habiletés d'observations sur le terrain du ou des répondants retenus. Dans les CRDITED, l'intervenant responsable/principal du suivi de cette personne dans ses divers milieux de vie est souvent le meilleur répondant. Selon le « Plan d'accès aux services du MSSS » (2008), cette personne devrait porter le titre d'intervenant pivot.

Le parent peut aussi être un bon répondant, car il a généralement des informations assez détaillées sur le fonctionnement de son enfant dans ses divers milieux de vie. Il faut cependant tenir compte de son biais d'observateur particulier (ex. : tendre à réduire l'impact des CP de l'utilisateur dans sa vie) étant donné son rôle parental auprès de son enfant. Ces observations devront être corroborées par celles d'un autre répondant, de préférence par celles de l'intervenant pivot, qui devrait lui aussi connaître les CP de la personne dans d'autres milieux de vie.

S'il n'y a pas d'intervenant pivot comme tel, l'intervenant principal, l'éducatrice ou l'assistant en réadaptation sur le plan résidentiel peuvent être des bons répondants, car ils sont les individus les plus en contact avec la personne durant la semaine et sont souvent au courant des CP survenus dans les autres milieux.

Même si les observations des intervenants des autres milieux de vie que résidentiel (scolaire, travail ou programme de jour) peuvent être utiles, elles sont souvent fortement influencées par leur contexte particulier d'interaction avec la personne et par les caractéristiques de l'environnement physique; ces intervenants provenant des autres milieux devraient donc être considérés comme des observateurs complémentaires, sauf si leurs observations révèlent la présence de TGC. Dans ce contexte, il faudra vérifier si ce type de troubles est généralisé à d'autres milieux ou si ces troubles sont spécifiques à ce milieu. L'interprétation de ce type de phénomène sera très différente selon que les TGC sont spécifiques à un milieu ou généralisés à plusieurs milieux. Il est généralement préférable de réaliser une double observation (deux répondants de milieux différents) et d'établir un profil moyen et global des TGC de la personne dans ses divers milieux. Cependant, pour évaluer l'évolution de ce profil de TGC, il faudra évaluer à nouveau la gravité des CP de la personne dans ces deux mêmes milieux. Lorsque des décisions d'accès aux services dépendent de la présence ou non de TGC à l'EGCP-II-R, il est préférable de procéder à une entrevue dirigée par le professionnel responsable avec l'EGCP-II-R avec chacun des répondants pour conclure à la pertinence de donner accès à un service spécialisé.

5.4 Complétion du formulaire de l'EGCP-II-R

Il y a trois modalités de complétion du formulaire, soit :

- Une complétion à partir d'une entrevue dirigée (ED) réalisée par le professionnel responsable;
- Une complétion semi-autonome (CSA) par un répondant;
- Une complétion complètement autonome (CA) par un répondant (bien informé ou compétent).

La modalité à privilégier par le professionnel responsable pour la complétion du formulaire de l'EGCP-II-R est une entrevue dirigée auprès du ou des répondants sélectionnés. Le ou les répondants sélectionnés (éducateur, parent, proche) devraient avoir en main un formulaire qu'ils devraient remplir sous la supervision étroite du professionnel. Après des explications générales sur la démarche d'évaluation des CP que le professionnel veut réaliser, celui-ci peut d'abord lire avec le répondant les différentes sections du formulaire afin de s'assurer de la compréhension adéquate du processus de complétion du formulaire et, surtout, des étapes à franchir pour en arriver à coter correctement la fréquence et la gravité des impacts du CP le plus important de chacune des catégories comportementales de l'outil. À chacune des étapes de complétion du questionnaire, le professionnel devrait s'assurer que le répondant peut justifier correctement ses choix afin de pouvoir valider sa compréhension des instructions et du contenu de chacune des catégories comportementales. Ce processus favorise une meilleure intégration des connaissances par le répondant et une meilleure validité de ses réponses.

Par contre, lorsque le répondant sélectionné est un intervenant expérimenté en DI et habitué à remplir des questionnaires de ce type, le professionnel peut lui demander, préalablement à la complétion de l'EGCP-II-R, de suivre une session de sensibilisation à cet outil, d'une durée approximative d'une heure, sur les principes à la base de l'outil et les instructions plus spécifiques de complétion de l'outil. Ceci peut être fait à l'aide du présent manuel ou à partir d'une courte « formation maison ». Le répondant sera alors en mesure de réaliser une cueillette de données rapide sur les principaux CP de l'utilisateur à évaluer, et ce, après consultation des personnes significatives de l'entourage. Cet intervenant pourra ensuite remplir le formulaire comme tel, mais de préférence, en présence du professionnel responsable. Cette façon de faire permettra de vérifier en temps réel, la compréhension adéquate des consignes de l'outil et l'interprétation adéquate des différents éléments de réponse au formulaire pour en assurer la validité optimale. Si le professionnel ne peut être en présence, il devrait, au moins, s'assurer de vérifier la plupart des choix stratégiques du répondant dans chacune des catégories comportementales et justifier la cotation spécifique des CP les plus importants. Ceci constituerait une utilisation semi-autonome par un répondant.

Pour une utilisation autonome, il faut que l'intervenant soit non seulement expérimenté en DI, mais également familier avec l'EGCP-II-R. Il doit minimalement avoir participé à une complétion semi-autonome de l'EGCP-II-R ou à deux entrevues dirigées de réponse à l'EGCP-II-R avec un professionnel responsable. L'intervenant n'a alors qu'à relire les instructions du formulaire de l'outil pour se rafraîchir la mémoire, puis remplir le questionnaire de façon autonome.

5.5 Fonctionnement du compilateur Excel

Tel que mentionné précédemment, une fois le ou les formulaires remplis, il ne reste qu'à saisir les informations recueillies dans les trois feuilles de saisie du compilateur pour obtenir les résultats.

Matériel et logiciel requis

Le compilateur a été testé dans l'environnement Windows (7, 8, 8.1, 10) et requiert une installation de Microsoft Excel (suite Office). Le compilateur fonctionne avec les versions 2007 et ultérieures. Il est à noter qu'un ordinateur Apple peut aussi être utilisé, mais seulement la version 2016 d'Excel a été testée.

Activation des macros


Pour que les boutons du compilateur qui permettent d'effacer les données ou d'imprimer certaines pages puissent être utilisés, les macros doivent être autorisées par le logiciel Excel.

Certains utilisateurs pourraient expérimenter des difficultés à cet effet, car les macros sont parfois désactivées par des logiciels antivirus ou par les services informatiques d'une organisation donnée.

Les macros offrent des fonctionnalités avancées, mais permettent aussi de créer des logiciels malveillants; c'est pourquoi ils sont souvent désactivés et qu'il est déconseillé de les activer pour consulter des documents d'une source inconnue.

D'abord, il est possible qu'à l'ouverture d'Excel, une banderole d'alerte de sécurité apparaisse en haut de l'écran. Cette banderole vous informe que du contenu actif (les macros) a été détecté. Vous devez appuyer sur le bouton vous permettant d'activer le contenu.

À cette étape, il est conseillé de tester les boutons des feuilles de saisie du compilateur. Il faut simplement inscrire des informations dans les cases et appuyer sur le bouton. Si les informations s'effacent, le compilateur fonctionne correctement. Si rien ne se produit, cela indique que les macros sont désactivées dans votre version du logiciel. Il faut alors les activer selon cette marche à suivre :

- Cliquez sur le bouton Office  (version 2007) ou sur le menu « Fichier » (version 2010 et plus récentes), qui se situent en haut à gauche de votre écran;
- Choisissez « Options Excel »;
- Choisissez « Centre de gestion de la confidentialité », puis « Paramètres du Centre de gestion de la confidentialité »;
- Sous l'option « Paramètre des macros », choisissez « Désactiver toutes les macros avec notification » (vous aurez l'alerte de sécurité à l'ouverture du compilateur; c'est l'option la plus sécuritaire) ou « Activer toutes les macros ».

Utilisation

Il est conseillé de conserver une copie « vierge » du compilateur. Il est ainsi plus rapide de démarrer une saisie, puisque les cases sont vides ou en position neutres (menus déroulants).

Lorsque la saisie est complétée pour un usager, deux possibilités s'offrent à l'utilisateur. Il est possible d'utiliser les boutons « imprimer » pour extraire les résultats, sans conserver les informations et sauvegarder le compilateur.

Toutefois, dans l'optique où l'utilisateur dispose d'un espace permettant de sauvegarder les données de manière confidentielle, il est conseillé d'utiliser la fonction « Enregistrer sous » et de sauvegarder le compilateur pour référence ultérieure. Vous pouvez bien sûr nommer votre compilateur à l'aide d'un code ou du numéro de dossier de l'usager concerné.

Si vous souhaitez vous servir du compilateur de nouveau, il faut simplement remettre les valeurs à zéro en appuyant sur les boutons permettant d'effacer les données dans les trois feuilles de saisie.

6. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Guy Sabourin, Maxime Paquet, Pierre Senécal

6.1 Résultats au compilateur de l'EGCP-II-R et interprétation des seuils critiques

Une fois les données brutes du questionnaire de l'EGCP-II-R saisies dans le compilateur, il est possible d'obtenir l'ensemble des scores pondérés calculés pour un usager donné. Les scores pondérés du questionnaire se trouvent dans les diverses feuilles intitulées « Résultats ».

Ces feuilles comportent trois graphiques : 1) les « Scores t associés aux CP de type externalisés/internalisés », 2) les « Rangs centiles associés aux catégories comportementales » et enfin, 3) les « Scores t pour les paramètres de mesure » (Fréquence, Impacts personnels et Impacts pour autrui). Afin d'avoir toutes les informations pertinentes au même endroit, et de pouvoir procéder à l'interprétation des résultats de l'EGCP-II-R, les feuilles « Résultats » comprennent aussi la **Liste des CP les plus importants**. Ces feuilles sont toutes imprimables, ce qui offre la possibilité d'y référer sans recourir à la version informatique. Rappelons que le compilateur peut traiter les informations en provenance d'un ou deux répondants et de fournir, le cas échéant, un profil moyen de résultats.

Pour bien comprendre l'ensemble des résultats obtenus, il convient de rappeler les divers critères statistiques retenus pour interpréter les scores pondérés générés par le compilateur. Les scores pondérés sont fournis sous forme de score t ou de rang centile.

Le score t est un coefficient qui décrit la position du résultat de l'utilisateur évalué par rapport à la distribution des scores d'un échantillon de référence. Ce coefficient réfère à une distribution des scores sur une courbe normale. Un score t a une moyenne de 50 et un écart type de 10. Ainsi, le score moyen des usagers de l'échantillon de référence de l'EGCP-II-R est de 50. Pour qu'un score s'écarte significativement de la moyenne, il doit s'éloigner d'au moins un écart-type à la moyenne, donc de 10 points, et atteindre un score t de 60.

Pour établir la présence d'un TGC généralisé à l'aide de l'EGCP-II-R, le seuil critique pour chaque composante (externalisé et internalisé) est fixé à un écart-type supérieur à la moyenne du groupe de référence. On parle ici de TGC généralisés parce que l'atteinte de ce seuil critique indique une tendance générale sur le plan des CP à s'internaliser (être dirigé vers soi) ou à s'externaliser (être dirigé vers autrui). Ces deux tendances peuvent avoir une signification clinique importante à

considérer pour un usager particulier. Par ailleurs, comme l'échantillon de référence est composé en presque totalité de personnes suspectées de présenter des TC, la moyenne en score t de cet échantillon, établie à 50, correspond, dans le cas de l'EGCP-II-R, au seuil critique représentatif de personnes pouvant présenter des TC, à tout le moins, légers.

En conséquence, les personnes qui obtiennent un score intermédiaire entre celui de TGC (score t de 60) et celui de TC léger (score t de 50) pourraient être considérées comme ayant des TC modérés (score t de 55). Ces seuils critiques en scores t ont été sélectionnés, car les résultats bruts au compilateur pour les CP de types externalisés et internalisés sont des scores composites qui possèdent des distributions très semblables à celle de la courbe normale (Asymétrie de 0,999 à 0,882; Kurtose de 0,463 à -0,061). Le Tableau 14 résume les seuils critiques utilisés et leur signification en termes de niveau de gravité de TC.

Tableau 14 : Seuils critiques en scores t utilisés pour l'interprétation des résultats

Seuil en score t	Descripteur
Égal ou supérieur à 60	TGC généralisé externalisé ou internalisé
Égal ou supérieur à 55 ; inférieur à 60	TC généralisé modéré externalisé ou internalisé
Égal ou supérieur à 50 ; inférieur à 55	TC généralisé léger externalisé ou internalisé
Inférieur à 50	Aucun TC généralisé significatif

Pour les catégories comportementales prises isolément, ces seuils exprimés en score t se sont révélés peu appropriés, car la distribution de leurs scores bruts est, la plupart du temps, soit très aplatie (Asymétrie de 1,954) ou très asymétrique (Kurtose de 2,885) par rapport à une courbe normale. Ainsi, l'utilisation de rangs centiles a donc été privilégiée pour établir les seuils critiques qui indiquent la présence de TGC ou de TC en ce qui concerne les catégories comportementales, prises individuellement.

Un rang centile est utilisé pour diviser un ensemble de données brutes en 100 parts égales et permet ensuite de situer chacun de ces scores bruts par rapport à l'une de ces séparations. Les scores composites bruts de l'échantillon de référence de l'EGCP II-R pour chacune des catégories comportementales ont donc été divisés en rang centiles. Par conséquent, si le score brut d'un usager à une catégorie comportementale est classé au 50^e rang centile par rapport à l'échantillon de référence, cela signifie que 50 % des résultats des autres usagers sont inférieurs ou égaux au sien. De telle sorte que 50% des autres usagers de l'échantillon ont des résultats supérieurs.

Cette statistique représente donc une forme d'équivalence de la moyenne sans respecter, contrairement aux types externalisés et internalisés, tous les critères associés à une distribution normale. Il est à noter qu'un rang centile de 68 correspond approximativement à un score t de 55 et un rang centile de 84 correspond approximativement à un score t de 60 (Spreen et Strauss, 1991).

Le Tableau 15 résume les seuils suggérés pour établir la présence de TC ou de TGC pour les différentes catégories comportementales, prises isolément.

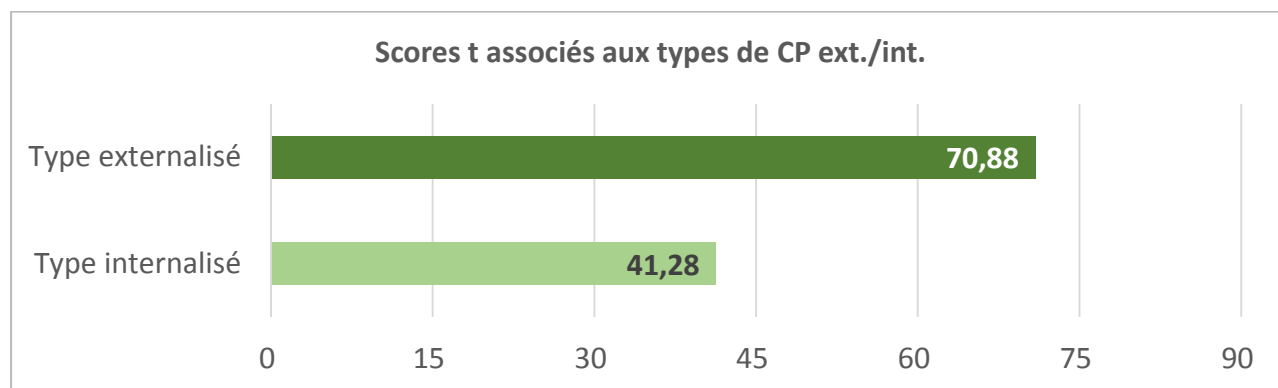
Tableau 15 : Seuils critiques en rangs centiles utilisés pour l'interprétation des résultats

Seuil en rang centile	Descripteur
50 ^e au 68 ^e rang	TC spécifique léger
69 ^e au 83 ^e rang	TC spécifique modéré
84 ^e rang et plus	TGC spécifique

6.2 Analyse et synthèse des résultats : marche à suivre

La première étape consiste à vérifier s'il y a présence de scores significatifs quant aux CP de types externalisés et internalisés, ce qui marque une tendance généralisée. Le compilateur fournit, à la feuille imprimable des résultats, un premier graphique intitulé « Scores t associés aux CP de types ext./int. »

Figure 4 : Exemple de graphique – Scores t associés aux types de CP ext./int.

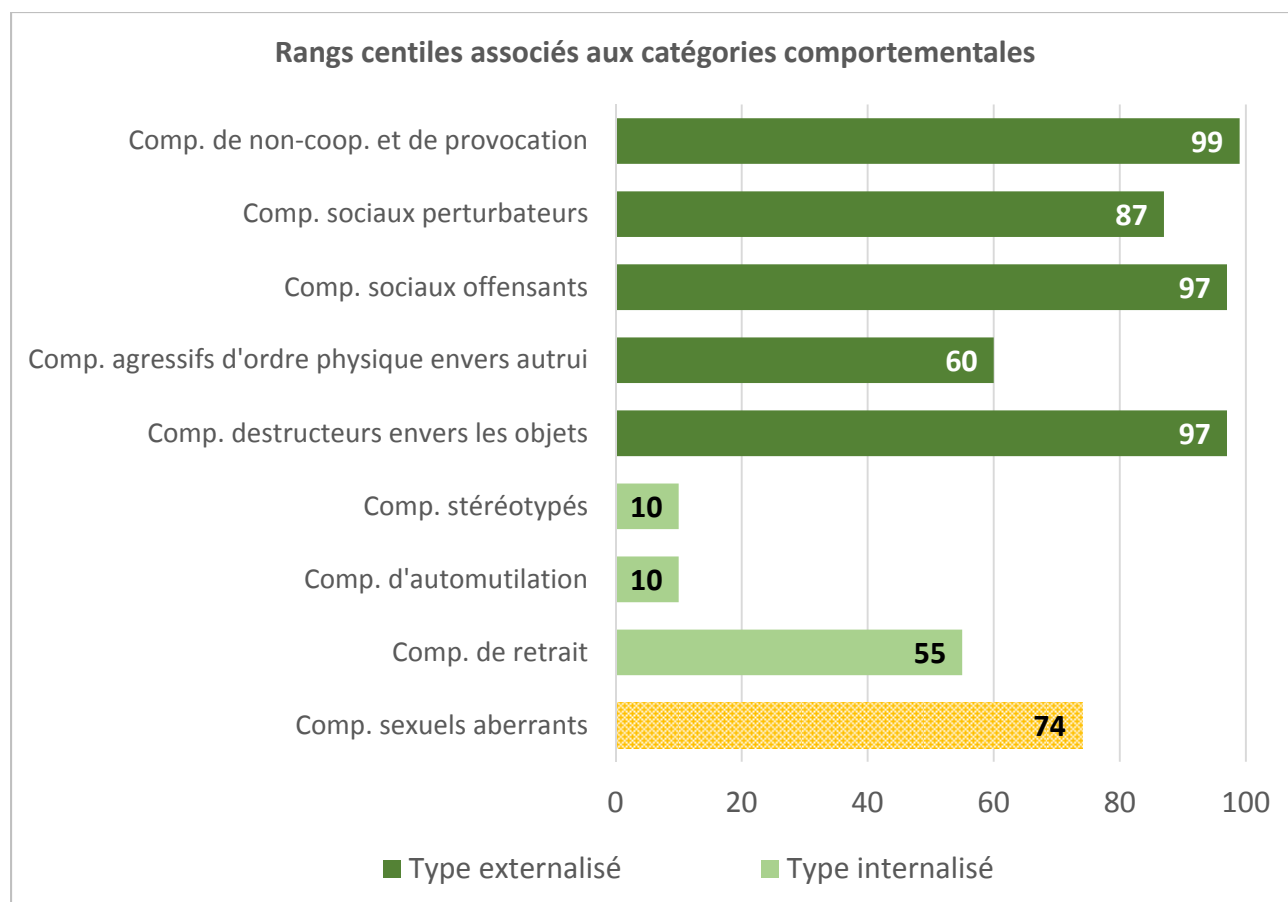


Ce graphique comporte les scores t obtenus à la fois pour les CP de type externalisé (ex. : 70,88) et pour les CP de type internalisé (ex. : 41,28) pour un usager.

