

MODÈLES D'INTERVENTION MÉDICAL ET ENVIRONNEMENTAL AUPRÈS DES PERSONNES MANIFESTANT UN TROUBLE GRAVE DU COMPORTEMENT, QUELLES SONT LES DIVERGENCES? MEDICAL AND ENVIRONMENTAL INTERVENTION MODELS FOR INDIVIDUALS WITH CHALLENGING BEHAVIOR: WHAT ARE THE DIVERGENCES?

Véronique Longtin and Maxime Paquet

Volume 39, Number 2, 2018

LES MEILLEURES PRATIQUES CLINIQUES PRÉCONISÉES DANS LE
SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN MATIÈRE DE
PROBLÉMATIQUES COMPORTEMENTALES
THE RECOMMENDED BEST CLINICAL PRACTICES IN THE HEALTH
AND SOCIAL SERVICES SECTOR REGARDING BEHAVIOURAL ISSUES

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1051225ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1051225ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Longtin, V. & Paquet, M. (2018). MODÈLES D'INTERVENTION MÉDICAL ET ENVIRONNEMENTAL AUPRÈS DES PERSONNES MANIFESTANT UN TROUBLE GRAVE DU COMPORTEMENT, QUELLES SONT LES DIVERGENCES? *Revue québécoise de psychologie*, 39(2), 133–160. <https://doi.org/10.7202/1051225ar>

Article abstract

Inclusion in the community of people with intellectual disability or autism spectrum disorder and challenging behaviors remains partial. Practices supported in the community's housing resources sometimes still relate to institutional traditions. This article aims to compare the subjects of recent studies regarding medical and environmental intervention models to identify discrepancies. An inductive thematic analysis of the titles and abstracts of 113 articles permitted to classify them under 12 emerging categories, and to suggest future research orientations based on gaps in coverage of the identified topics.

**MODÈLES D'INTERVENTION MÉDICAL ET ENVIRONNEMENTAL
AUPRÈS DES PERSONNES MANIFESTANT UN TROUBLE GRAVE DU
COMPORTEMENT, QUELLES SONT LES DIVERGENCES?**

**MEDICAL AND ENVIRONMENTAL INTERVENTION MODELS FOR INDIVIDUALS WITH
CHALLENGING BEHAVIOR: WHAT ARE THE DIVERGENCES?**

Véronique Longtin¹

*Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement*

Maxime Paquet

*Service québécois d'expertise
en troubles graves du comportement*

PROBLÉMATIQUE

Dans les pays occidentaux, le processus de désinstitutionnalisation visant les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI), un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ainsi que tout autre problème développemental ou mental sévère a pris son essor il y a déjà près de 50 ans (Emerson *et al.*, 2000; Mansell, 2006; Proulx, 2011). Ces personnes ont graduellement quitté les institutions hospitalières (asiles, unités hospitalières fermées, etc.) pour intégrer la communauté. Au-delà du maintien des personnes dans leur famille naturelle, diverses solutions résidentielles ont progressivement été offertes. Plusieurs appellations désignent ces ressources d'hébergement : *residential care homes, residential homes, care homes, group homes, sheltered living, supported living*, etc. (Emerson *et al.*, 2000; Mansell et Beadle-Brown, 2010).

Au Québec, divers milieux de vie substitués à la famille sont offerts par les Centres intégrés de santé et de services sociaux ou les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux : la ressource de type familial, la ressource intermédiaire et la résidence à assistance continue (Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement - FQCRDITED, 2005). Ces services résidentiels intégrés à la communauté offrent différents degrés de spécialisation selon le niveau d'intensité de service requis par l'intervention. Ainsi, la ressource de type familiale propose les services moins spécialisés (famille d'accueil n'ayant aucun personnel spécialisé), alors que la résidence à assistance continue propose les services les plus spécialisés (personnel formé et surveillance de nuit). Au début des années 2000, plus de 93 % des personnes présentant une DI étaient physiquement intégrées dans la communauté, que ce soit en milieu familial (51,3 %), dans des ressources de type familial (34,3 %) ou dans des ressources à assistance continue (7,8 %) (Ministère de la Santé et des Services sociaux - MSSS, 2001).

1. Adresse de correspondance : Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement, 2021, avenue Union, bureau 870, Montréal (QC), H3A 2S9. Téléphone : 514-873-2108. Courriel : veronique.longtin.sqetgc@ssss.gouv.qc.ca

Bien que la désinstitutionnalisation soit majoritairement complétée pour les personnes présentant une DI ou un TSA et qu'elle ait été bénéfique à plusieurs égards, notamment en ce qui concerne l'augmentation de la qualité de vie (Chowdhury et Benson, 2011; Perry, Felce, Allen et Meek, 2011), les ressources d'hébergement intégrées dans la communauté reproduisent parfois des pratiques qui relèvent des traditions institutionnelles (Bostock et Gleeson 2004; Crawford, 2008; Mansell, Beadle-Brown, Whelton, Beckett et Hutchinson, 2008; MSSS, 2001). Par exemple, les personnes qui y sont hébergées ont une liberté d'action et de décision limitée sur plusieurs aspects de la vie quotidienne (menus, activités, sorties) et leur degré de responsabilisation et d'autonomie est généralement faible (Crawford, 2008; Gjermestad, Luteberget, Midjo et Witsø, 2017; MSSS, 2001; Stancliffe, 1997).

De plus, une variabilité du niveau d'intégration dans la communauté est constatée selon les caractéristiques des personnes présentant une DI ou un TSA². Ainsi, le niveau d'inclusion sociale est plus faible pour les personnes qui présentent des troubles du comportement (TC), un diagnostic de santé mentale, une déficience intellectuelle sévère ou un polyhandicap (MSSS, 2001). Malgré leur intégration à la communauté, ces individus sont toujours à risque d'être exclus socialement (Hubert et Hollins, 2010) parce qu'ils présentent un plus grand défi à l'inclusion (Beadle-Brown, Mansell et Kozma, 2007; Martin et Ashworth, 2010) et sont souvent plus susceptibles d'être à nouveau institutionnalisés (Beadle-Brown *et al.*, 2007; National Institute for Health and Care Excellence - NICE, 2015). Plus spécifiquement, les personnes manifestant des TC ou des troubles graves du comportement (TGC) sont souvent les dernières à quitter les institutions et les hôpitaux psychiatriques; 30 à 49 % des personnes hébergées dans ces milieux d'encadrement intensif manifestent des TC ou des TGC (Borthwick Duffy, 1994; NICE, 2015).

Puisque la désinstitutionnalisation est un processus relativement récent à l'échelle historique, que l'inclusion sociale pour les personnes manifestant un TGC est fragile et qu'elle n'est pas garantie par un milieu d'hébergement dans la communauté, l'étude de ce phénomène demeure pertinente. Le présent article vise à différencier et à comparer les orientations de recherche des modèles d'intervention médical (qui relève de la médecine et de la psychiatrie, associé aux hôpitaux et aux institutions) et environnemental (qui relève de la réadaptation, associé à la communauté) pour en déceler les divergences et recommander l'étude de certains sujets. Les questions suivantes permettent de répondre à cet objectif : a) Quels sont les sujets d'étude convergents ou divergents entre les deux modèles d'intervention? b) Existe-t-il, au sein d'un des modèles,

2. Aucune statistique québécoise n'a été repérée concernant les milieux d'hébergement des personnes présentant une DI ou un TSA manifestant un TGC.

des lacunes dans la couverture des sujets d'étude relatifs aux personnes hébergées manifestant des TGC?

CONTEXTE THÉORIQUE

Afin d'introduire les éléments qui soutiennent cette démarche théorique, une définition du trouble grave du comportement, les définitions des modèles d'intervention (médical et environnemental) ainsi qu'une description des recommandations de recherche élaborées par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2015) pour les personnes présentant un TC ou un TGC sont présentées.

Définition du trouble grave du comportement

Dans la documentation anglophone, les termes *behavior disorder*, *behavior problem*, *maladaptive behavior*, *challenging behavior* et *aberrant behavior* sont utilisés et ont une signification semblable sur le plan empirique (Sabourin, 2004). Ces termes, souvent interchangeables, sont utilisés pour désigner les comportements représentant un défi (Reiss, 1994) ou les comportements inadéquats (Maurice, Morin, Tassé, Garcin et Vaillant, 1997) manifestés par des personnes présentant une DI ou un TSA. Ils incluent les comportements tels que l'agression envers autrui, les comportements stéréotypés, l'automutilation, le retrait, les comportements perturbateurs ou destructeurs, les abus sexuels et les gestes préjudiciables (NICE, 2015).

Sans être associés à un diagnostic médical formel, tel que les troubles répertoriés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2013), les TGC sont le construit d'une interaction inefficace entre les besoins et les caractéristiques d'une personne et la réponse de son environnement, ce qui leur confère un statut de condition non permanente. L'utilisation du terme TGC en tant que descripteur clinico-administratif pour des personnes qui présentent une DI ou un TSA répond aux quatre critères suivants : a) une ou des manifestations comportementales graves associées à une situation clinique ou à une réadaptation complexe qui ont des causes multiples et sont la plupart du temps, sinon toujours, associées à des troubles concomitants; b) les manifestations comportementales graves et multiples entraînent des préjudices sociaux ou des inadaptations sociales graves qui peuvent s'être accumulés durant la dernière année; c) les manifestations comportementales graves ont eu lieu récemment (au cours des 90 derniers jours) et persistent; d) la dispensation des services est perturbée parce que la personne ne répond pas aux traitements habituels reconnus, qu'elle refuse les services alors qu'elle en a besoin ou que les services sont limités et ne permettent pas d'offrir les interventions appropriées

(Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement - SQETGC, 2014, 2017).

Modèles d'intervention

La deuxième édition de *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities* (Emerson *et al.*, 2012) introduit différents modèles favorisant la compréhension des TGC chez les personnes présentant une DI ou un TSA. En l'absence de consensus sur les termes employés pour différencier les différents modèles d'intervention, les auteurs retiennent pour cet article deux des principaux courants d'intervention auprès de cette clientèle : le modèle médical et le modèle environnemental.

