

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**STRATÉGIES PERMETTANT LA RÉDUCTION DES INTERVENTIONS
CONTRAIGNANTES AUPRÈS DES PERSONNES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE
INTELLECTUELLE AVEC OU SANS TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET
UN COMPORTEMENT : DÉFI DANS LES SERVICES RÉSIDENTIELS**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
CYNTHIA COUTURE**

OCTOBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Martin Caouette

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Martin Caouette

Prénom et nom

Directeur de recherche

Jean-Yves Bégin

Prénom et nom

Évaluateur

Sommaire

La présente recension des écrits, publiés entre 2010 et 2022, permet de synthétiser les connaissances au sujet des stratégies permettant de réduire l'utilisation d'interventions contraignantes (restriction à la liberté ou mesure de contrôle) auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle avec ou sans trouble du spectre de l'autisme et présentant des comportements problématiques dans les services résidentiels. Au total, 13 articles ont été retenus, soit dix études ainsi que trois recensions des écrits. Les articles retenus ont permis d'identifier différentes stratégies soit celles axées sur la personne elle-même, sur le personnel ainsi que sur l'organisation.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des abréviations	1
Introduction	2
Contexte et problématique	3
Trouble de comportement	3
Restriction de la vie quotidienne.....	4
Mesures de contrôle	5
Objectifs	8
Méthode.....	9
Résultats	10
Stratégies axées sur la personne	10
Offrir le choix de l'intervenant	10
Communication.....	15
Médication	15
Autres.....	15
Stratégies axées sur le personnel.....	16
Active support.....	17
Pleine conscience.....	18
Positive Behavioral Support	19
Mindfulness-Based Positive Behavior Support	20
Stratégies axées sur l'organisation	21
Changements organisationnels	21
Organisation sensible au trauma	24
Discussion	26
Forces et limites des écrits recensés	26
Implications pratiques et scientifiques.....	28
Conclusion.....	30
Références	32

Liste des abréviations

AIMM	Analyse et intervention multimodale
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
<i>AS</i>	<i>Active Support</i>
<i>APA</i>	<i>American Psychiatric Association</i>
DI	Déficience intellectuelle
ÉPI	Équipements de protection individuelle
ITCA	Intervention thérapeutique lors de conduite agressive
<i>MBPBS</i>	<i>Mindfulness-Based Positive Behavior Support</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<i>OM</i>	<i>Occupational Minfulness</i>
<i>OMB</i>	<i>Organizational Behavior Management</i>
<i>PBS</i>	<i>Positive Behavioral Support</i>
PPDI	Personnes présentant une déficience intellectuelle
TC	Trouble de comportement
TGC	Trouble grave de comportement
<i>TIA</i>	<i>Trauma-informed approach</i>
TSA	Trouble du spectre de l'autisme

Introduction

Cet essai de type recension critique des écrits vise à déterminer quelles sont les meilleures stratégies afin de réduire l'utilisation des mesures contraignantes auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle (PPDI) avec ou sans trouble du spectre de l'autisme (TSA) et manifestant un comportement problématique, dans les services résidentiels. Cette recension sera présentée en plusieurs sections. Les premières permettront d'exposer le contexte, la problématique et l'objectif de la recension. Les sections suivantes aborderont la méthodologie utilisée pour sélectionner les articles ainsi que la description des résultats. Finalement, la discussion ainsi que la conclusion seront présentées ce qui permettra de résumer les résultats, de discuter des aspects théoriques et pratiques, d'exposer les forces et limites de la présente recension ainsi que certaines recommandations pour la recherche et la pratique.

Contexte et problématique

Tous les individus possèdent des droits égaux et encadrés par des assises légales (p. ex. la charte des droits et libertés). Malheureusement, le respect des droits de certains individus peut parfois être compromis compte tenu de leurs caractéristiques personnelles. Cela peut être le cas pour les PPDI. Les PPDI ont des déficits sur le plan des fonctions intellectuelles (raisonnement, résolution de problèmes, jugement, etc.) et du fonctionnement adaptatif (participation sociale, communication, etc.). Ces déficits engendrent des défis relatifs, entre autres, au développement de leur autonomie et de leur responsabilité sociale (Américan Psychiatric Association [APA], 2016). Compte tenu de leurs difficultés, les PPDI sont plus régulièrement pris en charge et ont moins d'occasions de faire des choix (alimentation, sortie, fréquentation, hygiène, horaire de sommeil, etc.) que les individus sans déficience intellectuelle (DI) (Tessari-Veyre et Martin, 2019 ; Fuentes, 2002).

Trouble de comportement

Le taux de prévalence des troubles de comportement (TC) chez les PPDI varie entre 7 % et 51.8 % selon les différents auteurs (Guimont, 2014). Cependant, le TC serait celui le plus fréquemment associé à la DI (Copper *et al.*, 2007). Par définition, le TC réfère à un « action ou ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qu'il est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique » (Tassé *et al.*, 2010, p.64). Selon le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2015)*, entre 5 % et 15 % des PPDI présenteraient un trouble grave de comportement (TGC). Le TGC survient lorsque les agissements de la personne mettent « 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. » (Tassé *et al.*, 2010, p.64). Selon l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), les comportements problématiques peuvent se manifester de différentes manières, par exemple l'automutilation (se mordre, se frapper la tête, etc.), la destruction de l'environnement (briser les meubles, la

vaisselle, etc.), l'agression dirigée envers autrui (pousser, tirer les cheveux, etc.), etc. (ANESM, 2016).

De multiples facteurs peuvent engendrer une augmentation ou une diminution des comportements problématiques. Tout d'abord, selon Sabourin et ses collaborateurs (2015), plus les proches de la PPDI ont les compétences pour intervenir adéquatement sur la probabilité d'apparition des TGC, moins la crise comportementale serait intense, et ce presque indépendamment de la capacité d'autorégulation de la PPDI et de l'intensité de son TC. De plus, les environnements où l'on observe un soutien social plus faible, peu de possibilités de faire des activités, l'utilisation d'interventions physiques et des pratiques restrictives, tel que les milieux institutionnalisés, seraient associés à des taux très élevés de comportements problématiques (NICE, 2015). Également, le bien-être global de la personne serait associé à l'apparition du TC. Dans une perspective de prévention des TC, le Service québécois d'expertise en troubles du comportement stipule que les interventions auprès des PPDI et un TC doivent viser à améliorer leur qualité de vie (Labbé *et al.*, 2014). Selon le NICE (2015), le manque d'occasions de faire des choix est associé à une augmentation de la probabilité d'apparition des comportements problématiques. Inversement, la présence de comportements problématiques est associée à une augmentation à la fois des restrictions de la vie quotidienne et aux contraintes à la liberté (mesures de contrôle) de la PPDI.

Restriction de la vie quotidienne

Les restrictions à la vie quotidienne surviennent par exemple, lorsque la personne n'a pas la possibilité de faire des choix (alimentation, sorties, fréquentations, hygiène, horaire de sommeil, etc.). En conséquence aux aspects environnementaux et organisationnels présents dans certains des milieux résidentiels accueillant les personnes présentant un TC, les restrictions à la liberté sont nombreuses. Par exemple, les résidents ont peu accès à la cuisine, ce qui fait en sorte qu'ils peuvent difficilement contribuer à la préparation et au choix des repas. De plus, ceux-ci sont parfois restreints dans leur déplacement dans la communauté. En raison de leur besoin d'encadrement, ils ont parfois besoin d'être accompagnés, ce qui n'est pas toujours possible

considérant que les intervenants ne sont pas toujours disponibles (Guimont, 2014). De plus, des interventions restrictives sont parfois utilisées en réponse aux comportements inappropriés (p. ex. interdiction de quitter la maison, confisquer des objets personnels, perte d'un privilège, etc.) (Friedman et Crabb, 2018).

Mesures de contrôle

Lorsque la PPDJ manifeste des comportements problématiques, l'utilisation de mesure de contrôle peut être requise (Matson et Boisjoli, 2009). D'ailleurs, selon une étude menée au Québec en 2013, 63 % des PPDJ manifestant des comportements agressifs et vivant dans des services résidentiels de type communautaire avaient fait l'objet d'au moins une mesure de contrôle au cours d'une période de trois mois (Mérineau-Côté et Morin, 2013). Trois types de mesures de contrôle sont définis à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il y a la contention « qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap » (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2015, p.25), l'isolement « qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement » (MSSS, 2015, p.25), ainsi que l'utilisation de substance chimique dans le but de « limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament » (MSSS, 2015, p.25). Les mesures de contrôles se manifestent sous plusieurs formes, par exemple lorsqu'un individu qui se trouve dans sa chambre n'a pas la possibilité de sortir ou lorsqu'une intervention physique est utilisée pour empêcher une personne manifestant des comportements d'automutilation de se blesser. Le MSSS souhaite que ce type de mesure soit utilisé au minimum et encourage les établissements à faire preuve de créativité en développant des mesures alternatives. Six principes directeurs élaborés par le MSSS doivent être considérés lors de l'utilisation d'une mesure de contrôle. Tout d'abord, elle doit être utilisée seulement lorsqu'il y a présence d'un risque imminent de blessure pour la personne elle-même ou pour autrui et que d'autres moyens ont été inefficaces. De plus, la mesure de contrôle doit être la moins contraignante possible et être effectuée dans le plus grand respect de l'individu.