Afin de faciliter la synthèse des résultats obtenus à l'EGCP-II-R, une fiche synthèse a été élaborée (**Fiche synthèse des résultats psychométriques à l'EGCP-II-R, pages 74-75**). Ces deux résultats devraient donc être transcrits sur la fiche synthèse.

Pour procéder à une description plus fine du profil comportemental de cette personne, il faut cependant poursuivre l'analyse détaillée des scores pondérés obtenus aux catégories de CP, prises isolément. Le compilateur fournit un graphique des percentiles obtenus pour chacune des catégories de CP pour l'utilisateur évalué. Les résultats en termes numériques sont aussi disponibles dans le graphique et devraient être transcrits sur la « **Fiche synthèse des résultats psychométriques à l'EGCP-II-R** ».

Figure 5 : Exemple de graphique – Rangs centiles associés aux catégories comportementales



Avec l'ensemble de ces informations, il est possible, pour le professionnel responsable, de conclure à la présence ou non de TC ou de TGC chez l'utilisateur évalué.

Par ailleurs, il est possible, avec le compilateur, d'utiliser les scores bruts générés par deux répondants différents. Les scores pour deux répondants sont compilés de façon telle que le compilateur génère des scores pondérés moyens semblables à ce qui est produit lorsqu'il y a un seul répondant. Cette section de résultats comporte divers indices statistiques permettant de juger de la validité des scores moyens ainsi obtenus. Les scores fournis sont :

- un coefficient de corrélation de Pearson pour les réponses des deux répondants à chacune des neuf catégories comportementales;
- un pourcentage d'accord de la cotation des deux répondants;
- un test *t* permettant d'évaluer s'il y a ou non une différence significative entre les scores moyens obtenus par les deux répondants pour les neuf catégories comportementales.

Cette section, intitulée « **Résultats – profil moyen** », ne devrait être interprétée que si le profil moyen est valide, c'est-à-dire que les résultats suivants sont atteints : un coefficient de corrélation de 0,80 et plus, un pourcentage d'accord de 70 % et plus, ainsi qu'un test *t* non significatif ($p < 0.05$).

FICHE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS PSYCHOMÉTRIQUES À L'EGCP-II-R

SCORES T ASSOCIÉS AUX TYPES DE CP EXT./INT. ET LEURS SIGNIFICATIONS CLINIQUES

CP de type (ext./int.)	Score t	Signification clinique
Internalisation		
Externalisation		

Description des résultats aux CP de type (ext./int.) selon la typologie de l'EGCP-II-R

--

TABLEAU DES RANGS CENTILES ASSOCIÉS AUX DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE CP ET LEURS SIGNIFICATIONS CLINIQUES

Catégories comportementales	Rang centile	Signification clinique
Non-coopération et provocation (Ext.)		
Destructeurs envers les objets (Ext.)		
Sociaux offensants (Ext.)		
Agressifs d'ordre physique envers autrui (Ext.)		
Sociaux perturbateurs (Ext.)		
Stéréotypés (Int.)		
Retrait (Int.)		
Automutilation (Int.)		
Sexuels aberrants (Indépendant)		



FICHE SYNTHÈSE DES RÉSULTATS PSYCHOMÉTRIQUES À L'EGCP-II-R

Synthèse des résultats globaux à l'EGCP-II-R

--

Types de comparaison	Constats pertinents
Tous les paramètres des CP externalisés vs ceux des CP internalisés, pris un à un	
Type d'impacts (Personnels vs Autrui)	
Fréquence vs Impacts (plus faible/plus élevée)	

CP les plus importants pour la compréhension du profil comportemental	Constats pertinents : liens fonctions connus/liens avec les diagnostics existants/hypothèses causales

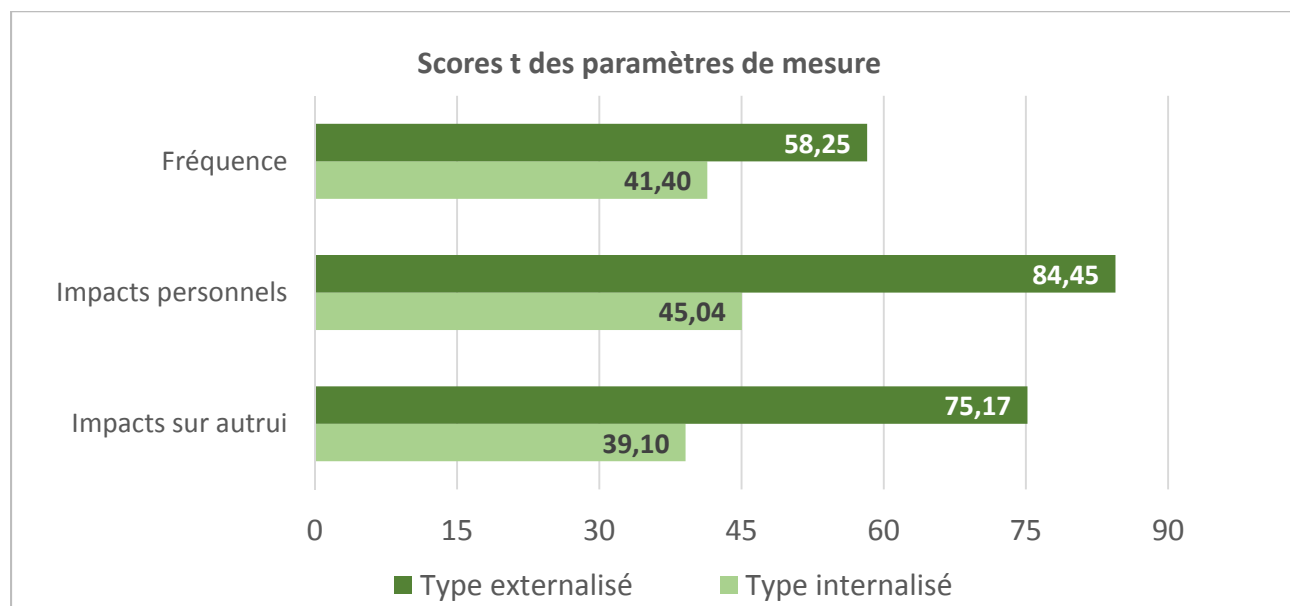


Scores pondérés des paramètres de mesure

Le compilateur fournit une dernière série de scores pondérés qui peuvent être intéressants à considérer sur le plan clinique. Tel que présenté à la Figure 6, ces scores sont fournis sous forme de scores *t* pour chacun des paramètres de mesure de base de l'EGCP-II-R (fréquence, impacts personnels et impacts pour autrui) pour les CP de type externalisés et internalisés.

La comparaison entre les types externalisés et internalisés est particulièrement utile quand la différence entre l'un ou l'autre de ces paramètres de mesure devient significative, c'est-à-dire qu'elle atteint le seuil critique requis, soit une différence de 10 points. Il est alors possible de fournir une indication sur la contribution respective de chacun des paramètres de l'outil dans les résultats obtenus aux CP de type externalisés ou internalisés et d'en tirer une interprétation clinique. Rappelons que le score brut employé pour établir les scores aux tendances d'internalisation et d'externalisation est un score composite qui regroupe les paramètres de mesure de fréquence, d'impacts personnels et d'impacts pour autrui. Ainsi, des scores *t* sont fournis pour la contribution relative de chacun de ces trois paramètres de mesure aux scores composites obtenus.

Figure 6 : Exemple de graphique – Scores *t* des paramètres de mesure



Par exemple, dans les résultats illustrés à la Figure 5, il est évident que tous les paramètres liés à l'externalisation sont statistiquement différents (différence supérieure à 10 points) de ceux d'internalisation. De plus, ce sont les deux paramètres d'impacts qui contribuent davantage aux résultats des scores composites de l'utilisateur que les scores de fréquence, et ce, de façon hautement significative (score $t > 16,42$). Ainsi, il faudrait donc tenter sur le plan clinique de réduire en priorité, et à court terme, les impacts pour autrui et pour la personne des TC les plus importants, plutôt que leur fréquence, car le milieu pourrait être épuisé et ne plus pouvoir gérer efficacement le stress associé aux TC de la personne.

D'autres profils en ce qui concerne les paramètres de mesure sont possibles et pourraient être tout aussi révélateurs sur le plan clinique. Par exemple, le paramètre de fréquence pourrait être le plus important et significativement différent (différence de 10 points et plus) par rapport aux paramètres d'impacts. Il serait alors pertinent de soulever une hypothèse d'hyperactivité, hypothèse qui devrait être examinée plus en profondeur sur le plan clinique pour expliquer cette différence significative à ce paramètre.

D'autre part, si le paramètre de fréquence est le plus important des paramètres de mesure (et de façon significative) pour l'une ou l'autre des composantes d'internalisation ou d'externalisation, ceci tendrait à confirmer encore davantage l'existence d'une forte tendance. En effet, dans l'approche classique de mesure des CP, la fréquence totale des comportements problématiques est souvent considérée comme le meilleur indicateur de mesure, même pris isolément. Cette façon de faire représente une approche moléculaire (au niveau des comportements spécifiques) plutôt qu'une approche molaire (au niveau des catégories comportementales) utilisée dans l'EGCP-II-R.

Un autre exemple serait que les impacts vis-à-vis d'autrui obtiendraient un score relatif supérieur aux autres paramètres de mesure. Il serait envisageable, dans un tel cas, de soulever une hypothèse de détresse particulière pouvant exister dans l'entourage de la personne et comprenant un risque plus élevé d'épuisement chez celui-ci. Comme les impacts pour autrui seraient cotés de façon plus importante statistiquement que les autres paramètres de mesure, ce phénomène pourrait être plus probable. Ces scores ne permettraient pas de confirmer directement ces hypothèses cliniques, mais donneraient plutôt des indications sur des hypothèses cliniques pertinentes à vérifier compte tenu du profil de résultats de l'utilisateur.

Liste des CP les plus importants et les CP présents dans les 3 derniers mois

La **liste des CP les plus importants** sélectionnés par le ou les répondants de l'EGCP-II-R constitue une autre source d'information complémentaire importante qui est incluse dans le compilateur. En effet, comme chacun de ces CP possède des caractéristiques propres, surtout en termes de gravité relative et de risque potentiel, il est essentiel de les considérer dans l'interprétation des résultats de l'échelle. Par exemple, au niveau des CP agressifs envers autrui, « donner des coups

de poing ou des coups de pied » peut être très différent d'un comportement de « pousser ou bousculer autrui ». La probabilité de blesser autrui pourrait être considérée comme plus probable dans le cas de coups dirigés de poings ou de pieds que dans le cas de comportements moins agressifs de pousser ou bousculer. Il faudra en tenir compte dans l'interprétation des résultats ainsi que dans les choix des priorités d'intervention. Un autre exemple au niveau des comportements destructeurs serait de mettre le feu qui est en soi plus grave que de détruire les vêtements d'autrui. Le potentiel d'atteinte à l'intégrité physique d'autrui et de l'environnement peut être extrême dans le cas d'un incendie déclenché de façon volontaire ou même accidentelle.

Lorsque le professionnel responsable a examiné l'ensemble des scores pondérés et des informations complémentaires, il peut en faire une interprétation clinique plus détaillée et formuler des recommandations découlant de l'ensemble de sa cueillette de données. L'interprétation des résultats à l'EGCP-II-R peut aussi être réalisée après une discussion clinique avec les membres de l'équipe professionnelle entourant l'utilisateur ou après la présentation des résultats à l'entourage de la personne.

Plusieurs éléments typiques devraient toutefois se retrouver dans l'interprétation des résultats. L'analyse des CP les plus importants doit être réalisée et interprétée de façon appropriée par rapport au niveau de fonctionnement global de la personne, en particulier son niveau de DI. Par exemple, une personne présentant une DI grave à la limite du retard profond pourrait présenter des niveaux de comportements stéréotypés élevés sans nécessiter des interventions intensives, étant donné son niveau de maturité neurologique. Toutefois, si ceux-ci sont accompagnés de TC d'automutilation, il y aurait lieu de s'inquiéter et d'examiner les causes fonctionnelles possibles de ces CP significatifs sur le plan psychométrique. Ainsi, les liens entre ces TC présents et les différents diagnostics au dossier de l'utilisateur devraient être aussi examinés, tout en tenant compte des principaux éléments de la situation psychosociale de l'utilisateur (ex. : présence de stressseurs, qualité de vie inadéquate, besoins particuliers non répondus, etc.).

Il faut notamment inclure la classification synthétique ou un descriptif du profil comportemental de l'utilisateur en termes de TC ou de TGC décrits dans la typologie des TC de l'EGCP-II-R (section suivante). Cette classification est importante, car elle peut orienter les cliniciens vers des hypothèses causales, mais aussi sur des pistes d'interventions à privilégier. Les liens fonctionnels entre le profil comportemental actuel et ces différents éléments devraient permettre de faire émerger différentes hypothèses de causalité et des pistes d'interventions prioritaires. Plus le professionnel devient familier avec les différents profils de résultats à l'EGCP-II-R, plus il pourra faire des liens facilement entre les différents profils de résultats et les indications cliniques pertinentes.

6.3 Typologie des TC et des TGC

Pour faciliter la description des scores pondérés traduits en scores *t* ou en rang centiles, il est proposé d'utiliser la typologie des TC et des TGC de l'EGCP-II-R. Cette typologie des TC/TGC a été développée progressivement en utilisant les résultats à l'EGCP-II-R dans un contexte clinique d'analyse et d'intervention multimodales (AIMM) pour, entre autres, sélectionner les hypothèses de travail et les priorités d'intervention. Il a alors été possible de constater qu'il existe une forme de hiérarchie de gravité de TC pouvant être conceptualisée comme un continuum. Ce continuum se divise en six niveaux (6 étant le score de gravité le plus élevé et 0 marquant l'absence de TC/TGC), et chacun des six niveaux est subdivisé en trois niveaux intermédiaires.

Plusieurs constats ou postulats sont à la base de cette typologie.

Un premier constat est à l'effet que les catégories de CP internalisés prises isolément sont, autant du point de vue psychométrique (voir la Table des rangs centile) que dans l'expérience clinique, presque toutes moins graves que les catégories externalisées, sauf peut-être pour la catégorie d'automutilation qui peut générer des impacts personnels très importants à faible fréquence.

En outre, lorsque plusieurs catégories de CP sont présentes simultanément chez un usager, et qu'une ou l'autre tendance comportementale sous-jacente (internalisation ou externalisation) devient significative statistiquement, la gravité des TC augmente de façon importante. Ce phénomène est ici qualifié de TC ou de TGC généralisé internalisé ou externalisé. Entre ces deux types de tendances, il existe toute une série de variantes de TC ou de TGC spécifiques simples ou multiples (internalisés ou externalisés; présents de façon isolée ou non; accompagnés au non de TC généralisés ou de catégories mixtes de TC). Cette typologie s'est révélée fort utile, aux experts cliniques, pour synthétiser les résultats à l'EGCP et pour faciliter l'interprétation clinique de ces différents profils de troubles comportementaux.

Le Tableau 16 à la page suivante présente la typologie des TC/TGC de l'EGCP-II-R.

Tableau 16 : Typologie des TC/TGC de l'EGCP-II-R

0	Aucun trouble du comportement significatif					
1	1.1	TC spécifique(s) int. léger(s) ou modéré(s). ³	1.2	TC spécifiques ext. léger(s) ou modéré(s).	1.3	TC mixte(s) légers ou modérés avec ou sans, une majeure de TC ext. ou int. ⁴
2	2.1	TC généralisé(s) int. léger(s) ou modéré(s). ⁵	2.2	TC généralisé(s) ext. léger(s) ou modéré(s).	2.3	TC généralisé(s) mixte(s) légers ou modérés avec une majeure ⁶ ext. ou int.
3	3.1	TGC spécifique(s) int. seulement. ¹	3.2	TGC spécifique(s) ext. seulement.	3.3	TGC spécifique(s) mixte(s) avec une majeure ⁴ ext. ou int. <u>OU</u> un seul TGC spécifique, mais avec des TC mixtes de gravité moindre.
4	4.1	TGC spécifique(s) int. avec TC généralisé(s) int. léger(s) ou modéré(s). ¹³	4.2	TGC spécifique(s) ext. avec TC généralisé(s) ext. léger(s) ou modéré(s).	4.3	TGC spécifique(s) mixte(s) avec TC généralisé(s) ext. ou int. léger(s) ou modéré(s) <u>OU</u> un seul TGC spécifique, mais avec des TC mixtes de gravité moindre dont un type est généralisé.
5	5.1	TGC généralisé(s) int. seulement. ²	5.2	TGC généralisé(s) ext. seulement.	5.3	TGC généralisés (ext. ou int.) avec des TC léger(s) ou modéré(s) dans l'autre type <u>OU</u> TGC généralisés (ext. ou int.) avec un TGC spécifique dans l'autre type.
uw	6.1	TGC généralisé(s) int. avec TC généralisé (s) ext. léger(s) ou modéré(s). ³	6.2	TGC généralisé(s) ext. avec TC généralisé(s) int. léger(s) ou modéré(s).	6.3	TGC généralisé(s) mixtes avec une majeure ⁴ ext. ou int.

³ Voir le graphique des « Rangs centiles associés aux catégories comportementales ».

⁴ Retenir les CP de la catégorie avec le score le plus élevé.

⁵ Voir le graphique des « Scores t associés aux CP de type ext./int. ».

⁶ Retenir le type ext./int. qui a le score le plus élevé comme majeure.

Les lignes du Tableau 16

La première ligne du Tableau 15 correspond à l'absence de scores atteignant les seuils d'interprétation précédemment mentionnés. Ceci signifie, en termes cliniques, que l'utilisateur évalué ne présenterait pas, sur le plan psychométrique, de TC ou de TGC significatifs.

Les colonnes du Tableau 16

La colonne de gauche comporte essentiellement des catégories de CP internalisés. D'après les utilisateurs de l'EGCP et notre expérience clinique, la tendance à l'internalisation peut être globalement considérée d'une gravité globale moindre que la tendance à l'externalisation.

La colonne du centre décrit l'ensemble des profils de TC/TGC davantage externalisés, pris isolément et qui ont généralement une plus grande gravité globale, et qui sont plus souvent mentionnés comme des TGC (Emerson, 2001; Schroeder et al., 1997; Tassé et al. 2010).

La colonne de droite expose l'ensemble des profils de TC/TGC qui sont davantage mixtes au niveau des deux catégories comportementales. Cette dernière colonne inclut généralement un élément complémentaire (d'un poids particulier) à l'une ou l'autre de ces catégories qui sont appelés « une majeure », soit au niveau de la catégorie internalisée, soit au niveau de la catégorie externalisée. Ceci est important dans la mesure où, s'il y a un aspect davantage d'externalisation que d'internalisation, cela peut donner une couleur différente au profil de l'utilisateur sur le plan clinique.

En identifiant les scores pondérés significatifs du profil psychométrique à l'EGCP-II-R, le professionnel responsable peut facilement repérer la cellule de ce tableau qui correspond le mieux au profil de troubles du comportement de l'utilisateur. À titre d'exemple, dans les résultats illustrés aux Figures 3 à 5, l'utilisateur en question présenterait des TGC généralisés externalisés avec un TGC spécifique en lien avec les comportements sexuels aberrants ainsi qu'un TC spécifique internalisé modéré (comportements de retrait). Ce résultat correspond à la case 5.3 de la typologie. Le descriptif associé à la cellule du tableau devrait donc être attribué au profil de résultats de l'utilisateur et être inscrit dans la **Fiche synthèse des résultats psychométriques à l'EGCP-II-R**. Ce descriptif devrait d'ailleurs se retrouver éventuellement dans le rapport psychométrique devant être mis au dossier de l'utilisateur.