Modèle médical

Le modèle médical considère le déficit comme une anomalie dans la constitution physique ou mentale d'un individu (Albrecht, Ravaud et Stiker, 2001). Traditionnellement, ce modèle était le plus répandu dans l'intervention auprès des personnes présentant une DI ou un TSA (Bush, 2012; Ravaud, 1999). Au sein de ce modèle, les TGC sont identifiés comme des symptômes ou des manifestations d'une pathologie. C'est un modèle curatif dont le traitement vise prioritairement l'élimination des causes de la maladie, donc la guérison, par des moyens médicaux ou des aides techniques (Albrecht *et al.*, 2001; Ravaud, 1999). Le modèle médical inclut les approches neurologiques et psychiatriques (Bush, 2012).

L'approche neurologique réfère à une compréhension endogène du rôle des neurotransmetteurs dans le développement du TGC, c'est-à-dire que le TGC prend naissance à l'intérieur d'un corps ou d'un organisme en dehors de toute influence extérieure. Le TGC est une conséquence d'un phénomène anormal qui se produit chez un individu et son maintien repose sur l'incidence de mécanismes naturels du cerveau. Par exemple, le TGC est maintenu par les propriétés analgésiques des comportements d'automutilation. Pour sa part, l'approche psychiatrique mène traditionnellement aux traitements psychopharmacologiques par lesquels des médicaments sont prescrits pour faciliter la gestion des TGC plutôt que pour traiter les causes probables liées aux symptômes psychiatriques (Bush, 2012).

Modèle environnemental

Selon Ravaud (1999), c'est l'émergence de la médecine de réadaptation qui a influencé la division entre l'objectif de guérison du modèle médical et l'objectif du fonctionnement optimal dans l'environnement du modèle environnemental. La différence entre les deux modèles tient donc compte de la façon dont le problème est identifié, qualifié et traité (Albrecht *et al.* 2001; Ravaud, 1999). Les approches du modèle environnemental (ou de

réadaptation) considèrent le rôle joué par les facteurs environnementaux dans le développement des TGC en fonction de la création de désavantages ou d'inégalités vécues par la personne (Bickenbach, Chatterji, Bradley et Üstün, 1999). Ce modèle inclut, entre autres, les approches basées sur la communication et sur l'analyse appliquée du comportement. Ces approches considèrent le TGC comme un élément de nature fonctionnelle, formé par l'interaction de la personne avec son environnement et maintenu par des renforcements associés (approche bio-psycho-sociale).

L'approche d'analyse appliquée du comportement met en relation deux types de renforcement qui augmentent la probabilité d'apparition des TGC, soit le renforcement positif qui permet à la personne d'obtenir quelque chose qu'elle désire en émettant le comportement et le renforcement négatif qui permet à la personne d'éviter un stimulus qu'elle ne désire pas en émettant le comportement (Einfeld et Emerson, 2016). Cette approche insiste donc fortement sur l'importance du contexte dans l'apparition du TGC. L'approche basée sur la communication considère le TGC comme un mécanisme de communication. Par l'émission d'un comportement, la personne tente de nommer un besoin qu'elle n'arrive pas à communiquer autrement ou pour lequel elle ne reçoit pas de réponse satisfaisante (SQETGC, 2014).

Recommandations de recherche du NICE

Le NICE a publié en 2015 un guide de recommandations s'adressant, entre autres, aux prestataires des services offerts aux personnes présentant des troubles d'apprentissage (*learning disabilities*) et manifestant des TC ou des TGC. Le NICE (2015) reconnaît que la qualité des soins en établissement demeure un défi pour cette clientèle et qu'il est important d'identifier les conditions d'amélioration des services résidentiels. Le guide précise qu'il y a peu de données probantes sur l'efficacité des interventions (reliées davantage au modèle environnemental) ou des traitements pharmacologiques (reliés davantage au modèle médical), voire sur la combinaison des deux types d'interventions chez les personnes hébergées dans la communauté. Il est largement reconnu par la communauté scientifique que les compétences en intervention comportementale sont limitées et qu'il y a une surutilisation de la médication. En outre, le guide fait état du peu de preuves empiriques permettant de démontrer que les paramètres d'accès aux soins de proximité sont plus efficaces et efficaces que ceux des soins offerts hors territoire (*out-of-area*).

En plus de dresser un portrait des interventions et du soutien qui devraient être offerts à cette clientèle, le guide inclut quatre recommandations sur les orientations de recherche. Celles-ci sont fondées

sur une recension des connaissances basées sur les données probantes et élaborées dans l'objectif d'influencer les futures pratiques professionnelles. Trois des quatre recommandations émises concernent les personnes hébergées dans la communauté : 1) développer des interventions reconnues scientifiquement pour diminuer la fréquence ou l'intensité des TC ou TGC; 2) mesurer l'effcience et l'efficacité des services offerts localement comparativement à ceux offerts à l'extérieur de la communauté; 3) identifier les facteurs associés aux services résidentiels de haute qualité.

Ces trois recommandations visent plus spécifiquement à poursuivre les études permettant : a) d'identifier les facteurs qui caractérisent la nature et la fonction du comportement ainsi que tous les autres facteurs pouvant contribuer à l'apparition ou au maintien des TC ou TGC; b) d'évaluer l'efficacité et l'effcience (incluant les effets médiateurs et modérateurs) des interventions par des études expérimentales d'envergure; c) d'élaborer des standards de pratique (incluant une description des besoins, du contexte environnemental et du soutien spécialisé nécessaire) pour une gamme de programmes de soutien conçus pour répondre aux besoins de la clientèle; d) de mener une revue systématique pour identifier les facteurs associés à une amélioration continue des services de santé et des services sociaux; et e) de concevoir des processus cliniques pour soutenir la mise en œuvre des standards identifiés par la revue systématique.

MÉTHODE

Une revue systématique de la documentation des bases de données *PsychINFO*, *PubMed*, *Medline* et de la « Base de données en santé publique » a été réalisée. La revue de documentation est limitée aux documents publiés en anglais ou en français de 2012 à 2017. Les termes de recherche incluent des combinaisons des mots clés suivants (ainsi que de leur équivalent en français) : *intellectual disabil**, *mental retardation*, *developmental disabil**, *autism spectrum disorder*, *autism*, ET *challenging behav**, *severe challenging behav**, *behav* disorder**, *severe behav**, *disorder*, *behav* problem**, *severe behav* problem**, *residential servic**, ET *residential programs*, *communit* residential services*, *residential continuum*, *out-of-home placement*, *psychiatric unit**, *forensic*, *special* unit**, *psychiatric program*, *institution*, *institutional**. La documentation concernant les enfants âgés de moins de 13 ans a été exclue de la recherche. Ce choix a été induit par le guide pour la prévention et l'intervention en TGC du NICE (2015) qui considère les individus âgés de 13 à 17 ans comme de jeunes personnes (*young people*), alors que les 12 ans et moins sont identifiés comme des enfants (*children*). Pour les enfants, les milieux résidentiels substitués au milieu familial sont

généralement considérés comme temporaires, ils sont donc moins susceptibles d'être hébergés (FQCRDITED, 2005). Les critères de recherche documentaire ont permis d'identifier 1166 documents et articles scientifiques. De ce nombre, 113 articles pertinents ont été conservés pour cette revue systématique. Les articles ont été retenus lorsque le sujet d'étude ou une partie des participants ou de la population étudiée était la personne hébergée présentant une DI ou un TSA et manifestant un TGC. En conséquence, les documents retranchés ne concernaient ni les personnes présentant une DI ou un TSA, ni les personnes manifestant un TGC, ni les personnes hébergées ou n'étaient pas des articles scientifiques.

Dans un premier temps, les 113 titres et résumés d'articles ont été consultés afin d'identifier les sujets d'étude mis de l'avant dans les milieux d'hébergement liés aux deux modèles d'intervention. Cette première lecture a fait émerger 12 catégories représentant chacune un sujet d'étude. Ce premier niveau d'analyse s'est réalisé de manière inductive en interprétant les thèmes émergeant des articles pour en saisir l'idée principale. Suivant cet exercice, une grille de classification, incluant la description de chacune de ces catégories, a été créée et transmise à une assistante de recherche afin qu'elle classifie chacun des articles retenus sous les catégories identifiées. Cet exercice a permis de raffiner les définitions des catégories et ainsi de créer des regroupements pour que chaque catégorie soit univoque. Une nouvelle grille de classification comprenant les 12 catégories en ordre d'importance (déterminé par la fréquence d'apparition du thème étudié) a été créée par consensus des auteurs et de l'assistante de recherche. Une révision complète de la classification des études a été réalisée par l'auteure principale avec les nouvelles catégories afin d'obtenir un accord interjuge sur l'ensemble de la classification.

Dans un deuxième temps, les résumés des articles ont été recatégorisés en fonction des types d'étude (méthode utilisée pour la collecte et l'analyse des données). Les études qualitatives, longitudinales, expérimentales, les études de cas ainsi que les recensions des écrits ont été classées selon leurs catégories respectives. Le choix des catégories de classification a été réalisé par l'émergence des types de méthodes les plus utilisés.