Finalement, elle doit être balisée dans un protocole et être évaluée par le conseil d'administration de l'établissement dans lequel elle a lieu (MSSS, 2015).

En plus d'avoir une incidence sur les droits fondamentaux (Allen *et al.*, 2010), plusieurs auteurs (Oliver-Africano *et al.*, 2009 ; Webber *et al.*, 2010, 2011) affirment qu'aucune étude n'appuie l'efficacité des interventions restrictives auprès de cette population. De plus, leur manque d'efficacité ne serait pas étonnant, car elles ne s'attardent ni à la cause, ni au besoin sous-jacent au comportement, ni à l'apprentissage de stratégies alternatives (Fitton et Jones, 2020). Également, des conséquences peuvent être engendrées par ce type de mesure autant pour la PPDI que pour l'intervenant. Pour la PPDI, l'utilisation de contentions instrumentales peut occasionner des blessures physiques pouvant aller jusqu'à la mort (Nunno *et al.*, 2006). L'utilisation de mesure de contrôle peut également engendrer des affects négatifs chez la PPDI (la colère, la tristesse, l'incompréhension, etc.). Chez certaines PPDI, une exacerbation du niveau d'agressivité et du sentiment de peur, de frustration et de détresse serait observée à la suite d'une contention physique (Hawkins *et al.*, 2005). Pour le personnel, elles peuvent également provoquer des émotions négatives telles que l'anxiété, la déception, le stress ou de la tristesse (Mérineau-Côté et Morin, 2014). L'utilisation de la contention physique humaine peut aussi influencer négativement la qualité de la relation de confiance entre le personnel et la PPDI (Hawkins *et al.*, 2015).

Heureusement, selon Sabourin ses collaborateurs (2015) une diminution de l'utilisation des mesures de contrôles semble observée depuis les dernières années. Cependant, plusieurs auteurs affirment qu'elles continuent d'être utilisées dans une grande proportion des pays (Sabourin *et al.*, 2015) et que même si les mesures restrictives sont règlementées, elles ne sont pas toujours utilisées adéquatement et en dernier recours (Keski-Valkama *et al.*, 2010).

Même si une majorité des études portant sur l'utilisation et les facteurs de risques associés à de telles mesures sont effectuées en milieux psychiatriques ou hospitaliers, le suivi de leur utilisation est tout aussi important pour le MSSS dans les milieux de vie. D'ailleurs, le MSSS ajoute une précision lors de la révision de 2015 du document intitulé « Cadre de référence pour

l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle » en explicitant la réglementation et les balises encadrant leurs utilisations dans les milieux de vie (MSSS, 2015). Ce document découle des orientations ministérielles de 2002 quant à l'utilisation des mesures de contrôle, qui vise « la réduction maximale de l'utilisation de ces mesures, voire ultimement l'élimination » (MSSS, 2002) et souligne l'importance d'utiliser des stratégies alternatives.

Objectifs

En considérant les multiples enjeux présentés précédemment, soit l'importance du respect des droits et libertés de chaque individu, l'utilisation actuelle des interventions contraignantes auprès de ces individus et de leurs effets négatifs autant pour les PPDI que le personnel ainsi que les directives du MSSS, nous considérons pertinents de nous demander : Quelles sont les meilleures stratégies pour réduire l'utilisation d'interventions contraignantes (restriction à la liberté ou mesure de contrôle) auprès des PPDI avec ou sans TSA et présentant des comportements problématiques dans les services résidentiels?

Méthode

Pour effectuer la présente recension des écrits, une recherche documentaire a été effectuée dans les bases de données scientifiques (APA PsycInfo [EBSCO], ERUDIT, ERIC, MEDLINE, CINAHL Complete, Psychologue and Behavioral Sciences Collection [EBSCO] ainsi que dans la littérature grise à partir du moteur de recherche « Google » entre le mois mai 2021 et le mois de mars 2022.

Les mots clés anglophones utilisés étaient :

- «intellectual disability», «mental retardation», «learning disability», «developmental disability», «learning disabilities», «autism»
- «challenging behaviour», «challenging behavior», «problem behaviour», «aggressive behavior», «behavior problems»
- «restrictive practices», «restrictive interventions», «restraint», «coercion», «physical interventions», « reactive», «choice», «freedom», «liberty», «seclusion»

Les mots clés francophones utilisés étaient :

- Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme
- Comportement défi, comportement problématique, trouble de comportement
- Contrainte, choix, isolement, contention, restrictions, privation à la liberté
- Réduction, stratégie alternative

Après avoir effectué une lecture de tous les articles obtenus à l'aide de ces mots-clés, 13 articles ont été sélectionnés. Pour être retenues pour la présente recension des écrits, les études devaient répondre à certains critères d'inclusion, soit être effectuées auprès d'une ou plusieurs PPDI et un comportement problématique ou auprès de personnes intervenant auprès d'eux, une majorité des participants à l'étude devaient résider ou travailler dans un milieu résidentiel, les articles devaient aborder la réduction des interventions contraignantes (restrictions à la vie quotidienne ou mesures de contrôle) et être publiés entre 2010 et 2022. Les articles abordant exclusivement les mesures de contrôle chimique (médication) ont été exclus.

Résultats

Dans cette section, les articles obtenus dans le cadre de la recherche documentaire seront décrits dans un premier temps (voir Tableau 1 et 2). Par la suite, une description des interventions et des résultats obtenus sera présentée en trois catégories, soit les stratégies axées sur la personne, sur le personnel et sur l'organisation.

Stratégies axées sur la personne

Parmi les 13 articles retenus, cinq (Gaskin et al., 2013 ; Jensen *et al.*, 2012 ; Méryneau-Côté et Morin, 2014 ; Petursson et Eldevik, 2019 ; Sabourin *et al.*, 2015) ciblent davantage les stratégies axées sur la personne elle-même incluant deux études de type quantitatif, une de type qualitatif ainsi qu'une recension des écrits. Les stratégies obtenues pour cette catégorie sont multiples et seront présentées en quatre sections soit offrir le choix de l'intervenant (Gaskin *et al.*, 2013 ; Jensen *et al.*, 2012), la communication (Petursson et Eldevik, 2019), l'utilisation la médication (Gaskin *et al.*, 2013 ; Méryneau-Côté et Morin, 2014) et les autres stratégies (Gaskin *et al.*, 2013 ; Méryneau-Côté et Morin, 2014 ; Sabourin *et al.*, 2015).

Offrir le choix de l'intervenant

Offrir le choix de l'intervenant serait efficace afin de réduire l'utilisation de la contention mécanique (Gaskin *et al.*, 2013 ; Jensen *et al.*, 2012). Dans le cadre d'une étude à cas unique menée par Jensen et ses collaborateurs (2012), le fait de permettre à une PDDI de choisir l'intervenant qui lui serait attribué a engendré une réduction significative de la contention mécanique. Les résultats obtenus dans cette étude révèlent que la durée médiane passée sous contention pour les jours où le choix de l'intervenant n'était pas offert était de 358 minutes comparativement à 178 pour les jours avec choix. De plus, en analysant les périodes où étaient appliquées les contentions, les chercheurs ont démontré que l'utilisation de la contention était réduite dans les heures suivant le choix de l'intervenant et non pas à l'arrivée de l'intervenant choisi.