Le jugement clinique du professionnel responsable doit toutefois être exercé pour tenir compte des limites de l'outil et de la qualité des informations insérées dans le compilateur. En effet, divers biais existent dans ce type de questionnaire comme ceux liés, entre autres, aux caractéristiques du répondant (liens avec l'utilisateur, qualité de la relation, niveau d'expérience en DI-TSA, etc.), à sa compréhension de l'outil, au milieu d'observation, à l'information recueillie de diverses sources par le répondant principal ou à la présence d'un ou plusieurs répondants. Les scores pondérés obtenus et la description du profil comportemental doivent être décrits dans un rapport

psychométrique rédigé par le professionnel responsable afin de pouvoir nuancer adéquatement ce résultat psychométrique et, éventuellement, recommander ou non certaines démarches cliniques, voire même l'accès à une programmation particulière ou à des services plus spécialisés.

6.4 Type de recommandations possibles

Le Guide de pratique en TGC de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants de développement (2010) recommande de recourir à une analyse multimodale (AIMM) lorsqu'un usager présente des TGC. Ainsi, le professionnel responsable devra considérer d'examiner la pertinence de cette recommandation, particulièrement lorsque le descripteur de la classification du profil comportemental dénote la présence de CP suffisamment significatifs sur le plan psychométrique pour être considérés comme des TGC (niveaux 3 à 6 de la typologie). De plus, l'ensemble des scores pondérés devrait aider le professionnel responsable dans l'identification du TGC le plus important qui devrait faire l'objet d'une analyse multimodale. Il est possible, pour ce faire, d'utiliser diverses méthodologies proposées par le SQETGC, par exemple *l'Inventaire des causes probables des troubles graves du comportement chez les adolescents et les adultes présentant une déficience intellectuelle légère à modérée* : ICP-DI (Morin et al., 2014) ou *l'Inventaire des causes probables des troubles graves du comportement chez les adolescents et les adultes présentant un trouble du spectre de l'autisme avec une déficience intellectuelle légère à modérée* : ICP-TSA (Beaulieu, Chevalier et Morin, 2015), selon le cas.

Examinons maintenant différents profils de TGC qui peuvent être classifiés avec la typologie associée à l'EGCP-II-R. Par exemple, si le professionnel est en présence d'un profil de TGC spécifique pris isolément (niveaux 3.1, 3.2 et 3.3), il est possible qu'une évaluation fonctionnelle partielle, et non globale puisse être suffisante. Celle-ci permettrait probablement d'identifier, dans un premier temps, les facteurs environnementaux qui sont les principales causalités dans l'apparition et le maintien des TGC. En effet, plus la problématique comportementale est isolée, plus la probabilité de l'influence quasi exclusive de contingences environnementales est forte et plus l'interaction entre les caractéristiques de la personne et les caractéristiques de son environnement peuvent expliquer les CP (Bush, 2011). Ceci pourrait indiquer qu'à la lumière de l'évaluation fonctionnelle, l'implantation rapide d'aménagements préventifs pourrait aider considérablement à diminuer la probabilité de ces TGC spécifiques. Des hypothèses, plus complexes sur le plan psychopathologique, pourraient ne pas être nécessairement envisagées dans un premier temps pour ce type de profil. Il n'est en outre pas exclu que des facteurs internes soient contributifs dans l'apparition et le maintien de ce genre de TGC spécifiques.

Ce phénomène est encore plus probable si le profil comportemental de l'utilisateur se situe davantage au niveau d'un TC spécifique (Niveaux 1.1, 1.2 et 1.3). En effet, si le TC est beaucoup moins grave

et qu'il se manifeste de façon relativement isolée des autres catégories comportementales, il est possible de l'interpréter comme étant indicatif d'une mauvaise adéquation ou adaptation de l'utilisateur à son environnement. Dans ce cas, une analyse des causalités proximales (stimuli déclencheurs et contributeurs) pourrait permettre la formulation d'hypothèses d'intervention très productives dans l'amélioration du profil comportemental de la personne (ex. : moyen de communication) (Bush, 2011). Ce type d'interprétation est basé sur l'expérience clinique des auteurs du présent manuel et sur celle de spécialistes dans l'interprétation des fonctions des TC (O'Neill, Albin, Storey, Horner et Sprague, 2015).

Lorsque le profil d'un usager implique davantage des TC généralisés, d'autres genres d'hypothèses peuvent être soulevées. Lorsque le TC généralisé est uniquement internalisé, il est possible d'évoquer comme hypothèse la présence de traits autistiques ou d'un syndrome formel de TSA pour expliquer ces difficultés comportementales particulières. Certains syndromes génétiques (ex. : le cri du chat- voir Riva, Bellugi et Denckla, 2005), de même qu'un niveau particulièrement grave de déficience intellectuelle (automutilation et stéréotypie : Morin et Méthot, 2003), peuvent aussi être associés à ce genre de profil. Ce type d'hypothèses cliniques peut donner des pistes intéressantes à explorer en ce qui a trait aux causes de difficultés d'adaptation de la personne et de ses besoins particuliers de soutien. Une fois que ces hypothèses seront confirmées, la programmation de la personne pourra être révisée de façon majeure pour mieux adapter son environnement à ses capacités et déficits de fonctionnement.

Lorsque le profil comporte des TC ou des TGC généralisés externalisés pris isolément (Niveaux 2.2 et 5.2), il est possible de considérer une hypothèse de troubles de la conduite chez un adolescent ou de trouble de personnalité antisociale chez un adulte. Ce type d'interprétation doit cependant être confirmé par d'autres évaluations plus exhaustives en santé mentale. Ce profil de résultats à l'EGCP-II-R n'est qu'une indication psychométrique pour recommander une évaluation mieux adaptée sur le plan des critères cliniques tels que décrits dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Si le TC/TGC généralisé est mixte (niveaux 2.3 et 5.3), une autre hypothèse peut cependant être évoquée : par exemple, la présence de troubles de personnalité ou d'un trouble du spectre de l'autisme avec des traits antisociaux. Dans certaines situations extrêmes, ce profil comportemental peut être associé à un état de psychose ou à un état de stress post-traumatique. Par conséquent, les recommandations dans ces situations seront davantage axées sur des traitements psychologiques ou psychiatriques ou même sur des interventions de crise.

Ces différentes possibilités d'interprétation clinique doivent toujours être validées par d'autres démarches professionnelles. Ce type de résultats à l'EGCP permet en effet de soulever des hypothèses, surtout en ce qui a trait à la présence de troubles de santé mentale, et de fournir des indications sur les démarches complémentaires à réaliser par des professionnels habilités dans ce domaine (ex. : psychologue ou psychiatre).

Comme mentionnée dans le chapitre d'introduction, la présence de TGC, particulièrement lorsqu'ils sont mixtes, pourrait être une indication sérieuse d'une plus grande probabilité de troubles de santé mentale ou physiques chez un usager. La typologie de classification des TC de l'EGCP-II-R y fait référence aux niveaux 3 et supérieurs. Plus le niveau de gravité augmente (de 4 vers 6), plus la probabilité augmente, sur le plan théorique, de pouvoir observer des troubles de santé mentale (Allen et al, 2013) ou des troubles de santé physique chez l'utilisateur (Ryan et Sunada, 1997).

Il ne faut cependant pas négliger la possibilité que ce type de troubles soit aussi lié aux caractéristiques ou aux changements dans l'environnement social et physique de l'utilisateur. Des événements difficiles générateurs de stress (ex. : décès d'un proche, abus physique ou sexuel, tout autre événement traumatique:) peuvent provoquer des états de stress post-traumatique (Harvey, 2012) ou des désorganisations psychiques et comportementales (Sovner, 1986). De façon plus spécifique, ce type de profil peut également être associé à une crise comportementale déclenchée par une série de facteurs de stress relatifs ou de vulnérabilités particulières (ex. : déménagement de résidence, perte d'un travail ou d'une activité de jour significative, changement d'école) (Harvey, 2012; Levitas et Gilson, 2001).

Sur le plan théorique, le modèle de causalité des TGC de l'analyse multimodale considère que l'apparition et le maintien des troubles graves du comportement sont fondamentalement liés à l'interaction entre les caractéristiques de la personne et celles de son environnement (Sabourin et Lapointe, 2014). Il serait alors très dangereux de conclure trop rapidement à la présence d'une seule causalité pour expliquer la présence de troubles graves du comportement. Dans le présent cadre théorique d'analyse, la présence de TGC est considérée comme généralement associée à des causes multiples d'ordre psychosocial, psychopathologique, physique ou environnemental (Allen et al., 2013, Dosen et al., 2007; Gardner et al., 2006; Sabourin et Lapointe, 2014).

Exemples de situations cliniques typiques

Pour illustrer le type d'interprétations possibles des résultats à l'EGCP-II-R, deux situations cliniques typiques sont présentées avec les recommandations qui en découlent. Pour ce faire, une situation de TGC d'automutilation avec des TC associés d'agressivité physique envers autrui a été sélectionnée, ainsi qu'une situation de TC généralisés externalisés.

Première situation : Alain

Prenons d'abord l'exemple d'Alain (Figures 7 et 8), qui présenterait à l'EGCP-II-R un profil de TGC généralisé internalisés (score t de 61.82) qui se caractérise surtout par des TGC d'automutilation (86^e percentile) associés à des TC agressifs physiques envers autrui de niveau modéré (56^e percentile). Il est à noter que très souvent, ce type de comportement externalisé (TGC

agressifs envers autrui) est associé fonctionnellement aux interventions tentées par l'entourage pour contenir les comportements d'automutilation. La personne essaierait de résister aux interventions en agressant les personnes qui tentent de s'interposer à son automutilation.

Figure 7 : Profil d'Alain – Scores t associés aux types de CP ext./int.

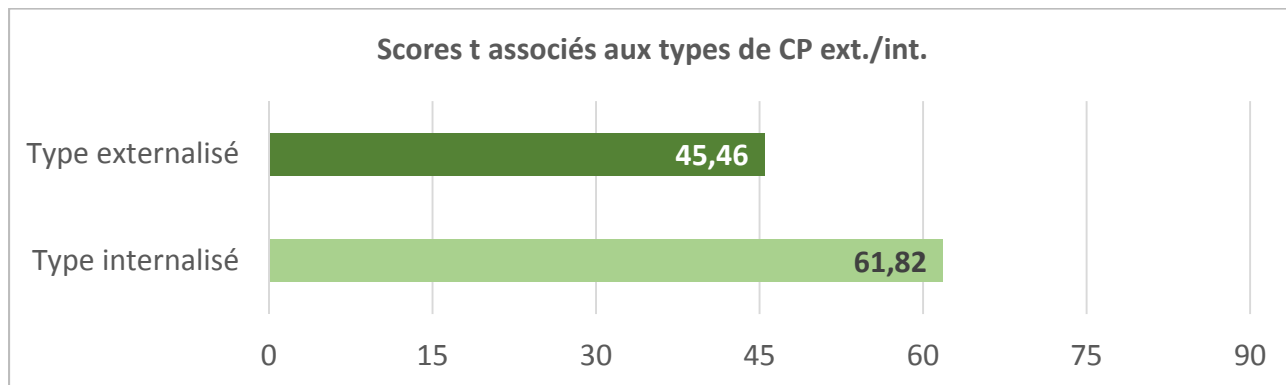
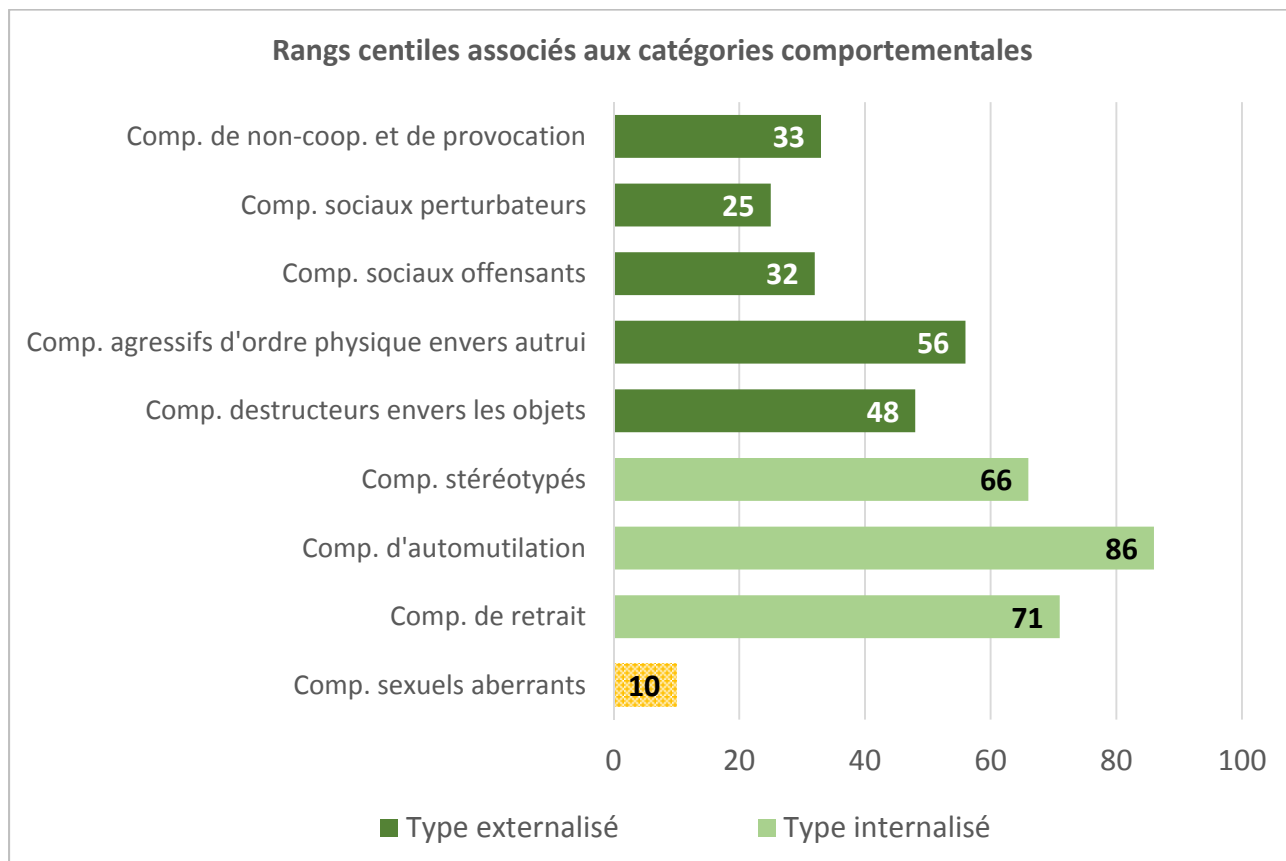


Figure 8 : Profil d'Alain – Rangs centiles associés aux catégories comportementales



Ce lien fonctionnel devrait être évalué de façon systématique par des observations sur les antécédents, les comportements cibles (automutilation), les conséquences (agressions et autres); donc, des observations de type ABC (*Antecedent-Behavior-Consequent*). Si ce type de lien fonctionnel était confirmé chez Alain (DI modérée à la limite inférieure avec des traits autistiques), il y aurait lieu d'implanter des aménagements préventifs, pour tenter de prévenir l'apparition des TC d'automutilation, et de modifier les stratégies de désescalade, pour réduire la probabilité de poursuite de l'automutilation sans induire d'agressivité envers son entourage. Il serait possible, par exemple, d'explorer l'emploi de stratégies de redirection avec un meilleur contrôle des instructions (Russell, 2011). Si la fonction de l'automutilation est surtout de communiquer un refus ou une insatisfaction, il pourrait être pertinent de lui enseigner à demander une pause, donc d'utiliser un entraînement à la communication fonctionnelle comme mesure d'adaptation /réadaptation.

Seconde situation : Denis

Une autre situation assez typique est celle de Denis, qui présente une DI modérée. Son profil de résultats indique la présence de TC généralisés externalisés légers (Figure 9).

Figure 9 : Profil de Denis – Scores t associés aux types de CP ext./int.

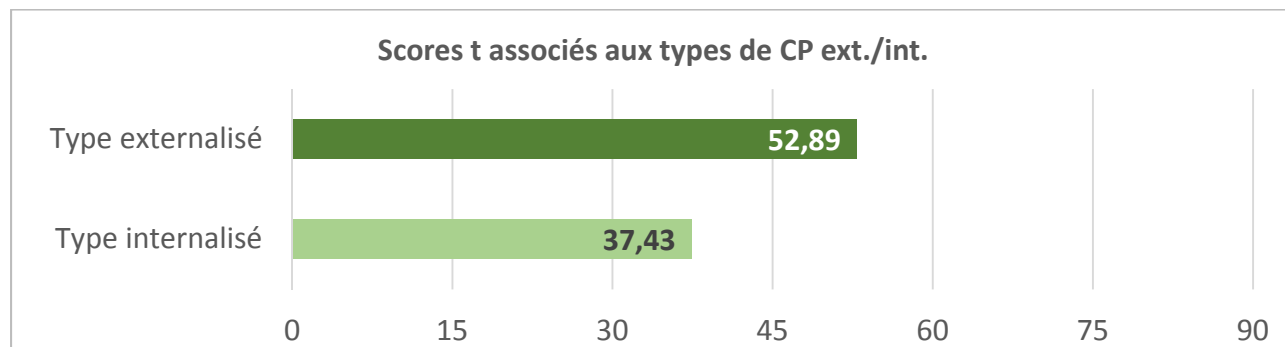
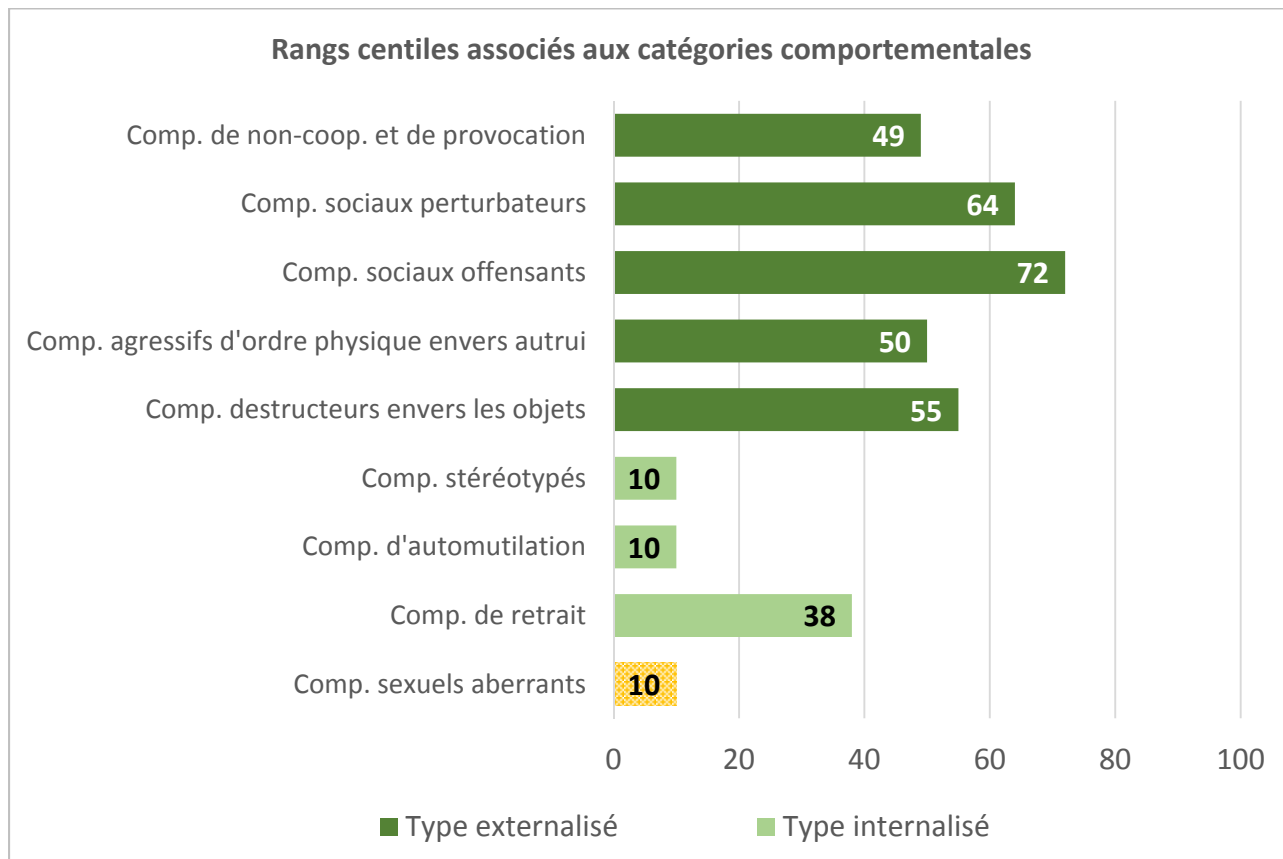


Figure 10 : Profil de Denis – Rangs centiles associés aux catégories comportementales



Tels que présentés à la Figure 10, les TC de Denis sont caractérisés par des TC sociaux offensants modérés (72^e percentile), accompagnés de TC perturbateurs légers (64^e percentile), de TC destructeurs légers (55^e percentile) ainsi que des TC agressifs envers autrui légers (50^e percentile).