Dans un troisième temps, chacun des 113 résumés d'articles a été relu afin d'identifier le lieu d'hébergement de la population étudiée. Au besoin, lorsque les résumés n'étaient pas suffisants pour compléter cette identification, les articles ont été revus en texte intégral. Les milieux d'hébergement sont définis en quatre catégories mutuellement exclusives : établissements psychologiques; milieux hospitaliers; hébergements

Modèles médical et environnemental en TGC

institutionnels et ressources résidentielles intégrées dans la communauté. Le Tableau 1 présente les différentes appellations et désignations tirées des textes retenus ayant permis la classification des milieux d'hébergement. Lorsque l'échantillon d'une étude retenue comprenait des personnes hébergées dans plus d'un milieu d'hébergement, l'article relié a été classifié dans la catégorie qui représente le niveau d'encadrement le plus élevé. Par exemple, un article dont les données sont recueillies par sondage postal, auprès de professionnels des milieux hospitaliers et des établissements psycholégaux, est classé dans la catégorie établissements psycholégaux. Le type de milieu d'hébergement a ensuite été considéré comme critère pour associer les sujets d'étude aux deux modèles d'intervention. Les études menées auprès d'une population hébergée en établissements psycholégaux, en milieux hospitaliers ou en hébergements institutionnels ont été classifiées dans la catégorie modèle médical. Les études menées auprès d'une population hébergée en ressources résidentielles intégrées dans la communauté ont été classifiées dans la

Tableau 1

Appellations et désignations liés à la classification des milieux d'hébergement

| Milieu d'hébergement | Termes répertoriés pour la classification des milieux d'hébergement |
|--|---|
| Établissements psycholégaux | <i>Detained in Secure Hospital; Forensic Case Study; Forensic Hospital; Forensic Setting; Healthcare Forensic Facility; Low and Medium Secure Services; Medium Secure Psychiatric Hospital; National Secure Inpatient Settings; Offenders; Secure Provision; Secure Settings; Specialist Forensic Psychiatric Units.</i> |
| Milieux hospitaliers | <i>Admitted to Neuropsychology Clinic; Hospitalized Psychiatric Patients; Inpatients; Long-Stay Hospital; Neurobehavioral Unit; Psychiatric Facilities; Psychiatric Hospital; Psychiatric Inpatients; Psychiatric Unit; Specialized Psychiatric Inpatient Unit.</i> |
| Hébergements institutionnels | <i>Institution socioéducative; Institutional Settings; Institutionalized; Long-Term Care Facility; Long-Term Residential Treatment Facility; Mental Institution; Residential Care Institution; Speciality Units.</i> |
| Ressources résidentielles intégrées dans la communauté | <i>Community Based Specialist Health Services; Community Forensic Team Community Homes; Community Residential Group Home; Community Residential Program; Community Setting of Group Home; Community Settings; Community Support Services; Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement; Disability Pension; Foster Placement; Group Treatment Homes; Living in the Community; Milieu résidentiel spécialisé; Out-of-Area Placement; Residential Care; Residential Care Home; Residential Care Level; Residential Group Home; Residential Home; Residential Program; Residential Rehabilitation Center; Residential Services; Residential Support; Social Community Home; Specialist Residential Facility; Support Group Home; Support Living Services; Transitional Apartment Program.</i> |

catégorie modèle environnemental. Cette dernière catégorisation a fait l'objet d'un consensus entre l'assistante de recherche et les auteurs principaux.

RÉSULTATS

Tel que spécifié précédemment, les critères d'inclusion ont permis de conserver 113 études. L'utilisation d'une méthode qualitative a été rapportée dans 15 études (13,3 % des études totales recensées) incluant les entrevues structurées, semi-structurées, des « groupes focus » et une synthèse thématique d'études qualitatives. Six études qualitatives sont associées au modèle médical (9,0 % du total des études de ce modèle) et neuf sont associées au modèle environnemental (19,6 % du total des études de ce modèle). Parmi l'ensemble des études qualitatives, cinq articles (4,4 % des études totales recensées) rapportent l'utilisation d'entrevues avec les personnes présentant une DI ou un TSA et manifestant des TGC (Breckon, Smith et Daiches, 2013; Hudson *et al.*, 2017; Leaning et Adderley, 2016; Pearson, 2012; Rose, Lees-Warley et Thrift, 2016; Rose, Mills, Silva et Thompson, 2013). Quinze études de cas (13,3 % des études totales recensées) ont aussi été recensées. L'ensemble de ces études, sauf une, sont associées au modèle médical. Les études longitudinales recensées se comptent au nombre de neuf (8,0 % des études totales recensées), alors que les études expérimentales avec groupe contrôle représentent 2,7 % des études totales recensées ($n = 3$).

Les 12 thèmes de recherche identifiés en ordre d'importance sont : (1) les effets des interventions et des programmes (20,4 %), (2) les caractéristiques personnelles (17,7 %), (3) les équipes d'intervention (10,6 %), (4) le traitement pharmacologique (10,6 %), (5) la validation d'outils d'évaluation (8,0 %), (6) la judiciarisation (7,1 %), (7) l'étiologie des TGC (7,1 %), (8) l'application de mesures de contrôle et d'isolement (6,2 %), (9) l'évaluation d'un service (5,3 %), (10) les coûts des services (2,7 %), (11) l'évaluation de la qualité de vie (2,7 %) et (12) les transitions (1,8 %). Le Tableau 2 présente, en fréquences et en pourcentages, les sujets d'étude selon les catégories identifiées et selon les milieux d'hébergement de la population étudiée.

(1) Effets des interventions et des programmes. Cette catégorie rassemble les études de mesure des effets de l'application d'une intervention ou d'un programme auprès des personnes manifestant des TGC. Cette catégorie de classification regroupe le plus grand nombre des études recensées. Près du quart des études (23,9 %) associées au modèle médical et environ 15 % des études associées au modèle

Tableau 2

Pourcentage d'articles publiés dans chacune des catégories identifiées et des modèles d'intervention

| Catégories | Modèle médical | | | | | | | | Modèle environnemental | | Total | |
|--|-----------------------------|--------|----------------------|--------|------------------------------|--------|------------|--------|---|--------|-------|--------|
| | Établissements psycholégaux | | Milieux hospitaliers | | Hébergements institutionnels | | Sous-total | | Ress. résid. intégrées dans la communauté | | n | n % |
| | n | n % | n | n % | n | n % | n | n % | n | n % | | |
| 1) Effets des interventions et des programmes | 9 | 13,4 % | 2 | 3,0 % | 5 | 7,5 % | 16 | 23,9 % | 7 | 15,2 % | 23 | 20,4 % |
| 2) Caractéristiques personnelles | 8 | 11,9 % | 7 | 10,4 % | 2 | 3,0 % | 17 | 25,4 % | 3 | 6,5 % | 20 | 17,7 % |
| 3) Équipes d'intervention | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 2 | 3,0 % | 2 | 3,0 % | 10 | 21,7 % | 12 | 10,6 % |
| 4) Traitement pharmacologique | 0 | 0,0 % | 6 | 9,0 % | 0 | 0,0 % | 6 | 9,0 % | 6 | 13,0 % | 12 | 10,6 % |
| 5) Validation d'outils d'évaluation | 3 | 4,5 % | 1 | 1,5 % | 1 | 1,5 % | 5 | 7,5 % | 4 | 8,7 % | 9 | 8,0 % |
| 6) Judiciarisation | 5 | 7,5 % | 0 | 0,0 % | 1 | 1,5 % | 6 | 9,0 % | 2 | 4,3 % | 8 | 7,1 % |
| 7) Étiologie des TGC | 1 | 1,5 % | 4 | 6,0 % | 1 | 1,5 % | 6 | 9,0 % | 2 | 4,3 % | 8 | 7,1 % |
| 8) Application de mesures de contrôle et d'isolement | 2 | 3,0 % | 2 | 3,0 % | 1 | 1,5 % | 5 | 7,5 % | 2 | 4,3 % | 7 | 6,2 % |
| 9) Évaluation d'un service | 1 | 1,5 % | 1 | 1,5 % | 0 | 0,0 % | 2 | 3,0 % | 4 | 8,7 % | 6 | 5,3 % |
| 10) Coûts des services | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 3 | 6,5 % | 3 | 2,7 % |
| 11) Évaluation de la qualité de vie | 0 | 0,0 % | 0 | 0,0 % | 1 | 1,5 % | 1 | 1,5 % | 2 | 4,3 % | 3 | 2,7 % |
| 12) Transition | 0 | 0,0 % | 1 | 1,5 % | 0 | 0,0 % | 1 | 1,5 % | 1 | 2,2 % | 2 | 1,8 % |
| Total | 29 | 43,3 % | 24 | 35,8 % | 14 | 20,9 % | 67 | 100 % | 46 | 100 % | 113 | 100 % |

environnemental sont classifiées dans cette catégorie. C'est aussi dans cette catégorie que se retrouve la majorité des études longitudinales ($n = 3$). Très peu d'études expérimentales avec groupe contrôle font partie de cette catégorie ($n = 1$).

Les problématiques sur lesquelles se sont penchées les études d'évaluation des effets des interventions et des programmes associées au modèle médical sont, entre autres : le syndrome de stress post-traumatique (Bakken *et al.*, 2014), les déficits des fonctions adaptatives (Allott, Francey et Velligan, 2013), les déficits de gestion des émotions (Ashworth, Mooney et Tully, 2016; Novaco et Taylor, 2015; Taylor, Novaco, et Brown, 2016), la délinquance sexuelle (Langdon, Murphy, Clare, Palmer et Rees, 2013; Sakdalan et Collier, 2012), le programme d'entraînement physique (Hudson *et al.*, 2017), le programme de développement des comportements de remplacement (Travis et Sturmey, 2013) et les thérapies psychosociales (Hellenbach, Brown, Karatzias et Robinson, 2015).

Les problématiques sur lesquelles se sont penchées les études d'évaluation des effets du modèle environnemental sont : la délinquance sexuelle et les paraphilies (Rätz, 2013; Rose, Rose, Hawkins et Anderson, 2012), les comportements d'automutilation (Roscoe, Iwata et Zhou, 2013), les comportements d'évitement (McClean et Grey, 2012), les déficits de résolution de problèmes (Ailey, Friese et Nezu, 2012; Ailey, Miller et Fogg, 2014) et l'approche Snoezelen (Martin, 2015).

(2) Caractéristiques personnelles. Cette catégorie regroupe les études décrivant les caractéristiques des personnes hébergées manifestant un TGC. Un peu plus du quart (25,4 %) des études associées au modèle médical et moins de 7 % de celles associées au modèle environnemental sont classifiées dans cette catégorie. Les études catégorisées sous ce thème sont majoritairement réalisées en utilisant des informations ou des données provenant des dossiers des personnes hébergées. La cueillette de données se fait de façon rétrospective et les études sont descriptives.