Tableaux 1*Caractéristiques des études*

Études	Type d'étude et objectifs	Participants	Type d'intervention	Principaux résultats
Beadle- Brow <i>et al.</i> (2012)	Explorer l'impact de la mise en œuvre de l'approche <i>Active Support (AS)</i> dans le cadre d'une étude de type pré-post intervention.	Personnels et responsables de maisons communautaires et PPDI (n=33)	Formation <i>AS</i> abordant : - Principes de l'approche - Leadership - Méthodes d'observation	-Augmentation de la participation et des opportunités de choisir. -Réduction des comportements difficiles.
Brooker <i>et al.</i> (2014)	Examiner le lien entre l'entraînement à la pleine conscience et l'utilisation d'interventions restrictives, dans le cadre d'une étude de type pré-post formation.	Cadres (n=22), membres du personnel (n=12) et PPDI (n=7) de deux résidences	Formation <i>Occupational Mindfulness (OM)</i> incluant : - Formation (huit heures) sur les pratiques de base (la respiration, la méditation, la marche consciente, etc.) et engagement des participants à les utiliser quotidiennement	-Diminution des isolements et des contentions chimiques. -La formation a permis aux intervenants d'observer plus consciemment, d'être plus attentifs et moins réactifs aux situations stressantes.
Craig et Sanders (2018)	Évaluer l'effet d'un changement organisationnel (2003 à 2016) visant à réduire l'utilisation de la contention et de l'isolement dans le cadre d'une étude longitudinale	Employés (n=750) et PPDI (n=3244) provenant de divers milieux	Formation <i>Trauma-informed approach (TIA)</i> qui vise à : - Réduire les traumatismes -Intervenir de manière pacifique et bienveillante -Favoriser la compréhension des comportements et des besoins. - Développer des solutions alternatives.	-Diminution de 90 % de l'utilisation des contentions physiques et de 100 % de l'utilisation des isolements.
Jensen <i>et al.</i> (2012).	Évaluer si le fait de choisir l'intervenant permet de réduire l'utilisation de la	PPDI et un TSA (n=1)	Intervention en trois phases: 1. Aucun choix d'intervenant 2.Choix de l'intervenant une journée sur	-Réduction de la durée et de la fréquence d'utilisation de la contention.

Études	Type d'étude et objectifs	Participants	Type d'intervention	Principaux résultats
	contention à l'aide d'une étude à cas unique		deux 3. Choix de tous les jours	
Leoni <i>et al.</i> (2018).	Décrire les effets d'une réorganisation organisationnelle visant à réduire l'utilisation de la contention et des interventions restrictives.	PPDI (n=406) et intervenants (n=436) provenant de ressources résidentielles (n=23)	Changement organisationnel incluant : -Politiques axées sur les droits et la qualité de vie. -Formation (qualité de vie, fonction et prévention des comportements, pleine conscience, etc.) -Supervision hebdomadaire, suivi après chaque situation de crise et augmentation des ressources humaines et matérielles	-Diminution des contentions mécaniques et de l'administration de médication à prendre au besoin.
Mérineau-Côté et Morin (2014).	Identifier la perception des participants concernant l'utilisation des mesures restrictives (MR) à l'aide d'une étude qualitative.	PPDI (n=8) et membres du personnel (n=8)	Des entrevues semi-dirigées au sujet de la perception des participants quant à l'utilisation de mesures restrictives ont été effectuées et analysées.	-Les participants croient que des interventions alternatives peuvent diminuer l'utilisation des MR (dessiner, se reposer, discuter, etc.).
Petursson et Eldevik (2019)	Évaluer l'efficacité d'une formation à la communication fonctionnelle afin de réduire les comportements problématiques et la durée de la contention à l'aide d'une étude à cas unique.	Homme PDI (n=1)	Formation incluant trois étapes : 1. Analyse fonctionnelle 2. Formation à la communication et renforcement. 3. Discussion avec les intervenants (fonctions identifiées et stratégies à privilégier).	-Réduction du temps de contention passant d'une moyenne de 145 minutes par semaine à 30 minutes.
Singh <i>et al.</i> (2015)	Évaluer l'efficacité de la formation Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) en considérant la diminution des interventions restrictives, la fréquence des	Membres du personnel (n=9) provenant de foyers de	Formation MBPBS incluant : - Une journée de formation sur la méditation et une séance de méditation quotidienne pendant quatre semaines. -Cinq journées de formation au sujet de la pleine conscience et du PBS.	-Réduction, du stress vécu par le personnel, des coûts associés aux blessures du personnel ainsi que de l'utilisation de la réorientation verbale

Études	Type d'étude et objectifs	Participants	Type d'intervention	Principaux résultats
	blessures et le niveau de stress perçu.	groupe (n=3) et PPDI (n=3)	-Une rencontre avec le formateur afin de réviser les techniques et notions apprises.	-Arrêt complet de l'utilisation de la contention physique.
Singh <i>et al.</i> (2020).	Comparer l'impact du <i>MBPBS</i> et du <i>Positive Behavioral Support (PBS)</i> pour l'établissement, le personnel et les résidents ainsi que sur l'utilisation de contraintes dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé de 40 semaines	Membres du personnel (n=123) de plusieurs foyers de groupe	-Formation <i>MBPBS</i> similaire à celle présentée dans l'étude (Singh <i>et al.</i> , 2015). -Formation incluant les composantes du <i>PBS</i> (soutien basé sur l'évaluation fonctionnelle et l'intervention proactive) et axée sur le développement et le renforcement des comportements permettant d'améliorer la qualité de vie des usagers.	-Les deux approches sont efficaces, mais l'efficacité du <i>MBPBS</i> est supérieure pour chacune des variables évaluées (fatigue de compassion, du niveau stress perçu, de l'utilisation des restrictions, des comportements d'agressions et des blessures).
William set Grossett (2011).	Évaluer l'efficacité de l'approche <i>Organizational Behavior Management (OMB)</i> afin de réduire l'utilisation de la contention à l'aide d'une étude expérimentale de type prépost intervention.	PPDI (n=925) hébergées dans six unités résidentielles	L'organisation a instauré deux politiques : 1. Rédaction d'un plan d'intervention visant la réduction de la contention chaque fois qu'une contention est utilisée. 2. Élaboration d'un programme d'intervention afin de réduire les blessures.	-Diminution de l'utilisation des mesures de contrôle. -Aucun changement concernant le nombre de comportements d'agression.

Tableaux 2

Caractéristiques des recensions des écrits

Études	Type d'étude et objectifs	Participants	Principaux résultats
Gaskin <i>et al.</i> (2013).	Identifier et résumer les études au sujet des interventions visant à	Études (n=14) sur la réduction de	- <u>Interventions efficaces auprès des personnes présentant des comportements d'agression envers autrui</u> : ajustement de la médication,

Études	Type d'étude et objectifs	Participants	Principaux résultats
	réduire le recours aux mesures de contrôle dans le cadre d'une revue systématique de la littérature.	la contention physique ou mécanique	évaluation, contrôle et modification des antécédents, critères permettant d'encadrer l'utilisation de la contention et d'établir une relation. - <u>Interventions efficaces auprès des personnes manifestant des comportements d'automutilation</u> : choix de l'intervenant, évaluer et traiter le comportement, enseigner des stratégies de relaxation, diminuer la durée ou retirer systématiquement la contention. - <u>Initiatives organisationnelles efficaces</u> : formation du personnel et gestion organisationnelle du comportement.
Ménard (2018).	Les effets associés à la formation des intervenants aux approches <i>PBS</i> et <i>AS</i> chez les intervenants et les PPDI et un TC ou un TGC dans le cadre d'une recension systématique des écrits.	Études (n=15) portant sur l'approche <i>PBS</i> (n=8) ou sur l' <i>AS</i> (n=7)	<u>L'approche AS</u> : -Augmentation des choix effectués par les PPDI et de l'inclusion en communauté <u>Approche PBS</u> : - Diminution de l'intensité, de la fréquence et de la difficulté de gestion des comportements problématiques. -Aucun effet quant à la santé mentale ou à la prise de médication. -Effet positif sur l'attitude des intervenants.
Sabouri <i>n et al.</i> (2015) (chapitre 5).	Effectuer l'état des connaissances concernant les interventions réactives et de contrôle auprès des personnes présentant un comportement problématique.	Étude (n=26) et guides pratiques (n=12)	<u>Recommandations des auteurs</u> : - Définir les mesures (réactive, de désescalade et de contrôle) indiquées et contre-indiquées dans les politiques de l'établissement. - Formation à l'approche de soutien comportemental positif. -Supervisions et suivis pendant et après chaque utilisation de mesure de contrôle.
Sabouri <i>n et al.</i> (2015) (chapitre 6).	Faire l'état des connaissances concernant les interventions à utiliser pour les proches des PPDI et un comportement problématique.	Études (n=24) et guides pratiques (n=4)	<u>Recommandations des auteurs</u> : 1. Offrir une formation à tous les intervenants au sujet de la pleine conscience et du soutien comportemental positif incluant des supervisions d'une durée de plusieurs mois ainsi qu'un suivi organisationnel.