En fait, les TC offensants semblent donc constituer la catégorie de TC sur laquelle il conviendrait d'intervenir en priorité, car ils sont les plus importants (TC modérés). La liste des CP les plus importants de Denis fait mention de comportements de « jurer ou sacrer », ainsi que de « menacer ses pairs ». Or, chez une personne ayant une DI modérée, ce genre de situation de TC généralisés externalisés légers est souvent associé à un manque de contrôle sur son environnement et à un manque d'habiletés sociales permettant de s'affirmer. Cette hypothèse devrait être documentée de façon plus détaillée, par une entrevue avec son entourage à propos de l'accès de Denis à des sources privilégiées de renforcement, et par une évaluation de ses habiletés sociales.

Si des données tendaient à confirmer de telles hypothèses, il y aurait lieu de mettre en place des aménagements préventifs (ex. : programmes de renforcement non contingent à taux fixe pour

diminuer les TC offensants (Carr, Severtson et Lepper 2009) et de mettre en place, à titre de stratégie d'adaptation/réadaptation, des entraînements aux habiletés sociales afin de tenter de diminuer les autres TC envers ses pairs et d'améliorer, sans doute, ses relations avec ses superviseurs.

La plupart du temps, lors de l'entrevue dirigée de cueillette de données avec l'EGCP-II-R, diverses observations sont mentionnées et permettent de mettre en évidence des liens fonctionnels entre les TC relevés chez un usager et les caractéristiques de son environnement ainsi que les habiletés déficitaires de cette personne. Le professionnel responsable peut généralement en déduire un minimum de démarches d'évaluation complémentaires à réaliser et parfois même, évoquer des pistes d'interventions prioritaires à explorer.

6.5 Présentation du rapport type pour un usager

Sauf exception⁷, l'utilisation de l'EGCP-II-R devrait donner lieu à un rapport de la part du professionnel responsable. Pour faciliter le travail de rédaction du professionnel responsable, une formule de rapport type est présentée dans ce manuel.

Le rapport devrait ainsi comprendre les informations minimales suivantes :

- Nom de l'usager
- Âge de l'usager (lors de l'évaluation)
- Milieu résidentiel de l'usager
- Nom du répondant et lien avec l'usager
- Nom du professionnel responsable

En termes de contenu, le rapport devrait fournir :

- Des indications sur le **contexte de l'évaluation**, c'est-à-dire le but principal de l'évaluation et les détails pertinents pour comprendre comment s'est réalisée la cueillette de données (ex. : par entrevue dirigée, par un intervenant responsable, etc.).

⁷ Les exceptions auxquelles il est possible de référer ici seraient, par exemple, dans le cadre d'une recherche clinique ou d'une démarche clinico-administrative pour repérer les caractéristiques d'une clientèle donnée. Dans ces circonstances, un rapport professionnel ne serait pas nécessairement requis ou utile à mettre au dossier individuel de l'usager.

- Les **principaux éléments diagnostiques au dossier** de l'utilisateur, en particulier ceux qui peuvent avoir un lien avec l'évaluation du profil de TC de la personne (ex. : diagnostics médicaux, psychologiques, psychiatriques ou toutes autres informations pertinentes).
- Les **principaux éléments de l'histoire personnelle** de l'utilisateur : les éléments de son histoire (récents et passés) qui peuvent être en lien direct avec son profil comportemental. Les informations de son histoire passée peuvent aussi être mentionnées si des liens de causalité avec le portrait actuel des TC sont possibles (il est préférable d'en mettre plus que moins afin que le lecteur puisse bien comprendre les liens de causalité possible dans le contexte).
- Les **résultats formels à l'EGCP-II-R**, c'est-à-dire les résultats en termes de scores pondérés, soit les Scores *t* associés aux catégories comportementales, les rangs centiles associés aux catégories de CP et les scores *t* aux paramètres de mesure. Cette section du rapport devrait se terminer par une **description du niveau de gravité du profil de TC ou de TGC atteint par l'utilisateur à la typologie des TC à l'EGCP-II-R**.
- Puis, une discussion devrait suivre sur **l'interprétation des résultats à l'EGCP-II-R** : c'est-à-dire de fournir des précisions sur les CP qui ont été sélectionnés par le répondant dans la **liste des comportements les plus importants**. Ceux-ci permettent d'apporter un éclairage majeur sur la topographie et la gravité relative des CP de l'utilisateur. De plus, ils permettent de nuancer énormément la signification des différents TC manifestés par la personne.
 - Une interprétation du portrait global qui se dégage de ces nuances est, par la suite, généralement formulée afin de mieux situer la catégorie de TC à prioriser comme cible d'intervention ou d'investigation plus approfondie.
 - Une analyse plus fine se poursuit, généralement, pour interpréter la place des autres TC présents et les liens de causalité qui se dégagent du tableau clinique global.
 - Diverses hypothèses cliniques sont généralement discutées, pour expliquer les TC/TGC les plus importants et les différentes possibilités de liens fonctionnels sont évoquées.
 - Enfin, le rapport poursuit en identifiant des interventions plus spécifiques à réaliser, soit en termes d'évaluations complémentaires, de pistes d'intervention à explorer ou à implanter ou même, d'orientations de services à privilégier pour la personne ou pour son entourage. Dans certaines situations exceptionnelles, il peut être fait mention des risques (santé ou sécurité) associés à la situation actuelle ou au besoin d'ajuster, à court terme, les services de façon majeure (réorientation résidentielle, hospitalisation, etc.).
- Très souvent, des recommandations plus spécifiques au niveau des trois composantes de l'AIMM (Sabourin et Lapointe, 2014) sont formulées pour améliorer l'efficacité des interventions multimodales (aménagement préventifs, prévention active, adaptation/réadaptation ou du traitement).

Des illustrations plus détaillées de rapports professionnels en lien avec l'EGCP-II-R sont disponibles au chapitre 7.

7. HISTOIRES DE CAS

Guy Sabourin, Pierre Senécal, Maxime Paquet

Afin d'illustrer de façon plus détaillée comment utiliser et interpréter les résultats obtenus à l'EGCP-II-R, quatre histoires de cas sont proposées par les deux premiers auteurs du manuel.

Chacune de ces histoires est inspirée de situations réelles légèrement modifiées afin de respecter l'anonymat des usagers et des intervenants concernés. Elles constituent des situations cliniques représentatives de la réalité de la pratique professionnelle auprès des personnes manifestant des TC au Québec.

Dans l'optique de permettre aux lecteurs de se familiariser avec le type de rapport suggéré dans le présent manuel, toutes ces histoires sont présentées sous forme de rapports de type professionnel. Les lecteurs pourront s'en inspirer et adapter leurs rapports à leurs besoins spécifiques et au contexte particulier de leur pratique.

7.1 Étude n° 1 : Xavier

- Nom : Xavier
- Âge : 41 ans
- Milieu résidentiel : Ressource intermédiaire (RI)
- Répondant : éducateur responsable/pivot responsable du suivi dans la ressource résidentielle

Contexte de l'évaluation

Dans le cadre de son suivi annuel, un spécialiste aux activités cliniques du centre a demandé à l'éducateur responsable de remplir l'EGCP-II-R afin d'avoir un portrait global des CP de Xavier. N'étant pas considéré comme ayant des TGC, Xavier ne reçoit actuellement pas de services spécialisés ou aussi intensifs que ceux des usagers inscrits au programme TGC.

Principaux éléments diagnostiques au dossier

- Présence d'une déficience intellectuelle légère;

- Présence d'un diagnostic de troubles de personnalité non spécifié formulé par un psychiatre lors d'une consultation en psychiatrie, il y a plusieurs années (2004);
- Présence, depuis l'adolescence, de comportements problématiques d'ordre sexuel.

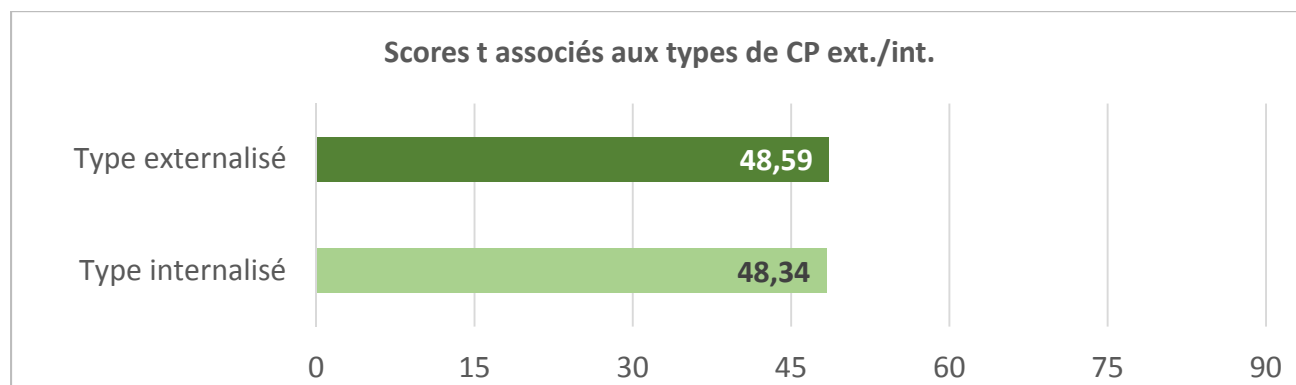
Éléments importants dans son histoire personnelle

Xavier vit dans la même RI depuis 3 ans. Il a précédemment vécu plusieurs années en appartement de manière autonome, mais il avait de plus en plus de difficulté à s'organiser, surtout en ce qui a trait aux repas et à son budget. Il a également vécu des conflits, avec d'autres résidents de son immeuble, qui l'ont amené à accepter un placement en RI. Son acceptation fut toutefois conditionnelle à ce qu'il soit traité comme s'il occupait une chambre et pension, en raison d'une difficulté à accepter d'être encadré. Il est par ailleurs très autonome sur le plan communautaire (orientation et déplacement, achats, recours aux services), mais plutôt instable sur le plan de son travail. Même s'il a fréquenté divers types de plateaux de travail, il revient fréquemment en atelier protégé parce qu'il a été rejeté de son milieu de travail intégré à cause de ses attitudes et de ses comportements perturbateurs. Il est exigeant vis-à-vis de ses superviseurs et se plaint fréquemment de ses conditions de travail. Il est souvent perçu comme dominateur par son entourage social. Il n'a pas d'amis ou de réseau de soutien.

Description des résultats à l'EGCP-II-R

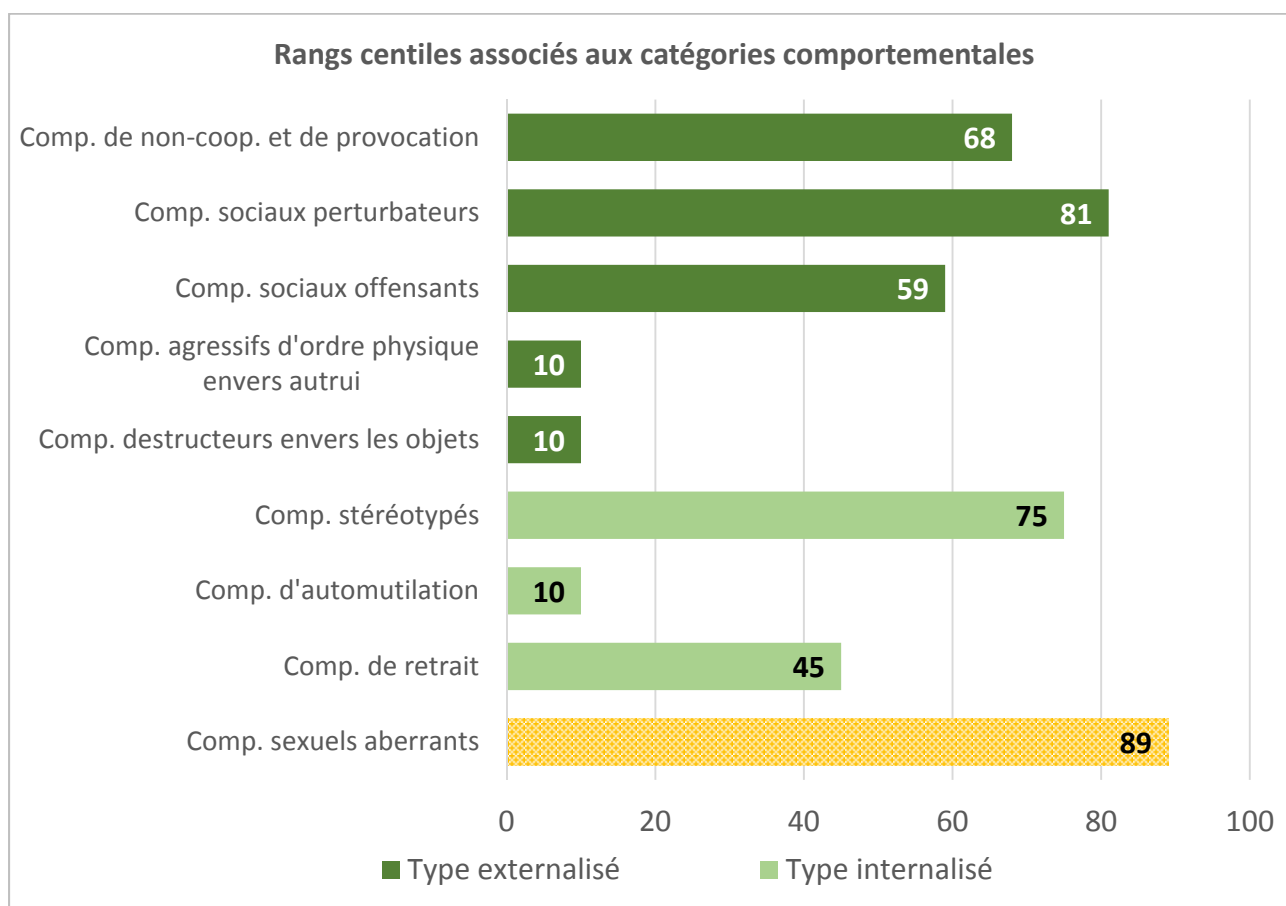
Au niveau des catégories comportementales, les résultats ne sont pas significatifs. Néanmoins, ils s'avèrent très près du seuil requis de 50 pour être considérés comme des TC généralisés légers (score t de 48,59 pour les comportements externalisés et de 48,34 pour les comportements internalisés) (voir la Figure 11).

Figure 11 : Cas de Xavier – Scores associés aux types de CP ext./int.



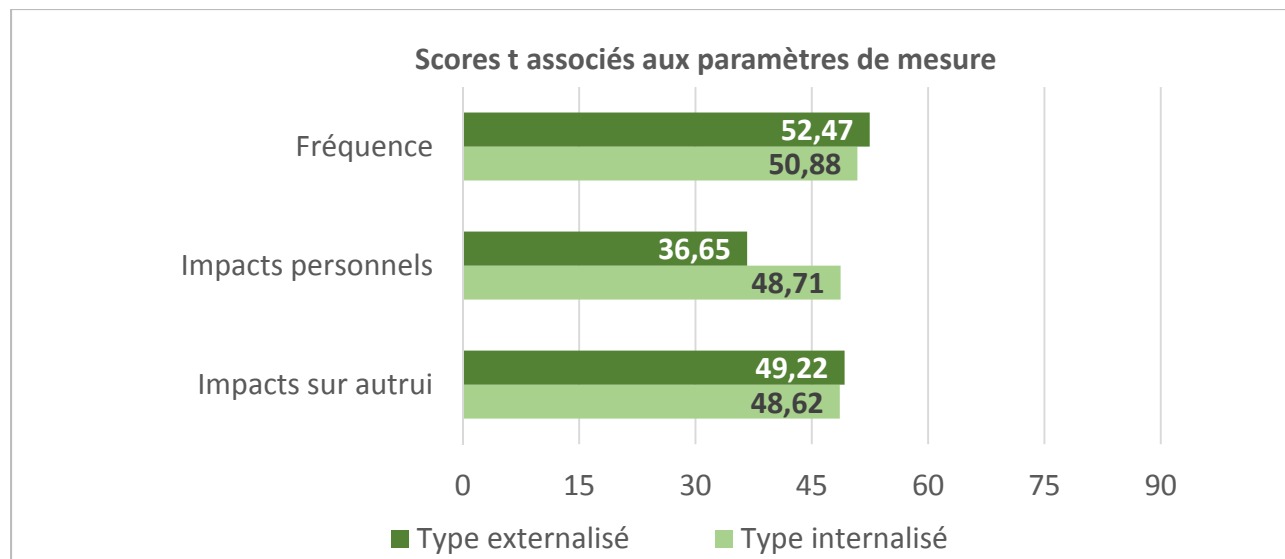
Les rangs centiles des catégories de CP révèlent qu'une seule catégorie obtient un score de 84 et plus, pouvant donc être considérée comme un TGC spécifique : les comportements sexuels aberrants (89^e rang centile). Par contre, trois catégories de CP de type externalisés obtiennent un résultat significatif. Les comportements sociaux perturbateurs (81^e rang centile) doivent d'abord être considérés comme des TC modérés. Les comportements de non-coopération et de provocation (68^e rang centile), ainsi que les comportements sociaux offensants (59^e rang centile) peuvent quant à eux être considérés comme des TC légers. Du côté des comportements internalisés, les comportements stéréotypés peuvent être considérés comme des TC internalisés modérés (75^e rang centile). L'examen de la liste des comportements les plus importants révèle que les comportements sexuels sont nettement agressifs et donc davantage en lien avec la catégorie de comportements externalisés (voir la Figure 12).

Figure 12 : Cas de Xavier – Rangs centiles associés aux catégories comportementales



L'analyse des scores t des trois paramètres de mesure ne révèle pas de tendance nette en faveur de l'externalisation ou de l'internalisation (voir le graphique de **Score t des paramètres de mesure**, à la fin du rapport).