On y retrouve, par exemple, des études associées au modèle médical qui comparent les caractéristiques des individus en fonction des types de comportements problématiques émis (Fistlkci *et al.*, 2014), des diagnostics comorbides liés aux TGC (Bakken et Martinsen, 2013; Stinson et Robbins, 2014; Tureck, Matson et Beighley, 2013), des facteurs prédisposant aux TGC ou aux délits (Leonard, Morrison, Delany-Warner et Calvert, 2016; Williams, Siegel, et Mazefsky, 2017), des caractéristiques physiques (corticales) des contrevenants (Howner *et al.*, 2012) et des caractéristiques favorisant l'adhésion aux traitements (Breckon *et al.*, 2013). Les articles associés au modèle environnemental traitent des caractéristiques pouvant

influencer la trajectoire de service des délinquants sexuels présentant une DI (Carson *et al.*, 2014), des caractéristiques des usagers d'un service psycholégal au sein de la communauté (Browning, Gray et Tomlins, 2016) et des caractéristiques liées à l'abus de substance chez les adolescents (Papachristou et Anagnostopoulos, 2014).

(3) Équipes d'intervention. La catégorie « équipe d'intervention » fait référence à l'étude des caractéristiques des membres des équipes d'intervention des milieux d'hébergement et à leurs perceptions de la clientèle ou des services offerts. Par exemple, les types et les causes des blessures subies (Finlayson, Jackson, Mantry, Morrison et Cooper, 2015); leur niveau de stress ou de détresse (Rose *et al.*, 2013), ainsi que leur satisfaction à l'égard de leur travail ou des services offerts aux personnes hébergées (Darbellay-Robbiani *et al.*, 2014; Deveau et McGill, 2014). Les études concernant les attitudes et les perceptions des employés par rapport aux TGC ou aux personnes manifestant un TGC (Hensel, Lunsy et Dewa, 2014; Ravoux, Baker et Brown, 2012; Wilderjans, Lambrechts, Maes et Ceulemans, 2014) entrent dans cette catégorie. Les sondages et les entrevues sont les méthodes de cueillette de données les plus souvent utilisées. Pour le modèle environnemental, c'est cette catégorie qui recense le plus grand nombre d'études (21,7 %). Seulement 3 % des études associées au modèle médical entrent dans la catégorie équipes d'intervention. Seules deux études ont été réalisées en hébergements institutionnels (Darbellay-Robbiani *et al.*, 2014; Guthrie, Roddam, Panna et Fairburn, 2012). Aucune des études recensées n'a été réalisée dans un établissement psycholégal ou un milieu hospitalier.

(4) Traitement pharmacologique. Cette catégorie regroupe les études liées aux effets de la médication sur les personnes manifestant des TGC ainsi que les études portant sur les types de médicaments prescrits à cette population. Cette catégorie est la quatrième en ordre d'importance. Un pourcentage comparable d'études sur ce sujet est associé au modèle médical (9,0 %) et au modèle environnemental (13,0 %). Toutes les études recensées sur ce thème et associées au modèle médical ont été réalisées en milieu hospitalier, ce qui correspond au quart des études (25 %) menées auprès de la population hébergée dans ce milieu.

Par exemple, on retrouve dans cette catégorie des études sur la prévalence des prescriptions d'antipsychotiques chez une population étudiée (Deb, Unwin et Deb, 2015; Griffiths, Halder et Chaudhry, 2012) ou l'efficacité d'une molécule (p. ex., « Aripiprazole », « Clozapine » ou « Levetiracetam ») pour la gestion des TGC (Deriaz, Willi, Orihuela-Flores, Galli Carminati et Ratib, 2012; Jordan, Robertson, Catani, Craig et Murphy, 2012; Kiani *et al.*, 2015; Vowels, Lingappa et Bastiampillai, 2014). Une seule étude recensée utilise une méthode longitudinale pour mesurer les

effets du sevrage de la médication antipsychotique sur des paramètres métaboliques, dont l'indice de masse corporel (de Kuijper, Mulder, Evenhuis, Visser et Hoekstra, 2013). Trois des études recensées sont des études de cas (Deriaz *et al.*, 2012; McDermott, Noordsy et Traum, 2013; Vowels *et al.*, 2014) et une seule est une étude expérimentale incluant un groupe contrôle (Carminati *et al.*, 2016).

(5) Validation d'outils d'évaluation. La validation d'outil de mesure est un thème d'étude présent dans les deux modèles d'intervention, le pourcentage d'études associées au modèle médical (7,5 %) est comparable à celui du modèle environnemental (8,7 %). Cette catégorie regroupe les études de constance interne, de validité de construits et de fidélité d'outils d'évaluation (p. ex., mesure de la stabilité émotionnelle, évaluation du risque, opportunité de choix). Elle comprend, par exemple, un outil d'évaluation de gestion du risque des comportements sexuels abusifs chez les personnes présentant une DI hébergées en communauté (Cookman, 2012) et des outils d'évaluation des risques (Arborelius, Fors, Svensson, Sygel et Kristiansson, 2013; Chaplin, Eyeoyibo, Wright, Xenitidis et McCarthy, 2015; Pouls et Jeandarme, 2016; Taylor et Novaco, 2013). Une seule des études recensées intègre une procédure incluant un groupe contrôle (Arborelius *et al.*, 2013).

(6) Judiciarisation. La catégorie « judiciarisation » regroupe des études relatant des situations d'accusation ou de condamnation criminelle d'une personne présentant une DI ou un TSA. Deux fois plus d'études de cette catégorie sont associées au modèle médical (9,0 %) qu'au modèle environnemental (4,3 %). Majoritairement, ces études ont été réalisées auprès d'individus hébergés dans les établissements psycholégaux. Trois études de cas ont été recensées dans cette catégorie. De ce nombre, deux études concernent une personne présentant un TSA sans DI accusée de complot pour meurtre ou de matricide (Gómez-Durán, Martín-Fumadó, Litvan, Campillo et Taylor, 2013; Higham, Piracha, et Crocombe, 2016) et une concerne une personne présentant une DI en hébergement institutionnel spécialisé en santé mentale reconnue coupable de viol et de meurtre (Hadi, Singh, Singh, Mohd Salleh et Baharudin, 2014).

(7) Étiologie des TGC. La catégorie « étiologie des TGC » regroupe les études qui portent sur des causes possibles des TGC (biologique, neurologique), des facteurs prédisposant aux TGC (douleurs physiques, déficit de la communication, trouble de santé mentale, traumatismes) ou sur les fonctions des TGC (signification des comportements). Ces articles traitent majoritairement des données rétrospectives collectées auprès de la population hébergée en milieu hospitalier. Une étude utilise une méthode qualitative pour questionner les personnes manifestant des TGC sur la signification de leurs gestes (Rose *et al.*, 2016) et un article présente une

synthèse thématique des études qualitatives ayant interrogé des personnes présentant une DI et manifestant un TGC sur leurs vécus expérientiels des services reçus (Griffith, Hutchinson et Hastings, 2013). La catégorisation des articles qui font l'étude des causes des TGC est deux fois plus élevée pour le modèle médical (9,0 %) que pour le modèle environnemental (4,3 %). Le modèle médical s'intéresse au syndrome de stress post-traumatique (Bakken *et al.*, 2014), aux anomalies chromosomiques (Gahr, Kerling, Ludolph et Plener, 2012), aux facteurs de risques biologiques et environnementaux (Guinchat *et al.*, 2015a; Guinchat *et al.*, 2015b) ainsi qu'aux comorbidités (Turygin, Matson, Adams et Williams, 2014). Le modèle environnemental s'intéresse aux facteurs de prédiction des hospitalisations (Blaskowitz, 2015) et à l'expérience de soutien ressentie par les personnes présentant une DI et manifestant des TGC dans les services qu'ils reçoivent (Griffith *et al.*, 2013).

(8) Application de mesures de contrôle et d'isolement. La catégorie « application de mesures de contrôle et d'isolement » rassemble les articles qui traitent des types de mesures utilisées, des facteurs liés à leur utilisation ou qui comparent les conditions d'utilisation de ces mesures entre deux populations (p. ex., genre, diagnostics). Cette catégorie compte plus d'articles associés au modèle médical (7,5 %) qu'au modèle environnemental (4,3 %). Le modèle médical regroupe des articles sur les facteurs qui contribuent à l'application des mesures de contrôle et sur ceux qui les prédisent (Alexander *et al.*, 2015; Larue, Goulet, Prevost, Dumais et Bellavance, 2016; Scheirs, Blok, Tolhoek, Aouat et Glimmerveen, 2012; Stewart, Baiden et Theall-Honey, 2013). Une autre étude associée au modèle médical compare les fréquences des périodes d'isolement entre les personnes présentant une DI et celles ne présentant pas de DI (Turner et Mooney, 2016). Les études associées au modèle environnemental regroupent deux études, une qui s'intéresse aux corrélats de l'utilisation de la contention et de l'isolement selon les intervenants (Mérineau-Côté et Morin, 2013) et une qui cherche, à l'aide d'une approche qualitative, à mieux comprendre les conditions dans lesquelles ces mesures sont utilisées pour les personnes présentant une DI (Blamires, Forrester-Jones et Murphy, 2017).

(9) Évaluation d'un service. La catégorie « évaluation d'un service » vise à mesurer l'impact de la mise en place d'un nouveau service (équipe d'intervention, unité d'hébergement) offert à une population. Il y a deux fois plus d'études de cette catégorie associées au modèle environnemental (8,7 %) qu'au modèle médical (3,0 %). Cette catégorie intègre, par exemple, des articles qui évaluent : l'implantation d'un service résidentiel spécialisé pour les personnes manifestant un TGC (Morin, Rivard, Mercier et Robitaille, 2015) et l'efficacité d'une unité psychiatrique sur la gestion des crises comportementales (Nangano, 2014).