Communication

Une intervention visant l'apprentissage de la communication fonctionnelle pour un homme présentant une DI et un comportement problématique a permis de réduire la fréquence des comportements problématiques ainsi que la durée d'utilisation de la contention, dans le cadre d'une étude à cas unique menée par Petursson et Eldevik (2019). La formation dispensée incluait trois étapes (analyse fonctionnelle des comportements problématiques et de ses précurseurs, formation à la communication offerte à la PPDI ainsi qu'une formation pour les intervenants afin de leur expliquer les fonctions identifiées et les stratégies pour planifier une tâche exigeante). Les résultats obtenus révèlent que la formation a été efficace afin de réduire le temps de contention. Pendant les 23 semaines avant la formation, la durée d'utilisation de la contention était en moyenne de 145 minutes par semaine alors qu'elle a été réduite à une moyenne de 30 minutes à la fin de la formation.

Médication

Deux études abordent la prise de médication afin de diminuer le recours aux mesures de contrôle (Gaskin *et al.*, 2013 ; Méryneau-Côté et Morin, 2014). Gaskin et ses collaborateurs (2013) affirment que le fait d'ajuster la médication régulière et d'ajouter une médication permettant d'améliorer le sommeil permettrait pour les PPDI et des comportements d'agression dirigés envers autrui de réduire l'utilisation de la contention. Quatre personnes (deux PPDI et deux membres du personnel) interviewées dans le cadre de l'étude de Méryneau-Côté et Morin (2014) ont affirmé que l'utilisation de médication à prendre au besoin serait une stratégie efficace pour limiter le recours aux interventions restrictives (isolement et contention).

Autres

Dans le cadre de l'étude de Méryneau-Côté et Morin (2014), 16 personnes incluant huit PPDI qui avaient déjà fait l'objet d'interventions restrictives et huit membres du personnel ayant eu l'obligation d'utiliser de telles mesures ont eu l'occasion de s'exprimer sur les mesures alternatives qu'elles considèrent efficaces. Les stratégies proposées dans les contextes où la PPDI se sent contrariée sont qu'elle puisse en discuter avec quelqu'un afin de pouvoir dire ce qu'elle ressent (n = 6), se détendre seule à sa chambre (n = 5), effectuer une activité calme (n = 3),

plaisante (dessin, jeux vidéo, etc.) (n = 2) ou physique (courir, frapper dans un sac de frappes, etc.) (n = 1). Une PPDI a également proposé d'écrire sur la situation et deux d'effectuer des respirations profondes. Certains membres du personnel ont ajouté d'autres stratégies telles que le fait de s'isoler eux-mêmes au lieu d'isoler la PPDI et l'utilisation d'une balle antistress ou d'une minuterie visuelle. Certaines de ces stratégies sont également proposées par d'autres auteurs. Gaskin et ses collaborateurs (2013) quant à eux proposent pour les personnes présentant des comportements d'automutilation de faire l'enseignement de stratégies de relaxation ainsi que d'activités permettant de s'occuper les mains. Pour les personnes qui présentent un comportement d'agression envers autrui, il recommande plutôt d'établir une relation et de collaborer avec la PPDI lors de la rédaction de son plan de soutien comportemental (Gaskin *et al.*, 2013). Pour les personnes présentant un comportement problématique dirigé envers soi-même ou autrui, Sabourin *et al.* (2015) proposent d'apprendre à la PPDI des stratégies de relaxation et de pleine conscience afin de réduire l'utilisation des interventions contraignantes.

Stratégies axées sur le personnel

Les stratégies axées sur le personnel réfèrent à différentes formations offertes au personnel intervenant auprès des PPDI. Parmi les 13 articles retenus, sept (quatre études et trois recensions des écrits) abordent ce type de stratégies (Beadle-Brown *et al.*, 2012 ; Brooker *et al.*, 2014 ; Gaskin *et al.*, 2013 ; Ménard, 2018 ; Sabourin *et al.*, 2015 ; Singh *et al.*, 2015, 2020). Plus précisément, deux (Beadle-Brown *et al.*, 2012 ; Ménard, 2018) abordent l'AS, quatre abordent la formation au PBS (Gaskin *et al.*, 2013 ; Ménard, 2018 ; Sabourin *et al.*, 2015 ; Singh *et al.*, 2020), deux abordent la pleine conscience (Brooker *et al.*, 2014 ; Sabourin *et al.*, 2015) et deux abordent la formation incluant à la fois la pleine conscience et le PBS (Singh *et al.*, 2015, 2020). Une forte majorité des articles pour cette catégorie s'intéressent aux restrictions de type mesure de contrôle. Les articles au sujet de l'AS sont les deux seuls s'intéressant aux restrictions de la vie quotidienne.

Active support

Plusieurs chercheurs (Beadle-Brown *et al.*, 2012 ; Ménard, 2018) affirment que l'approche *AS* semble pertinente pour augmenter l'engagement des PPDI ainsi que le nombre d'occasions qu'ils ont pour faire des choix. L'*AS* est une approche centrée sur le développement des compétences du personnel afin qu'il soit en mesure de favoriser l'engagement de la PPDI autant dans les activités que dans les relations interpersonnelles en lui offrant des opportunités accessibles, structurées et prévisibles. Cela permet à la PPDI d'avoir plus de pouvoir sur sa vie, de développer davantage d'indépendance et de mieux s'intégrer à la communauté. L'*AS* inclut quatre composantes essentielles. Premièrement, elle stipule que tous les moments de la vie de la personne sont des occasions de soutenir la PPDI pour qu'elle puisse s'engager (p. ex. le ménage, les activités sportives, etc.). Deuxièmement, le personnel devrait offrir plusieurs courtes occasions de s'engager tout au long de la journée, en identifiant ce que la personne est en mesure de réaliser dans une activité plutôt qu'en déterminant quelle activité elle est en mesure de réaliser seule. Troisièmement, le personnel devrait s'assurer que le niveau de soutien qu'il offre à la PPDI est adapté à l'activité afin de lui permettre à la fois de développer son autonomie et d'accomplir l'activité. Finalement, le personnel se doit également de maximiser les possibilités pour la personne de faire des choix et d'exercer du contrôle sur sa vie, tout en prenant soin de considérer ses préférences (Ockenden *et al.*, 2014).

Selon Beadle-Brown *et al.* (2012), la qualité de l'assistance reçue par le personnel se serait améliorée à la suite de la formation à l'*AS* alors que Ménard (2018) affirme qu'il n'y a pas de consensus à ce sujet entre les différents chercheurs. Aucune amélioration concernant la participation à la vie communautaire n'aurait été observée dans l'étude de Beadle-Brown et ses collaborateurs (2012) alors que Ménard (2018) aurait constaté que la formation à l'*AS* permettrait une amélioration de l'inclusion communautaire. Finalement, Beadle-Brown et ses collaborateurs (2012) ont observé une réduction significative des comportements difficiles (surtout des comportements d'autostimulation) dans les six maisons après la formation.

Pleine conscience

Dans un autre ordre d'idées, plusieurs auteurs affirment que la formation du personnel à la pleine conscience serait efficace pour diminuer l'utilisation des mesures de contrôle (Brooker *et al.*, 2014 ; Gaskin *et al.*, 2013 ; Sabourin *et al.*, 2015). La formation à la pleine conscience serait utilisée par de plus en plus d'organisations. Les différents auteurs ne s'entendent pas sur une définition commune du concept de la pleine conscience, cependant la majorité affirme que l'attention est un élément clé. Les programmes de pleine conscience offerts au personnel incluent généralement deux éléments, soit des exercices de base (p. ex. des techniques de respiration et au sujet de la conscience du corps, etc.) et des pratiques concrètes à appliquer dans le milieu de travail (p. ex. la communication, les pauses, l'observation consciente, etc.). La formation à la pleine conscience pourrait avoir de nombreux avantages tels qu'améliorer les capacités de la personne à se connecter à la réalité et à exploiter ses qualités (p. ex. altruisme et compassion) (Singh *et al.*, 2014).

Dans l'étude de Brooker et ses collaborateurs (2014), la formation à la pleine conscience s'est montrée efficace, car les résultats obtenus corroborent une diminution de 57 % des isolements et de 48,2 % de l'utilisation de la contention chimique. L'utilisation de la contention n'a cependant pas pu être analysée dans cette étude puisqu'elle ne survenait pas assez souvent. Sabourin et ses collaborateurs (2015) recommandent, à la suite de leur recension critique des écrits au sujet de l'intervention en situation de crise, que les individus intervenant auprès des PPDI et manifestant un comportement problématique aient accès à une formation au sujet de la pleine conscience, puisque cela leur permettrait entre autres d'effectuer des interventions proactives (visent une diminution rapide, durable et généralisée des comportements problématiques) et réactives (utilisées pendant l'escalade ou la crise comportementale afin d'aider la personne retrouver rapidement son calme) adéquatement. Selon eux, cette formation permettrait au personnel de mieux gérer leur stress et leurs réactions lors de manifestation de TC et d'utiliser les stratégies de manière efficace pour prévenir l'apparition des TGC. Un phénomène similaire est constaté par Brooker et ses collaborateurs (2014) qui supposent que la formation aurait permis aux intervenants d'observer plus consciemment, en plus, d'être plus attentifs et

moins réactifs aux situations stressantes comme les comportements problématiques et donc de se comporter différemment avec les PPDI présentant un comportement défi.