Figure 13 : Cas de Xavier – Scores t associés aux paramètres de mesure



Il y a toutefois des indices significatifs en faveur des impacts pour autrui par rapport aux impacts personnels dans l'externalisation (différence de 12,06) et de la fréquence par rapport aux impacts personnels toujours dans l'externalisation (différence de 15,82). Par ailleurs, l'analyse fine des percentiles des catégories (plus grande proportion de TC externalisés que d'internalisés) et des CP importants ciblés (comportements sexuels agressifs vis-à-vis d'autrui, marche en aller-retour, etc.) tendraient à démontrer que la tendance des TC de Xavier est plus caractéristique de l'externalisation de ses TC.

En résumé : Xavier présente un profil de TGC spécifiques avec des TC mixtes de léger à modéré (niveau 3.3 de la typologie des TC), car il y a des TGC sexuels agressifs et des TC spécifiques mixtes légers à modérés.

Interprétation des résultats à l'EGCP-II-R

Pour bien comprendre les résultats obtenus à l'EGCP-II-R, il faut retourner aux CP ciblés par l'entourage de Xavier (voir la **Liste des comportements les plus importants**, à la fin du rapport).

Au niveau des TGC spécifiques externalisés, Xavier présente un profil qui s'apparente à celui d'un agresseur sexuel. Il y aurait donc intérêt à pousser plus loin les investigations à ce niveau. En effet, les comportements de non-coopération et de provocation se caractérisent principalement par des attitudes de défi, de non-respect des règlements, de mentir et de ne pas faire ses tâches. Les comportements socialement offensants de Xavier consistent à s'exprimer dans un langage vulgaire et de « sacrer ». Il aurait aussi tendance à s'exprimer en criant, ce qui est globalement représentatif d'un TC socialement perturbateur. En considérant la présence de TGC sexuels agressifs (présence de demandes insistantes de contacts sexuels ainsi que d'attouchements forcés), le profil comportemental de Xavier peut s'apparenter à un profil de trouble de personnalité antisociale.

Toutefois, il est à noter que ce profil de comportements est insuffisant pour répondre à l'ensemble des critères diagnostiques nécessaires pour conclure à la présence d'un diagnostic ferme de trouble de personnalité antisociale. Les observations rapportées par son entourage sont à l'effet qu'il est plutôt dominateur envers les autres, sans être physiquement agressif, ce qui milite davantage à considérer la présence de traits antisociaux. Une évaluation plus approfondie en psychologie ou en psychiatrie serait pertinente, pour clarifier la possibilité de trouble ou de traits antisociaux, ou celle d'un trouble de personnalité non spécifié (Fletcher et al., 2007). D'autre part, compte tenu de la présence de TC stéréotypés importants sur le plan moteur, une hypothèse d'un trouble de l'attention avec hyperactivité devrait aussi être examinée.

Il n'en reste pas moins qu'en considérant l'ampleur des TC/TGC de Xavier, il y aurait lieu de considérer un accès à des services plus intensif, pouvant être offerts dans un programme TGC. Plus particulièrement, des services d'entraînement aux habiletés sociales et un suivi intensif d'interventions multimodales des TGC sexuels et de ses TC perturbateurs socialement. Il y aurait, par ailleurs, lieu d'examiner la pertinence et la possibilité de mettre en place un suivi psychothérapeutique pour Xavier. En effet, si ces divers TC/TGC sont reliés à un trouble de personnalité, un processus psychothérapeutique pourrait s'avérer très efficace pour réduire la probabilité d'occurrence de ses CP en cherchant à améliorer son empathie, ses capacités de résolution de problèmes d'interaction sociale, ainsi que sa flexibilité cognitive et comportementale.

Au niveau des aménagements préventifs, il faudrait notamment explorer les possibilités d'étendre son réseau social en y incluant des personnes moins vulnérables et dont la fréquentation pourrait le valoriser davantage. Xavier aurait alors intérêt à recourir à des habiletés sociales positives et à leur manifester du respect. Dans le même sens, il serait intéressant de sélectionner un membre du

personnel avec lequel il pourrait établir un lien de confiance et de compagnonnage régulier pour faciliter le développement de relations égalitaires et empathiques. Cette avenue pourrait favoriser la généralisation de ses habiletés sociales positives et respectueuses envers autrui.

Signature du professionnel responsable | Signature de l'intervenant principal

Figure 14 : Cas de Xavier - Liste des comportements les plus importants et des CP présents au cours des 3 derniers mois

	CP les plus importants	Liste des CP présents au cours des 3 derniers mois
Comportements stéréotypés	Marche en allers-retours	Agite ses mains; fait des bruits avec sa bouche à répétition
Comportements sexuels aberrants	Est agressif sexuellement	Demandes insistantes; attouchements forcés
Comportements sociaux perturbateurs	Crie	Harcèle; dirige les autres; interrompt autrui
Comportements agressifs d'ordre physique envers autrui	Aucun	
Comportements sociaux offensants	Sacre	Langage vulgaire; parle trop fort; arrogance (se pense supérieur)
Comportements de retrait	Reste à l'écart du groupe	Évite les autres
Comportements destructeurs envers les objets	Aucun	
Comportements d'automutilation	Aucun	
Comportements de non-coopération et de provocation	Agit avec une attitude de défi	Ne respecte pas les règlements; ne fait pas ses tâches

7.2 Étude n°2 : Zoé

- Nom : Zoé
- Âge : 39 ans
- Milieu résidentiel : milieu familial
- Entrevue réalisée auprès de la mère de Zoé

Contexte de l'évaluation

À la suite de divers incidents en lien avec l'agressivité de Zoé au cours de la dernière année, son intervenante principale (éducatrice pivot) a demandé qu'on évalue la gravité de ses comportements problématiques dans le but de réévaluer son plan d'intervention en conséquence. La spécialiste aux activités cliniques (SAC) (professionnelle responsable de l'utilisation de l'EGCP-II-R) et son éducatrice ont organisé une rencontre avec la mère de Zoé. Elles ont rempli ensemble l'EGCP-II-R, lors d'une entrevue dirigée par la spécialiste aux activités cliniques.

Principaux éléments diagnostiques au dossier

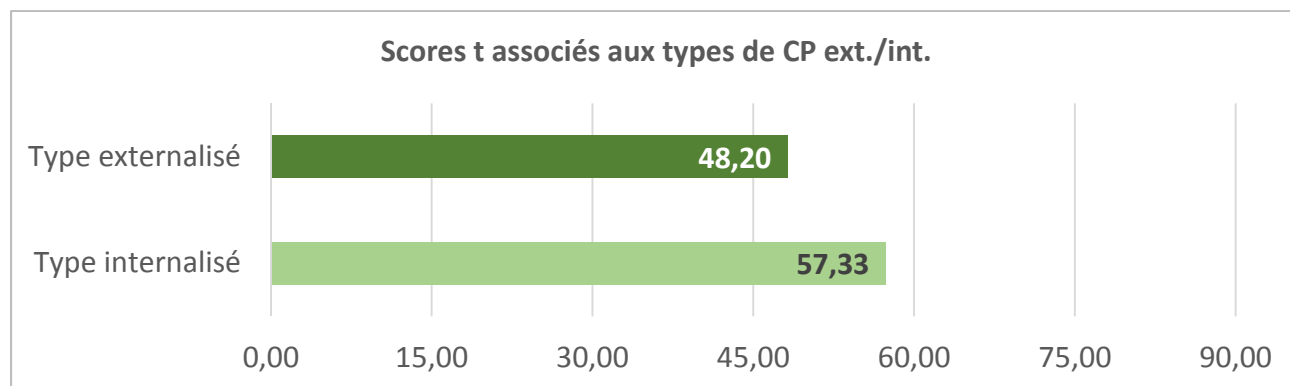
- Présence d'une déficience intellectuelle légère;
- Présence de symptômes de dyspraxie (problèmes de coordination motrice);
- Un rapport issu du service de psychologie de l'établissement de 2014 fait mention de la présence de traits anxieux.

Éléments importants dans son histoire personnelle

Zoé vit actuellement chez sa mère. Elle a un enfant de trois ans qui ne vit pas avec elles. Comme Zoé n'est pas reconnue comme étant apte à en assumer la responsabilité parentale et que sa mère présente des limites sur le plan des habiletés parentales, c'est la grand-mère paternelle de l'enfant de Zoé qui en a la garde légale. Les traits anxieux de Zoé se manifestent surtout par une recherche de proximité physique avec sa mère et par des refus fréquents de sortir de son domicile sans la présence de sa mère.

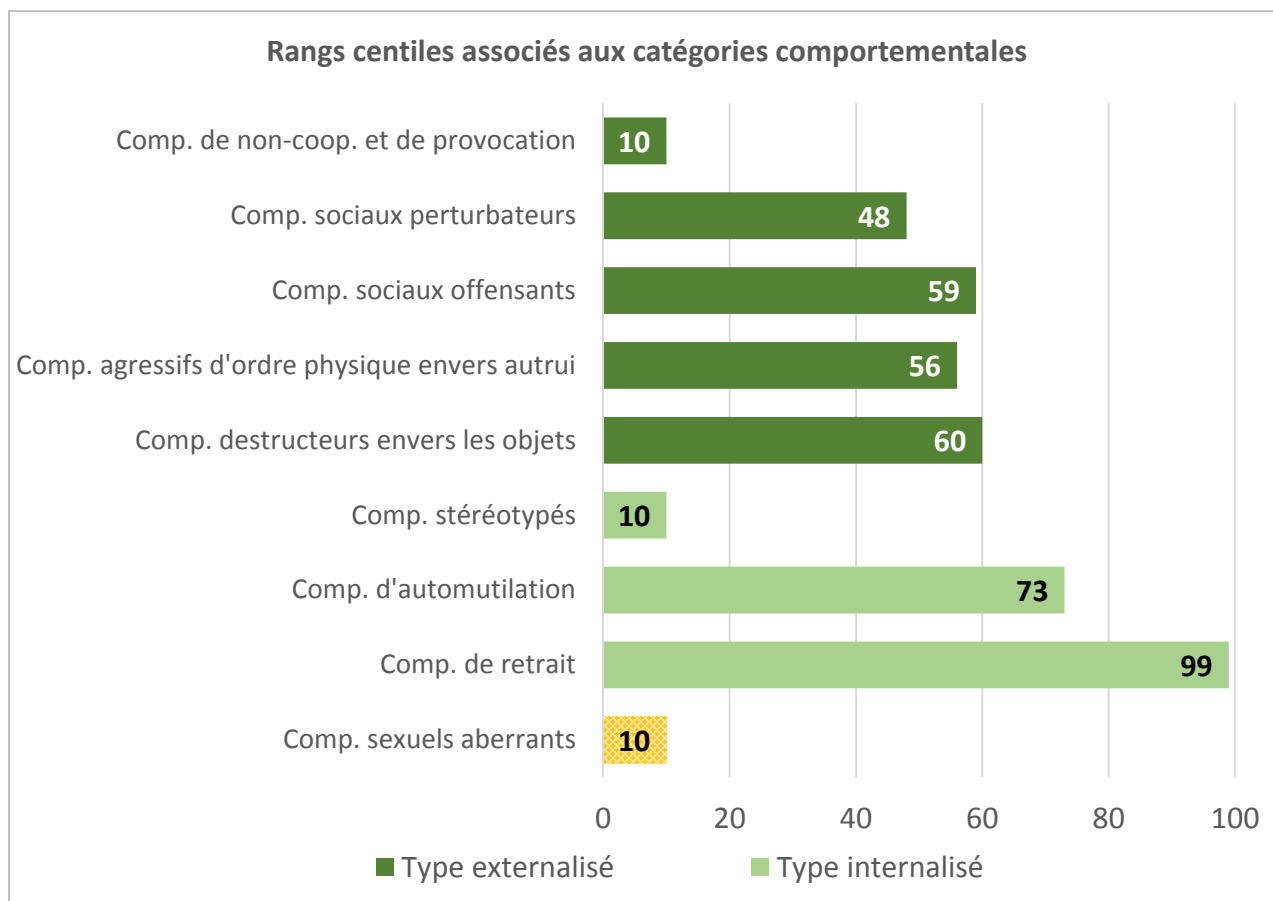
Description des résultats à l'EGCP-II-R

Au niveau des catégories comportementales, la catégorie externalisée se révèle significative et correspond à des TC généralisés internalisés modérés (score t de 57,33). Ce score se rapproche du seuil requis pour être considéré comme un TGC, soit le score t de 60 (voir la Figure 15).

Figure 15 : Cas de Zoé – Scores t associés aux types de CP ext./int.

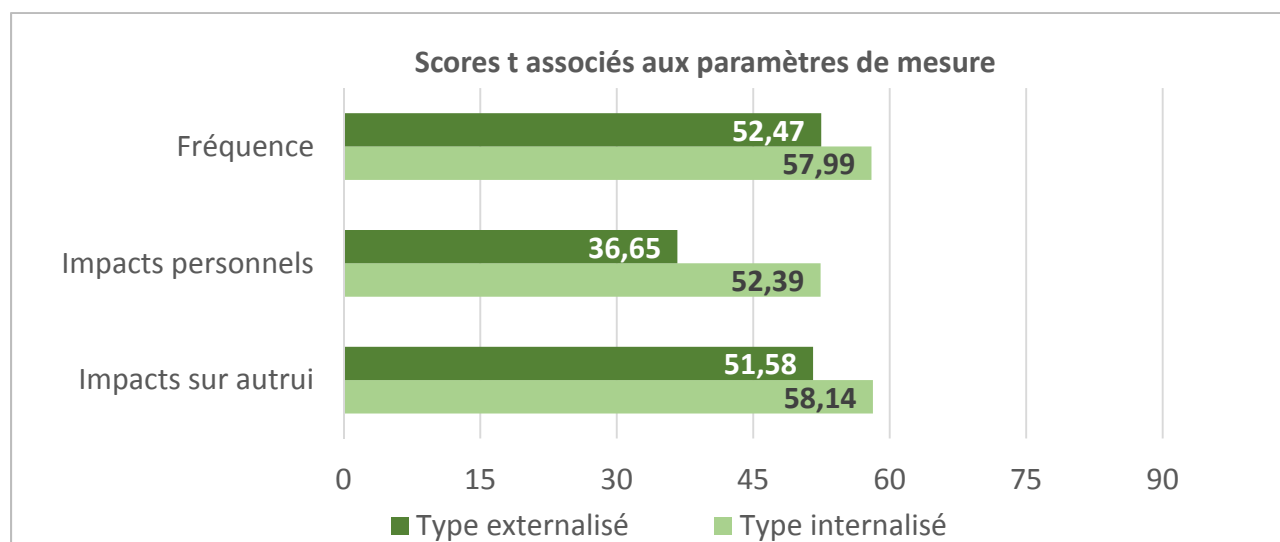
Les rangs centiles des catégories de CP révèlent qu'une seule catégorie obtient un score de 84 et plus, et peut donc être considérée comme des TGC spécifiques, soit les comportements de retrait (99^e rang centile). Les comportements d'automutilation peuvent être considérés comme des TC spécifiques modérés (73^e rang centile). Enfin, trois autres catégories comportementales obtiennent un résultat significatif et peuvent être considérées comme des TC légers (voir la Figure 14) : les comportements destructeurs envers les objets (60^e rang centile), les comportements sociaux offensants (59^e rang centile) et les comportements agressifs d'ordre physique envers autrui (56^e rang centile).

Figure 16 : Cas de Zoé – Rangs centiles associés aux catégories comportementales



Les résultats de l'analyse des scores t des trois paramètres de mesure révèlent que ce sont les CP de type internalisés qui semblent les plus problématiques et qui sont significatifs au niveau des impacts personnels (différence de 15,74 points par rapport aux CP de type externalisés : voir la Figure 17). D'ailleurs, il y a une tendance générale dans tous les paramètres en faveur de l'internalisation des CP.

Figure 17 : Cas de Zoé – Scores t associés aux paramètres de mesure



En résumé : Zoé présente un profil de TGC spécifiques internalisés avec des TC généralisés internalisés modérés, avec en plus des TC spécifiques externalisés légers (niveau 4.3 de la typologie des TC).

Interprétation des résultats à l'EGCP-II-R

Pour bien comprendre les résultats obtenus à l'EGCP-II-R, il faut retourner aux CP ciblés par l'entourage de Zoé (voir la **Liste des comportements les plus importants**, à la fin du rapport).

Au niveau des TGC spécifiques internalisés, les comportements de retrait se caractérisent par un manque important d'intérêt pour les activités sociales à l'extérieur de son domicile. Zoé manifeste aussi des comportements d'automutilation au niveau des mains (elle s'arrache la peau des doigts). Comme elle a en outre tendance à endommager ses biens personnels, même ses comportements destructeurs sont dirigés vers elle-même. Le graphique des paramètres de mesure tend à démontrer que les aspects internalisés des TC des Zoé sont les plus importants. Cela indiquerait donc que la priorité d'intervention devrait se situer davantage au niveau des impacts personnels des TGC qui semblent nettement en lien avec son anxiété et sa dépendance à sa mère.

Compte tenu de la présence de traits anxieux importants et de sa forte dépendance à sa mère, ces facteurs psychologiques (tendance à l'internalisation) pourraient être la source principale de ses TGC, donc des facteurs causaux. Les informations recueillies en entrevue ont permis de confirmer cette hypothèse. Il y aurait donc lieu d'évaluer plus en profondeur la possibilité d'un diagnostic

ferme de troubles anxieux ou de troubles de l'humeur chez Zoé, afin d'intervenir sur le plan thérapeutique (pharmacologique et comportemental). Ceci pourrait être réalisé par le biais d'une cueillette de données systématique des symptômes psychopathologiques présents chez Zoé et en préparant une consultation en psychiatrie.

Les problèmes de dyspraxie de Zoé peuvent aussi avoir une influence négative sur son autonomie, son estime d'elle-même et, par conséquent, augmenter ses tendances anxieuses. Il y aurait donc lieu d'analyser en détail ces difficultés et de proposer, si possible, des stratégies compensatoires pour lui faciliter la vie et essayer d'améliorer son estime d'elle-même afin de contrecarrer, dans la mesure du possible, ses comportements probables d'impuissance acquise (Maier et Seligman, 1976). Pour ce faire, une consultation en ergothérapie serait très certainement indiquée.

Au niveau des TC spécifiques externalisés légers, les comportements agressifs d'ordre physique envers autrui se caractérisent par des tentatives de donner des coups de poing, en particulier aux personnes de son entourage. Les comportements de nature offensants socialement sont plutôt de menacer autrui. Lors de l'entrevue réalisée avec la mère, il semblait que ces comportements étaient en majorité dirigés envers les personnes qui l'incitent à faire des activités de manière autonome, à l'extérieur de son domicile et, en particulier sans la présence de la mère. Ceci tendrait à renforcer l'idée que les priorités d'intervention pour Zoé seraient au niveau de son anxiété et de son autonomie.

Au terme de l'analyse des résultats obtenus à l'EGCP-II-R par Zoé, il y aurait lieu d'intégrer Zoé dans le programme TGC de l'établissement pour lui offrir des services intensifs pour un certain temps. Il y est nécessaire d'implanter divers aménagements préventifs à un « Plan d'action multimodal » (PAMTGC) et de traitement, car l'intensité ses divers TC et TGC semblent significative et ces derniers pourraient s'aggraver si aucune intervention n'est prévue quant à leurs causes.

En ce qui concerne les possibilités d'intervention, des mesures d'aménagements préventifs et de prévention active devraient être développées et implantées pour éviter la manifestation de ses divers TC externalisé, en particulier ses comportements agressifs et destructeurs. Pour ses comportements offensants et d'automutilation, des aménagements préventifs pourraient comporter, par exemple, une diminution à court terme des attentes et des exigences d'autonomie et de sortie dans la communauté. En fait, il serait prioritaire de mieux gérer, d'abord, ses difficultés en ce qui a trait à l'anxiété, mais surtout de mettre en place des stratégies thérapeutiques pertinentes et faire un bon dosage des défis qu'elle aura à relever dans ses activités quotidiennes. Ceci devrait permettre de diminuer la probabilité de ses TC et augmenter sa qualité de vie à court et moyen termes afin de prévenir l'exacerbation de ses troubles anxieux ou l'apparition d'autres troubles de santé mentale.