(10) Coûts des services. Cette catégorie regroupe les études ayant pour but de calculer les coûts d'un service ou de comparer les coûts entre deux types de services. Toutes les études de cette catégorie sont associées au modèle environnemental. Les articles qui y sont catégorisés évaluent : les coûts de prestation des services de santé spécialisés intégrés à la communauté concernant la gestion des comportements agressifs (Unwin, Deb et Deb, 2017), les coûts d'un service résidentiel spécialisé (McGill et Poynter, 2012) et les coûts comparés entre les services offerts localement et les services offerts à l'extérieur de la communauté (Perry *et al.*, 2013).

(11) Évaluation de la qualité de vie. La catégorie « évaluation de la qualité de vie » regroupe des études comparant le niveau de qualité de vie de différentes populations en fonction de leurs diagnostics ou de leurs milieux d'hébergement. Une de ces études, associée au modèle médical, utilise un groupe contrôle et plusieurs temps de mesure pour comparer la qualité de vie d'adultes présentant un TSA ou d'autres diagnostics psychiatriques (Barneveld, Swaab, Fagel, van Engeland et de Sonnevile, 2014). Les deux autres études de cette catégorie sont associées au modèle environnemental. Elles mesurent le niveau de qualité de vie des personnes présentant une DI en fonction de leur type d'hébergement dans la communauté (Bertelli *et al.*, 2013; Marlow et Walker, 2015).

(12) Transition. La catégorie « transition » regroupe deux études qualitatives. L'une d'elles, associée au modèle médical, est une étude de cas qui relate le vécu expérientiel d'un adulte durant sa transition d'un établissement institutionnel à une ressource intégrée dans la communauté (Leaning et Adderley, 2016). La seconde étude, associée au modèle environnemental, documente les expériences de transition de dix jeunes adultes intégrés dans des appartements supervisés (Pearson, 2012).

DISCUSSION

La classification des 113 textes recensés permet de distinguer 12 catégories thématiques regroupant les sujets d'étude concernant les personnes hébergées présentant une DI ou un TSA et manifestant un TGC. Les thèmes d'étude identifiés sont représentatifs de ce qui a été réalisé en recherche entre 2012 et 2017 pour cette population et, par le fait même, des thèmes absents des préoccupations de recherche. La catégorisation des études selon les modèles d'intervention médical et environnemental permet de distinguer les divergences d'intérêts de recherche entre les modèles. Au final, la catégorisation ne révèle pas de dichotomie entre les modèles d'intervention, mais plutôt des nuances dans le traitement des sujets d'étude.

Sujets d'étude convergents ou divergents selon les deux modèles d'intervention

Pour le modèle médical, la catégorie qui recense le plus d'études est celle qui se préoccupe des caractéristiques individuelles de la personne hébergée manifestant des TGC. Les auteurs qui s'intéressent au modèle médical cherchent donc à définir les caractéristiques permettant d'obtenir un portrait général de la clientèle, un portrait spécifique à un sous-ensemble de cette clientèle (p. ex., femmes, adolescents) ou à déterminer la prévalence des comportements ou de certains troubles de santé physique ou mentale (Fístíkcí *et al.*, 2014; Stinson et Robbins, 2014; Williams *et al.*, 2017). Cet intérêt de recherche permet d'identifier les caractéristiques qui doivent être traitées prioritairement pour un individu ou pour un groupe d'individus. L'intérêt porté à cette thématique rappelle la centration traditionnelle du modèle médical pour la question des symptômes et des causes des TGC liés uniquement à la personne (Albrecht *et al.*, 2001). Par le fait même, les études recensées pour lesquelles les équipes d'intervention (Finlayson *et al.*, 2015; Rose *et al.*, 2013) constituent le sujet d'étude principal sont beaucoup moins présentes dans le modèle médical que dans le modèle environnemental. Ceci s'explique en partie par le fait que les auteurs associés au champ médical s'intéressent traditionnellement moins aux causes probables des TGC provenant de l'environnement de la personne.

Le traitement pharmacologique est un des thèmes de recherche les plus étudiés dans les deux modèles d'intervention, mais la façon dont le sujet d'étude est traité diffère d'un modèle à l'autre. Le modèle médical regroupe les études mesurant les effets d'une médication précise sur des individus (dont plusieurs études de cas) ou sur un groupe d'individus. Les auteurs cherchent principalement à mesurer les effets du traitement pharmacologique offert dans le milieu d'hébergement ou à connaître les raisons pour lesquelles les médicaments ont été prescrits. Le modèle médical utilise les termes « amélioration » (*much improve*), « très grande amélioration » (*very much improve*) ou « bénéfiques » (*benefits*) pour indiquer les effets positifs du traitement sur la personne (Jordan *et al.*, 2012; Kiani *et al.*, 2015). Dans cette perspective, l'individu et ses caractéristiques sont traités comme des variables statiques influençant la résultante du traitement. Pour sa part, le modèle environnemental cherche plus spécifiquement à identifier et à décrire les types de médications prescrits à la population, à identifier les conséquences de la prise de médication sur les individus et les raisons pour lesquelles les médicaments ont été prescrits. Une seule des études associées au modèle environnemental vise à mesurer les effets d'un traitement pharmacologique sur les TGC des participants hébergés en communauté (*Disability Pension*), mais ces derniers sont décrits comme des « patients » et le terme « amélioration globale » (*global improvement*) est utilisé dans la

mesure des résultats (Carminati *et al.*, 2016). Dans ce cas particulier, le traitement du sujet de recherche associé au modèle médical prévaut même si les participants sont hébergés dans la communauté.

Le thème de la judiciarisation est peu étudié, il arrive au sixième rang, en termes de fréquence des études recensées. Les études classées sous cette catégorie ont été réalisées uniquement auprès de personnes hébergées dans des établissements psychologiques. Aucune étude réalisée auprès des personnes manifestant un TGC hébergées dans des ressources intégrées à la communauté n'a été recensée. La problématique de la judiciarisation est pourtant émergente dans la communauté (Ouellet, Morin, Mercier et Crocker, 2012) et les comportements préjudiciables sont fréquents chez les personnes présentant une DI et un TSA (Crocker *et al.*, 2006). Alors que la judiciarisation est un phénomène social connu sur lequel il est possible d'intervenir (Ouellet *et al.*, 2012), aucune des études recensées ne traite de prévention.

Le modèle médical regroupe près de deux fois plus d'études concernant l'application des mesures de contrôle et d'isolement que le modèle environnemental. Considérant la nature des services et les caractéristiques de la clientèle hébergée dans les milieux hospitaliers ou dans les hébergements institutionnels, l'intérêt que le modèle médical porte à ce sujet d'étude est inéluctable. L'étude de l'application des mesures de contrôle et d'isolement pour les personnes hébergées dans des ressources intégrées de la communauté (modèle environnemental) soulève pour sa part des questions quant aux pratiques de gestion des TGC mises en place dans ces ressources même si plusieurs raisons peuvent expliquer le maintien de telles mesures (Devapriam et Alexander, 2012). En effet, même à la suite de l'intégration dans la communauté, la comorbidité psychiatrique et les TGC persistent souvent chez la clientèle, et ce, malgré les traitements offerts dans les milieux plus spécialisés (milieux hospitaliers et hébergements institutionnels) (Holland, Clare et Mukhopadhyay, 2002). Les comportements tolérés alors dans ces milieux deviennent plus visibles dans la communauté puisque le risque de dangerosité y est très peu toléré (Carroll, Lyall et Forrester, 2004). De plus, les intervenants travaillant dans les ressources intégrées dans la communauté n'ont pas toujours les compétences spécialisées pour faire face à la gestion des TGC (Devapriam et Alexander, 2012; NICE, 2015). En conséquence, les mesures de contrôle et d'isolement, parfois héritées du passé institutionnel, demeurent dans les ressources d'hébergement intégrées dans la communauté (Mérineau-Côté et Morin, 2013) sans être réévaluées en fonction du nouveau contexte résidentiel.

Le coût des services est une catégorie d'étude représentée uniquement dans le modèle environnemental. Depuis la

désinstitutionnalisation, de nombreux modèles d'hébergement intégrés dans la communauté ont été développés (Emerson *et al.*, 2000; Mansell et Beadle-Brown, 2010; Proulx, 2011). L'étude des coûts des services favorise le choix d'un milieu efficient pour les personnes manifestant un TGC. Les coûts des services n'ont pas été étudiés dans les milieux d'hébergement regroupés sous le modèle médical. L'efficience des services offerts spécifiquement aux personnes présentant une DI ou un TSA et manifestant des TGC ne semble pas avoir été étudiée durant les cinq dernières années dans les milieux associés au modèle d'intervention médical.

Couverture des sujets d'étude

Les recommandations de recherche du NICE (2015) concernant les personnes hébergées manifestant un TGC visent le développement d'interventions reconnues efficaces par des données probantes pour réduire la fréquence ou l'intensité des TC ou des TGC, la mesure de l'efficience et l'efficacité des services offerts localement comparativement à ceux offerts à l'extérieur de la communauté et l'identification de facteurs associés aux services résidentiels de haute qualité.

La couverture des études des catégories « effet des interventions et des programmes » et « évaluation d'un service » correspond aux recommandations de recherche du NICE (2015). La catégorie de classification nommée « effets des interventions et des programmes » est celle qui regroupe le plus grand nombre d'études recensées. En effet, c'est le thème d'étude qui se place au deuxième rang, en termes de fréquence, des études associées au modèle médical. Pour sa part, la catégorie « évaluation d'un service » arrive au sixième rang sur les douze catégories identifiées, mais les études associées au modèle environnemental sont deux fois plus nombreuses que celles associées au modèle médical. Toutefois, même si les effets d'une intervention, d'un programme ou d'un service sont mesurés dans plusieurs des études recensées, peu d'entre elles évaluent l'efficacité et l'efficience par l'utilisation d'un devis expérimental avec un échantillon d'envergure.