Positive Behavioral Support

Plusieurs études (Gaskin *et al.*, 2013 ; Ménard, 2018 ; Sabourin *et al.*, 2015, 2020) obtenues dans la présente recension abordent la formation des employés à la *PBS*. Gore et ses collaborateurs (2013) ont défini l'approche *PBS* en s'appuyant à la fois sur les définitions du *PBS* provenant de plusieurs auteurs et de leurs expériences professionnelles. Selon les auteurs, le *PBS* est une approche incluant plusieurs composantes permettant de :

- a) développer une compréhension du comportement défi présenté par un individu, basé sur une évaluation de l'environnement social et physique ainsi que sur le contexte plus large dans lequel il a lieu;
- b) avec l'inclusion des perspectives et de la participation des parties prenantes;
- c) utilisant cette compréhension pour développer, mettre en œuvre et évaluer l'efficacité d'un système de soutien personnalisé et durable;
- d) qui améliore les aspects définis de qualité de vie pour la personne ciblée et les autres parties prenantes (Gore, *et al.*, 2013, p.2).

Le *PBS* pourrait être appliqué de plusieurs façons (p. ex. par un seul professionnel ou par une équipe multidisciplinaire), dans divers milieux (incluant les milieux résidentiels) et auprès de différentes personnes (incluant les PPDI et des difficultés comportementales). Selon les auteurs, il s'agit d'une approche à composantes multiples et elles doivent toutes être considérées.

La formation des intervenants à l'approche *PBS* serait positivement associée à la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle (Gaskin *et al.*, 2013 ; Sabourin *et al.*, 2015, 2020) ainsi qu'à la réduction des TC (Singh *et al.*, 2020) et est recommandée auprès des personnes à risque de manifester une crise comportementale (Sabourin *et al.*, 2015). Cette formation devrait inclure des supervisions d'une durée de plusieurs mois (Sabourin *et al.*, 2015) ainsi qu'un suivi organisationnel (Sabourin *et al.*, 2015). L'utilisation de l'approche *PBS* engendrerait des diminutions de l'intensité, de la fréquence et de la difficulté de gestion des TC, mais n'aurait pas d'effet significatif sur l'utilisation de la contention chimique (médication). La

formation au *PBS* permettrait d'augmenter la satisfaction et la compassion des intervenants en plus de réduire les risques d'épuisement professionnel, le niveau de stress vécu ainsi que les accidents au travail (Singh *et al.*, 2020). Dans un autre ordre d'idée, Ménard (2018) cite les résultats d'une étude qui proposent que la philosophie du *PBS* ait un effet positif sur l'attitude des intervenants à l'égard des PPDI. Cependant, les intervenants affirment vivre certaines difficultés associées à son implantation (Ménard, 2018). Bien que l'approche *PBS* semble favorable pour plusieurs variables, elle serait plus utile lorsqu'elle est combinée à la formation à la pleine conscience (Singh *et al.*, 2020).

Mindfulness-Based Positive Behavior Support

Deux études ont été menées par Singh et ses collaborateurs (2015, 2020) au sujet d'une formation nommée la *MBPBS*. Cette formation inclue à la fois la formation à la pleine conscience et au *PBS*. L'une des études permet de mesurer l'efficacité du *MBPBS* (Singh *et al.*, 2015) alors que la seconde permet de comparer son efficacité à celle du *PBS* (Singh *et al.*, 2020). Le *MBPBS* a des effets positifs pour le personnel, la PPDI et l'organisation. Tout d'abord, cette formation permettrait de diminuer le niveau de stress perçu par les membres du personnel et d'améliorer leur bien-être psychologique (Singh *et al.*, 2015, 2020) de manière statistiquement significative (47 %) (Singh *et al.*, 2015). Elle permettrait également d'améliorer la satisfaction, la compassion et de réduire l'épuisement professionnel du personnel (Singh *et al.*, 2015) de manière plus significative que le *PBS* (10 à 18 % de variance supplémentaire). Les résultats obtenus par Singh et ses collaborateurs (2015) indiquent une réduction statistiquement significative de l'utilisation de la réorientation verbale et l'arrêt complet de l'utilisation de la contention physique quelques semaines après la formation.

Comparativement au *PBS*, le *MBPBS* a démontré une taille d'effet modérée à importante en ce qui concerne la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle (contentions physiques et chimiques). Le *MBPBS* permet de diminuer les comportements difficiles manifestés par les PPDI de manière statistiquement significative (Singh *et al.*, 2015). Des réductions plus importantes de l'agressivité de la PPDI et des blessures associées sont observées avec le *MBPBS*

comparativement au *PBS* (taille de l'effet modérée). Finalement, le *MBPBS* permettrait de diminuer les coûts associés aux blessures du personnel (absence, indemnisation des accidents, personnel de remplacement, etc.). Les chercheurs estiment que le *MBPBS* permettrait une réduction des frais associée aux TC de 87,75 % (Singh *et al.*, 2015) et que cette économie serait plus importante avec l'utilisation du *MBPBS* comparativement à celle du *PBS* (Singh *et al.*, 2020).

Stratégies axées sur l'organisation

Parmi les 13 articles retenus, cinq (trois études et deux recensions des écrits) abordent les stratégies axées sur l'organisation (Craig et Sanders, 2018 ; Gaskin *et al.*, 2013 ; Leoni *et al.*, 2018 ; Sabourin *et al.*, 2015 ; Williams et Grossett, 2011). Parmi ceux-ci, quatre abordent plus précisément l'approche *OMB* ou une approche similaire (Gaskin *et al.*, 2013 ; Leoni *et al.*, 2018 ; Sabourin *et al.*, 2015 ; Williams et Grossett, 2011) et un aborde un changement organisationnel visant à augmenter la sensibilité au trauma (Craig et Sanders, 2018). Tous les articles pour cette catégorie s'intéressent aux restrictions de type mesure de contrôle.

Changements organisationnels

Plusieurs types de changements organisationnels peuvent influencer les valeurs prônées par l'organisation ainsi que les services qu'elle offre. Entre autres, l'approche *OMB* consiste à utiliser les concepts de l'analyse du comportement afin d'améliorer les performances d'une organisation. Cette approche inclut deux types d'interventions, soit celles appuyées sur les antécédents (clarification des tâches des employés, modification de l'équipement, détermination d'objectifs clairs et de récompenses associées ainsi que la formation des employés) et celles appuyées sur les conséquences (rétroaction sur les performances et incitations monétaires et non monétaires). Plusieurs étapes sont utilisées dans cette approche. À titre d'exemple, déterminer les résultats souhaités et les cibles précises à atteindre, développer des moyens permettant d'évaluer l'effet des stratégies actualisées, former les gestionnaires afin qu'ils soient en mesure de déterminer les causes des difficultés ciblées, accompagner les gestionnaires afin qu'ils puissent développer et actualiser les stratégies identifiées pour résoudre la situation problématique et

évaluer leurs effets (*Aurora University*, 2017). Plusieurs auteurs (*Gaskin et al.*, 2013 ; *Leoni et al.*, 2018 ; *Sabourin et al.*, 2015 ; *Williams et Grossett*, 2011) confirment que l'utilisation de cette approche ou d'une approche similaire a un effet positif sur la réduction de l'utilisation des mesures restrictives.

Williams et Grossett (2011) ont évalué l'efficacité de l'*OMB* dans six unités résidentielles. Dans leur étude, l'organisation a instauré de nouvelles politiques visant la réduction des interventions comportementales, la mise en place d'un programme d'intervention à la suite de chaque situation où une PPDJ a blessé elle-même ou autrui, ainsi que la supervision des employés afin de s'assurer que les deux politiques étaient respectées. Les résultats obtenus révèlent, 17 mois après l'ajout des politiques, une diminution de 80% de l'utilisation des mesures de contrôle et une augmentation du nombre de plans d'interventions comportementales passant de 59 à 124. En plus de ces résultats bénéfiques, le nombre de blessures engendrées par les comportements d'agression dirigés envers soi-même ou autrui serait demeuré inchangé. Cela démontre que la réduction de la contention n'a pas été associée à une augmentation des blessures.