Signature du professionnel responsable | Signature de l'intervenante principale

Figure 18 : Cas de Zoé - Liste des comportements les plus importants et des CP présents au cours des 3 derniers mois

	CP les plus importants	Liste des CP présents au cours des 3 derniers mois
Comportements stéréotypés	Aucun	
Comportements sexuels aberrants	Aucun	
Comportements sociaux perturbateurs	Langage colérique	Rit ou pleure sans raison; interrompre autrui
Comportements agressifs d'ordre physique envers autrui	Tente de donner des coups de poing	Tente de mordre; lance des objets en direction d'autrui
Comportements sociaux offensants	Menace	Crache; se tient trop près des autres
Comportements de retrait	Manifeste peu d'intérêt dans les activités sociales	Reste à l'écart du groupe; est inactive; est renfermée
Comportements destructeurs envers les objets	Endommage ses biens personnels	Bouscule les objets
Comportements d'automutilation	S'arrache la peau des doigts	Se mord la main; tente d'arracher ses cheveux
Comportements de non-coopération et de provocation	Aucun	

7.3 Étude n° 3 : Yves

- Nom : Yves
- Âge : 20 ans
- Milieu résidentiel : Résidence à assistance continue (RAC)
- Répondant : éducateur pivot responsable du suivi dans la RAC

Contexte de l'évaluation

Dans le cadre de son suivi annuel, un spécialiste aux activités cliniques du centre a demandé à l'éducateur responsable de remplir l'EGCP-II-R afin d'avoir un portrait global des comportements problématiques d'Yves. Celui-ci est considéré comme ayant des TGC, mais récemment, ses comportements se sont encore aggravés. Il a d'ailleurs été expulsé de son milieu scolaire; ceci a coïncidé avec le départ de son école de son professeur titulaire à qui il était très attaché. À la même époque, sa copine s'est plainte d'abus; il serait devenu de plus en plus jaloux envers elle. Il semble élaborer des plans pour se venger des personnes qu'il perçoit comme pouvant lui faire du tort.

Principaux éléments diagnostiques au dossier

- Présence d'une déficience intellectuelle modérée ;
- Présence d'un diagnostic de dysphasie sévère et mixte (communication réceptive et expressive);
- Présence d'un trouble de l'attention avec hyperactivité ;
- Difficultés importantes reliées à son style d'attachement.

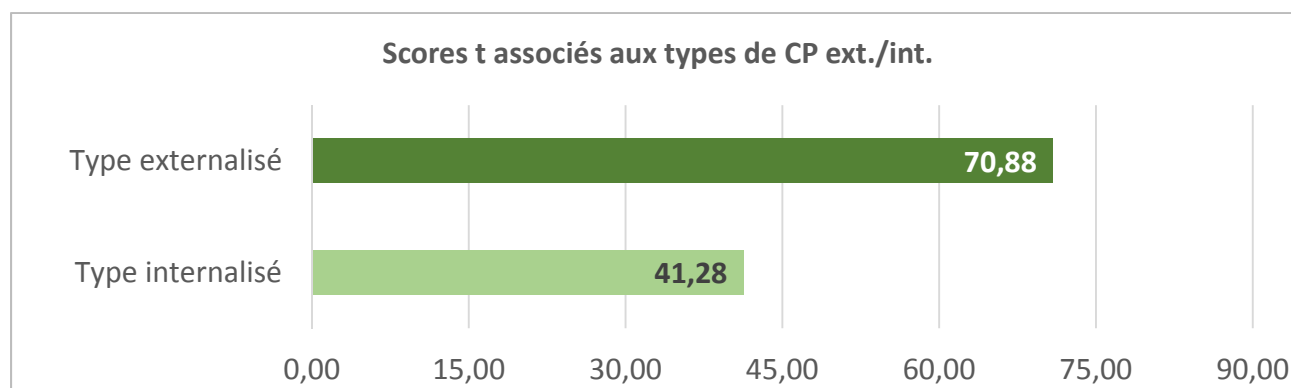
Éléments importants dans son histoire personnelle

Yves a été adopté en bas âge. Il a présenté très tôt des CP tels que lancer des objets, refus de collaborer, etc. À l'adolescence, ces TC ont augmenté au point où un placement dans un milieu spécialisé a été demandé par sa famille adoptive.

Description des résultats à l'EGCP-II-R

Au niveau des types de catégories comportementales, seul le score obtenu pour les CP externalisés est significatif et représente des TGC généralisés externalisés (score t de 70,88 pour les TC externalisés; score t de 41,28 pour les types de CP internalisés, qui ne s'avère pas significatif). Il est à noter que le résultat associé aux types de CP externalisés est hautement significatif dans la mesure où il se situe à deux écarts-types de la moyenne des personnes présentant une DI-TSA qui sont suspectées de présenter des TC (voir la Figure 19).

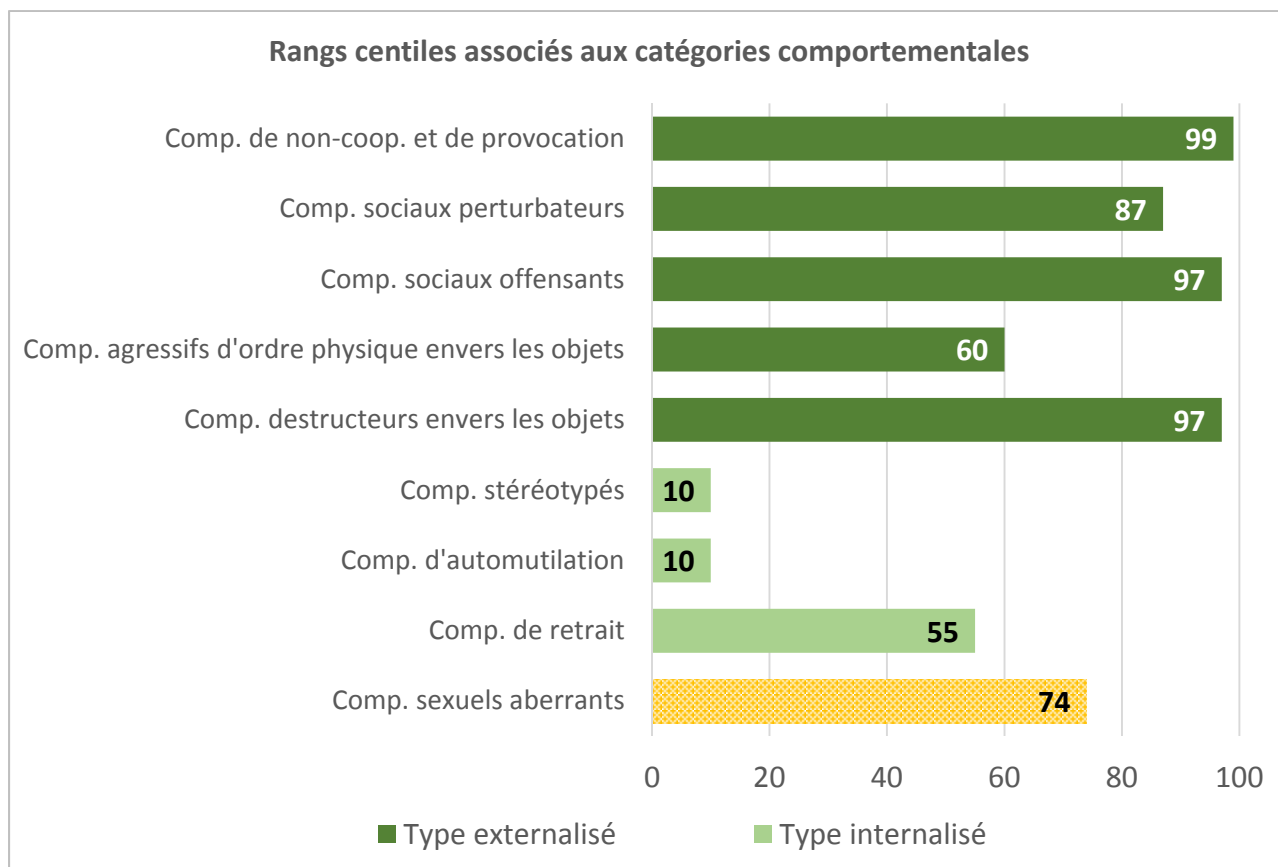
Figure 19 : Cas de Yves – Scores t associés aux types de CP ext./int.



Évidemment, les rangs centiles des catégories de CP (voir la Figure 20) révèlent que presque toutes les catégories de CP externalisés excèdent le seuil de signification de 84 et qu'ils peuvent donc être considérés comme des TGC spécifiques. Par ordre d'importance, ce sont les comportements de non-coopération et de provocation (99^e rang centile), les comportements destructeurs envers les objets (97^e rang centile), les comportements sociaux offensants (97^e rang centile) et enfin, les comportements sociaux perturbateurs (87^e rang centile) qui peuvent être considérés comme des TGC. Les comportements agressifs d'ordre physique envers autrui peuvent quant à eux être considérés comme des TC modérés (60^e rang centile). Du côté des comportements internalisés, les comportements de retrait obtiennent un rang centile de 55, ce qui représente des TC spécifiques internalisés légers. La catégorie de comportements sexuels aberrants peut quant à elle être considérée comme des TC spécifiques modérés, avec un rang centile de 74.

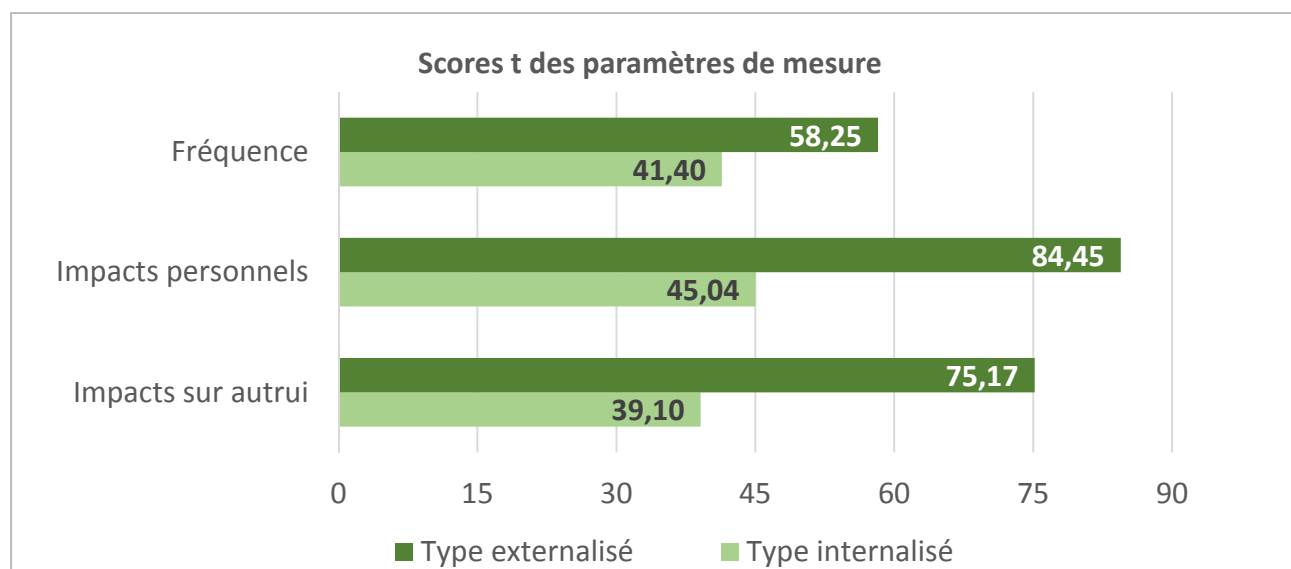
L'examen de la liste des comportements les plus importants révèle que les comportements sexuels ne sont pas agressifs (émet des bruits de jouissance), mais davantage inadéquats ou immatures (voir **la liste des comportements les plus importants**, à la fin du rapport).

Figure 20 : Cas de Yves – Rangs centiles associés aux catégories comportementales



L'analyse des scores t des trois paramètres de mesure révèle une très nette tendance en faveur de l'externalisation et avec des différences significatives ou hautement significatives à tous les paramètres. Au niveau des impacts personnels, les CP externalisés génèrent des impacts préjudiciables importants pour la personne, du moins au regard de la perception du personnel de la résidence (voir la Figure 21).

Figure 21 : Cas de Yves – Scores t associés aux paramètres de mesure



En résumé : Yves présente un profil de TGC généralisés externalisés avec des TC spécifiques internalisés modérés, incluant des TC sexuels modérés (niveau 5.3 de la typologie des TC).

Interprétation des résultats à l'EGCP-II-R

Pour bien comprendre les résultats obtenus à l'EGCP-II-R, il faut retourner aux CP ciblés par l'entourage d'Yves (voir la **Liste des comportements les plus importants**, à la fin du rapport). Au niveau des TGC externalisés, les comportements de non-coopération et de provocation se caractériseraient par des épisodes de multiples TC, allant de la désobéissance, aux vols, en passant par de la tricherie et des mensonges. Au niveau des TGC destructeurs, ceux-ci sont dirigés à la fois autant envers ses biens que ceux d'autrui.

En fait, l'ensemble des TGC externalisés se présenterait sous forme d'épisodes de troubles comportementaux multiples et variés. Ceci peut s'interpréter comme des symptômes assez clairs de désinhibition globale. Il y aurait alors lieu d'examiner si dans son histoire récente, des événements particuliers ont pu se produire pour que son profil de TGC devienne extrême à ce point. Par exemple, la perte ou la peur de perdre une relation significative, ainsi que tout autre stress psychosocial ou physiologique pourrait expliquer une détérioration comportementale aussi importante, profonde et généralisée. La présence d'un trouble de santé mentale pourrait aussi être considérée, le cas échéant.

Il est donc important, face à un tel profil comportemental, de pousser plus loin les évaluations professionnelles pour trouver les diverses causes d'un tel état de désorganisation comportementale, qui doit être très difficile à vivre pour l'entourage immédiat d'Yves et ainsi nuire considérablement à ses relations avec le personnel et ses corésidents. L'ensemble de ses TGC externalisés sont considérés, dans les présents résultats à l'EGCP-II-R, comme ayant amené des impacts et des conséquences sérieuses (2 catégories externalisées/5) ou extrêmes (3 catégories externalisées/5), dont des mesures de contrôle ont été nécessaires pour prévenir des risques à l'intégrité physique ou psychologique de son entourage. Dans ce cas, l'entourage d'Yves risque fort d'être très perturbé, de vivre de l'épuisement et même d'être dans l'incapacité de résoudre correctement un bon nombre de crises comportementales de celui-ci.

Ainsi, il serait opportun de prendre des dispositions d'urgence pour calmer la situation de crise qui semble exister actuellement chez Yves et, par conséquent, dans son entourage. Compte tenu de la présence des multiples vulnérabilités associées aux diagnostics de TDAH (troubles d'inhibition) et de dysphasie sévère mixte (trouble de communication réceptive et expressive), il faudrait éliminer à très court terme la possibilité d'autres troubles de santé mentale surajoutés à ce tableau de désorganisation comportementale. D'ailleurs, une médication de soutien pour calmer la désorganisation comportementale serait sans doute à considérer lors d'une consultation en psychiatrie.

Dans un second temps, il faudrait revoir l'ensemble du plan d'aménagements préventifs et de prévention active pour pouvoir permettre à Yves et à son milieu de sortir du cercle vicieux des escalades comportementales répétées. Il faudrait aussi examiner la possibilité de mettre en place du *counselling* avec Yves et sa copine pour traiter les problématiques existantes dans leur relation. Cela devrait toutefois être réalisé avec l'aide d'une équipe professionnelle spécialisée en TGC, car la situation de Yves est complexe et va nécessiter une intensité de services et une expertise de pointe pour pouvoir faire face à un tel niveau de TGC généralisés externalisés.

Par la suite, il serait judicieux de mettre en place des stratégies de régulation comportementale extrinsèque auprès d'Yves, en collaboration étroite avec son entourage éducatif (plan d'adaptation et de traitement). Une des stratégies à explorer en priorité serait celle associée à l'apprentissage de la communication fonctionnelle permettant de donner plus de pouvoir à Yves dans ses interactions avec son environnement, et surtout de réduire plusieurs TC/TGC qui peuvent être liés directement à ses problèmes de communication et de compréhension avec son environnement.

Signature du professionnel responsable | Signature de l'intervenant principal

Figure 22 : Cas de Yves - Liste des comportements les plus importants et des CP présents au cours des 3 derniers mois

	CP les plus importants	Liste des CP présents au cours des 3 derniers mois
Comportements stéréotypés	Aucun	
Comportements sexuels aberrants	Fait des bruits de jouissance	
Comportements sociaux perturbateurs	Dérange les activités des autres	Utilise un langage colérique; agace; harcèle; se moque; fait du commérage, interrompt les autres; crie
Comportements agressifs d'ordre physique envers autrui	Frappe/tente de frapper avec un objet	Donne des coups de pied ou de poing; mordre; lancer des objets
Comportements sociaux offensants	Menace	Parle fort; sacre; ment; se tient trop proche ou touche les autres; joue avec ses selles
Comportements de retrait	Évite les autres	Évite les autres
Comportements destructeurs envers les objets	Endommage/détruit les biens d'autrui	Endommage les biens publics; endommage ses biens personnels
Comportements d'automutilation	Aucun	
Comportements de non-coopération et de provocation	Enfreint la loi	Désobéit; ne fait pas les tâches assignées; ne respecte pas les règlements; triche; ment; vole

7.4 Étude n° 4 : Amélie

- Nom : Amélie
- Âge : 20 ans
- Milieu résidentiel : Résidence à assistance continue (RAC)
- Répondant : éducateur pivot responsable du suivi dans la RAC

Contexte de l'évaluation

À la suite de son intégration récente dans une RAC pour TC, le spécialiste aux activités clinique et l'équipe professionnelle du centre ont demandé à l'éducatrice responsable de remplir l'EGCP-II-R pour avoir un portrait des CP d'Amélie et ainsi pouvoir établir un taux de base de ses TC/TGC dans le cadre du programme offert à la RAC. Cette éducatrice est formée et très expérimentée à l'utilisation de l'EGCP-II-R, il ne sera pas nécessaire de réaliser une entrevue dirigée. Afin de respecter les critères d'utilisation de l'EGCP-II-R, la complétion de l'outil a été réalisée trois mois après l'arrivée d'Amélie à la RAC.

Principaux éléments diagnostiques au dossier

- Présence d'une déficience intellectuelle légère;
- Mention d'un trouble d'attachement;
- Présence d'un trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH);
- Présence d'un trouble d'opposition;
- Et finalement, un trouble de personnalité limite.