La couverture des études des catégories « étiologie des TGC », « validation d'outils d'évaluation », « évaluation de la qualité de vie » et « transition » répondent à une autre des recommandations du NICE (2015) en favorisant l'identification des facteurs qui caractérisent la nature et la fonction du comportement ainsi que tous les autres facteurs pouvant contribuer à l'apparition ou au maintien des TC ou des TGC. La couverture de ces catégories combinées équivaut à près de 20 % des études recensées. Les études classées dans la catégorie « évaluation de la qualité de vie » sont toutefois très peu nombreuses (moins de 3 %) alors que les effets positifs de l'augmentation de la qualité de vie sur l'incidence

et la fréquence des TGC sont connus (Murphy, 2009). Puisque les personnes présentant une DI ou un TSA et manifestant des TGC sont plus susceptibles de continuer à vivre dans des milieux à encadrement intensif (soit établissement psycholégal, en milieu hospitalier ou en hébergement institutionnel) et à avoir une qualité de vie plus faible (Beadle-Brown *et al.*, 2007), il demeure essentiel de poursuivre l'étude de ce sujet chez la population hébergée. Il en va de même pour le thème d'étude de la transition qui ne représente que 1,8 % des études recensées. Puisque les transitions non réussies peuvent aussi être une des causes de TC ou de TGC (Hulbert-Williams et Hastings, 2008; Owen, Hubert et Hollins, 2008), l'étude de ce phénomène est un incontournable.

La couverture des études de la catégorie « coûts des services » correspond aussi aux recommandations du NICE (2015), en comparant les coûts des services offerts localement à ceux offerts à l'extérieur de la communauté. Les études de cette catégorie ne représentent cependant qu'un faible nombre ($n = 3$; 2,7 %) des études recensées dans les cinq dernières années, ce qui est insuffisant compte tenu de la diversité des types de services d'hébergement offerts dans la communauté. Dans le contexte actuel du réseau québécois de la santé, où la performance et la réduction des coûts sont priorisés, davantage d'études à propos des coûts de services devraient être menées pour mieux refléter la situation des personnes hébergées qui présentent une DI ou un TSA (Bouchard, 2017).

Limites

La recension des écrits, même réalisée de façon systématique et selon des critères d'inclusion précis, pourrait ne pas avoir couvert tous les articles publiés ayant pour sujet d'étude ou population étudiée les personnes hébergées présentant une DI ou un TSA et manifestant un TGC. Par exemple, une étude de langue française référencée dans cet article (Ouellet, Crocker, Côté et Morin, 2015) répond aux critères d'inclusion de la recension et correspond aux mots clés recherchés (en langues anglaise et française), mais n'a pas été indexée dans les résultats des banques de données consultées. La recension aurait pu être complétée par une fouille manuelle des articles pertinents pour assurer une plus grande couverture. Cette limite porte à réflexion sur la représentativité des études francophones dans les moteurs de recherches utilisés.

Dans un autre ordre d'idée, la période temporelle reliée à la sélection des articles classifiés a été sélectionnée arbitrairement, dans une préoccupation de récence (cinq dernières années; 2012 à 2017). Dans la perspective du second objectif de recherche, une plus grande couverture temporelle permettrait de nuancer les propos de cet article relativement à de potentielles lacunes dans la couverture de certains thèmes d'étude

identifiés. Par exemple, la transition à la communauté est un sujet qui a été amplement couvert durant la période de désinstitutionnalisation jusqu'à récemment, précédemment à l'année 2012 (Beadle-Brown *et al.*, 2007; Martin et Ashworth, 2010; Parlais, 2009; Stewart *et al.*, 2010).

Finalement, la méthode d'analyse qualitative thématique des titres et résumés d'articles a pour avantage d'être économique et efficiente. Les textes ont été classifiés en fonction de leur thème principal et de leur modèle dominant, de manière univoque. Alternativement, les auteurs auraient pu prendre l'avenue de l'analyse qualitative de contenu (L'Écuyer, 1990; Miles et Huberman, 2003). Ainsi, pour les articles qui ne mentionnaient pas directement le modèle utilisé, ce dernier a été induit par le milieu où se déroulait l'étude à des fins de classification, même si certains milieux utilisaient peut-être un modèle d'intervention mixte. En segmentant les portions de texte retenues (titres et résumés), la classification obtenue aurait pu tenir compte des thèmes de recherche secondaires ou mineurs, offrant un portrait davantage précis. Les auteurs ont toutefois pris la décision d'équilibrer précision et parcimonie dans leur choix de méthode.

Conclusion et perspectives futures

Les personnes hébergées présentant une DI ou un TSA et manifestant des TGC représentent une population encore peu connue et peu étudiée. En accord avec les recommandations du NICE (2015) et en fonction des lacunes de couverture précédemment identifiées, de nouvelles études devraient être réalisées afin d'identifier les meilleures pratiques d'intervention et de soutien pour cette clientèle. D'une part, il serait important de mieux documenter certains facteurs pouvant influencer l'apparition et le maintien des TGC, par exemple la judiciarisation, la qualité de vie, la transition, les attitudes et les perceptions des équipes d'intervention. D'autre part, les recherches futures devraient viser l'augmentation de données empiriques sur l'efficacité et l'efficience des interventions mises en place pour cette population, par des études expérimentales d'envergure. Les chercheurs associés aux modèles médical et environnemental devraient maximiser l'étude des effets des interventions de prévention des TGC. Finalement, l'implication des personnes présentant une DI ou un TSA et manifestant des TGC devrait plus souvent être envisagée pour étudier les facteurs touchant l'apparition et le maintien des TGC.

RÉFÉRENCES

- Ailey, S. H., Friese, T. R. et Nezu, A. M. (2012). Modifying a social problem-solving program with the input of individuals with intellectual disabilities and their staff. *Research in Nursing & Health*, 35(6), 610-623.

- Ailey, S. H., Miller, A. M. et Fogg, L. (2014). Social problem solving in staffed community homes among individuals with intellectual disabilities and their staff. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 7(3), 208-228.
- Albrecht, G. L., Ravaud J.-F. et Stiker, H.-J. (2001). L'émergence des *disability studies* : état des lieux et perspectives. *Sciences sociales et santé*, 19(4), 43-73.
- Alexander, R., Devapriam, J., Michael, D., McCarthy, J., Chester, V., Rai, R.,... Roy, A. (2015). "Why can't they be in the community?" A policy and practice analysis of transforming care for offenders with intellectual disability. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 9(3), 139-148.
- Allott, K. A., Francey, S. M. et Velligan, D. I. (2013). Improving functional outcome using compensatory strategies in comorbid intellectual disability and psychosis: a case study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16(1), 50-65.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, D.C. : Auteur.
- Arborelius, L., Fors, U., Svensson, A.-K., Sygel, K. et Kristiansson, M. (2013). A new interactive computer simulation system for violence risk assessment of mentally disordered violent offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(1), 30-40.
- Ashworth, S., Mooney, P. et Tully, R. (2016). Adapted DBT programme for individuals with intellectual disabilities and problems managing emotions: Staff awareness training. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 10(3), 185-198.
- Bakken, T. L., Gjersoe, V., Matre, E., Kristiansen, T., Ro, A., Tvetter, A. L.,... Kildahl, A. N. (2014). PTSD in adults with intellectual disabilities: stabilisation during inpatient stay. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 8(4), 237-247.
- Bakken, T. L. et Martinsen, H. (2013). Adults with intellectual disabilities and mental illness in psychiatric inpatient units: Empirical studies of patient characteristics and psychiatric diagnoses from 1996 to 2011. *International Journal of Developmental Disabilities*, 59(3), 179-190.
- Barneveld, P. S., Swaab, H., Fagel, S., van Engeland, H. et de Sonnevile, L. M. J. (2014). Quality of life: A case-controlled long-term follow-up study, comparing young high-functioning adults with autism spectrum disorders with adults with other psychiatric disorders diagnosed in childhood. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 302-310.
- Beadle-Brown, J., Mansell, J. et Kozma, A. (2007). Deinstitutionalization in intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(5), 437-442.
- Bertelli, M., Salvador-Carulla, L., Lassi, S., Zappella, M., Ceccotto, R., Palterer, D.,... Prodi, P. R. (2013). Quality of life and living arrangements for people with intellectual disability. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 7(4), 220-231.
- Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Bradley, E. M. et Üstün, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine*, 48(9), 1173-1187.
- Blamires, K., Forrester-Jones, R. et Murphy, G. (2017). An investigation into the use of the deprivation of liberty safeguards with people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(4), 714-726.
- Blaskowitz, M. G. (2015). *Predictors of emergency room and hospital utilization among adults with intellectual and developmental disabilities (IDD) in New York City*. ProQuest Information & Learning, US.
- Borthwick Duffy, S. A. (1994). Prevalence of destructive behaviors. Dans T. Thompson et D. B. Gray (dir.), *Destructive behavior in developmental disabilities: Diagnosis and treatment* (p. 3-23). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Bostock, L. et Gleeson, B. (2004). Contested housing landscapes? Social inclusion, deinstitutionalisation and housing policy in Australia. *The Australian Journal of Social Issues*, 39(1), 41-62.
- Bouchard, J. (2017). L'élaboration d'un modèle de mesure de la performance des services en troubles graves du comportement : allier les aspects cliniques et organisationnels au service des usagers et des équipes. *Les Cahiers de l'Actif*, 496-497, 189-206.
- Breckon, S. E., Smith, I. C. et Daiches, A. (2013). What makes offenders with an intellectual disability ready to engage with psychological therapy? A qualitative study. *Research in Developmental Disabilities*, 34(5), 1408-1416.