Dans un même ordre d'idées, une seconde réorganisation organisationnelle (effectuée dans 23 milieux résidentiels en Italie et d'une durée de 11 ans) ayant pour objectif de réduire l'utilisation de la contention et des interventions restrictives s'est montrée efficace, puisqu'elle a permis de diminuer significativement la fréquence de leur utilisation (*Leoni et al.*, 2018). Les changements effectués au sein de l'organisation (politiques, disponibilité accrue du responsable, retour sur les situations de crises, augmentation des ressources humaines et supervision hebdomadaire des employés) combinés à la formation du personnel (qualité de vie, fonctions des comportements, prévention, pleine conscience, etc.), ont engendré des diminutions du nombre de contentions mécaniques utilisées (moyenne mensuelle de 167 à moins de 2), de la fréquence d'administration de la médication à prendre au besoin (moyenne passant de 123 à 0), des journées de maladie utilisées par les intervenants à cause des agressions (698 en 2006 à 30 en 2009) ainsi qu'une augmentation du nombre de plans de soutien comportemental pour les personnes présentant un TGC (8 à 100 %). Le changement a perduré pendant toute la durée de l'étude (11 ans), et ce, malgré le roulement de personnel et la recrudescence de la complexité des besoins des

PPDI. Les auteurs affirment que la constance de ces résultats serait associée, d'une part à l'approche d'intervention écosystémique qui permet à la fois de répondre aux besoins de chacune des personnes impliquées (clients, familles, professionnels, etc.) et à l'augmentation de leur qualité de vie et d'autre part à la qualité (basée sur les données probantes) des interventions (analyse fonctionnelle des comportements problématiques, formation et supervision du personnel).

Les résultats obtenus par Gaskin et ses collaborateurs (2013) ainsi que par Sabourin et ses collaborateurs (2015) dans le cadre de leurs recensions des écrits vont dans le même sens que les auteurs précédents. Ceux-ci recommandent diverses stratégies organisationnelles qui permettraient de diminuer le nombre d'utilisations des mesures restrictives. Par exemple, que l'organisation offre du soutien et des supervisions intensives aux professionnels afin qu'ils soient aptes à développer et à actualiser un plan de soutien comportemental (incluant l'analyse fonctionnelle des comportements, leurs causes, les facteurs de maintien, etc.) (Gaskin *et al.*, 2013 ; Sabourin *et al.*, 2015). Selon M. Sabourin et ses collaborateurs (2015), tous les guides pratiques consultés dans le cadre de leur recension recommandent d'inclure dans le plan de soutien comportemental :

« des mesures organisées de façon hiérarchique en commençant par des mesures réactives de désescalade face à des indices précurseurs de la crise. Si requis, on pourra utiliser en plus des mesures légèrement intrusives comme le blocage physique des réponses, des procédures de retrait de la situation de la personne ou du personnel (mais sans mesure d'isolement) et, en dernier recours, l'utilisation d'une forme plus intrusive d'arrêt d'agir, pour protéger physiquement la personne ou son entourage. Chacune de ces étapes est définie en lien avec des indices comportementaux de la personne qui sont interprétés comme des signes précurseurs d'une escalade dans les TC de la personne » (Sabourin *et al.*, 2015, p.100).

Le plan pourrait aussi inclure des moyens d'autocontrôle connus par la personne et qu'elle pourrait utiliser en cas d'agitation (Sabourin *et al.*, 2015). De plus, Gaskin *et al.* (2013) proposent que l'organisation établisse un protocole d'urgence lors de l'utilisation des contentions incluant des critères permettant d'encadrer la décision d'utiliser la contention et qu'elle intègre « dans les politiques et la réglementation des établissements, une définition très claire des mesures réactives de désescalade et de mesures de contrôle recommandées et celles qui sont contre-indiquées »

(Sabourin *et al.*, 2015, p.102). Un suivi devrait également être effectué après l'utilisation de chacune des mesures de contrôle (Gaskin et al., 2013 ; Sabourin *et al.*, 2015). M. Sabourin *et al.* (2015) recommandent également que les établissements permettent à un nombre limité d'employés d'utiliser ce type de mesure.

Sabourin *et al.* (2015) citent les conclusions obtenues dans le cadre d'une recension des écrits menée par McVilly (2009) et rapportent que le taux d'utilisation des mesures de contrôle serait associé à la culture de l'organisation et serait plus élevé lorsque l'organisation a une tendance à tolérer certaines pratiques (p. ex. comportement déviant ou pratique punitive). Pour modifier cette culture, il serait nécessaire que les gestionnaires « élaborent des stratégies globales de changement et exercent un leadership fort pour induire un changement significatif dans l'utilisation de telles mesures » (Sabourin *et al.*, 2015, p. 105).

Organisation sensible au trauma

Dans le cadre d'une étude longitudinale, Craig et Sander (2018) se sont aussi tournés vers l'efficacité d'un changement organisationnel afin de réduire l'utilisation de la contention et de l'isolement. Cependant, ceux-ci ont utilisé une approche (*TIA*) quelque peu différente des auteurs précédents en visant l'augmentation de la sensibilité au trauma au sein de l'organisation. Selon Milot et ses collaborateurs (2018), une organisation sensible au trauma porte une attention particulière aux possibilités que certains usagers aient vécu des traumas psychologiques dans le passé et que les services offerts puissent avoir pour effets de les traumatiser à nouveau. De plus, elle tient compte de ces possibilités dans la manière dont elle décide de répondre aux besoins de ses usagers, particulièrement de ceux en situation de vulnérabilité importante. Pour y parvenir, l'organisation doit s'assurer que l'ensemble du personnel a des connaissances sur le trauma psychologique (conséquences, manifestations, etc.). De plus, elle doit être consciente que tous les traumas doivent être considérés afin de bien comprendre et accompagner les individus. Par exemple, en analysant un comportement problématique de manière sensible au trauma, les membres du personnel doivent réfléchir au vécu de la personne plutôt qu'à sa problématique. L'organisation devrait également être consciente que ses employés peuvent aussi vivre des

traumas associés à des événements vécus dans leur vie personnelle ou professionnelle. Une organisation sensible au trauma développe sa capacité à répondre correctement au trauma et actualise toutes les conditions favorables afin de ne pas traumatiser la personne à nouveau (incluant les usagers et le personnel).

Dans le cadre de l'étude de Craig et Sander (2018), tous les employés ont reçu une formation basée sur cette approche visant à intervenir auprès de la PPDI tout en minimisant les risques qu'elle vive des traumatismes pendant la prestation de service. La formation visait à favoriser la compréhension des comportements inappropriés et des besoins de la personne ainsi qu'à encourager le développement et l'utilisation de solutions alternatives (p. ex. blocage, utilisation d'équipement de protection, etc.) à la mesure de contrôle. De plus, il était demandé aux employés d'intervenir de manière pacifique et bienveillante. Un membre du personnel administratif était présent lors de chaque situation de crise afin de former les intervenants. Finalement, chaque utilisation de mesure de contrôle était évaluée afin de déterminer si son utilisation était justifiée. Cette formation a permis, entre 2003 et 2016, de diminuer de 90% l'utilisation des contentions physiques, de 100% l'utilisation des isolements, de 91% les blessures des employés associées à l'application d'une contention et de 60 % des blessures des employés causées par les comportements problématiques manifestés par les PPDI. De plus, une diminution significative des arrêts de travail associés aux blessures des employés a été observée. Cela est associé à une économie importante pour l'entreprise, et ce même en considérant les coûts engendrés par la formation et la supervision.

Discussion

Les résultats obtenus dans le cadre de cette recension des écrits ont permis de déterminer différentes stratégies efficaces afin de réduire l'utilisation d'interventions contraignantes auprès des PPDI avec ou sans TSA, dans les milieux résidentiels. Dans cette section, les forces et limites de la recension des écrits ainsi que les implications pratiques et scientifiques seront présentées.

Forces et limites des écrits recensés

La présente recension des écrits présente plusieurs forces. Tout d'abord, parmi les 13 les articles sélectionnés (publiés entre 2010 et 2022), cinq sont très récents (publiés entre 2018 et 2022). Aussi, la recension inclut trois recensions des écrits et elle a permis de déterminer plusieurs stratégies permettant la réduction des interventions contraignantes. De plus, plusieurs études traitent d'interventions similaires, ce qui permet d'augmenter la validité des résultats obtenus et de les comparer. Cependant, en effectuant l'analyse des nombreux résultats, il demeure complexe, pour plusieurs raisons, de déterminer quelles sont les meilleures stratégies parmi celles recensées.