Éléments importants dans son histoire personnelle

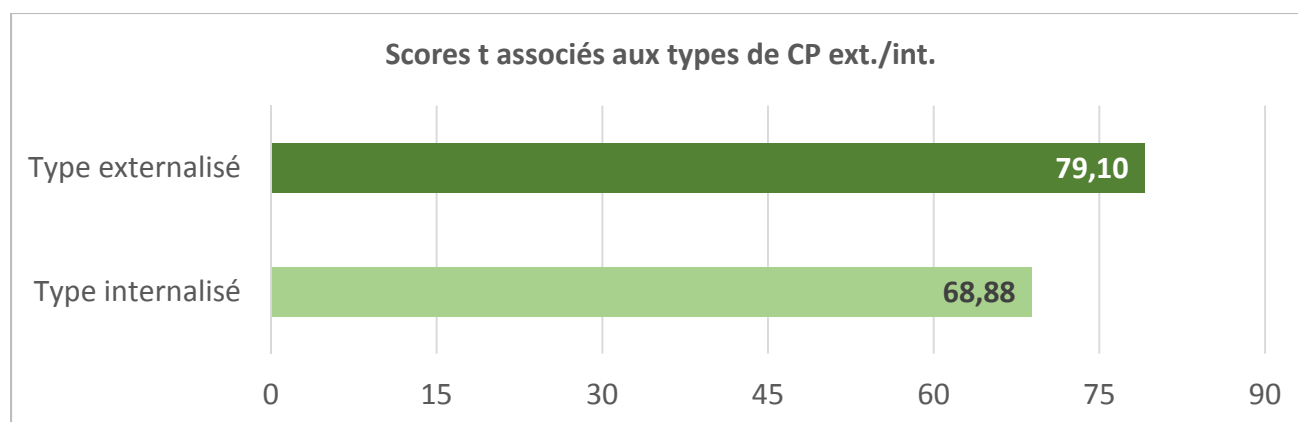
Amélie a été placée en bas âge dans une famille d'accueil. Sa mère biologique ayant des difficultés personnelles importantes et présentait divers handicaps sociaux (manque d'habiletés sociales et de jugement). Amélie a aussi été victime d'abus sexuels dans son milieu familial d'origine. Elle a vécu, depuis son premier placement, de nombreux déplacements non souhaités par celle-ci. Son placement en RAC résulte d'ailleurs du refus de la responsable de sa dernière famille d'accueil de maintenir son placement chez elle.

Description des résultats à l'EGCP-II-R

Au niveau des catégories comportementales, les comportements externalisés et internalisés obtiennent des résultats significatifs et peuvent être considérés comme des TGC généralisés (score t de 79,10 pour les comportements externalisés et de 68,88 pour les comportements internalisés). Il est à noter que le résultat associé aux comportements externalisés est hautement significatif et

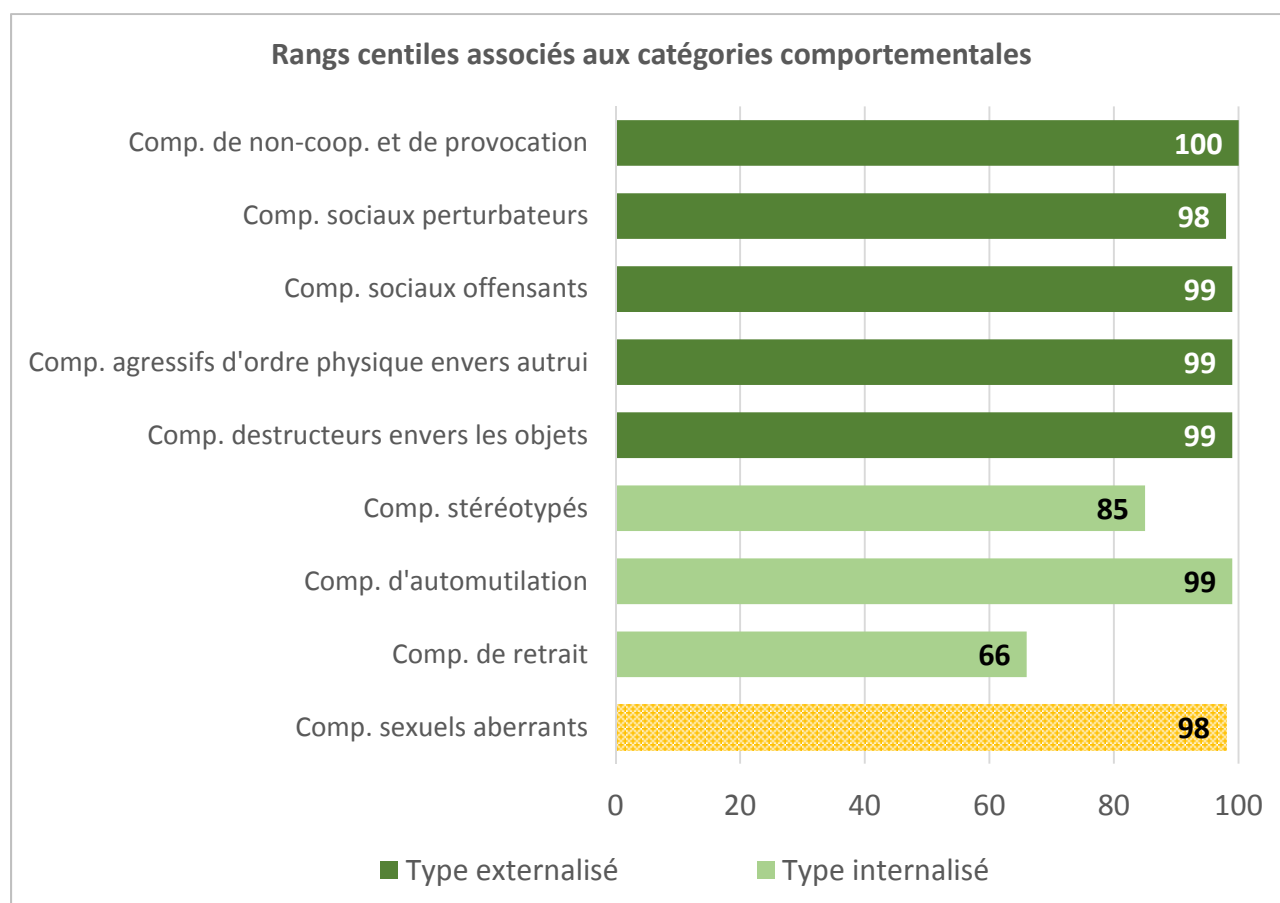
extrême dans la mesure où il se situe à près de trois écarts-types de la moyenne des personnes présentant une DI-TSA qui sont suspectées de présenter des TC (voir la Figure 23).

Figure 23 : Cas d'Amélie – Scores t associés aux types de CP ext./int.



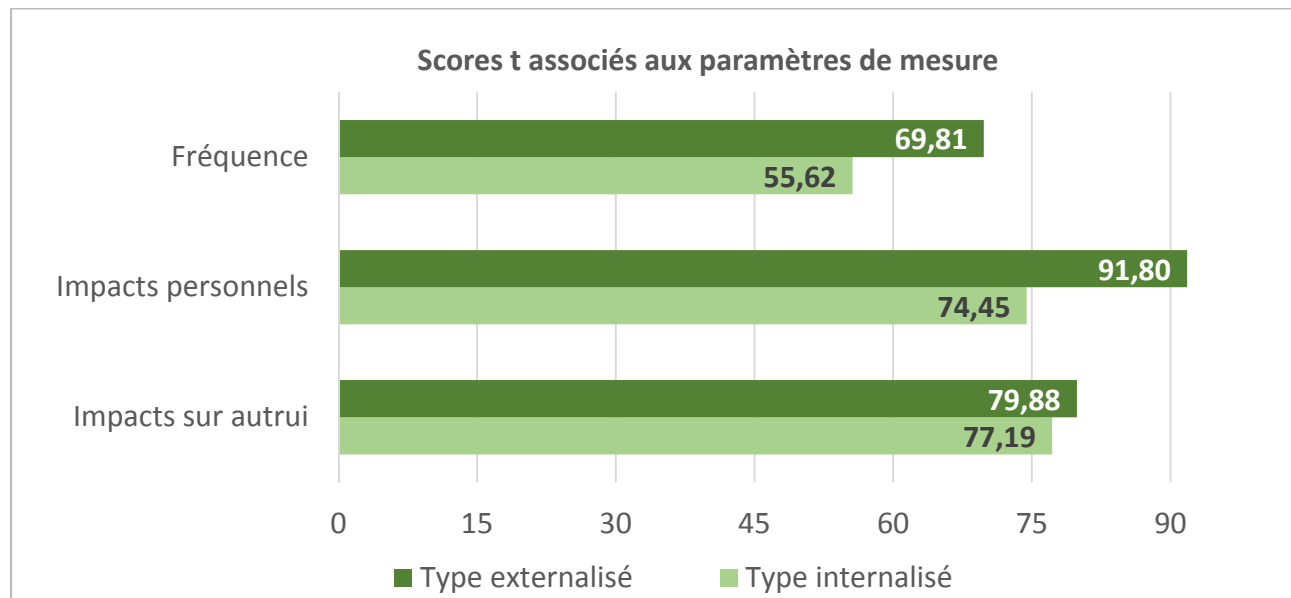
Les rangs centiles des catégories comportementales révèlent que presque toutes les catégories de CP obtiennent un rang centile de 84 et plus, sauf la catégorie de retrait (66^e rang centile). Elles peuvent donc toutes être considérées comme des TGC spécifiques. Les voici par ordre d'importance : comportements de non-coopération et de provocation (100^e rang centile), comportements sociaux offensants (99^e rang centile), comportements agressifs d'ordre physique envers autrui (99^e rang centile), comportements destructeurs envers les objets (99^e rang centile) et comportements d'automutilation (99^e rang centile); les comportements sociaux perturbateurs et comportements sexuels aberrants se situent au 98^e rang centile. Les comportements stéréotypés sont au 85^e rang centile et les comportements de retrait sont au 66^e rang centile (voir la Figure 24).

Figure 24 : Cas d'Amélie – Rangs centiles associés aux catégories comportementales



L'analyse des scores t des trois paramètres de mesure révèle une très nette tendance en faveur de l'externalisation, en particulier au niveau de la fréquence des TC (score t supérieur de 14,19) et des impacts personnels (score t supérieur de 17,35). Même au niveau des impacts personnels, les catégories de CP externalisés génèrent des impacts préjudiciables importants pour la personne, du moins dans la perception du personnel de la résidence (voir la Figure 25). Ce type de résultats est plutôt rare et indique une sensibilité particulière du répondant face aux préjudices personnels des TGC de la personne.

Figure 25 : Cas d'Amélie – Scores t associés aux paramètres de mesure



En résumé : Amélie présente un profil de TGC généralisés mixtes avec une majeure au niveau des TGC externalisés incluant des TGC spécifiques d'ordre sexuel (niveau 6.3 de la typologie des TC).

Interprétation des résultats à l'EGCP-II-R

Pour bien comprendre les résultats obtenus à l'EGCP-II-R, il faut analyser de façon plus approfondie les CP ciblés par l'entourage d'Amélie ainsi que leur fréquence et leurs impacts (voir la **Liste des comportements les plus importants**, à la fin de rapport). Les TGC les plus dommageables et dangereux (comportements agressifs d'ordre physique envers autrui et comportements d'automutilation) se caractériseraient par des épisodes multiples qui se

manifestent sur une base quotidienne et à une gravité extrême (nuit à l'intégrité de la personne ou d'autrui). Pour les comportements agressifs d'ordre physique envers autrui, elle frappe à coups de poing ou de pied ou cherche à mordre. Pour l'automutilation, elle se mord le bras ou se frappe la tête sur un mur ou sur le plancher.

En fait, toutes les catégories de TGC externalisés se présenteraient sous forme d'épisodes multiples et variés. Ceci peut s'interpréter comme des symptômes assez clairs de désorganisation comportementale globale chez cette personne associée à de la désinhibition. Il est fort probable que l'échec de son dernier placement a eu un effet déstabilisant chez celle-ci. En effet, un stress psychosocial aussi important pour une personne ayant un trouble de personnalité limite et des troubles de l'attachement peut expliquer une détérioration comportementale aussi importante et généralisée. La présence d'un trouble de santé mentale surajouté, tel qu'un trouble d'adaptation ou un trouble de l'humeur (dépression majeure ou épisode de manie), pourrait aussi être à considérer. Un suivi plus serré en psychologie et en psychiatrie serait sans doute requis et à prioriser.

L'état de crise constant d'Amélie doit être très difficile à vivre pour son entourage immédiat et doit nuire considérablement à sa relation avec le personnel et ses corésidents. L'ensemble de ses TGC externalisés sont considérés, dans les présents résultats à l'EGCP-II-R comme ayant amené des impacts et des conséquences extrêmes (5 catégories externalisées/5), dont des mesures de contrôle ou des risques à l'intégrité physique ou psychologique de son entourage. Dans ce cas, l'entourage d'Amélie risque fort d'être très perturbé, de vivre de l'épuisement et même d'être dans l'incapacité de résoudre correctement bon nombre de crises comportementales de celle-ci.

Ainsi, il faut d'urgence prendre des dispositions pour calmer la situation de crise qui semble exister actuellement chez Amélie et, par conséquent, dans son entourage. D'ailleurs, une médication de soutien pour calmer la désorganisation comportementale serait sans doute à considérer lors d'une consultation en psychiatrie.

Dans un second temps, il faudrait revoir au complet le plan d'aménagements préventifs et de prévention active pour pouvoir permettre à Amélie et son milieu de sortir du cercle vicieux des escalades comportementales, à répétition. Ceci devrait toutefois être réalisé avec l'aide d'une équipe professionnelle spécialisée en TGC, car la situation d'Amélie est complexe et va nécessiter une intensité de services et une expertise de pointe pour pouvoir faire face à un tel niveau de TGC généralisés mixtes associés à des troubles de personnalité limite, des troubles d'attachement et aussi de TDAH. En particulier, il est suggéré de considérer un suivi thérapeutique offert par un psychologue qui aura pour mandat : 1) favoriser une meilleure régulation des émotions; 2) l'apprentissage à la méditation pleine conscience; 3) la restructuration cognitive des croyances et des pensées mésadaptées.

Entre autres, il faudrait former le personnel de façon plus spécifique sur les différents troubles de santé mentale présents chez Amélie et surtout sur les meilleures stratégies d'intervention pour faire face aux manifestations comportementales spécifiques de celle-ci dans la résidence. De plus, il serait nécessaire de mettre en place un accompagnement serré et régulier de la part d'au moins deux membres du personnel de la RAC (jour et soir) pour lui fournir une relation d'aide et de soutien significative dans son milieu. Ces points de repère relationnels sont essentiels dans l'implantation de nouvelles stratégies d'aménagements préventifs, de prévention active et de traitement en collaboration avec le psychologue.

Par la suite, il serait plus facile et judicieux d'enseigner des stratégies de régulation comportementale extrinsèque à Amélie, en collaboration étroite avec son entourage éducatif (plan d'adaptation et de traitement).

Il faudrait aussi prévoir des mécanismes de soutien psychologique à l'ensemble du personnel pour les aider à gérer le stress dans la situation et en particulier, au personnel responsable d'accompagner Amélie. Mais, ce type de soutien devrait également être offert à tous ceux qui ont été victime de violence en lien avec les TGC d'Amélie. Toutefois, une supervision clinique plus étroite serait requise pour les deux accompagnateurs.

Enfin, compte tenu de l'ensemble du tableau clinique complexe chez Amélie, il y aurait lieu d'élargir la cueillette de données au niveau de son profil motivationnel et de ses symptômes psychopathologiques. Ceci pourrait aider à comprendre diverses causes psychologiques et fonctionnelles à la base de ces TGC, de mieux sélectionner des priorités d'intervention et, le cas échéant, les rendre plus efficaces.

Signature du professionnel responsable | Signature de l'intervenant principal

**Figure 26 : Cas d'Amélie – Liste des comportements les plus importants
et des CP présents au cours des 3 derniers mois**

	CP les plus importants	Liste des CP présents au cours des 3 derniers mois
Comportements stéréotypés	Pose les mêmes questions	Fait les mêmes actions
Comportements sexuels aberrants	Se montre nue à ses pairs	Manifeste des comportements de séduction déplacés en public
Comportements sociaux perturbateurs	Dérange/interrompt les autres	Harcèle; crie; dérange les activités des autres
Comportements agressifs d'ordre physique envers autrui	Frappe (pieds et poings)	Cherche à mordre; lance des objets en direction d'autrui
Comportements sociaux offensants	Menace	Sacre; crache sur les autres; parle trop fort
Comportements de retrait	S'isole quand elle ne va pas	Reste à l'écart du groupe
Comportements destructeurs envers les objets	Détruit les biens publics	Détruit ses propres biens; arrache ses vêtements
Comportements d'automutilation	Se mord le bras	Se frappe la tête sur un mur ou sur le plancher
Comportements de non-coopération et de provocation	Ne respecte pas les règlements	Désobéit; ment; vole

8. CONCLUSION

Guy Sabourin

En guise de conclusion, il convient de rappeler que l'EGCP-II-R a été développé essentiellement pour dépister la présence de TGC chez les personnes de 16 ans et plus présentant une déficience intellectuelle avec ou sans trouble du spectre de l'autisme. Les travaux psychométriques réalisés à ce jour sont basés sur des échantillons cliniques d'utilisateurs en provenance des CRDITED qui manifestaient des CP, pour la presque totalité d'entre eux, et qui étaient susceptibles de présenter des TC et des TGC. L'utilisation des résultats de ces échantillons a permis de répondre au besoin criant de mesurer, avec plus de précision, la gravité des CP chez ces personnes et d'établir des seuils critiques précis pour établir la présence de TGC chez cette population. Ceci a été fait dans le but de faciliter l'accès de ces personnes à des interventions ou à des services spécialisés en TGC. Dans plusieurs situations, les différentes versions de l'EGCP ont également servi à mesurer les progrès réalisés par ces personnes suite à des analyses et interventions multimodales (Sabourin et Lardon, 2006; Lapointe, 2009). Les résultats à l'EGCP ont aussi permis l'émergence d'hypothèses causales de divers ordres pour mieux comprendre le profil comportemental d'un usager et améliorer la réponse aux besoins d'utilisateurs concernés.

L'EGCP-II-R possède cependant plusieurs limites qu'il convient de souligner. D'abord, l'ensemble de l'échantillon de normalisation ($n= 730$) n'est pas représentatif de l'ensemble de la population de personnes présentant une DI au Québec. L'échantillon de référence utilisé est au contraire un échantillon clinique, non aléatoire. Par conséquent, les biais liés à des normes plus cliniques que populationnelles pourraient avoir pour conséquence de surestimer légèrement la présence de TC léger chez les usagers évalués. Une représentation plus fidèle de l'ensemble de la population de personnes ayant une DI ferait en sorte que les critères habituels (un écart-type supérieur à la moyenne) seraient plus efficaces pour dépister les usagers ayant des scores significatifs. Utiliser un échantillon aléatoire stratifié, composé de personnes vivant dans la communauté, diminuerait la possibilité d'obtenir des faux positifs.

De plus, en utilisant un seuil critique de deux écarts-types dans un pareil échantillon (aléatoire et communautaire), les résultats pourraient alors être différents et pourraient diminuer davantage la prévalence du phénomène de TC chez cette population. Pour l'instant, les travaux de Allen et al. (2013) estiment la prévalence des TC à plus de 30 % et que celle des TGC comme se situant entre 4 et 15 %. Selon eux, les TGC nécessiteraient des interventions de prévention tertiaire, soit des interventions intensives. Ces auteurs tendent d'ailleurs, à conclure que ces interventions doivent

être globales et multimodales pour intégrer les différents facteurs de causalité pertinents, soit les facteurs organiques, génétiques, psychiatriques, psychologiques (ex. : de développement), et aussi bien ceux environnementaux.

En analysant, de façon plus détaillée, la distribution des scores obtenus aux différents paramètres de mesure, un phénomène particulier est apparu, pouvant indiquer un biais possible dans la mesure de la gravité des CP sélectionnés comme les plus importants. En fait, plus de 60 % (entre 61,68 % et 82,5 % selon la catégorie de comportements) des scores d'impacts des répondants, personnels et envers autrui à l'EGCP-II-R, se sont révélés parfaitement identiques, et ce, indépendamment du type de comportement considéré, internalisé ou externalisé. Les répondants semblent avoir fortement tendance à coter les deux types d'impacts de façon similaire, comme s'il y avait un puissant effet d'entraînement de la cotation entre les deux catégories d'impacts et de conséquences. Comme s'il était difficile pour un répondant de discriminer de façon fine le niveau de la gravité des impacts personnels des impacts d'autrui pour un CP donné. Les répondants auraient donc tendance à sélectionner un même niveau de gravité globale des impacts indépendamment du niveau d'impacts spécifiques à évaluer.