- Browning, M., Gray, R. et Tomlins, R. (2016). A community forensic team for people with intellectual disabilities. *Journal of Forensic Practice*, 18(4), 274-282.
- Bush, A. (2012). Working with people whose behaviour challenges services. Dans E. Emerson, C. Hatton, K. Dickson, R. Gone, A. Caine et J. Bromley (dir.), *Clinical psychology and people with intellectual disabilities. Second edition* (p. 205-233). Malden, MA : Wiley-Blackwell.
- Carminati, G. G., Gerber, F., Darbellay, B., Kosel, M. M., Deriaz, N., Chabert, J.,... Carminati, F. (2016). Using venlafaxine to treat behavioral disorders in patients with autism spectrum disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 65, 85-95.
- Carroll, A., Lyall, M. et Forrester, A. (2004). Clinical hopes and public fears in forensic mental health. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(3), 407-425.
- Carson, D., Lindsay, W. R., Holland, A. J., Taylor, J. L., O'Brien, G., Wheeler, J. R.,... Johnston, S. (2014). Sex offenders with intellectual disability referred to levels of community and secure provision: Comparison and prediction of pathway. *Legal and Criminological Psychology*, 19(2), 373-384.
- Chaplin, E., Eyeoyibo, M., Wright, S., Xenitidis, K. et McCarthy, J. (2015). Historical and clinical items of the HCR-20 as predictors of risk within an intellectual disability population. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 9(2), 62-69.
- Chowdhury, M. et Benson, B. A. (2011). Deinstitutionalization and quality of life of individuals with intellectual disability: A review of the international literature. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8(4), 256-265.
- Cookman, C. L. (2012). *The utility of the assessment of risk manageability of intellectually disabled individuals who offend-sexually (armidilo-s) for a community-based service*. ProQuest Information & Learning, US.
- Crawford, C. (2008). *No place like home: A report on the housing needs of people with intellectual disabilities*. Toronto, ON : Canadian Association for Community Living.
- Crocker, A. G., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D. et Roy, M.-E. (2006). Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(9), 652, 661
- Darbellay-Robbiani, B., Kempf-Constantin, N., Varisco-Gassert, S., Badini, C., Devi, T. S., Raju, M. V. R. et Carminati, G. G. (2014). Educator satisfaction, behaviour disorders and psychoeducational profile in young Indians with intellectual disabilities. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 165(2), 54-59.
- Deb, S., Unwin, G. et Deb, T. (2015). Characteristics and the trajectory of psychotropic medication use in general and antipsychotics in particular among adults with an intellectual disability who exhibit aggressive behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(1), 11-25.
- de Kuyper, G., Mulder, H., Evenhuis, H., Visser, F. et Hoekstra, P. J. (2013). Effects of controlled discontinuation of long-term used antipsychotics on weight and metabolic parameters in individuals with intellectual disability. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 33(4), 520-524.
- Deriaz, N., Willi, J. P., Orihuela-Flores, M., Galli Carminati, G. et Ratib, O. (2012). Treatment with levetiracetam in a patient with pervasive developmental disorders, severe intellectual disability, self-injurious behavior, and seizures: A case report. *Neurocase*, 18(5), 386-391.
- Devapriam, J. et Alexander, R. T. (2012). Tiered model of learning disability forensic service provision. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 3(4), 175-185.
- Deveau, R. et McGill, P. (2014). Leadership at the front line: Impact of practice leadership management style on staff experience in services for people with intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 39(1), 65-72.
- Einfeld, S. et Emerson, E. (2016). *Les comportements-défis. Analyser, comprendre et traiter*. Louvain-la-Neuve, France : De Boeck Supérieur.
- Emerson, E., Hatton, C., Dickson, K., Gone, R., Caine, A et Bromley, J. (2012). *Clinical psychology and people with intellectual disabilities* (2^e éd.). Malden, MA : Wiley-Blackwell.

- Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Kessissoglou, S., Hatton, C., Hallam, A.,... Linehan, C. (2000). The quality and costs of community-based residential supports and residential campuses for people with severe and complex disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25(4), 263-279.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (2005). *Offre de service. Les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement : 40 ans d'actions*. Montréal, QC : Auteur.
- Finlayson, J., Jackson, A., Mantry, D., Morrison, J. et Cooper, S.-A. (2015). Types and causes of injuries of carers of adults with intellectual disabilities: Observational study. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 12(3), 181-189.
- Fístlkčí, N., Canturk, G., Saatcioglu, O., Gokce, E., Erten, E., Keyvan, A. et Kalkan, M. (2014). Clinical and sociodemographic characteristics of hospitalized psychiatric patients with intellectual disability. *International Journal of Developmental Disabilities*, 60(4), 243-250.
- Gahr, M., Kerling, F., Ludolph, A. et Plener, P. (2012). Cognitive impairment and abnormal behaviour related to ring chromosome 20 aberration. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6), 1146-1148.
- Gjermestad, A., Luteberget, L., Midjo, T. et Witsø, A. E. (2017). Everyday life of persons with intellectual disability living in residential settings: a systematic review of qualitative studies. *Disability & Society*, 32(2), 213-232
- Gómez-Durán, E. L., Martín-Fumadó, C., Litvan, L., Campillo, M. et Taylor, P. J. (2013). Matricide by failure to act in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 495-497.
- Griffiths, H., Halder, N. et Chaudhry, N. (2012). Antipsychotic prescribing in people with intellectual disabilities: A clinical audit. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 6(4), 215-222.
- Griffith, G. M., Hutchinson, L. et Hastings, R. P. (2013). "I'm not a patient, I'm a person": The experiences of individuals with intellectual disabilities and challenging behavior - A thematic synthesis of qualitative studies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(4), 469-488.
- Guinchat, V., Cravero, C., Diaz, L., Assouline, M., Lazartigues, A., Fiard, D.,... Consoli, A. (2015a). Intérêt des unités neurocomportementales multidisciplinaires dans la prise en charge des décompensations aiguës des patients présentant un trouble du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63(6), 351-361.
- Guinchat, V., Cravero, C., Diaz, L., Périsset, D., Xavier, J., Amiet, C.,... Consoli, A. (2015b). Acute behavioral crises in psychiatric inpatients with autism spectrum disorder (ASD): Recognition of concomitant medical or non-ASD psychiatric conditions predicts enhanced improvement. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 242-255.
- Guthrie, S., Roddam, H., Panna, S. et Fairburn, G. (2012). Capacity to choose and refuse? A case study. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 6(6), 293-300.
- Hadi, S. R. A., Singh, S., Singh, J., Mohd Salleh, R. et Baharudin, A. (2014). Crime offender with mental retardation: A case report. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 15(1), 97-100.
- Hellenbach, M., Brown, M., Karatzias, T. et Robinson, R. (2015). Psychological interventions for women with intellectual disabilities and forensic care needs: A systematic review of the literature. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(4), 319-331. doi:10.1111/jir.12133
- Hensel, J. M., Lunskey, Y. et Dewa, C. S. (2014). Staff perception of aggressive behaviour in community services for adults with intellectual disabilities. *Community Mental Health Journal*, 50(6), 743-751.
- Higham, L., Piracha, I. et Crocombe, J. (2016). Asperger syndrome, internet and fantasy versus reality – A forensic case study. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 10(6), 349-354.
- Holland, T., Clare, I.C.H. et Mukhopadhyay, T. (2002). Prevalence of "criminal offending" by men and women with intellectual disability and the characteristics of "offenders": implications for research and service development. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(1), 6-20.

- Howner, K., Eskildsen, S. F., Fischer, H., Dierks, T., Wahlund, L.-O., Jonsson, T., ... Kristiansson, M. (2012). Thinner cortex in the frontal lobes in mentally disordered offenders. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 203(2-3), 126-131.
- Hubert, J. et Hollins, S. (2010). A study of post-institutionalized men with severe intellectual disabilities and challenging behavior. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(3), 189-195.
- Hudson, N. A., Mroziak, J. H., White, R., Northend, K., Moore, S., Lister, K. et Rayner, K. (2017). Community football teams for people with intellectual disabilities in secure settings: "They take you off the ward, it was like a nice day, and then you get like medals at the end". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Prépublication. doi: 10.1111/jar.12359
- Hulbert-Williams, L. et Hastings, R. P. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: A critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 883-895.
- Jordan, I., Robertson, D., Catani, M., Craig, M. et Murphy, D. (2012). Aripiprazole in the treatment of challenging behaviour in adults with autism spectrum disorder. *Psychopharmacology*, 223(3), 357-360.
- Kiani, R., Biswas, A., Devapriam, J., Alexander, R. T., Kumar, S., Andrews, H. et Tromans, S. J. (2015). Clozapine use in personality disorder and intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 9(6), 363-370.
- Langdon, P. E., Murphy, G. H., Clare, I. C. H., Palmer, E. J. et Rees, J. (2013). An evaluation of the EQUIP treatment programme with men who have intellectual or other developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(2), 167-180.
- Larue, C., Goulet, M., Prevost, M., Dumais, A. et Bellavance, J. (2016). Identification and analysis of factors contributing to the reduction in seclusion and restraint for a population with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Prépublication. doi: 10.1111/jar.12309
- L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : Méthode GPS et concept de soi*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Leaning, B. et Adderley, H. (2016). From long-stay hospitals to community care: reconstructing the narratives of people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 44(2), 167-171.
- Leonard, P., Morrison, A., Delany-Warner, M. et Calvert, G. J. (2016). A national survey of offending behaviour amongst intellectually disabled users of mental health services in Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 33(4), 207-215.
- Mansell, J. (2006) Deinstitutionalisation and community living: progress, problems and priorities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(2), 65-76.
- Mansell, J. et Beadle-Brown, J. (2010). Deinstitutionalisation and community living: position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(2), 104-112.
- Mansell, J., Beadle-Brown, J., Whelton, R., Beckett, C. et Hutchinson, A. (2008). Effect of service structure and organisation on staff care practices in small community homes for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(5), 398-413.
- Marlow, E. et Walker, N. (2015). Does supported living work for people with severe intellectual disabilities? *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 9(6), 338-351.
- Martin, P. (2015). État de la recherche clinique sur l'approche Snoezelen utilisée en milieu résidentiel spécialisé. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 26, 161-180.
- Martin, L. et Ashworth, M. (2010). Deinstitutionalization in Ontario, Canada: Understanding who moved when. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(3), 167-176.
- Maurice, P., Morin, D., Tassé, M. J., Garcin, N. et Vaillant, I. (1997). *Manuel technique de l'Échelle québécoise de comportements adaptatifs*. Montréal, QC : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