Tout d'abord, la rigueur méthodologique des divers articles retenus dans chacune des catégories de stratégies (axées sur la personne, le personnel ou l'organisation) est très hétérogène et nous semble plus faible pour la catégorie des stratégies axées sur la personne comparativement aux deux autres catégories. En ce qui concerne la catégorie des stratégies axées sur l'organisation, elle incluait deux recensions des écrits (Gaskin *et al.*, 2013 ; Sabourin *et al.*, 2015) ainsi que trois études (Craig et Sanders, 2018 ; Leoni *et al.*, 2018 ; William et Grosset, 2011). Les trois études étaient effectuées sur une longue période, incluaient un grand échantillon ainsi que des méthodologies quantitatives. De plus, l'étude de William et Grosset (2011) incluait un groupe contrôle. Les stratégies axées sur le personnel quant à elles étaient abordées dans le plus grand nombre d'articles (sept) incluant quatre rapports de recherche (Beadle-Brown *et al.*, 2012 ; Brooker *et al.*, 2014 ; Singh *et al.*, 2015, 2020) et trois recensions de la littérature (Gaskin *et al.*, 2013 ; Ménard, 2018 ; Sabourin *et al.*, 2015). La grandeur des échantillons de toutes les études abordant les stratégies axées sur le personnel était inférieure à celles de la catégorie précédente.

Cependant, les études étaient quantitatives et certaines incluaient une évaluation de type pré-post intervention (Beadle-Brown *et al.*, 2012 ; Brooker *et al.*, 2014). De plus, pour ce qui est de l'étude de Singh *et al.* (2020), il s'agit d'un essai contrôlé randomisé. En ce qui concerne les cinq articles traitant des stratégies axées sur la personne, elles incluent deux recensions des écrits (Gaskin *et al.*, 2013 ; Sabourin *et al.*, 2015) et trois études (Jensen *et al.*, 2012 ; Méryneau-Côté et Morin, 2014 ; Petursson et Eldevik, 2019). La rigueur méthodologique des études incluses dans cette catégorie semble plus faible puisqu'il s'agit d'une étude qualitative (Méryneau-Côté et Morin, 2014) et d'études à cas unique (Jensen *et al.*, 2012 ; Petursson et Eldevik, 2019).

De plus, bien que la manière de classer les différents résultats (stratégies axées sur la personne, le personnel ou l'organisation) nous semble pertinente, nous constatons que plusieurs des études incluent des stratégies qui pourraient se retrouver dans plus d'une catégorie de stratégies. À titre d'exemple, Sabourin *et al.* (2015) proposent que la formation au PBS, doive être accompagnée d'un suivi organisationnel. Nous constatons également que l'implantation de certaines formations a été appuyée par l'organisation (Beadle-Brown *et al.*, 2012) alors qu'inversement, les stratégies axées sur l'organisation incluent parfois aussi la formation du personnel (Craig et Sander, 2018 ; Leoni *et al.*, 2018).

Finalement, bien que toutes les études abordent la diminution des mesures contraignantes, les variables évaluées (p. ex. qualité de l'assistance, prise de décision, diminution des isolements ou des contentions physiques, instrumentales ou chimiques, etc.), le type de comportement (automutilation ou hétéroagression) ainsi que la raison d'utilisation de la mesure restrictive (protection de la PPDI ou d'autrui) étaient divergents. De plus, dans certaines études, les types de comportements ou de mesures restrictives évalués n'étaient pas explicités. Les éléments discutés précédemment constituent des limites de la présente recension, puisqu'ils complexifient la comparaison des différents résultats.

Implications pratiques et scientifiques

En considérant les multiples variables (type de comportement, de mesure restrictive utilisé, de comportement, etc.) à considérer, deux approches devraient être utilisées afin de déterminer la meilleure stratégie à utiliser. Dans un premier temps, l'analyse fonctionnelle du comportement menant à l'utilisation d'une mesure restrictive devrait être effectuée afin de mieux comprendre les antécédents, les contributeurs, les facteurs de maintien, etc. Tout comme pour l'analyse des besoins de la personne, l'intervention favorisant la réduction de l'utilisation des mesures restrictives devrait aussi être écosystémique et inclure à la fois des stratégies axées sur la personne (ontosystème), sur le personnel (microsystème) et sur l'organisation (mésosystème). Plusieurs variables doivent être considérées autant pour effectuer l'évaluation de la personne (p. ex. le type de comportement qu'elle manifeste, le type de mesure restrictive dont elle fait l'objet, la cause des comportements problématiques qu'elle manifeste, etc.) et de son environnement (p. ex. personnes présentes, ressources disponibles, culture de l'organisation dans laquelle elle est hébergée, etc.).

Sur le plan scientifique, à la lumière de l'analyse des résultats, deux préoccupations nous permettent de poser l'hypothèse que les mots-clés utilisés lors de la recherche dans la littérature n'aient pas permis d'optimiser les résultats. Il nous semble donc pertinent dans une recension future de faire une seconde tentative avec un thésaurus différent. D'une part, puisque certaines stratégies d'interventions utilisées dans les milieux résidentiels hébergeant des PPDI et un TC ou TGC au Québec (p. ex. les équipements de protection individuelle (ÉPI), l'approche d'intervention ITCA (Intervention thérapeutique lors de conduite agressive) et l'approche AIMM (Analyse et intervention multimodale) dans son ensemble ont été très peu abordées dans les articles retenus. D'autre part, puisque peu d'articles traitent des contraintes de type restrictions à la vie quotidienne alors qu'elles nous semblaient tout aussi importantes dans le cadre de la présente recension.

Concernant notre deuxième préoccupation, il est possible que l'ajout de la présence de comportements problématiques comme critère d'inclusion pour la sélection des articles ait eu

pour effet de diminuer le nombre d'articles retenus à ce sujet. Nous croyons que le phénomène de contrainte à la vie quotidienne est tout aussi présent chez les PPDI qui ne manifestent pas de comportement problématique comparativement aux mesures de contrôle.

Dans un autre ordre d'idées, nous serions intéressés de savoir s'il existe un lien de causalité entre la réduction des restrictions à la vie quotidienne et la réduction des mesures de contrôle. Ce questionnement émerge des résultats obtenus. Par exemple, dans l'étude de Jensen *et al.* (2012), nous constatons que le fait de permettre à la PPDI de faire un choix (diminution d'une restriction à la vie quotidienne) a permis de réduire la durée d'utilisation de la contention. D'autant plus, que les chercheurs affirment que la diminution de la contention survenait à la suite du choix de l'intervenant plutôt qu'à son arrivée. En plus, de l'utilité de l'approche AS afin de diminuer l'utilisation des mesures de contrôle et de ses caractéristiques, soit l'augmentation des opportunités de faire des choix pour la PPDI (Beadle-Brown *et al.*, 2012 ; Ménard, 2018), du pouvoir qu'elle peut exercer sur sa propre vie et de son indépendance (Ockenden *et al.*, 2014).

Conclusion

En conclusion, trois questionnements émergent de la présente recension des écrits et pour lesquels il pourrait être pertinent éventuellement de mener un projet de recherche ou une recension des écrits :

1. Serait-il pertinent d'effectuer une recension des écrits afin de connaître les effets des stratégies utilisées actuellement au Québec (ITCA, ÉPI et AIMM) dans plusieurs milieux d'hébergement (p. ex. les résidences à assistance continue) ?
2. Existe-t-il un lien de causalité entre la diminution des restrictions de la vie quotidienne et la nécessité d'utiliser une mesure de contrôle ?
3. Quelles sont les meilleures stratégies permettant d'éviter les restrictions de la vie quotidienne auprès des PPDI avec ou sans TC ?

Malgré ces questionnements, la présente recension des écrits, incluant 13 articles, a permis de connaître plusieurs types de stratégies (axées sur la personne, sur le personnel et sur l'organisation) efficaces afin de diminuer l'utilisation des interventions contraignantes auprès des PPDI avec ou sans TSA et présentant un comportement problématique dans les services résidentiels. De plus, nous croyons qu'il serait réaliste et bénéfique d'utiliser plusieurs de ces stratégies dans les milieux résidentiels hébergeant les PPDI et manifestant un comportement problématique, dans le but de favoriser le respect de leurs droits et d'améliorer leur qualité de vie. À court terme, bien que nous ne soyons pas en mesure de déterminer s'il existe une association entre la réduction des mesures restrictives et des mesures de contrôle, la réduction des restrictions imposées à la PPDI nous semble tout à fait pertinente afin de favoriser sa qualité de vie et son autodétermination. D'autant plus qu'il nous semble que les professionnels côtoyant les PPDI et un comportement problématique peuvent effectuer des changements simples et rapides pour y parvenir. Par exemple, en s'assurant qu'elle prend les décisions qui la concernent et qu'elle collabore à son processus de réadaptation selon ses capacités et ses besoins. L'analyse systématique de chacune des situations ayant mené à une mesure de contrôle par une équipe multidisciplinaire incluant un gestionnaire nous semble également une stratégie efficace et

réaliste à actualiser à court terme. À plus long terme, nous croyons que pour engendrer des changements significatifs et durables, une approche plus rigoureuse incluant un changement organisationnel et la formation du personnel (p. ex. celle utilisée par Leoni et ses collaborateurs en 2018) est à prioriser.