Par exemple, il peut être difficile d'évaluer l'impact pour autrui de la présence d'un TC d'automutilation ou de manifestations importantes de retrait chez une personne. Il est donc possible que les répondants aient alors tendance à retenir le même niveau de gravité pour autrui que pour la personne elle-même (impacts personnels), et ce, plus particulièrement lorsque l'appréciation de ce niveau de gravité est complexe et plus ou moins ambiguë. L'information redondante, ainsi obtenue, pourrait créer une erreur de mesure qu'il est difficile d'estimer pour l'instant. Comme les scores pondérés des différentes catégories comportementales reposent sur trois paramètres de mesure conjugués en un seul score, pour un seul comportement problématique (le plus important), les risques de biais sont théoriquement présents, particulièrement pour les catégories de CP, prises isolément.

D'autre part, les scores pondérés de l'EGCP-II-R reflètent une vision molaire du phénomène de TC, c'est-à-dire que ce choix méthodologique postule que la cotation du CP le plus important d'une catégorie reflète bien l'ensemble de la gravité globale de cette catégorie de CP. Pour augmenter la sensibilité de l'EGCP-II-R, il y aurait lieu d'utiliser une approche moléculaire, car l'outil comporte déjà une liste de comportements spécifiques et jugés représentatifs de chacune des catégories de CP. Pour ce faire, il faudrait obtenir la fréquence de chacun des CP spécifiques et en tenir compte dans la production de scores pondérés. Cette méthodologie permettrait de rendre l'EGCP-II-R encore plus sensible puisqu'il intégrerait alors les deux courants de mesure dans le domaine (mesure de la fréquence moléculaire (spécifique) de tous les CP tout en conservant une mesure molaire (globale) de la gravité des CP les plus importants.

Enfin, la catégorie de comportements sexuels aberrants obtient des poids factoriels inférieurs à 0,4 et plus ou moins équivalents, pour le type de catégories internalisées et externalisées. En analysant de façon plus fine le contenu des comportements représentatifs de cette catégorie de CP, il est possible de distinguer deux types de CP tout à fait différents sur le plan sémantique. Il y a des comportements qui ont un caractère plus agressif socialement (attouchement forcé) et d'autres qui sont plus simplement inadéquats socialement (se déshabiller au mauvais endroit). Ce dernier type de comportement semble d'ailleurs relever d'un manque d'apprentissage social que d'un comportement délictueux ou antisocial. Il y aurait donc lieu de distinguer clairement ces types de comportement et d'en faire deux catégories de CP différentes qui pourraient corrélées plus clairement avec l'un ou l'autre des facteurs sous-jacents à l'EGCP.

Afin de résoudre un certain nombre de ces problèmes et d'améliorer encore davantage les qualités psychométriques ainsi que la sensibilité de cette échelle, une troisième version de l'EGCP devrait, sans doute, être développée éventuellement.

Une autre version permettrait premièrement de limiter la cotation de l'impact du CP le plus important à un seul type d'impact, soit celui qui est le plus fortement corrélé avec le facteur auquel il appartient comme catégorie comportementale. Par exemple, les catégories de stéréotypies, de retrait et d'automutilation devraient être évaluées uniquement avec le niveau d'impacts personnels, car ce sont les trois catégories incluses dans le facteur internalisé. Enlever un niveau de cotation d'impacts pour autrui pour ces CP qui peuvent apparaître ambiguës et plus ou moins pertinents pour beaucoup de répondants rendrait la cotation plus simple et plus fluide pour le CP le plus important. Inversement, les CP externalisés devraient être évalués avec uniquement le niveau de gravité des impacts pour autrui.

Deuxièmement, il y aurait lieu de faire coter la fréquence de chacun des CP représentatifs de chacune des catégories de CP. Par exemple, avant de choisir le CP le plus important, il serait possible de demander au répondant d'indiquer si chacun de ces CP est apparu dans les trois derniers mois et de faire la somme de la fréquence de l'ensemble de ces CP. Ceci permettrait d'obtenir une fréquence plus précise de la diversité de CP manifestés durant cette période et d'en tenir compte dans les scores pondérés de l'instrument. Les scores pondérés ainsi obtenus seraient plus sensibles aux signes d'apparition excessive de CP significatifs, donc de TC, même légers.

Troisièmement, il y aurait lieu de réaliser une analyse plus fine de diverses catégories de CP pour en extraire, si pertinent, des types différents de CP qui auraient des éléments sémantiques différents au sens factoriel. Tel que mentionné précédemment, ceci semble être le cas pour les CP sexuels aberrants. Or, les CP destructeurs comportent aussi bien des descriptions de biens personnels que de biens publics ou d'autrui. Cette catégorie de CP, comme celle sur la sexualité, pourrait être subdivisée en deux catégories et être évaluée selon que les CP en question aient un impact majeur sur le plan personnel ou pour autrui. Ceci permettrait de rendre l'EGCP plus sensible et plus représentatif du phénomène de TGC dans cette catégorie comportementale.

Quatrièmement, il serait intéressant de faire une nouvelle étude de validation avec un échantillon aléatoire de toute la population de personnes DI rejointe par les CISSS et CIUSSS du Québec et vivant exclusivement dans la communauté. Dans ce contexte, la valeur psychométrique des seuils critiques pour établir la présence de TC chez cette population serait plus valide et plus facilement comparable aux études de prévalence réalisées à travers le monde.

Par contre, l'EGCP-II-R répond actuellement, avec ses qualités et ses limites, à un besoin criant d'évaluation psychométrique des TC les plus graves chez les personnes présentant une DI, et ce, afin de leur donner accès à des services intensifs d'adaptation/réadaptation et de traitement plus appropriés. Ces personnes, qui sont d'ailleurs parmi les plus vulnérables de notre société, n'ont pas nécessairement accès au minimum de services requis par leur état, ce qui a des conséquences désastreuses sur leur qualité de vie et sur celles de leur entourage (Allen et al., 2013).

9. RÉFÉRENCES

- Allen, D. (2008). The relationship between challenging behaviour and mental ill-health in people with intellectual disabilities : a review of current theories and evidence. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12(4), 267-294.
- Allen, D., Langthorne, P., Tonge, B., Emerson, E., McGill, P., Fletcher, R. Dosen, A. et Kennedy, C. (2013). Towards the prevention of behavioural and psychiatric disorders in people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(6), 501-514.
- Allen D., Lowe K., Matthews H. et Anness V. (2012). Screening for psychiatric disorders in a total population of adults with intellectual disability and challenging behaviour using the PAS-ADD checklist. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(4). 342-349.
- American Educational Research Association, American Psychological Association et National Council on measurement in Education (1999). *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: AERA Publications Sales.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4^e éd.) Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Beaulieu, Y., Chevalier, L. et Morin I. (2015). ICP-TSA - Inventaire des causes probables des troubles graves du comportement chez les adolescents et les adultes présentant un trouble du spectre de l'autisme avec une déficience intellectuelle légère à modérée. SQETGC | CIUSSS MCQ.
- Belva, B. C., Hattier. M. A. et Matson, J. L. (2013). Assessment of problem behavior. Dans D.D Reed, F. D. DiGennaro Reed et J.K. Luiselli (dir.), *Handbook of crisis intervention and developmental disabilities* (p. 123-146). New-York : Springer.
- Bernstein, J. et Nunally, J. (2010). *Psychometric theory (Third Edition)*. New-York: McGraw-Hill.

- Browne, M. W. et Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. Dans K.A. Bollen et J. S. Long (dir.), *Structural Equation Models* (p. 136-162). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Bruininks, R. A., Hill, B. K., Weatherman, R. F. et Woodcock, R. W. (1989). Inventory for client and agency planning (ICAP). Chicago, IL: *Riverside Publishing*.
- Bruininks R. H., Woodcock, R. W., Weatherman, R. F. et Hill, B. K. (1996). *Scales of independent behavior - Revised comprehensive manual*. Itasca, IL: Riverside Publishing.
- Buisson, D., Rondeau, M. et Sabourin, G. (2012). *Guide technique - Le suivi des interventions en troubles graves du comportement (TGC) pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement*. Montréal : FQCRDITED | SQETGC.
- Bush, A. (2011). Understanding and assessing behaviours that are described as challenging. Dans S. Hardy et T. Joyce (dir.), *Challenging behaviour and people with learning disabilities : A handbook*. (p. 21-28). Brighton : Pavilion Publishing Ltd.
- Carr, J. E., Severtson, J. M. et Lepper, T. L. (2009). Noncontingent reinforcement is an empirically supported treatment for problem behavior exhibited by individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 30*(1), 44-57.
- Cicchetti, D. V. et Sparrow, S. A. (1981). Developing criteria for establishing interrater reliability of specific items: applications to assessment of adaptive behavior. *American Journal of Mental Deficiency, 86*(2), 127-137.
- Chou, C.-P., Bentler, P. M. et Sartora, A. (1991). Scaled tests statistics and robust standard errors for non-normal data in covariance structure analysis : A Monte Carlo study. *British Journal of Mathematical and statistical Psychology, 44*, 347-357.
- Clements, P. R., Bost L. W., Dubois, Y. G. et Bryan, C. (1981). Adaptive Behavior Scale Part Two: Predictive efficiency of severity and frequency scores. *American Journal of Mental Deficiency, 85*(4), 433-434.
- Clements, P. R., Bost, L.W., Dubois, Y. G. et Turpin, W. B. (1980). Adaptive Behavior Scale, Part Two : Relative severity of maladaptive behavior. *American Journal of Mental Deficiency, 84*(5), 465-469.

Curran, P. J., West, S. G. et Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.

Dosen, A., Gardner, W. I., Griffiths, D. M., King, R., Lapointe, A. (2007). *Practice guidelines and principles: Assessment, diagnosis, treatment, and related support services for persons with intellectual disabilities and problem behaviour*. Netherlands: Centre of Consultation and Expertise.

Emerson, E. (2001). *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Difficulties*. Cambridge: Cambridge University Press.

Emerson E., Kiernan C., Alborz A., Reeves D., Mason H., Swarbrick R., Hatton C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22(1), 77-93.

Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (2010). Guide de pratique. Le service d'adaptation et de réadaptation auprès des personnes ayant des troubles graves du comportement (TGC). Montréal : FQCRDITED.

Felce, D., Kerr, M. et Hastings, R. P. (2009). A general practice-based study of the relationship between indicators of mental illness and challenging behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 53(3), 243-54.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (4th edition)*. London: Sage Publications.

Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. et First, M. (2007). *DM-ID : A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. New-York: National association for the dually diagnosed.

Gardner, W. I. (2002). *Agression and other disruptive behavioral challenges : biomedical and psychosocial assessment and treatment*. Kingston, NY : NADD Press.

Gardner, W. I., Dosen, A., Griffith, D. M, King, R. et Lapointe, A. (2006). *Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for people with developmental disabilities and serious behavioral problems*. Kingston, NY : National Association For The Dually Diagnosed

Grey, I., Pollard, J., McClean, B., MacAuley, N. et Hastings R. (2010). Prevalence of psychiatric diagnoses and challenging behaviors in a community-based population of adults with intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 3(4), 210-222.

- Griffiths, D. (1989). Quality assurance for behavior intervention. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews*, 8(11), 73-80.
- Harvey, K. (2012). *Trauma-informed behavioral intervention : What works and what doesn't*. Washington DC : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Hoyle, R. H. (1995). *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hu, L. et Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling, Second edition*. New-York: Guilford Press.
- Kohn, M. et Rosman, B. L. (1973). Cognitive functioning in five-year-old boys as related to social-emotional and background demographic variables. *Developmental Psychology*, 8(2), 277-294.
- Lambert, N. M. et Nicoll, R.C. (1976). Dimensions of adaptive behavior of retarded and nonretarded public school children. *American Journal of Mental Deficiency*, 81(2), 135-146.
- Lance, C. E., Butts, M. M. et Michels, L. C. (2006). The sources of four commonly reported cutoff criteria. What did they really say? *Organizational Research Methods*, 9(2), 202-220.
- Lapointe, A. et Sabourin, G. (2009). *Evaluating service practices for persons with serious behavioural problems*. Communication présentée au 7^e European Congress of Mental Health in Intellectual Disability, Amsterdam, Pays-Bas.
- Levitas, A. S., Gilson, S. F. (2001). Predictable crises in the lives of people with mental retardation. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 4(3), 89-100.
- Lowe, K. et Felce D. (1995). The definition of challenging behaviour in practice. *British Journal of Learning Disabilities*, 23(3), 118-123.
- Maier, S. F. et Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness : Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology : General*, 105(1), 3-46.
- Maurice, P., Morin, D., Tassé, M. J., Garcin, N. et Vaillant, I. (1997). Manuel technique de l'Échelle québécoise de comportements adaptatifs. Montréal : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

- McCarthy J., Hemmings, C., Kravariti, E., Dworzynsky, K., Holt, G., Bouras, N. et al. (2010). Challenging behavior and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities, 31*(2), 362-366.
- McGrew, K. S. et Bruininks, R. F. (1989). The factor structure of adaptive behavior. *School Psychology Review, 18*(1), 64-81.
- McGrew, K. S., Ittenbach, R. F., Bruininks, R. H. et Hill, B. K. (1991). Factor structure of maladaptive behavior across the lifespan of persons with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 12*(2), 181-199.
- Medsker, G., Williams, L. J. et Holahan, P. J. (1994). A review of current practices for evaluating causal models in organizational behavior and human resources management. *Journal of Management, 20*(2), 439-464.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2008). Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Afin de faire mieux ensemble. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-848-01.pdf>
- Morin D. et Méthot C. (2003). Les comportements problématiques. Dans M. Tassé et D. Morin (dir.). *La déficience intellectuelle* (p. 265-80). Boucherville : Gaëtan Morin
- Morin, I., Sabourin G. et L. Labbé (2014). *ICP-DI - Inventaire des causes probables des troubles graves du comportement chez les adolescents et les adultes présentant une déficience intellectuelle légère à modérée - Manuel de l'utilisateur*. Montréal, Canada : FQCRDITED | SQETGC.
- Morreau, L. E. (1985). Assessing and Managing Problem Behaviors. Dans K. C. Lakin et R. H. Bruininks (dir.), *Strategies for achieving community integration of developmentally disabled citizens* (p. 105-128). Baltimore, MD: Paul. H. Brookes Publishing.
- Nihira, K., (1969). Factorial dimensions of adaptive behavior in adult retardates. *American Journal of Mental Deficiency, 73*(6), 868-878.
- Nihira, K., Foster, R., Shellhaas, M. et Leland, H. (1969). *Adaptive behavior scales manual*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- Nihira, K., Leland, H. et Lambert, N. (1993). *AAMR adaptive behavior scale – residential and community* (2nd ed.). Austin, TX : Pro-Ed.
- Nunally, J. C. et Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory. Third Edition*. New-York, NY : McGraw-Hill.

- Organisation mondiale de la santé (2004). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report.* Genève : Organisation mondiale de la santé.
- O'Neill, R. E., Albin, R. W., Storey, K., Horner, R. H., et Sprague, J. R. (2015). *Functional assessment and program development for problem behavior: a practical handbook (3rd ed.)*. Independence, KY: Cengage Learning.
- Peterson, D. R. (1961). Behavior problems of middle childhood. *Journal of Consulting Psychology*, 25(3) 205-209.
- Pruijssers, A. C., van Meijel, B., Maaskant, M., Nijssen, W. et van Achterberg, T. (2014). The relationship between challenging behaviour and anxiety in adults with intellectual disabilities: a literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(2), 162-171.
- Reiss, S. (1994). *Handbook of challenging behavior : mental health aspects of mental retardation*. Worthington : IDS Publishing Corporation.
- Riva, D., Bellugi, U. et Denckla, M. B. (2005). *Neurodevelopmental Disorders : Cognitive/Behavioural Phenotypes*. Montrouge: John Libbey Eurotext Ltd.
- Russel, L. (2011). Reactive management strategies. Dans Hardy, S. et Joyce, T. *Challenging behaviour and people with learning disabilities : A handbook*. (p. 65-72) Brighton: Pavilion Publishing, 65-72
- Ryan, R. et Sunada, K. (1997). Medical evaluation of persons with mental retardation referred for psychiatric assessment. *General Hospital Psychiatry*, 19(4), 274-280.
- Sabourin, G. (2007). *Échelle d'évaluation globale de la gravité des comportements problématiques-EGCP-II*. Montréal : FQCRDITED|SQETGC.
- Sabourin, G. (2004). *Étude des relations entre les comportements « maladaptatifs » et le profil Reiss de motivation chez les personnes présentant un retard mental* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Montréal.
- Sabourin, G. et Lapointe, A. (2014). *Analyse et intervention multimodale en troubles graves du comportement : Grille et lexique*. Montréal : SQETGC |FQCRDITED.
- Sabourin, G. et Lardon, Y. (2006). *Intervention en milieu scolaire sur les TGC d'élèves ayant une TED : une approche multimodale et systémique*. Communication présentée au Sommet 2006 de l'AAMR, Montréal.

- Sattler, J. M. (1992). *Assessment of Children: Revised and Updated Third Edition*. San Diego, CA : Jerome M. Sattler, Publisher, Inc.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. et Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research*, 8(2), 23-74.
- Schroeder, S. R., Rojahn, J. et Reese, R. M. (1997). Brief report: reliability and validity of instruments for assessing psychotropic medication effects on self-injurious behavior in mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27(1), 89-102.
- Schroeder, S., Tessel, R. E., Loupe, P. S. et Stodgell, C. J. (1997). Severe Behavior Problems among people with developmental disabilities. Dans W.E MacLean (dir.), *Ellis' Handbook of mental deficiency, psychological theory and research* (3^e éd., p. 439-464). Mahwah, N-J: Lawrence Erlbaum associates. 439-464.
- Sovner, R. (1986). Limiting factors in using DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharmacology Bulletin*, 22(4), 1055-1059.
- Spreen, O. et Strauss, E. (1991). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms and commentary*. New-York: Oxford University Press
- Sun, J. (2005). Assessing goodness of fit in confirmatory factor analysis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 37, 240-256.
- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. Dans K.A. Bollen et J. S. Long (dir.), *Testing structural equation models* (p. 10-39). Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N. et Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 2(1), 62-69.
- Taylor, R., Warren, S. et Slocumb, P. (1979). Categorizing behavior in terms of severity: considerations for Part two of the Adaptive Behavior Scale. *American Journal of Mental Deficiency*, 83(4), 411-414.
- Thompson, J. R., McGrew, K. S. et Bruininks, R. H. (1999). Adaptive and maladaptive behavior : functional and structural characteristics. Dans R. L. Schalock (dir.), *Adaptive behavior and its measurement: Implications for the field of mental retardation* (p.15-42). Washington DC: American Association on Mental Retardation.

- Tsiouris, J. A., Kim, S. Y., Brown, W. T. et Cohen, I. L. (2011). Association of aggressive behaviours with psychiatric disorders, age, sex and degree of intellectual disability: a large-scale survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(7), 636-649.
- Turgeon, L. et Parent, S. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 2 : troubles de comportement*. Ste-Foy, Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Walsh, K. K. et Shenouda, N. (1999). Correlations Among the Reiss Screen, the Adaptive Behavior Scale Part II, and the Aberrant Behavior Checklist. *American Journal on Mental Retardation*, 104(3), 236-248.
- West, S. G., Finch, J. F. et Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: problems and remedies. Dans R. H. Hoyle (dir.), *Structural equation modeling: concepts, issues, and applications* (p. 56-75). Thousand Oaks, CA : Sage.



SERVICE QUÉBÉCOIS D'EXPERTISE
EN TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec**

Québec 

SQETGC | CIUSSS MCQ
2021, avenue Union
Bureau 1240
Montréal (Québec)
H3A 2S9

Téléphone : 514 525-2734
www.sqetgc.org