- McClean, B. et Grey, I. (2012). An evaluation of an intervention sequence outline in positive behaviour support for people with autism and severe escape-motivated challenging behaviour. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(3), 209-220.
- McDermott, M., Noordsy, D. L. et Traum, M. (2013). Neuroleptic malignant syndrome during multiple antipsychotic therapy. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 45-46.
- McGill, P. et Poynter, J. (2012). High cost residential placements for adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(6), 584-587.
- Mérineau-Côté, J. et Morin, D. (2013). Correlates of restraint and seclusion for adults with intellectual disabilities in community services. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(2), 182-190.
- Miles, M. B. et Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2001). De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. Québec, QC : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Morin, D., Rivard, M., Mercier, C. et Robitaille, C. (2015). L'évaluation de l'implantation d'une ressource spécialisée pour personnes avec une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et un trouble grave du comportement. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 20(2), 38-53.
- Murphy, G. (2009). Challenging behavior: A barrier to inclusion? *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(2), 89-90.
- Nangano, J. L. (2014). *Psychiatric inpatient treatment, intellectual disability, and mental illness in a dual diagnosis psychiatric unit*. ProQuest Information & Learning, US.
- National Institute for Health and Care Excellence (2015). *Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges*. Repéré à : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11/resources/challenging-behaviour-and-learning-disabilities-prevention-and-interventions-for-people-with-learning-disabilities-whose-behaviour-challenges-pdf-1837266392005>
- Novaco, R. W. et Taylor, J. L. (2015). Reduction of assaultive behavior following anger treatment of forensic hospital patients with intellectual disabilities. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 52-59.
- Ouellet, G., Crocker, A. G., Côté, G. et Morin, D. (2015). La déficience intellectuelle en milieu psycho-légal : Point de vue de l'intérieur. *Revue québécoise de psychologie*, 36(2), 185-205.
- Ouellet, G., Morin, D., Mercier, C. et Crocker, A. (2012). Nouvelle normativité sociale et déficience intellectuelle : l'impasse pénale. *Lien social et politique*, 67, 139-158.
- Owen, K., Hubert, J. et Hollins, S. (2008). Moving home: The experiences of women with severe intellectual disabilities in transition from a locked ward. *British Journal of Learning Disabilities*, 36(4), 220-226.
- Papachristou, E. C. et Anagnostopoulos, D. K. (2014). Behavioral disorders and substance abuse in adolescents with mental retardation. *Psychiatriki*, 25(2), 139-150.
- Parlalis, S. K. (2009). Diverse conceptualizations of deinstitutionalization as a barrier to the implementation of discharge policies. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(3), 199-211.
- Pearson, G. S. (2012). The transition experience of developmentally impaired young adults living in a structured apartment setting. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 73-89.
- Perry, J., Allen, D. G., Pimm, C., Meek, A., Lowe, K., Groves, S.,... Felce, D. (2013). Adults with intellectual disabilities and challenging behaviour: the costs and outcomes of in- and out-of-area placements. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(2), 139-152.
- Perry, J., Felce, D., Allen, D. et Meek, A. (2011). Resettlement outcomes for people with severe challenging behaviour moving from institutional to community living. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(1), 1-17.
- Pouls, C. et Jeandarme, I. (2016). Predicting institutional aggression in offenders with intellectual disabilities using the Violence Risk Appraisal Guide. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Prépublication. doi:10.1111/jar.12315

- Proulx, J. (2011). *L'évolution des interventions dans le domaine résidentiel auprès des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. Une revue de littérature à l'échelle internationale*. Cahiers du LAREPPS (no 11-10). Montréal, QC : UQAM.
- Rätz, M. (2013). Intervention cognitive et comportementale auprès d'une personne atteinte d'un trouble du spectre autistique, d'une déficience intellectuelle et d'un trouble de la préférence sexuelle. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 18(2), 41-56.
- Ravaud, J.-F. (1999). Modèle individuel, modèle médical, modèle social : La question du sujet. *Handicap – Revue de sciences humaines et sociales*, 81, 64-75.
- Ravoux, P., Baker, P. et Brown, H. (2012). Thinking on your feet: understanding the immediate responses of staff to adults who challenge intellectual disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(3), 189-202.
- Reiss, S. (1994). *Handbook of challenging behavior: mental health aspects of mental retardation*. Worthington, MN : IDS Publishing Corporation.
- Roscoe, E. M., Iwata, B. A. et Zhou, L. (2013). Assessment and treatment of chronic hand mouthing. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46(1), 181-198.
- Rose, J., Lees-Warley, G. et Thrift, S. (2016). The subjective experiences of firesetting by men with mild intellectual disabilities detained in a secure hospital. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(11), 1278-1297.
- Rose, J., Mills, S., Silva, D. et Thompson, L. (2013). Client characteristics, organizational variables and burnout in care staff: The mediating role of fear of assault. *Research in Developmental Disabilities*, 34(3), 940-947.
- Rose, J., Rose, D., Hawkins, C. et Anderson, C. (2012). A sex offender treatment group for men with intellectual disabilities in a community setting. *The British Journal of Forensic Practice*, 14(1), 21-28.
- 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.
- Sakdalan, J. A. et Collier, V. (2012). Piloting an evidence-based group treatment programme for high risk sex offenders with intellectual disability in the New Zealand setting. *New Zealand Journal of Psychology*, 41(3), 5-11.
- Scheirs, J. G. M., Blok, J. B., Tolhoek, M. A., Aouat, F. E. et Glimmerveen, J. C. (2012). Client factors as predictors of restraint and seclusion in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 37(2), 112-120.
- Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (2014). *Équilibre en situation de TGC : Des stratégies pour s'occuper de soi... et de l'autre*. Montréal, QC : FQCRDITED | SQETGC.
- Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (2017). *Protocole d'identification des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et manifestant un trouble grave du comportement*. Montréal, QC : SQETGC | CIUSSS MCQ.
- Stancliffe, R. J. (1997). Community living-unit size, staff presence and resident's choice-making. *Mental Retardation*, 35(1), 1-9.
- Stewart, S. L., Baiden, P. et Theall-Honey, L. (2013). Factors associated with the use of intrusive measures at a tertiary care facility for children and youth with mental health and developmental disabilities. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(1), 56-68.
- Stewart, D., Freeman, M., Law, M., Healy, H., Burke-Gaffney, J., Forhan, M.,... Guenther, S. (2010). The transition to adulthood for youth with disabilities: Evidence from the literature. Dans J. H. Stone et M. Blouin (dir.), *International encyclopedia of rehabilitation*. Buffalo, NY : Center for international rehabilitation research information and exchange.
- Stinson, J. D. et Robbins, S. B. (2014). Characteristics of people with intellectual disabilities in a secure U.S. forensic hospital. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 7(4), 337-358.
- Taylor, J. L. et Novaco, R. W. (2013). A brief screening instrument for emotionally unstable and dissocial personality disorder in male offenders with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 546-553.

- Taylor, J. L., Novaco, R. W. et Brown, T. (2016). Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(2), 126-133.
- Travis, R. W. et Sturmey, P. (2013). Using behavioural skills training to treat aggression in adults with mild intellectual disability in a forensic setting. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(5), 481-488.
- Tureck, K., Matson, J. L. et Beighley, J. S. (2013). An investigation of self-injurious behaviors in adults with severe intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2469-2474.
- Turner, K. V. et Mooney, P. (2016). A comparison of seclusion rates between intellectual disability and non-intellectual disability services: The effect of gender and diagnosis. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(2), 265-280.
- Turygin, N. C., Matson, J. L., Adams, H. L. et Williams, L. W. (2014). Co-occurring disorder clusters in adults with mild and moderate intellectual disability in residential treatment settings. *Research in Developmental Disabilities*, 35(11), 3156-3161.
- Unwin, G., Deb, S. et Deb, T. (2017). An exploration of costs of community-based specialist health service provision for the management of aggressive behaviour in adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(2), 316-325.
- Vowels, E. C., Lingappa, S. H. et Bastiampillai, T. (2014). Combination clozapine and electroconvulsive therapy in a patient with schizophrenia and comorbid intellectual disability. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 689-690.
- Wilderjans, T. F., Lambrechts, G., Maes, B. et Ceulemans, E. (2014). Revealing interdyad differences in naturally occurring staff reactions to challenging behaviour of clients with severe or profound intellectual disabilities by means of Clusterwise Hierarchical Classes Analysis (HICLAS). *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(11), 1045-1059.
- Williams, D. L., Siegel, M. et Mazefsky, C. A. (2017). Problem behaviors in autism spectrum disorder: Association with verbal ability and adapting/coping skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Prépublication. doi:10.1007/s10803-017-3179-0.

RÉSUMÉ

L'inclusion des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme et manifestant des troubles graves du comportement demeure un défi. Les pratiques soutenues par les ressources d'hébergement de la communauté se rapportent parfois encore à des traditions institutionnelles. Cet article vise à comparer les sujets d'études récentes associées aux modèles d'intervention médical et environnemental pour en déceler des divergences. Une analyse thématique inductive des titres et résumés de 113 articles a permis de les classer sous 12 catégories émergentes et ainsi, de proposer des orientations de recherche futures basées sur des lacunes de couverture des sujets recensés.

MOTS-CLÉS

troubles graves du comportement; déficience intellectuelle; trouble du spectre de l'autisme; hébergement; modèle médical; modèle environnemental

ABSTRACT

Inclusion in the community of people with intellectual disability or autism spectrum disorder and challenging behaviors remains partial. Practices supported in the community's housing resources sometimes still relate to institutional traditions. This article aims to compare the subjects of recent studies regarding medical and environmental intervention models to identify discrepancies. An inductive thematic analysis of the titles and abstracts of 113 articles

Modèles médical et environnemental en TGC

permitted to classify them under 12 emerging categories, and to suggest future research orientations based on gaps in coverage of the identified topics.

KEYWORDS

challenging behavior; intellectual disability; autism spectrum disorder; residential services; medical model; environmental model