Références

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2016). *Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_comportements_problemes_volets_1_et_2.pdf
- Allen, D., Lowe, K., Brophy, S. et Moore, K. (2009). Predictors of restrictive reactive strategy use in people with challenging behaviour. *Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 159–168. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00484.x>
- Américain Psychiatric Association*. (2016). *Mini-DSM-5 : Critères diagnostiques*, (traduction française). Masson.
- Aurora University. (2017). *What Is Organizational Behavior Management (OMB)?*
- Beadle, B. J., Hutchinson, A. et Whelton, B. (2012). Person-centred active support – Increasing choice, promoting independence and reducing challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(4), 291–307. <https://doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1468-3148.2011.00666.x>
- Brooker, J. E., Webber, L., Julian, J., Shawyer, F., Graham, A. L., Chan, J. et Meadows, G. (2014). Mindfulness-based training shows promise in assisting staff to reduce their use of restrictive interventions in residential services. *Mindfulness*, 5(5), 598-603. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0306-2>
- Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., et Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British journal of psychiatry*, 190(1), 27-35. <https://doi:10.1192/bjp.bp.106.022483>
- Craig, J. H. et Sanders, K. L. (2018). Evaluation of a Program Model for Minimizing Restraint and Seclusion. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 2(4), 344–352. <https://doi.org/10.1007/s41252-018-0076-2>
- Fitton, L. et Jones, D. R. (2020). Restraint of adults with intellectual disabilities: A critical review of the prevalence and characteristics associated with its use. *Journal of Intellectual Disabilities : JOID*, 24(2), 268–283. <https://doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1177/1744629518778695>
- Friedman, C. et Crabb, C. (2018). Restraint, restrictive intervention, and seclusion of people with intellectual and developmental disabilities. *Intellectual and developmental disabilities*, 56(3), 171-187. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-56.3.171>

- Fuentes, J. (2002). *Réintégration communautaire des personnes présentant de l'autisme et des déficiences intellectuelles*. <https://www.fal.lu/files/53272.pdf>
- Gaskin, C. J., McVilly, K. R. et McGillivray, J. A. (2013). Initiatives to reduce the use of seclusion and restraints on people with developmental disabilities: A systematic review and quantitative synthesis. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 3946–3961. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.ridd.2013.08.010>
- Gore, N. J., McGill, P., Toogood, S., Allen, D., Hughes, J. C., Baker, P., Richard P., Hastings, P. R., Noone, S. J. et Denne, L. D. (2013). Definition and scope for positive behavioural support. *International Journal of Positive Behavioural Support*, 3(2), 14-23. <https://www.aba-online.fr/storage/files/aba/2020/05/dc004c086d922c84748053549cab721e.pdf>
- Guimont, M. P. (2014). *Étude du lien entre les troubles du comportement et l'autodétermination chez les personnes présentant une déficience intellectuelle*. Université du Québec à Montréal. <https://archipel.uqam.ca/6349/1/D2605.pdf>
- Hawkins, S., Allen, D. et Jenkins, R. (2005). The Use of Physical Interventions with People with Intellectual Disabilities and Challenging Behaviour -The Experiences of Service Users and Staff Members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(1), 19–34. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1468-3148.2004.00207.x>
- Heifetz, M. (2022). *Trouble du spectre de l'autisme (TSA) au Canada*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/trouble-du-spectre-de-lautisme-au-canada>
- Jensen, C. C., Lydersen, T., Johnson, P. R., Weiss, S. R., Marconi, M. R., Cleave, M. L. et Weber, P. (2012). Choosing Staff Members Reduces Time in Mechanical Restraint Due to Self-Injurious Behaviour and Requesting Restraint. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(3), 282-287. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00664.x>
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Lönnqvist, J. et Kaltiala-Heino, R. (2010). Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45(11), 1087–1093. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s00127-009-0150-1>
- Labbé, L., Choquette P. et Turgeon, M.-J. (2014). *Prévention des troubles du comportement et des troubles graves du comportement – Cadre de référence*. https://www.sqetgc.org/wp-content/uploads/2015/01/SQETGC-Pr%c3%a9vention_Final_14-nov.pdf
- Leoni, M., Cavagnola, R., Chiodelli, G., Corti, S., Fioriti, F., Galli, M. L., Michelini, G., Miselli, G. et Uberti, M. (2018). The Reduction of Mechanical Restraints and PRN Medication in 400 Persons with Neurodevelopmental Disorders: an Analysis of 11 Years Process in 23

Italian Residential Settings. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 2(4), 353-361. <https://doi.org/10.1007/s41252-018-0087-z>

Matson, J. L. et Boisjoli, J. A. (2009). Restraint procedures and challenging behaviours in intellectual disability: An analysis of causative factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 111-117. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00477.x>

Ménard, P. (2018). *L'efficacité de deux approches positives pour les personnes ayant un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement*. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3698209>

Mérineau-Cote, J. et Morin, D. (2013). Correlates of restraint and seclusion for adults with intellectual disabilities in community services. *Journal of Intellectual Disability Research : JIDR*, 57(2), 182–190. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1365-2788.2012.01601.x>

Mérineau-Côté, J. et Morin, D. (2014). Restraint and Seclusion: The Perspective of Service Users and Staff Members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(5), 447–457. <https://doi.org/10.1111/jar.12069>

Milot, T., Collin-Vézina, D. et Godbout, N. (2018). *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir*. Presses de l'Université du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-812-02.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011, révisé 2015). Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf>

National Institute for Health and Care Excellence (2015). *Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges*. <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>

Nunno, M. A., Holden, M. J. et Tollar, A. (2006). Learning from tragedy: A survey of child and adolescent restraint fatalities. *Child abuse and neglect*, 30(12), 1333-1342. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00484.x>

Ockenden, J., Ashman, B., Beadle-Brown, J. et Wiggins, A. (2014). *Positive Behaviour Support and Active Support – Essential elements for achieving real change in services for people*

whose behaviour is described as challenging.
https://kentchallengingbehaviournetwork.files.wordpress.com/2014/04/final-ur_bestpractive-pbs_as.pdf

- Oliver-Africano, P., Murphy, D. et Tyrer, P. (2009). Aggressive behaviour in adults with intellectual disability: defining the role of drug treatment. *CNS Drugs*, 23(11), 903–913. <https://doi.org/10.2165/11310930-000000000-00000>
- Petursson, P. I. et Eldevik, S. (2019). Functional analysis and communication training to reduce problem behavior and time in restraint: A case study. *Behavior Analysis: Research and Practice*, 19(1), 114. <https://doi.org/10.1037/bar0000139>
- Sabourin, G., Couture, G., Morin, D. et Proulx, R. (2015). *Intervention de crise auprès de personnes ayant une déficience intellectuelle avec ou sans troubles envahissants du développement : une recension critique des écrits en consultation avec les parties prenantes*. Les collections de l'Institut universitaire en DI et en TSA. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Medvedev, O.N., Myers, R. E., Chan, J., McPherson, C. L., Jackman, M. M. et Kim, E. (2020). Comparative Effectiveness of Caregiver Training in Mindfulness-Based Positive Behavior Support (MBPBS) and Positive Behavior Support (PBS) in a Randomized Controlled Trial. *Mindfulness* 11, 99–111. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0895-2>
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Myers, R. E., Winton, A. S., Latham, L. L. et Nugent, K. (2015). Effects of training staff in MBPBS on the use of physical restraints, staff stress and turnover, staff and peer injuries, and cost effectiveness in developmental disabilities. *Mindfulness*, 6(4), 926-937. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0369-0>
- Singh, N. N. (2014). *Psychology of Meditation*. Nova Science Publishers, Inc.
- 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. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 42(1), 62–69. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1037/a0016249>
- Tessari-Veyre, A. et Martin, M. (2019). Respecter les droits des personnes présentant une déficience intellectuelle : quels défis pour les équipes professionnelles ? *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 121–136. <https://doi.org/10.7202/1066104ar>
- Webber, L. S., McVilly, K. R. et Chan, J. (2011). Restrictive Interventions for People with a Disability Exhibiting Challenging Behaviours: Analysis of a Population Database. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(6), 495–507. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1111/j.1468-3148.2011.00635.x>

- Webber, L., McVilly, K., Stevenson, E. et Chan, J. (2010). The use of restrictive interventions in Victoria: Australian population data for 2007–2008. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 35(3), 199–206. <https://doi.org/10.3109/13668250.2010.489038>
- Williams, D. E. et Grossett, D. L. (2011). Reduction of restraint of people with intellectual disabilities: An organizational behavior management (OBM) approach. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2336-2339. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.07.032>